



CONVEGNO ItOSS: un'impresa condivisa tra ricercatori e clinici per migliorare l'assistenza al percorso nascita
Roma 2 dicembre 2025 - Aula Pocchiari - Istituto Superiore di Sanità

Depressione e ansia in gravidanza: quali raccomandazioni?

Edoardo Corsi Decenti a nome dell'Evidence Review Team della LG «Gravidanza fisiologica»
CNaPPS - Istituto Superiore di Sanità





Depressione e ansia in gravidanza

- La sintomatologia della depressione in gravidanza non si differenzia da quella nella popolazione generale, ha una durata di **almeno due settimane** e include la **perdita di interesse o piacere** per tutte o quasi tutte le attività.

(American Psychiatric Association, 2023; Howard *et al.*, 2020; Hahn-Holbrook *et al.*, 2018)

- L'ansia e i disturbi legati all'ansia condividono caratteristiche di paura e preoccupazione eccessive, insieme a disturbi comportamentali e cognitivi correlati.

(ACOG, 2023)



Quesito e raccomandazioni



Raccomandazione

1. Lo screening della depressione deve essere offerto a tutte le donne, in occasione di ogni bilancio di salute in gravidanza e fino a un anno dopo il parto nel contesto di una rete assistenziale in grado di assicurare diagnosi e trattamento.

(raccomandazione forte, qualità delle prove molto bassa)

Raccomandazione

2. Lo screening della depressione dovrebbe essere offerto mediante valutazione dei fattori di rischio e somministrazione delle "domande di Whooley". Se la donna presenta fattori di rischio e/o ha risposto "sì" ad almeno una delle "domande di Whooley", deve essere attivata la presa in carico.



Gravidanza fisiologica

QUESITO

Raccomandazione

3. Lo screening di depressione e ansia deve essere offerto a tutte le donne in gravidanza? In presenza di indicazioni cliniche, dovrebbe essere attivata la presa in carico da parte della rete assistenziale per assicurare diagnosi e

(raccomandazione di buona pratica clinica)

Raccomandazione

4. L'organizzazione di una rete assistenziale che assicuri diagnosi e trattamento di depressione e ansia in gravidanza e dopo il parto, dove non ancora presente, deve essere attivata con il coinvolgimento dei dipartimenti di salute mentale, dei servizi sociali e delle altre agenzie presenti sul territorio.

(raccomandazione forte, qualità delle prove molto bassa)

Raccomandazione

5. La formazione sulla salute mentale in gravidanza dovrebbe essere componente vincolante dei curricula formativi e dell'aggiornamento professionale continuo di tutti i professionisti dei servizi di assistenza perinatale.

(raccomandazione di buona pratica clinica)

Raccomandazione

6. Qual è l'efficacia dei diversi modelli organizzativi per il riconoscimento precoce e la presa in carico del disagio emotivo perinatale?

(raccomandazione di ricerca)



Raccomandazioni 1 e 2

Raccomandazione

1. Lo screening della depressione deve essere offerto a tutte le donne, in occasione di ogni bilancio di salute in gravidanza e fino a un anno dopo il parto nel contesto di una rete assistenziale in grado di assicurare diagnosi e trattamento.

raccomandazione forte, qualità delle prove molto bassa



Gravidanza fisiologica

Raccomandazione

2. Lo screening della depressione dovrebbe essere offerto mediante valutazione dei fattori di rischio* e somministrazione delle “domande di Whooley”**. Se la donna presenta fattori di rischio e/o ha risposto “sì” ad almeno una delle “domande di Whooley”, deve essere attivata la presa in carico da parte della rete assistenziale per assicurare diagnosi e trattamento.

raccomandazione condizionata, qualità delle prove molto bassa

* storia di depressione, sintomi relativi alla salute mentale (come sintomi depressivi, ansia), fattori di rischio socio-economici (come basso reddito, gravidanza in adolescente, assenza del partner), violenza domestica, eventi di vita stressanti

** “Durante l’ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?” (sì/no), “Durante l’ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?” (sì/no).



Raccomandazione 3

Raccomandazione

3. Lo screening dell'ansia dovrebbe essere offerto a tutte le donne, in occasione di ogni bilancio di salute in gravidanza e fino a un anno dopo il parto, mediante somministrazione del Generalized Anxiety Disorder a 2 domande (GAD-2)*. In caso di $\text{GAD-2} \geq 3$ e/o in presenza di indicazioni cliniche, dovrebbe essere attivata la presa in carico da parte della rete assistenziale per assicurare diagnosi e trattamento.

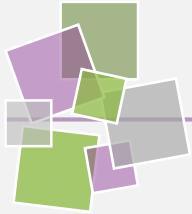
raccomandazione di buona pratica clinica

- * “Nelle ultime due settimane, quanto spesso è stata infastidita dal sentirsi nervosa o ansiosa?” (0: mai; 1: qualche giorno; 2: più della metà dei giorni; 3: quasi tutti i giorni), “Nelle ultime due settimane, quanto spesso è stata infastidita dal fatto di non essere riuscita a fermare o controllare le preoccupazioni?” (0: mai; 1: qualche giorno; 2: più della metà dei giorni; 3: quasi tutti i giorni).



Gravidanza fisiologica





Razionale (1/4)

Le raccomandazioni 1-3 sono sostenute:

- dalla **prevalenza** di depressione e ansia e dalla loro associazione a **esiti avversi**;
- dalla disponibilità di **trattamenti efficaci** nel migliorare gli esiti in donne identificate come a rischio di depressione e/o ansia;
- dai potenziali benefici di un **processo di identificazione** delle donne a rischio di depressione e/o ansia **in due tempi**, nel primo dei quali strumenti brevi e di facile utilizzo, non finalizzati alla diagnosi, permettono di inviare le donne positive allo screening a una valutazione clinica completa, che può includere strumenti di valutazione con superiori proprietà psicometriche;
- dalla disponibilità di prove relative alla **accettabilità** dello screening della **depressione** da parte delle donne e dei professionisti sanitari;
- dalla possibilità di implementare gli interventi raccomandati nei programmi di screening di depressione e/o ansia in gravidanza **attivi in alcune Regioni italiane**.





Epidemiologia della depressione

 A livello globale la prevalenza della depressione **durante la gravidanza** è del 15%-20%;
16%-18% nel puerperio.

(Howard *et al.*, 2020; Hahn-Holbrook *et al.*, 2018)

 In Italia mancano stime robuste dei disturbi mentali perinatali. Una revisione sistematica ha stimato una prevalenza di depressione del 20,2% prima del parto e del 27,5% dopo il parto.

(Grussu *et al.*, 2022; Camoni *et al.*, 2023)





Alcuni esiti associati alla depressione

↑ Parto pretermine

↑ Nati piccoli per età gestazionale

↑ Basso peso alla nascita

(Jarde *et al.*, 2016)



La depressione materna può compromettere il **legame madre-bambino**, l'**allattamento** e lo **sviluppo emotivo** del neonato, con effetti documentati fino all'adolescenza.

(Pearson *et al.*, 2013; Jensen *et al.*, 2014; Plant *et al.*, 2015)





Depressione e suicidi dalla sorveglianza ItOSS



In Italia nel 2011-2019 sono stati registrati **114 suicidi** materni, il **16,9%** dei decessi entro un anno dal termine della gravidanza.

(Maraschini *et al.*, 2024)



Nel 2006-2012 in 10 regioni italiane erano stati 67 (12,2%); il 60% avevano registrato una **storia psichiatrica**.

(Lega *et al.*, 2020)





Ansia in gravidanza



I disturbi d'ansia hanno una prevalenza del 15%-20% **durante la gravidanza**; 10% nel **periodo postnatale**.

(Dennis *et al.*, 2017; Fawcett *et al.*, 2019)

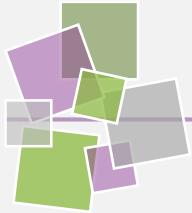
↑ Disordini ipertensivi

↑ Parto pretermine

↑ Taglio cesareo

(O'Connor *et al.*, 2023)





Razionale (2/4)

Le raccomandazioni 1-3 sono sostenute:

- dalla **prevalenza** di depressione e ansia e dalla loro associazione a **esiti avversi**;
- dalla disponibilità di **trattamenti efficaci** nel migliorare gli esiti in donne identificate come a rischio di depressione e/o ansia;
- dai potenziali benefici di un **processo di identificazione** delle donne a rischio di depressione e/o ansia **in due tempi**, nel primo dei quali strumenti brevi e di facile utilizzo, non finalizzati alla diagnosi, permettono di inviare le donne positive allo screening a una valutazione clinica completa, che può includere strumenti di valutazione con superiori proprietà psicometriche;
- dalla disponibilità di prove relative alla **accettabilità** dello screening della **depressione** da parte delle donne e dei professionisti sanitari;
- dalla possibilità di implementare gli interventi raccomandati nei programmi di screening di depressione e/o ansia in gravidanza **attivi in alcune Regioni italiane**.





Trattamenti disponibili



Trattamenti non farmacologici

Interventi psicologici finalizzati a:

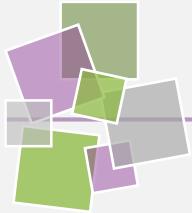
- prevenzione per donne con fattori di rischio (in assenza di sintomi) e per donne con sintomi subclinici
- trattamento per donne con sintomi da lievi a gravi

Trattamenti farmacologici

Farmaci antidepressivi per donne con sintomi depressivi moderati o gravi o in caso di mancata risposta a interventi non farmacologici.

(Riseup-PPD, 2024; O'Connor *et al.*, 2019)





Razionale (3/4)

Le raccomandazioni 1-3 sono sostenute:

- dalla **prevalenza** di depressione e ansia e dalla loro associazione a **esiti avversi**;
- dalla disponibilità di **trattamenti efficaci** nel migliorare gli esiti in donne identificate come a rischio di depressione e/o ansia;
- dai potenziali benefici di un **processo di identificazione** delle donne a rischio di depressione e/o ansia **in due tempi**, nel primo dei quali strumenti brevi e di facile utilizzo, non finalizzati alla diagnosi, permettono di inviare le donne positive allo screening a una valutazione clinica completa, che può includere strumenti di valutazione con superiori proprietà psicometriche;
- dalla disponibilità di prove relative alla **accettabilità** dello screening della **depressione** da parte delle donne e dei professionisti sanitari;
- dalla possibilità di implementare gli interventi raccomandati nei programmi di screening di depressione e/o ansia in gravidanza **attivi in alcune Regioni italiane**.





Test di screening brevi

Domande di Whooley

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

GAD-2

1. “Nelle ultime due settimane, quanto spesso è stata infastidita dal sentirsi nervosa o ansiosa?”
2. “Nelle ultime due settimane, quanto spesso è stata infastidita dal fatto di non essere riuscita a fermare o controllare le preoccupazioni?”

Vantaggi

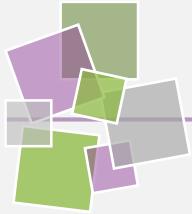
- Semplicità uso; contesto colloquiale
- Utile in contesti con elevato volume di attività
- No cartaceo
- Adesione/accettabilità

Svantaggi

Bassa specificità (necessario eventuale approfondimento con altri strumenti)

(Littlewood et al., 2018; Mann et al., 2012)



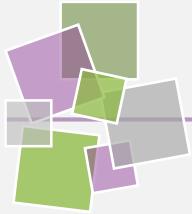


Razionale (4/4)

Le raccomandazioni 1-3 sono sostenute:

- dalla **prevalenza** di depressione e ansia e dalla loro associazione a **esiti avversi**;
- dalla disponibilità di **trattamenti efficaci** nel migliorare gli esiti in donne identificate come a rischio di depressione e/o ansia;
- dai potenziali benefici di un **processo di identificazione** delle donne a rischio di depressione e/o ansia **in due tempi**, nel primo dei quali strumenti brevi e di facile utilizzo, non finalizzati alla diagnosi, permettono di inviare le donne positive allo screening a una valutazione clinica completa, che può includere strumenti di valutazione con superiori proprietà psicometriche;
- dalla disponibilità di prove relative alla **accettabilità** dello screening della **depressione** da parte delle donne e dei professionisti sanitari;
- dalla possibilità di implementare gli interventi raccomandati nei programmi di screening di depressione e/o ansia in gravidanza **attivi in alcune regioni italiane**.





Razionale (4/4)

L.E.A.

In gravidanza è escluso dalla partecipazione al costo un colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche (DPCM 12 gennaio 2017).

L'intesa Stato-Regioni del 31 gennaio 2018 ha finanziato **16 progetti regionali** dedicati alla diagnosi, la cura e l'assistenza della depressione post partum.



“Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita”
(Intesa Stato-Regioni, 20 febbraio 2020), con l'obiettivo di identificare precocemente fattori di rischio e promuovere la salute mentale perinatale.





Raccomandazione 4

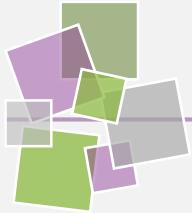


Raccomandazione

4. L'organizzazione di una rete assistenziale che assicuri diagnosi e trattamento di depressione e ansia in gravidanza e dopo il parto, dove non ancora presente, deve essere attivata con il coinvolgimento dei dipartimenti di salute mentale, dei servizi sociali e delle altre agenzie presenti sul territorio.

(raccomandazione forte, qualità delle prove molto bassa)





Linea guida fonte

Le raccomandazioni sono coerenti con quelle proposte dalla **linea guida fonte** “Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance – updated edition” (NICE, 2018)

«**a tutti i contatti** in gravidanza e durante il **primo periodo postnatale** si tenga un colloquio generale sulla salute e il benessere mentale con **tutte** le donne e che il professionista sanitario consideri la possibilità di porre le “domande di Whooley” e il GAD-2»

«in caso di positività il professionista sanitario consideri l'uso di EPDS o PHQ-9 in caso di depressione, o del GAD-7 in caso di disturbi d'ansia»





Raccomandazioni di altre agenzie

Screening della depressione in gravidanza e puerperio

RECOMMENDED



NICE, 2018 (LG fonte)



Riseup-PPD, 2024



SIGN, 2023



COPE, 2023
RANZCOG, 2021



USPSTF, 2023
ACOG, 2023
AAFP, 2018
AAP, 2019
ACP, 2013
ACMP, 2013

Solo alcune agenzie raccomandano anche lo screening dell'ansia



Raccomandazione

5. La formazione sulla salute mentale in gravidanza dovrebbe essere componente vincolante dei curricula formativi e dell'aggiornamento professionale continuo di tutti i professionisti dei servizi di assistenza perinatale.

raccomandazione di buona pratica clinica



Raccomandazione

6. Qual è l'efficacia dei diversi modelli organizzativi per il riconoscimento precoce e la presa in carico del disagio emotivo perinatale?

raccomandazione di ricerca



g r a z i e



Filomene Maellaro



Caterina Ferrari



Serena Donati



Letizia Sampaolo



Vittorio Basevi



Simona Fumagalli



Sara Ornaghi



Silvia Giovinale



Laura Sanapo



Isabella Abati



Laura Iannuzzi



Stefania Dell'Oro



Chiara Nava



Daniele Farsetti



Elena Maggiora



Margherita Tommasella



Enrico Finale



Elisabetta Colciago