



Lo screening della depressione e dell'ansia

DEPRESSIONE e ANSIA IN GRAVIDANZA

La sintomatologia della depressione in gravidanza non si differenzia da quella nella popolazione generale e include **umore depresso** e **perdita di interesse o piacere** per tutte o quasi tutte le attività.

I sintomi durano almeno due settimane, causano disagio clinicamente significativo e/o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

(American Psychiatric Association, 2023)

L'ansia e i disturbi legati all'ansia si riferiscono a un gruppo di malattie associate a una iperattivazione del sistema nervoso simpatico e 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 da parte della rete assistenziale per assicurare diagnosi e trattamento.

(raccomandazione forte, qualità delle prove molto bassa)

Raccomanda

3. Lo screening della depressione e ansia deve essere offerto a tutte le donne in gravidanza e dopo il parto in presenza di

QUESITO

Lo screening di depressione e ansia deve essere offerto a tutte le donne in gravidanza?

(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

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 $GAD-2 \geq 3$ 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).

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)

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
- Costo-efficacia

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**.

ASPETTI REGOLATORI E NORMATIVI

L.E.A



Ministero della Salute

**"Investire precocemente in salute:
azioni e strategie nei primi mille giorni di vita"**
Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker,
per la protezione e promozione della salute dei bambini
e delle generazioni future



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

“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.

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.

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

RACCOMANDAZIONI 5 e 6

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



GRAZIE