- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:24:38

Efficacia di un intervento psicologico rivolto a donne positive allo screening per depressione *post partum*

Effectiveness of a postnatal psychological treatment for women who had screened positive for depression

FIORINO MIRABELLA[1], PAOLO MICHIELIN[2], DANIELE PIACENTINI[3], FRANCO VELTRO[4], GINA BARBANO[2], MARINA CATTANEO[5], GABRIELLA PALUMBO[1], ANTONELLA GIGANTESCO[1]*
*E-mail: antonella.gigantesco@iss.it

[1]Reparto Salute Mentale, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
[2]Azienda ULSS 9, Distretto Socio-Sanitario Nord (Treviso)
[3]Dipartimento Salute Mentale, Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII, Bergamo
[4]ASReM, Distretto Sanitario di Campobasso
[5]Dipartimento Salute Mentale, Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST), Bergamo Ovest

RIASSUNTO. Scopo. Valutare l'efficacia nella pratica di un intervento psicologico di provata efficacia sperimentale, basato su un trattamento cognitivo-comportamentale e psicoeducativo, rivolto a puerpere affette da depressione *post partum*. **Metodi.** Il campione è stato reclutato nell'ambito di un programma di screening e intervento precoce per il rischio di depressione *post partum* che ha interessato 1558 puerpere alla 6ª-12ª settimana dopo il parto. Le donne con risultato positivo al test Edinburgh Postnatal Depression Scale (punteggio ≥12) sono state 110 (7,1%) e, di queste, 81 hanno accettato un approfondimento clinico-diagnostico mediante somministrazione dell'intervista Mini-International Neuropsychiatric Interview e degli strumenti auto-compilati Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory, Psychological Well-being Scales, Short-Form Health Survey e Positivity Scale. Alle donne con conferma diagnostica di episodio di depressione maggiore (N=65; 80,2%) è stato proposto il trattamento (10 incontri a cadenza settimanale) e di ricompilare gli strumenti alla fine del trattamento e dopo 6 mesi. Di queste, 63 hanno accettato e iniziato il trattamento. **Risultati.** Cinquantasei donne (88,9%) hanno completato il trattamento e compilato gli strumenti; 43 di loro li hanno compilati anche a distanza di 6 mesi. Alla fine del trattamento e dopo 6 mesi si sono osservati miglioramenti in tutti i punteggi degli strumenti di valutazione utilizzati. Inoltre, fino al 70% delle donne sottoposte al trattamento ha avuto un miglioramento clinicamente rilevante in uno o più degli esiti valutati. Tali miglioramenti sono apparsi persistenti nelle donne valutate 6 mesi dopo la fine del trattamento. **Conclusioni.** I risultati sono coerenti con gli studi che hanno valutato in altri Paesi lo stesso intervento o interventi analoghi rivolti alle puerpere. Tali interventi brevi sono verosimilmente efficaci e accettati dalle donne affette da depressione *post partum* anche nella pratica dei servizi italiani.

PAROLE CHIAVE: depressione *post partum*, screening, intervento psicologico, trattamento cognitivo-comportamentale, efficacia nella pratica.

SUMMARY. Aim. This study evaluates the effectiveness of a psychological intervention based on a brief cognitive behavioural and psychoeducational treatment for women suffering from post partum depression. **Method.** The sample was recruited within a programme of screening and early intervention for post partum depression risk. 1558 women were screened between the 6th and 12th week after birth. 110 (7.1%) of them resulted positive to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (score ≥12) and 81 accepted a thorough clinical diagnostic examination through the administration of the Mini International Neuropsychiatric Interview and the self-assessment instruments Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory, Psychological Well-being Scales, Short-Form Health Survey and Positivity Scale. Women who had been confirmed with the diagnosis of major depression episode (N=65; 80.2%) were offered to follow the treatment (10 weekly sessions) and to fill in again the instruments at the end of the treatment and after six months. Out of the 81, 63 women accepted and begun the treatment. **Results.** 56 (88.9%) women completed treatment and filled in the instruments. Most of them (N=43) completed the instruments even after 6 months. At the end of treatment and after 6 months significant improvements were found in all scores of the instruments used. Furthermore, up to 70% of women who had been treated showed a clinically significant improvement in one or more evaluated outcomes. Such improvements were persistent in women evaluated 6 months after the treatment. **Conclusion.** The results of the study are consistent with studies that in other Countries evaluated, even experimentally, the same intervention or similar interventions with postnatal women and based on cognitive behavioural techniques. Such brief and structured interventions are most likely effective and easily accepted by women who suffer from post partum depression even in the routine practice of Italian health care services.

KEY WORDS: postnatal depression, screening, psychological intervention, cognitive behavioural therapy, effectiveness.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:24:38

INTRODUZIONE

La nascita di un figlio può comportare l'insorgenza nella madre di sintomi psicopatologici che variano per frequenza e intensità ed effetti a lungo termine sulla salute della stessa madre e/o del bambino.

Di solito si tratta di quadri sintomatici a base ansioso-depressiva che possono assumere forme relativamente poco allarmanti, ma in alcuni casi decisamente più preoccupanti. Fra essi distinguiamo il *baby blues*, una condizione di disagio caratterizzata da tristezza, facilità al pianto, irritabilità, ansia, aumentata sensibilità, affaticamento, disturbi del sonno e dell'appetito, che può riguardare fino al 70% delle donne. Inizia durante i primi due o tre giorni dopo il parto e si risolve di solito nella settimana successiva[1]. Diversi studi affermano che le donne che presentano baby blues hanno una probabilità maggiore di sviluppare una depressione maggiore nei mesi successivi[2]. Decisamente più grave è invece la psicosi puerperale[3,4], che ha una prevalenza che può variare dallo 0,1 allo 0,2%[5]. Le conseguenze più gravi di questo disturbo sono l'alto rischio di suicidio o di infanticidio[6].

Nonostante la definizione di "depressione *post partum*" (DPP) sia oggi di uso comune, essa non è individuabile in una distinta categoria diagnostica. Sia per il DSM-5[7] che per l'ICD-10[8] i criteri diagnostici sono gli stessi previsti per il disturbo depressivo e i criteri per lo specificatore a esordio nel periodo perinatale: umore depresso e/o anedonia accompagnati da perdita o aumento di peso; insonnia o ipersonnia; agitazione o rallentamento psicomotorio; riduzione dell'energia, facile stanchezza e spossatezza; senso di valore poco, senso di colpa eccessivo; difficoltà di concentrazione; pensieri ricorrenti che non vale la pena di vivere o pensieri di morte, ideazione suicidaria, tentativo di suicidio o sua pianificazione. Si parla di DPP se l'insorgenza del disturbo avviene durante la gravidanza o nelle prime quattro settimane dopo il parto per il DSM-5, nelle prime sei settimane per l'ICD-10. Alcuni esperti nel campo considerano che l'esordio dei sintomi della DPP possa avvenire fino a 12 mesi dopo il parto[9].

Negli ultimi 10 anni sono stati condotti molti studi di prevalenza tra cui oltre 200 pubblicati in lingua inglese e prodotte diverse rassegne sistematiche sull'argomento di cui almeno 7 possono essere considerate di soddisfacente qualità metodologica[10]. Quasi tutti gli studi si basano sull'impiego di strumenti di valutazione auto-compilati e sono stati condotti complessivamente in una quarantina di paesi sia industrializzati che in via di sviluppo. Lo strumento auto-compilato più frequentemente utilizzato è la scala Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)[11]. I risultati degli studi condotti mostrano un'estrema variabilità. Per esempio, la prevalenza negli studi basati su strumenti auto-compilati varia da 1,9% a 82,1%, registrate rispettivamente in Germania e negli Stati Uniti, mentre negli studi in cui ci si è basati sui criteri della classificazione ICD-10, la prevalenza di DPP varia dallo 0,1% in Finlandia al 26,3% in India[10].

Molte sono le ragioni che spiegano la variabilità dei dati epidemiologici su questo tema. Tra queste, la scelta del campione (troppo piccolo e/o scarsamente rappresentativo), il momento del *post partum* in cui viene effettuata la valutazione, lo strumento di screening adottato, il valore soglia utilizzato, la tendenza ad attribuire impropriamente ai risultati dello strumento di screening un valore diagnostico anziché far seguire ad esso un secondo momento di approfondimento diagnostico[12] secondo i criteri di classificazione internazionale delle malattie.

Particolare attenzione è stata posta in questi ultimi anni allo studio dei possibili fattori di rischio associati alla depressione post parto[13]. Milgrom[14] ha proposto un modello definito "biopsicosociale" che prevede la contemporanea considerazione di fattori biologici, psicologici e sociali nella valutazione della condizione di DPP. L'idea di base è che ogni donna sia più o meno caratterizzata da "fattori di vulnerabilità psicologica" (aspetti temperamentali, storia pregressa di depressione personale e/o familiare, stili di coping disadattivi, ecc.) che la rendono più o meno sensibile a "fattori scatenanti" (eventi stressanti, alterazioni ormonali, mancanza di sostegno sociale adeguato e altro). Una combinazione sfavorevole di questi fattori può accrescere la probabilità di sviluppare una depressione, che può essere mantenuta e/o aggravata da altri fattori che intervengono dopo il parto (irrequietezza del bambino, perdita di sonno, ecc.). Fattori socio-culturali, come falsi miti e credenze irrealistiche sulla maternità possono pure contribuire all'insorgenza e al mantenimento della DPP.

In base alle evidenze disponibili, il trattamento di prima scelta, per la depressione *post partum* grave o moderata, è rappresentato dalla psicoterapia a orientamento cognitivo-comportamentale o dalla psicoterapia interpersonale[15]. Seguono la terapia farmacologica a base di antidepressivi e quella integrata (farmaci + psicoterapia). La terapia farmacologica andrebbe prescritta[16] se la donna la richiede o se la psicoterapia da sola si dimostra inefficace.

Il presente studio si pone l'obiettivo di aggiungere un contributo alle evidenze sul trattamento della DPP sottoponendo a verifica d'efficacia nella pratica dei servizi italiani un trattamento di provata efficacia sperimentale[17,18] consistente in una psicoterapia breve a impronta cognitivo-comportamentale con componenti psicoeducative, messo a punto da J. Milgrom per la terapia della depressione *post partum*. Milgrom effettua da più di un decennio questo intervento nel Parent-Infant Research Institute and Department of Clinical and Health Psychology, Austin Health, University of Melbourne, in Australia, con soddisfacenti risultati.

METODI

Disegno dello studio

Lo studio è di tipo pre-post con tre rilevazioni aventi come scopo la valutazione delle condizioni di salute fisica e mentale di un campione di puerpere con DPP, prima di ricevere il trattamento oggetto di valutazione, dopo una settimana dalla sua conclusione e dopo sei mesi.

Campione

Il campione è stato individuato fra le donne risultate positive al rischio di depressione *post partum* nell'ambito di un progetto sullo screening dal titolo *Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum* finanziato dal Ministero della Salute e condotto dal 2012 al 2015.

L'arruolamento delle donne a cui proporre lo screening è avvenuto nella stragrande maggioranza dei casi nell'ambito di 158

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:24:38

corsi preparto attivati nell'arco di circa due anni (2012-2014), dei quali 84 presso l'Ospedale di Treviglio-Caravaggio (Bergamo), 63 nella Azienda ULSS9, Distretto Socio-Sanitario di Oderzo (Treviso) (l'attuale Distretto Socio-Sanitario Nord) e 11 presso il Consultorio Materno-Infantile del Distretto Sanitario di Campobasso. In occasione di uno degli incontri previsti dai corsi, il progetto è stato presentato (da psichiatri, psicologi, ostetriche o ginecologi) alle partorienti in giornate specificamente dedicate al tema della depressione *post partum*. Gli incontri, aperti anche ai mariti e ai familiari interessati, hanno avuto una durata media di 90 minuti e hanno inteso fornire ai partecipanti alcune indicazioni utili a riconoscere segni e sintomi della DPP (sintomi clinici, periodo di insorgenza, differenze con il baby blues, ecc.). Alcune donne sono state reclutate nell'unità di ginecologia dell'Ospedale Cardarelli, direttamente nei 2 giorni successivi al parto. In pochi casi, nel distretto di Treviso, poiché di routine i servizi effettuano una visita ostetrica a domicilio nei primi giorni dopo il parto, le donne che non avevano partecipato ai corsi pre-parto sono state sensibilizzate in quella occasione.

A tutte queste donne, è stato consegnato un opuscolo informativo messo a punto nell'ambito del progetto contenente anche i recapiti telefonici delle strutture e gli operatori coinvolti per poterli eventualmente contattare. Alle puerpere che desideravano partecipare al progetto è stato chiesto di compilare una scheda contenente l'informativa sulla privacy, i propri dati anagrafici e la data prevista del parto (o quella effettiva) per essere ricontattate da uno psicologo nel periodo utile per lo screening (tra la 6ª-12ª settimana dopo il parto) ed effettuare la compilazione di alcuni strumenti di valutazione della loro condizione di salute fisica e psicologica.

Le donne a cui è stata proposta la partecipazione al progetto sono state complessivamente 2668. A tutte loro è stato spiegato che il progetto includeva la possibilità, in caso di positività allo screening e conferma diagnostica di DPP, di sottoporsi al trattamento Milgrom (descritto dopo). 2211 (82,9%) hanno inizialmente accettato di aderire al progetto e fornito i dati per essere ricontattate.

Alla data cui si riferiscono i dati presentati in questo articolo, le donne che risultavano essere nel periodo utile per lo screening e per le quali si è pertanto avviata la procedura di contatto erano 2113 (95,6%); di queste, 1558 (73,7%) hanno accettato di sottoporsi allo screening, mentre 555 (26,2%) hanno rifiutato, oppure sono risultate irreperibili o non si sono presentate all'incontro organizzato per effettuarlo.

Delle donne che si sono sottoposte a screening, 110 (7,1%) sono risultate positive in base allo strumento di valutazione EPDS (vedi oltre, Strumenti di valutazione), e di queste, 81 (73,6%) hanno accettato di effettuare un approfondimento clinico (vedi oltre, Strumenti di valutazione) e di conferma diagnostica, mediante intervista semi-strutturata, nella settimana immediatamente successiva allo screening, 27 (24,6%) hanno rifiutato l'approfondimento e sono uscite dal progetto e dal presente studio e 2 (1,8%) sono state inviate immediatamente ai Centri di Salute Mentale per presenza di pensieri suicidari, così come rilevati dallo strumento di screening EPDS. Le 27 donne che hanno rifiutato di sottoporsi ad approfondimento clinico-diagnostico non presentavano caratteristiche socio-demografiche e valori EPDS diversi dalle 81 che invece hanno accettato l'approfondimento.

Per 65 (80,2%) di queste 81 donne è stata confermata la diagnosi di episodio depressivo maggiore mediante MINI (vedi oltre, Strumenti di valutazione); a 64 di queste è stato proposto di sottoporsi al trattamento, mentre una donna ha accettato di essere immediatamente inviata al trattamento di routine previsto dal Centro di Salute Mentale per presenza di pensieri suicidari. 63 su 64 donne (98,4%) hanno accettato e iniziato il trattamento e una donna (1,6%) non ha accettato di iniziarlo.

Le 63 donne che hanno iniziato il trattamento avevano un'età media di 33 anni circa, la maggior parte di esse con titolo di studio di scuola media superiore o laurea (87%). Molte di loro (73%) hanno riferito di aver patito uno o più eventi stressanti negli ultimi 12 mesi e il 57% ha riferito di aver avuto prima dell'attuale gravidanza, nel corso della vita, un periodo di almeno due settimane di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del tempo si erano sentite giù di morale, abbattute o depresse. Poco più del 30% di loro ha riferito di poter contare poco o per niente sulla vicinanza del marito o del compagno quando si sentivano nervose o preoccupate (Tabella 1).

Trattamento

Il trattamento è stato condotto in ognuno dei servizi coinvolti da uno psicologo clinico con specializzazione in psicoterapia, con cadenza settimanale, e si è svolto nel corso di 10 incontri, ciascuno della durata di 90 minuti, organizzati, nella metà dei casi, con gruppi di donne composti in media da 6-8 donne. Nell'altra metà dei casi, in assenza del raggiungimento del numero minimo di partecipanti per costituire un gruppo in tempi brevi, il trattamento è stato condotto in forma individuale ed è consistito in 10 colloqui della durata di un'ora ciascuno.

Gli psicologi che hanno condotto il trattamento hanno prima effettuato un breve corso di formazione della durata di 12 ore, basato sul manuale sul trattamento messo a punto da Milgrom et al.[14]. Il manuale indica tutte le procedure da implementare nei diversi incontri con i gruppi di puerpere che si sottopongono al trattamento. I corsi sono stati condotti da tre degli autori del presente articolo (GB MC e PM), a loro volta precedentemente formati dalla professoressa Milgrom. Il trattamento è stato effettuato in consultori familiari dei distretti sanitari nell'area tutela materno-infantile, ambulatori di medicina generale presso ospedali generali, e centri psicosociali dei Dipartimenti di Salute Mentale secondo un protocollo standardizzato e descritto nel manuale di Milgrom et al.[14].

Il modello di trattamento messo a punto da Milgrom si basa su un approccio biopsicosociale alla depressione con il riconoscimento dei fattori di rischio per l'insorgenza della depressione *post partum*. Come tale, l'intervento tiene conto dei fattori di vulnerabilità, socioculturali e scatenanti per aiutare le donne a capire quali elementi hanno contribuito all'insorgenza della loro depressione. In seguito utilizza un approccio di terapia cognitivo-comportamentale per affrontare i fattori che aggravano e mantengono la depressione. Il trattamento è suddiviso in 3 fasi: interventi comportamentali, interventi cognitivi e prevenzione delle ricadute ed è tratto principalmente dal trattamento cognitivo-comportamentale per la depressione di Lewinsohn[19]. Il trattamento può essere integrato con degli incontri di coppia in cui viene coinvolto anche il partner. Va notato che il trattamento proposto è preferibile che venga condotto in gruppi di donne, per sfruttare le potenzialità del mutuo aiuto, ma lo si può applicare anche individualmente[14].

Le aree fondamentali di intervento riguardano l'insegnamento e la sollecitazione dell'acquisizione di abilità di coping da parte delle puerpere per:

- ridurre i sintomi depressivi;
- migliorare il funzionamento personale aumentando autostima, assertività e abilità di fronteggiamento dei problemi;
- affrontare le difficoltà eventuali del partner/marito che spesso insorgono;

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:24:38

- portare a discutere e affrontare le difficoltà di relazione genitore-bambino che possono insorgere;
- facilitare l'uso e lo sviluppo di reti sociali.

In particolare, i punti fondamentali del trattamento sono, per gli aspetti più *comportamentali*:

- aumentare le attività piacevoli, portare le donne a progettarle ed eseguirle;
- insegnare abilità sociali: abilità di comunicazione, assertività, capacità di chiedere aiuto;
- insegnare tecniche di rilassamento. Ansia e irritabilità possono peggiorare il tono dell'umore e aumentare la stanchezza. Per combatterle sono utili brevi sessioni di rilassamento, da inserire nelle attività giornaliere;

e, per gli aspetti più *cognitivi*:

- insegnare a riconoscere il rapporto tra pensieri, emozioni e comportamenti;
- aiutare a identificare e modificare le convinzioni erronee legate alla maternità, per esempio che si debba sapere tutto su come accudire un bambino, che chiedere aiuto per accudire il bambino sia un segno di debolezza, che sia una colpa non potere allattare;
- aiutare a identificare e modificare i pensieri disfunzionali legati a una bassa autostima, come per esempio: "Se sbaglio nell'accudire il mio bambino, significa che sono una mamma fallita";
- contrastare convinzioni erronee con pensieri più costruttivi. Si insegna a dire stop ai pensieri negativi e a cercare di vedere gli aspetti positivi di una situazione sfavorevole: "La mia casa è un caos, ma lo è perché sono una buona mamma che si prende molta cura di suo figlio";
- modificare i sottostanti schemi disfunzionali di "doverizzazione" e catastrofismo. Fare attenzione a parole (ed evitare di usarle) come *orribile*, *disastroso*, *sempre*, *mai*, che possono indicare la presenza di pretese assolute controproducenti;
- contrastare la totale abnegazione. Si insegna che chi sacrifica troppo i propri bisogni, poi alla fine è meno capace di essere serena e meno capace di rendere felice il bambino;
- discutere le somiglianze e differenze negli stili genitoriali propri, del partner, dei propri genitori, dei suoceri.

Per questi ultimi aspetti vengono quindi utilizzate alcune tecniche della terapia cognitivo-comportamentale come contrastare le distorsioni cognitive, facilitare la ristrutturazione cognitiva e le procedure di autocontrollo. In grandi linee, per ogni incontro è prevista un'iniziale breve revisione dell'incontro precedente, la presentazione del tema della giornata da parte del terapeuta con una successiva discussione di gruppo seguita da esempi, giochi di ruolo (con la partecipazione dello stesso terapeuta nella fase di modelling) ed esercizi in piccoli gruppi. L'incontro termina con una sintesi conclusiva nella quale vengono sottolineate le cose da ricordare e l'anticipazione del tema che verrà trattato all'incontro successivo. L'ultimo incontro previsto dal trattamento è dedicato a pianificare come mantenere i benefici terapeutici ottenuti. A tal scopo vengono proposte idee e raccolte informazioni che possano aiutare i partecipanti ad anticipare eventi di vita stressanti attesi e non, a riconoscere messaggi del loro stesso corpo e i segnali della depressione, e a crearsi un piano d'azione nel caso di una ricaduta. Come in tutte le psicoterapie cognitivo-comportamentali, anche in questo trattamento si dà importanza ai compiti a casa per i quali sono previste delle schede di automonitoraggio (per es., il monitoraggio delle attività e dei pensieri, e degli stati emotivi che li accompagnano). I compiti sono fattibili e con istruzioni scritte per agevolarne l'esecuzione.

Strumenti di valutazione

Screening

Il test adottato per la valutazione del rischio di depressione *post partum* è stato l'EPDS[11] che è lo strumento più usato al mondo per valutare la presenza e gravità di sintomi depressivi nel periodo *post partum*, e con caratteristiche psicometriche più soddisfacenti nelle varie culture[20]. È stata adottata la versione italiana validata da Benvenuti e Cox[21] che, oltre a essere la più recente, ha migliore validità interna (alfa di Cronbach 0,79). Il test EPDS è auto-compilato ed è composto da 10 item, con scala di risposta da 0 a 3 (range del punteggio totale 0-30), con valori crescenti che denotano maggiore gravità. Punteggi da 10 a 12 sono considerati indicativi della presenza di una probabile depressione per cui, in questi casi, è raccomandata un'ulteriore valutazione più approfondita. Punteggi uguali o superiori a 13 sono considerati indicativi di presenza molto probabile di depressione (valori predittivi per punteggi da 13 a 17 che vanno dall'87,5 al 100%)[11,21,22].

Il punteggio cut-off scelto è stato di 12 o superiore, conservativo per valutare il rischio di depressione maggiore in grado di assicurare una sensibilità del 56%, una specificità del 99% e un valore predittivo positivo del 91%[21].

È stato predisposto anche un modulo di base *ad hoc* per la rilevazione di alcune variabili socio-anagrafiche (età, titolo di studio, condizione professionale, stato civile, condizioni economiche, convivenza con un partner e numero di persone che compongono il nucleo familiare) e altre variabili su eventi stressanti occorsi negli ultimi 12 mesi, stato d'animo prima dell'attuale gravidanza, sostegno familiare e sociale percepito.

Approfondimento clinico-diagnostico

Per una più dettagliata analisi clinico-diagnostica sono stati usati i seguenti strumenti:

1. *Beck Depression Inventory* (BDI-II)[23] per la misurazione della gravità della depressione. È composto da 21 item che descrivono i principali sintomi depressivi e ha una struttura bifattoriale (fattore somatico-affettivo e fattore cognitivo); per ciascun item è richiesto di scegliere tra 4 affermazioni ordinate per gravità (punteggio da 0 a 3).
2. *State Anxiety Inventory* (STAI)[24]. Si compone di 20 item che valutano l'ansia di stato, con scala di risposta a 4 livelli (da 1 a 4, in ordine crescente di gravità).
3. *Ryff Psychological Well-being Scales* (PWB)[25]. Valuta il cosiddetto funzionamento psicologico positivo che include l'autostima e il senso di autoefficacia. La versione breve dello strumento, che è stata utilizzata nel presente studio, è composta da 18 item che valutano 6 dimensioni: auto-accettazione, relazioni positive con gli altri, autonomia, controllo ambientale, scopo della vita, crescita personale. La scala di risposta va da 1 (*non è il mio caso*) a 6 (*è proprio così*); punteggi più elevati corrispondono a migliore funzionamento psicologico.
4. *Short-Form Health Survey-36* (SF-36)[26]. Considerato uno strumento affidabile per valutare la qualità di vita, è tra i più usati per valutare gli esiti degli interventi sanitari. Composto da 36 item, indaga la percezione dello stato di salute. Gli item possono essere raggruppati in due distinte componenti (che producono due distinti punteggi), una riguardante la salute fisica (physical component summary, PCS) con item che formano 4 sotto-scale (Attività fisica, Ruolo e salute fisica, Dolore fisico e Salute in generale) e una componente riguardante il benessere mentale (mental component summary - MCS) con item in-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:24:38

seriti in altre 4 sotto-scale (Vitalità, Attività sociali, Ruolo e stato emotivo, Salute mentale). Nel presente studio sono stati calcolati i punteggi delle 2 componenti PCS e MCS. A punteggi maggiori corrispondono condizioni migliori.

5. *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI)[27]. Intervista semi-strutturata per la valutazione diagnostica dei disturbi psichiatrici che adotta i criteri del DSM-IV e dell'ICD-10. Ha una struttura a moduli che consente di formulare 14 diagnosi di asse I (episodio depressivo maggiore, distimia, episodio (ipo)maniacale, disturbo di panico, agorafobia, fobia sociale, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress, dipendenza/abuso alcolico, dipendenza/abuso di sostanze, disturbi psicotici, anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo d'ansia generalizzata), una di asse II (disturbo antisociale di personalità) e quella di rischio suicidario.
   Nel presente studio è stato preso in considerazione il modulo relativo all'episodio attuale di depressione maggiore.
6. *Positivity Scale* (P-Scale)[28]. Valuta la propensione all'ottimismo e a una visione positiva della vita e delle esperienze. È composto da 8 item su: la fiducia nel futuro, la soddisfazione della propria vita, la possibilità di contare su qualcuno in caso di bisogno, guardare il futuro con speranza ed entusiasmo, grado di soddisfazione di se stessi, visione oscura del futuro, essere fieri di se stessi, fiducia in sé. La scala di risposta di tipo Likert va da 1 (*sono fortemente in disaccordo*) a 5 (*sono fortemente d'accordo*). A punteggio più elevato corrisponde una visione della vita più ottimistica.

Le donne che hanno effettuato il trattamento, e sono pertanto state incluse nel presente studio di efficacia nella pratica, sono state valutate con gli strumenti appena descritti nella fase di screening e approfondimento, prima dell'inizio del trattamento (T0), a conclusione del trattamento (T1) e sei mesi dopo (T2), a eccezione della sola intervista MINI che è stata somministrata solo prima del trattamento per confermare la diagnosi.

Analisi statistica

Sono state calcolate le consuete statistiche descrittive. Per valutare la significatività statistica dei cambiamenti, dopo il trattamento, dei punteggi totali ottenuti negli strumenti di valutazione, è stato utilizzato il test dell'analisi della varianza per misure ripetute; per i confronti *post hoc* è stato adottato il metodo di Bonferroni. È stata calcolata la dimensione dell'effetto (effect size - e.s.) con la formula del *d* di Cohen, sia a T1 (differenza standardizzata tra le medie a T1 e T0) sia a T2 (differenza standardizzata tra le medie a T2 e T0). Per analizzare la rilevanza clinica dei cambiamenti in ogni singolo caso, è stato calcolato il Reliable Change Index (RCI) di Jacobson & Truax[29], il cui calcolo prende in considerazione la differenza tra i punteggi ottenuti prima e dopo il trattamento, l'errore standard di misurazione, la deviazione standard al pre-test (prima del trattamento) e la riproducibilità dello strumento di misura. Gli indici RCI sono stati calcolati sia a T1 (analizzando le differenze tra T1 e T0) sia a T2 (analizzando le differenze tra T2 e T0).

I dati sono stati analizzati con il pacchetto statistico SPSS (Statistical Package for Social Science) versione 22.0 per Windows.

RISULTATI

Delle 63 donne che hanno accettato di sottoporsi al trattamento, 56 (88,9%) lo hanno poi completato partecipando a tutti gli incontri previsti, mentre le restanti 7 (11,1%) hanno partecipato solo ad alcuni incontri iniziali. Di queste ultime perciò non si dispone delle valutazioni post-trattamento. Non sono state osservate differenze tra questi 2 gruppi di donne (rilevate prima del trattamento) nei punteggi di tutti gli strumenti di misura, incluso lo strumento EPDS i cui punteggi erano di 15,7 ± 4,8 nel gruppo che ha completato il trattamento e 14,9 ± 3,4 nel restante gruppo di donne.

Oltre i ¾ delle donne che hanno completato il trattamento sono state rivalutate anche a distanza di 6 mesi dalla fine del trattamento (N=43; 76,8%). Le rimanenti 13 donne (23,2%) non si sono presentate all'incontro programmato per questa rivalutazione, adducendo come motivi la mancanza di tempo dopo la ripresa del lavoro e la scarsa organizzazione familiare. Non sono state osservate tra questi 2 gruppi differenze rilevate alla fine del trattamento nei punteggi di tutti gli strumenti di misura, incluso lo strumento EPDS i cui punteggi erano di 6,6 ± 3,9 nel gruppo di 43 donne e 7,2 ± 3,0 nel gruppo di 13 donne.

Esiti del trattamento

I confronti fra le medie relative alle tre valutazioni (pre-post-dopo 6 mesi) hanno evidenziato per tutti gli strumenti miglioramenti significativi specialmente sotto il profilo statistico ma anche clinico (Tabella 2). In base ai test *post hoc* tali miglioramenti si riscontrano nel confronto fra la condizione prima del trattamento e quella subito dopo la sua conclusione e permangono senza variazione di rilievo alla valutazione di follow-up, dopo sei mesi.

A seguire, il dettaglio dei confronti per ciascuno strumento:

- EPDS: il valore medio è passato da 15,7 della valutazione iniziale a 6,6 dopo il trattamento e 6,8 dopo 6 mesi. La differenza fra le medie è altamente significativa (F=76,9; p<0,001), con dimensioni dell'effetto elevate sia a T1 sia a T2.
- BDI-II: la media è scesa da un valore iniziale di 20,4 (il punteggio cade entro il range di punteggi corrispondente a discreta gravità dei sintomi) a 9,0 dopo il trattamento e 8,5 dopo 6 mesi. La significatività statistica del test è molto elevata (F=34,6; p<0,001) come le dimensioni dell'effetto.
- STAI: i valori passano da 49,8 prima dell'intervento a 35,2 dopo l'intervento e 37,0 al follow-up (F=16,3; p<0,001). Le dimensioni dell'effetto sono elevate.
- PWB: il miglioramento è significativo (F=12,5; p<0,001) ma con dimensioni dell'effetto di media entità.
- P-Scale: variazioni molto significative (F=25,6; p<0,001) con dimensioni dell'effetto elevate.
- SF-36 (PCS): la differenza fra le valutazioni anche per questa dimensione relativa alla salute fisica è molto significativa (F=13,6; p<0,001) ma le dimensioni dell'effetto sono di media entità.
- SF-36 (MCS): lo stato di salute mentale presenta delle variazioni più marcate della componente precedente con valori che sono passati da una media iniziale di 42,0 alle due successive rispettivamente di 70,5 e 73,1. Il test di confronto mostra una differenza altamente significativa (F=59,1; p<0,001) e dimensioni dell'effetto elevate.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:24:38

Tabella 1. Descrizione del campione di donne che hanno iniziato il trattamento (N=63). Frequenze (percentuali) di variabili psico-sociali e demografiche.

Variabili	Livelli	Valori
Età	Media (ds)	32,7 (4,1)
Nazionalità	Italiana Non italiana	56 (88,9) 7 (11,1)
Titolo di studio	Licenza elementare o media inferiore Licenza media superiore o laurea	8 (12,7) 55 (87,3)
Condizione professionale	Disoccupata Casalinga/studentessa Lavoro saltuario o precario Lavoro stabile	12 (19,1) 8 (12,7) 4 (6,3) 39 (61,9)
Condizioni economiche	Qualche problema Senza particolari difficoltà o medio-alte	13 (20,6) 50 (79,4)
Praticano l'allattamento al seno	Sì	42 (66,7)
Hanno partecipato a corsi di preparazione al parto	Sì	52 (82,5)
Hanno vissuto eventi stressanti negli ultimi 12 mesi	Sì	46 (73,0)
Hanno avuto prima dell'attuale gravidanza, nel corso della vita, periodi di almeno due settimane di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno si erano sentite giù di morale, abbattute e depresse.	Sì	36 (57,1)
Hanno avuto prima dell'attuale gravidanza, nel corso della vita, periodi di almeno due settimane di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno avevano perso interesse per le cose che di solito avevano piacere di fare.	Sì	21 (33,3)
Hanno avuto nella vita almeno un periodo di sei mesi di fila o più in cui si erano sentite apprensive, ansiose, facilmente preoccupate per molte cose più del solito.	Sì	19 (30,2)
Possono contare su amici o parenti non conviventi per aiuto pratico	Poco o per niente Sufficientemente o molto	11 (17,5) 52 (82,5)
Possono contare su amici o parenti non conviventi per sostegno psicologico	Poco o per niente Sufficientemente o molto	29 (28,6) 34 (71,4)
Possono contare sulla vicinanza del marito o compagno quando si sentono nervose o preoccupate	Poco o per niente Sufficientemente o molto	20 (31,7) 43 (69,3)
Possono contare sulla vicinanza del marito o compagno per aiuto pratico	Poco o per niente Sufficientemente o molto	11 (17,5) 52 (82,5)

Tabella 2. Per ciascuno strumento: medie (deviazioni standard) alle tre valutazioni (T0=prima dell'intervento, T1=a conclusione dell'intervento, T2=a sei mesi dall'intervento). Significatività statistica dei confronti (P). Effect size (e.s.), numero e percentuale di puerpere clinicamente migliorate (RCI>1.96) a conclusione dell'intervento (T1, N=56) e dopo sei mesi (T2, N=43).

Scale	T0	T1	T2	P (T0 vs T1 e T2)	e.s.T1	e.s.T2	RCI>1.96 (T1)	RCI > 1.96 (T2)
EPDS	15,7 (4,8)	6,6 (3,9)	6,8 (4,7)	<0,001	1,90	1,85	40 (71,4)	31 (72,1)
BDI-II	20,4 (10,6)	9,0 (8,4)	8,5 (8,0)	<0,001	1,13	1,12	33 (58,9)	27 (62,8)
STAI	49,8 (12,8)	35,2 (9,6)	37,0 (11,6)	<0,001	1,14	1,01	29 (51,8)	23 (53,5)
PWB	75,0 (13,7)	84,1 (12,4)	82,0 (13,3)	<0,001	0,66	0,51	15 (26,8)	15 (34,9)
P-Scale	26,7 (4,9)	32,0 (5,2)	31,8 (5,1)	<0,001	1,10	1,04	28 (50,0)	23 (53,5)
SF-36 (PCS)	68,8 (21,0)	82,4 (18,8)	82,3 (15,3)	<0,001	0,65	0,64	25 (44,6)	19 (44,2)
SF-36 (MCS)	42,0 (18,2)	70,5 (16,8)	73,1 (16,6)	<0,001	1,57	1,71	42 (75,0)	36 (83,7)

Significatività clinica dei miglioramenti

All'EPDS dopo il trattamento sono risultate clinicamente migliorate 40 donne su 56 (71,4%) e dopo 6 mesi 31 donne su 43 (72,1%); per il BDI-II 33 (58,9%) donne a conclusione del trattamento e 27 (62,8%) donne dopo 6 mesi; per lo STAI 29 (51,8%) dopo il trattamento e 23 (53,5%) dopo 6 mesi; per le scale di Ryff dopo il trattamento 15 (26,8%) e dopo 6 mesi 15

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:24:38

(34,9%); per il P-Scale, 28 (50,0%) a conclusione del trattamento e 23 (50,0%) al follow-up; per la componente fisica - PCS dell'SF-36, a conclusione del trattamento 25 (44,6%) donne e dopo 6 mesi 19 (44,2%); per la sottoscala mentale - MCS dello stesso strumento 42 donne (75,0%) a conclusione dell'intervento e 36 (83,7%) al follow-up (Tabella 2).

DISCUSSIONE

Pur non trattandosi di uno studio di efficacia sperimentale con gruppo di controllo, ma di efficacia nella pratica, i risultati delle valutazioni suggeriscono che l'intervento, complessivamente, possa essere stato efficace a breve-medio termine per la maggior parte delle puerpere che lo hanno effettuato. Tali risultati sono coerenti con diversi studi che hanno valutato, anche mediante studi controllati randomizzati, in altri Paesi, lo stesso intervento o interventi analoghi rivolti alle puerpere basati su tecniche cognitivo-comportamentali[18,30].

Le variazioni osservate in termini di miglioramento delle condizioni di salute delle donne sono state evidenti, come registrato da tutte le misure di valutazione incluse nello studio, specialmente sotto il profilo statistico ma anche clinico. Il miglioramento clinico ha riguardato maggiormente la presenza e gravità dei sintomi depressivi, l'ansia di stato e la salute mentale (come rilevata dall'SF-36); in particolare, per quanto riguarda i punteggi EPDS e SF-36 MCS, i risultati hanno mostrato che oltre il 70% delle donne sottoposte al trattamento ha avuto un miglioramento significativo della sintomatologia depressiva e della salute mentale in generale. Tale miglioramento clinico è stato meno marcato, interessando un minore numero di puerpere, sul piano del funzionamento psicologico positivo (come rilevato dalle scale di Ryff). Le tecniche utilizzate dall'intervento sembrano essere state efficaci quindi nel ridurre e alleviare i sintomi psicopatologici, meno nel favorire sentimenti di benessere e auto-efficacia. Altre evidenze hanno mostrato che per il miglioramento delle dimensioni del benessere secondo il modello di Ryff sono più indicate altre terapie, come la well-being therapy che ad esempio ha mostrato un'efficacia superiore rispetto alla terapia cognitivo-comportamentale in pazienti con disturbi affettivi che presentavano una sintomatologia residua dopo specifici trattamenti[31].

In generale, il miglioramento osservato a conclusione del trattamento è rimasto stabile a distanza di 6 mesi, anche se questo risultato va interpretato con cautela perché non riguarda tutte ma il 77% delle donne che hanno effettuato il trattamento. L'altro 23% delle donne sottoposte al trattamento non si sono rese disponibili ad effettuare l'ulteriore valutazione prevista dopo 6 mesi.

Nel valutare il miglioramento clinico, va anche considerata la proporzione di drop-out, cioè di donne che hanno spontaneamente abbandonato il trattamento (7 donne su 63; 11%). Le analisi che abbiamo effettuato sono state condotte tenendo conto dei dati effettivamente disponibili. Se, invece, la percentuale di donne che ha abbandonato il trattamento insieme a quella delle donne perse al follow-up (20 donne in tutto su 63; 32%) fossero state imputate a difetto e inefficacia dell'intervento, e fossero state interpretate come assenza di miglioramento in tutti gli esiti valutati, il miglioramento clinico avrebbe riguardato in media, nelle diverse misure di valutazione, il 6% di donne in meno a T1 e il 18% in meno a T2; cionondimeno, anche sulla base di questa ipotesi molto conservativa, il miglioramento avrebbe comunque interessato dal 52 al 68% delle donne a T1 e dal 43 al 57% a T2, negli esiti che consideriamo più importanti, cioè quelli derivanti dai punteggi EPDS, BDI-II e MCS.

Il presente studio di efficacia è stato reso possibile grazie a un programma di screening post-natale delle puerpere di cui è stato parte integrante. Data la frequenza dei disturbi depressivi e la loro associazione con elevati livelli di sofferenza, disabilità e compromissione della qualità della vita, i programmi di screening della depressione sono da diverso tempo al centro del dibattito sulle priorità da adottare in tema di salute pubblica.

Questo studio ha contribuito, indirettamente, a far luce su alcune criticità riguardanti i programmi di screening della depressione perinatale, che pensiamo meritino qualche commento.

Recenti pubblicazioni, comparse sulle riviste JAMA e BMJ[30,32] forniscono un aggiornamento delle raccomandazioni della Task Force dei servizi di prevenzione statunitensi sullo screening della depressione. Secondo la Task Force, lo screening è definitivamente raccomandato (con livello B di raccomandazione) nella popolazione generale adulta che accede ai servizi di cure primarie, incluse quindi le donne nel periodo di gravidanza e dopo il parto, se implementato in servizi in grado di garantire la gestione clinica della depressione, cioè la valutazione diagnostica, il trattamento e il monitoraggio nel tempo dei casi identificati come con sospetta depressione mediante lo screening.

Oltre che dalle garanzie di accuratezza ed efficacia della gestione clinica dei casi, il successo di un programma di screening dipende anche dalla sua possibilità di essere integrato con le attività cliniche di routine dei servizi nei quali è implementato, e, cosa forse più importante, dalla sua accettabilità dal punto di vista degli assistiti che si rivolgono a quei servizi. Va detto che attualmente non vi è una completa conoscenza di quali siano le caratteristiche di un programma di screening della depressione perinatale che ne migliorino l'adesione, quindi l'accettabilità e fattibilità nella pratica dei servizi.

Il presente studio documenta che il 74%, delle donne cui è stato proposto, ha aderito ed effettuato lo screening e questo suggerisce che la fase di screening del programma è stata abbastanza fattibile e accettata dai ¾ delle donne cui era stata proposta. La fase successiva, di proposta di approfondimento diagnostico alle donne risultate positive allo screening, ha comportato tuttavia un'ulteriore perdita di adesioni del 25%. Infine, benché la quasi totalità delle donne (98%), cui in seguito ad approfondimento diagnostico era stato consigliato il trattamento, vi abbia aderito, in una certa percentuale non lo ha però completato (11%). Nonostante le perdite, comunque, le percentuali di adesione delle puerpere osservate nelle diverse fasi del programma di prevenzione e intervento precoce sono più incoraggianti di quelle di un altro recente studio, in cui è coinvolto uno degli autori, sull'efficacia e il rapporto costi/benefici di un programma di screening e gestione clinica integrata della depressione rivolto agli assistiti dei medici di base. Il programma, denominato SET-DEP (Screening and Enhanced Treatment of DEpression in Primary care), è stato reso possibile grazie alla collaborazione di 15 ambulatori di medicina generale e un ambulatorio

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:24:38

psichiatrico del Policlinico Universitario Umberto I di Roma. Lo studio SET-DEP[33] ha mostrato che il programma è stato efficace per tutti coloro che hanno aderito a tutte le sue fasi, dallo screening al trattamento specialistico, ovviamente quando indicato. Al contempo, ha anche mostrato che più del 60% degli assistiti risultati positivi allo screening non si sono poi rivolti all'ambulatorio specialistico per l'approfondimento diagnostico e l'eventuale trattamento, nonostante l'invito a farlo e le procedure messe in atto per agevolarne l'accesso (accesso senza lista di attesa, prestazione gratuita, linea telefonica dedicata per prendere appuntamento).

La percentuale di mancata adesione alle diverse fasi del programma di screening rivolto alla puerpere è risultata essere più bassa rispetto a quella osservata nello studio SET-DEP. Infatti, le puerpere con risultato positivo allo screening che non hanno aderito alle diverse fasi del progetto sono state complessivamente 35 (32% delle puerpere con risultato positivo allo screening); 27 di loro hanno mancato l'approfondimento e 8 il trattamento, del tutto o solo parzialmente. Sebbene questo risultato, come detto, sia incoraggiante, ciononostante suggerisce che anche in questo programma vi possano essere margini per apportare dei miglioramenti tesi ad aumentarne ulteriormente l'adesione.

Dalle informazioni disponibili, un ostacolo all'adesione può essere rappresentato dalle difficoltà di tipo pratico-organizzativo delle neo-mamme, come la distanza dell'abitazione dal servizio e la mancanza di tempo per le incombenze collegate alla nascita di un bambino. In relazione a questo ostacolo, pensiamo che, per quanto riguarda l'approfondimento clinico diagnostico, questo andrebbe auspicabilmente effettuato contestualmente allo screening, nella stessa giornata.

Per quanto riguarda invece le possibilità di migliorare l'adesione al trattamento delle donne, a cui questo trattamento venga proposto, valgono le raccomandazioni suggerite da recente letteratura riguardo a dove preferibilmente fornire il trattamento, se indicato[33-35]. Assistenza psicologica e psichiatrica specialistiche fornite presso i servizi pediatrici e i servizi di ostetricia e ginecologia piuttosto che nei servizi di salute mentale potrebbero aumentare l'adesione delle puerpere perché ridurrebbero lo stigma associato a questi ultimi servizi. Nel presente programma rivolto alle puerpere uno sforzo in tal senso è stato già fatto; infatti il trattamento, oltre che in strutture dei dipartimenti di salute mentale, è stato effettuato nei consultori familiari dei dipartimenti dell'area materno-infantile e negli ospedali generali e in alcuni centri il rapporto assistenziale con tutte le puerpere è stato consolidato attraverso una visita ostetrica a domicilio nei primi 10 giorni dopo il parto.

Limiti dello studio

I punti di forza del presente studio sono la standardizzazione dell'intervento sottoposto a valutazione e l'uso di strumenti di valutazione auto-compilati accurati e riproducibili.

Il principale limite è intrinseco al tipo di studio che, essendo, appunto, di efficacia, nella pratica non include un gruppo di controllo e può determinare che si attribuisca erroneamente all'intervento un beneficio che invece è dovuto a miglioramento o remissione spontanei o a effetti aspecifici, tra cui l'effetto placebo e gli elementi propri della buona pratica clinica che sono comuni a tutti i trattamenti. Tuttavia, come detto, l'intervento oggetto di questo studio è stato già sottoposto a studi di efficacia con disegno sperimentale[36,37] nell'intento di controllare tali distorsioni; nel presente studio ci si è limitati ad accertare fino a che punto gli esiti osservati nella routine, con le pazienti, i colleghi e le risorse di cui si disponeva fossero simili a quelli osservati negli studi controllati. In ogni caso, le dimensioni dell'effetto osservate sembrerebbero deporre per miglioramenti che difficilmente potrebbero essere attribuiti solo a effetti aspecifici.

La contestualizzazione dello studio nell'ambito di un progetto della durata di due anni non ha reso possibile un'attenuazione di questi possibili bias di interpretazione dei risultati con l'introduzione nel disegno di ulteriori follow-up (a 12 e/o 24 mesi dalla conclusione dell'intervento) che avrebbero consentito di confermare con maggiore verosimiglianza la componente di miglioramento da attribuire all'intervento.

Un altro limite è rappresentato dalla proporzione di donne perse al follow-up, per le quali a distanza di 6 mesi dalla fine del trattamento non è stato possibile raccogliere informazioni sulle condizioni di salute (13 donne su 63; 21%). Non si può escludere, tuttavia, che se tali valutazioni fossero state effettuate, non avrebbero fornito risultati molto diversi (quindi in grado di modificare i risultati complessivi osservati) da quelli delle donne per cui invece è stata possibile anche la valutazione a distanza di 6 mesi, dato che, subito dopo la fine del trattamento, non erano emerse differenze fra questi 2 gruppi di donne per quanto riguardava tutti gli esiti di salute rilevati.

CONCLUSIONI

Nonostante i suddetti limiti, i risultati di questo studio pensiamo siano di un certo interesse per gli operatori dei servizi. Essi confermano che l'intervento rivolto alle puerpere con DPP messo a punto da Milgrom et al.[14] è verosimilmente efficace anche nella pratica dei servizi italiani per la maggioranza delle donne che vi aderiscono interamente, partecipando a tutti gli incontri pianificati. Risultati, questi, che possono ritenersi complessivamente soddisfacenti, anche considerato che l'intervento proposto è breve e, specie se effettuato in gruppo, poco costoso[38].

A parte il presente studio e uno precedente[39], non esistono altri studi condotti nel nostro Paese sull'efficacia del trattamento suggerito da Milgrom. Né tanto meno si dispone di dati sull'efficacia di programmi di screening rivolti a puerpere. Alcune informazioni derivanti da questo studio indicano che i programmi di identificazione e trattamento della depressione nei servizi possono essere efficaci ma solo se le puerpere aderiscono a tutte le fasi previste dal protocollo di questi programmi. Per migliorare l'adesione a tutte le fasi di questi programmi potrebbe essere utile: effettuare lo screening e l'approfondimento diagnostico nella stessa giornata, nell'ambito di un unico appuntamento; preferire come luogo in cui effettuare l'intervento psicologico l'ospedale generale presso il quale la donna ha partorito o i consultori materno-infantili piuttosto che i dipartimenti di salute mentale. Allo stesso tempo l'uso di tecniche motivazionali per aumentare l'adesione alle valutazioni di follow-up di puerpere risultate positive allo screening potrebbe essere molto utile. Recentemente, infatti, uno studio sperimentale ha mostrato che que-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:24:38

ste tecniche sono state molto efficaci con le puerpere. Lo studio ha riguardato un intervento denominato Motivating Our Mothers (MOM)[40] che aveva come obiettivo motivare le mamme positive allo screening a rendersi disponibili per ricevere, nel tempo, ulteriori valutazioni e cure, se indicate. L'intervento presentava due semplici componenti: la prima consisteva nel consegnare un opuscolo informativo ed educativo (con la descrizione dei sintomi della depressione, con informazioni su differenza tra screening e diagnosi, e con messaggi motivazionali sull'importanza di sottoporsi a valutazione approfondita e trattamento, se indicato) accompagnato da un breve (5 minuti) colloquio motivazionale; la seconda consisteva in un colloquio telefonico motivazionale semi-strutturato "di richiamo" della durata di 15 minuti, effettuato due giorni dopo la consegna dell'opuscolo.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Ringraziamenti: il lavoro è stato realizzato nell'ambito del progetto "Prevenzione ed intervento precoce per il rischio di depressione post partum". Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM 2011 (CUP: I85J11000900005). In particolare si ringrazia la dott.ssa Giovanna Romano, referente scientifico del progetto presso il Ministero della Salute, per i suoi preziosi suggerimenti.
Si ringraziano Debora Del Re e Isabella Cascavilla per il contributo tecnico editoriale e redazionale all'articolo.

BIBLIOGRAFIA

1. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. J Affect Disord 2003; 74: 67-83.
2. Henshaw C, Foreman D, Cox J. Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. J Psychosom Obset Gynaecol 2004; 25: 267-72.
3. Robertson E, Celasun N, Stewart DE. Risk factors for postpartum depression. In: Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T (eds). Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network Women's Health Program, 2003.
4. NHMRC. Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999. Commonwealth of Australia, 2000.
5. Brockington IF. Puerperal psychosis. In: Brockington IF. Motherhood and mental health. Oxford: Oxford University Press, 1996.
6. Kelly E, Sharma V. Diagnosis and treatment of postpartum bipolar depression. Expert Rev Neurother 2010; 10: 1045-51.
7. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
8. World Health Organization. International Classification of Diseases, 10th edition (ICD-10). Geneva: WHO, 2007.
9. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer Brody S, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy and screening outcomes. Evid Rep Technol Assess 2005; 119: 1-8.
10. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. J Affect Disord 2015; 75: 34-52.
11. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987; 150: 782-6.
12. Dennis CL. Detection, prevention, and treatment of postpartum depression. In: Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T (eds). Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network Women's Health Program, 2003.
13. Marino M, Battaglia E, Massimino M, Aguglia E. Fattori di rischio nella depressione post partum. Riv Psichiatr 2012; 47: 187-94.
14. Milgrom J, Martin PR, Negri LM. Depressione postnatale: ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico. Trento: Erickson, 2003.
15. Vigod SN, Wilson CA, Howard LM. Depression in pregnancy. BMJ 2016; 352: i1547. doi: 10.1136/bmj.i1547.
16. Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. BMJ 2008; 337: a736. doi: 10.1136/bmj.a736.
17. Milgrom J, Eriksen J, Negri L, Gemmill AW. Screening for post natal depression in routine primary care: properties of the Edimburgh Depression Scale in an australian sample. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39: 833-9.
18. Milgrom J, Holt CJ, Gemmill AW, et al. Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling. BMC Psychiatry 2011; 11: 95.
19. Lewinsohn PM, Antonuccio DO, Steinmetz JL, Teri L. The coping with depression course: a psycho-educational intervention for unipolar depression. Eugene, OR: Castalsa, 1984.
20. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. Acta Psychiatr Scand 2009; 119: 350-64.
21. Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. J Affect Disord 1999; 53: 137-41.
22. Murray L, Carothers AD, The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. Br J Psychiatry 1990; 157: 288-90.
23. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory Second Edition Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company 1996. Adattamento italiano a cura di M. Ghisi et al. Firenze: Giunti OS, 2006.
24. Spielberger CD. STAI-Y: State-Trait Anxiety Inventory- Forma Y. Mind Garden, Palo Alto, CA, 1983. Adattamento italiano a cura di L. Pedrabissi e M. Santinello. Firenze: Giunti OS, 1989.
25. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol 1995; 9: 719-27.
26. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF 36 Physical and Mental Health Summary Scales: a user's manual. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1994.
27. Lecrubier Y, Sheehan DV. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. Eur Psychiatry 1997; 12: 224-31.
28. Caprara GV, Alessandri G, Eisenberg N, et al. The Positivity Scale. Psychol Assess 2012; 24: 701-12.
29. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. J Consul Clin Psychol 1991; 59: 12-9.
30. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US preventive services Task Force. JAMA 2016; 26: 388-406.
31. Rafanelli C, Conti S, Mangelli L, et al. Benessere psicologico e sintomi residui nei pazienti con disturbi affettivi. II. Confronto tra well-being therapy e terapia cognitivo-comportamentale. Riv Psichiatr 2002; 37: 179-83.
32. Sinyor M, Rezmovitz J, Zaretsky A. Screen all for depression. BMJ 2016; 352: i1617. doi: 10.1136/bmj.i1617.
33. Picardi A, Lega I, Tarsitani L, et al. A randomised controlled trial of the effectiveness of a program for early detection and treatment of depression in primary care. J Affect Disord 2016; 198: 96-101.
34. Yawn BP, LaRusso EM, Bertram SL, et al. When screening is po-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:24:38

licy, how do we make it work? In: Milgrom J, Gemmill AW (eds). Identifying perinatal depression and anxiety. Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment and management. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell 2015.
35. Buist A, O'Mahen H, Rooney R. Acceptability, attitude, and overcoming stigma. In: Milgrom J, Gemmill AW (eds). Identifying perinatal depression and anxiety. Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment and management. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2015.
36. Milgrom J, Holt C, Holt CJ, Ross J, Ericksen J, Gemmill AW. Feasibility study and pilot randomised trial of an antenatal depression treatment with infant follow-up. Arch Womens Ment Health 2015; 18: 717-30.
37. Milgrom J, Gemmill AW, Ericksen J, Burrows G, Buist A, Reece J. Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: a randomised controlled trial. Aust N Z J Psychiatry 2015; 49: 236-45.
38. National Institute for Health and Care Excellence 2014. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. The Nice Clinical Guideline CG192. December 17, 2014, from https://www.nice.org.uk/guidance/cg192.
39. Piacentini D, Mirabella F, Leveni D, et al. Effectiveness of a manualized cognitive-behavioural intervention for postnatal depression. Riv Psichiatr 2011; 46: 187-94.
40. Fernandez y Garcia E, Joseph J, et al. Pediatric-based intervention to motivate mothers to seek follow-up for depression screens: the Motivating Our Mothers (MOM) trial. Acad Pediatr 2015; 15: 311-8.