Società Marcé Italiana
per la Salute Mentale Perinatale

Congresso Nazionale 2018 con Ospiti Internazionali

**"SALUTE MENTALE PERINATALE:
dalle attuali politiche socio-sanitarie italiane
alle attività dei servizi offerti alla popolazione"**

Padova, 12 Maggio 2018 – 9.00-18.00
Sala Congressi, Centro Culturale Altinate San Gaetano, Via Altinate 71

LIBRO DEGLI ATTI

Società Marcé Italiana per la Salute Mentale Perinatale

Congresso Nazionale 2018 con ospiti internazionali
Salute Mentale Perinatale: dalle attuali politiche socio-sanitarie italiane alle attività dei servizi offerti alla popolazione

Responsabili scientifici
Pietro Grussu e Rosa Maria Quatraro

Comitato scientifico
Comitato Direttivo della Società Marcé Italiana per la Salute Mentale Perinatale
(A. Bramante, P. Grussu, V. Lamarra, L. Orsolini, R.M. Quatraro)

Segreteria organizzativa
Pietro Grussu, Rosa Maria Quatraro, Irene Andreetto, Elisa Comerci, Alice Corà, Cristina Cavaliere, Donna A. Wawrykow e Francesca Ochner.

Società Marcé Italiana
per la Salute Mentale Perinatale

CONGRESSO NAZIONALE 2018 CON OSPITI INTERNAZIONALI

SALUTE MENTALE PERINATALE:

dalle attuali politiche socio-sanitarie italiane alle attività dei servizi offerti alla popolazione

Sabato 12 maggio 2018

Sala Congressi, Centro Culturale Altinate San Gaetano, Via Altinate 71, Padova

Salute mentale perinatale: i servizi socio-sanitari presenti nel nostro Paese e attuali scenari internazionali

Saluti della Presidente della Società Marcé Italia e della Presidente-eletta della Società Marcé Internazionale

Saluti delle autorità

	Silvia Girallucci	Comune di Padova Referente progetto Città Sane OMS
	Luigi Castelli	Università di Padova Direttore Scuola di Psicologia
9.00-10.00	**Angela Favaro**	Università di Padova Direttore Scuola Specializzazione in Psichiatria
	Renata Tambelli	Associazione Italiana Psicologia AIP Coordinatrice Sezione Clinica e Dinamica
	Domenico Scibetta	Direttore Generale Azienda ULSS 6 Euganea

Moderatori:
Pietro Grussu e Rosa Maria Quatraro

10.00-10.30	**John Cox** Keele University UK	*Lectio Magistralis* Caratteristiche dello strumento e utilizzi impropri dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS: l'imperativo transculturale
10.30-11.00	**Anita Riecher-Rössler** Basel University Switzerland	Le attuali sfide della salute mentale perinatale
11.30-12.00	**Serena Battilomo** Ministero della Salute	Le politiche socio-sanitarie italiane a tutela della salute mentale perinatale
12.00-12.30	**Gianfranco J. Jorizzo** Comitato Percorso Nascita Nazionale	Percorso Nascita e salute psicologica perinatale
12.30-13.00	*Discussione*	

Linee di indirizzo, individuazione precoce delle donne a rischio e/o sofferenti di psicopatologia perinatale e salute pediatrica

Moderatori:
Pietro Grussu e Rosa Maria Quatraro

14.00-14.45	**Michael O'Hara** University of Iowa USA	Individuazione dei disturbi mentali perinatali e Linee di Indirizzo della Marcé Internazionale
14.45-15.30	**Lisa Segre** University of Iowa USA	Individuazione e trattamento dei disturbi mentali perinatali: il Progetto delle visite domiciliari in Iowa, USA
15.30-16.15	**Giorgio Tamburlini** Centro Salute Bambino Trieste	Salute mentale perinatale e interventi a tutela della salute pediatrica
16.15-17.00	*Discussione*	
17.00-17.30	Premio Marcé Italia 2018	
17.30-18.00	**Jane Fisher** Monash University Australia	Iniziative globali per la salute mentale perinatale

Relatori

Serena Battilomo
Ministero della Salute
Direttrice dell'Ufficio 9 "Tutela della salute della donna, dei soggetti vulnerabili e contrasto alle disuguaglianze", della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute , Roma.

John Cox
Keele University, UK
Professore Emerito di Psichiatria alla Facoltà di Medicina della Keele University, UK e autore dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale.
E' stato presidente del Royal College of Psychiatrists.

Gianfranco Joric Jorizzo
Comitato Percorso Nascita Nazionale
Coordinatore Nazionale del Comitato Percorso Nascita del Ministero della Salute e Responsabile del Servizio di Medicina Prenatale dell'Azienda ULSS 6 Euganea, Regione Veneto.

Michael O'Hara
University of Iowa, USA
Professore Ordinario di Psicologia, Department of Psychological and Brain Sciences, University of Iowa, USA. Autore di oltre 100 pubblicazioni sui disturbi emotivi perinatali. E' stato Presidente della Marcé International.

Anita Riecher-Rössler
Basel University, Switzerland
Editor in Chief dell'Archives of Womens' Mental Health, Psicoanalista e Professore Ordinario di Psichiatria e Direttrice della Clinica Psichiatrica di Basilea, Svizzera.

Lisa Segre
University of Iowa, USA
Presidente Eletto della International Marcé Society for Perinatal Mental Health e Professore Associato, College of Nursing & Department of Psychological and Brain Sciences, University of Iowa, USA.

Giorgio Tamburlini
Centro Salute Bambino, Trieste
Presidente del Centro per la Salute del Bambino-onlus, Trieste. Collaboratore dell'OMS e dell'Unicef sui temi delle politiche e degli interventi per la salute materna e infantile e sull'Early Child Development.

Jane Fisher
Monash University, Australia
Presidente della International Society for Perinatal Mental Health, è Psicologo Clinico e della Salute, Direttore della Jean Hailes Research Unit

Con il patrocinio di:

Ministero della Salute · Comune di Padova · cittàsane rete italiana OMS · Ordine Nazionale Psicologi · Regione del Veneto ULSS6 Euganea · SIN Società Italiana di Neonatologia · The Marcé Society · OPV Ordine degli Psicologi del Veneto

Con il contributo di:

Erickson · Baby Signs Italia · Associazione Italiana di Psicologia

Responsabili scientifici
Pietro Grussu e Rosa Maria Quatraro

Comitato scientifico
Comitato Direttivo della Società Marcé Italiana per la Salute Mentale Perinatale (A. Bramante, P. Grussu, V. Lamarra, L. Orsolini, R.M. Quatraro)

Segreteria organizzativa
Pietro Grussu, Rosa Maria Quatraro, Irene Andreetto, Elisa Comerci, Alice Corà, Cristina Cavaliere, Donna A. Wawrykow e Francesca Ochner.
congresso.padova2018@marcesociety.it
www.marcesociety.it

Presentazione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la depressione è la prima causa di disabilità nel mondo ed è in crescita del 20%. Tra il 2005 e il 2015 il numero dei soggetti colpiti da depressione è salito vertiginosamente nel mondo: oggi sono 322 milioni e, nella maggior parte dei casi, si tratta di giovani donne. La depressione è un disturbo dell'umore che affligge 1 donna su 4 ad un certo punto del loro ciclo vitale. Non stupisce dunque il fatto che tale patologia si possa manifestare durante la gravidanza e dopo la nascita di un figlio. Infatti, a differenza di quanto si pensava in passato, le evidenze scientifiche hanno messo in luce che la gravidanza rappresenta per la donna un evento stressante, connotato da marcati cambiamenti (fisici, psichici, ormonali, di ruolo, ecc.) e di conseguenza è un periodo a rischio per la psicopatologia. Il tasso di prevalenza della depressione perinatale varia a seconda degli studi e del periodo analizzato: in gravidanza la percentuale va dal 7.4% al 20% mentre nel postpartum la percentuale arriva fino al 22%.

Anche se la depressione perinatale è oggi riconosciuta come una delle complicanze mediche più comuni durante la gravidanza e nel primo anno di vita del bambino, troppo spesso è sottodiagnosticata. Ma la depressione e l'ansia perinatale non identificate e, quindi, non trattate, possono avere gravi conseguenze non solo sulla la donna, ma anche sul neonato, sulla relazione mamma-neonato e sull'intera famiglia.

Alla luce di tutto ciò appare evidente la necessità di investire economicamente in progetti di prevenzione per identificare precocemente le donne a rischio di psicopatologia perinatale. In particolare, visto anche lo stigma associato alla sofferenza psichica collegata alla nascita di un bambino, siamo noi operatori che dobbiamo essere formati per poter identificare queste donne e prenderle in carico. La formazione ha un ruolo fondamentale e costituisce una delle "mission" principali della Società Marcè Italiana per la Salute Mentale Perinatale. Il secondo congresso nazionale della Marcé Italiana nasce da questa esigenza e la presenza di illustri ospiti stranieri, che da molti anni si occupano di psicopatologia perinatale non può che arricchire tutti i soci che saranno presenti all'evento.

Buon lavoro a tutti.

Padova 12 maggio 2018

Alessandra Bramante

Il Presidente

Introduzione

Questo secondo Congresso della Società Marcé Italiana per la Salute Mentale Perinatale coincide con un recente finanziamento del Ministero della Salute del 31 gennaio 2018 indirizzato allo sviluppo di progetti locali afferenti alla "diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva postpartum.

Oggi in Italia rileviamo numerose iniziative locali di divulgazione scientifica e culturale sulla psicologia e psicopatologia in gravidanza e dopo il parto, associazioni e gruppi di lavoro impegnati in ambito perinatale, corsi di formazione e Master di caratura internazionale e molteplici servizi di prevenzione, diagnosi, assistenza e cura sia all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, del volontariato e del primato sociale e sanitario.

Di fronte a tale ricco panorama, come Società Marcé Italiana per la Salute Perinatale abbiamo voluto organizzare a Padova questo evento congressuale con l'intento di mettere a confronto gli attuali indirizzi ministeriali relativi alla salvaguardia della salute psicologica e mentale perinatale e i più recenti dati clinici e di ricerca internazionale sulla prevenzione, diagnosi, assistenza e cura delle maggiori forme psicologiche e psichiatriche che possono manifestare le donne in gravidanza e dopo il parto, nonché le numerose forme di sofferenza psicologica che si collocano in termini sub-clinici.

Siamo onorati di poter ospitare John Cox che con L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ha dato una svolta epocale al dibattito, alla modalità di intervento e alla ricerca scientifica nei confronti della depressione postpartum e, in generale, della salute mentale perinatale.

Anita Riecher-Rössler, Mike O'Hara, Lisa Segre e Jane Fisher ci descriveranno l'attuale scenario internazionale presente in questa area. Giorgio Tamburlini affronterà gli aspetti pediatrici che, nelle diverse forme di condizione psicologica e psicopatologica, connotano il perinatale.

Serena Battilomo e Gianfranco Juric Jorizzo ci descriveranno le attuali politiche sanitarie italiane e l'impegno presente nelle maggiori istituzioni pubbliche del nostro Paese a sostegno della salute della donna, del bambino e della famiglia.

L'auspicio è che questo Congresso sia di grande utilità per professionisti, ricercatori, studiosi e apra rinnovate forme di dibattito, collaborazione e interesse nei confronti del perinatale.

Padova 12 maggio 2018

Pietro Grussu e Rosa Maria Quatraro

Responsabili Scientifici del Congresso

I CONTRIBUTI
DEI RELATORI

Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): the Transcultural Imperative.

John Cox, Professor Emeritus, Keele University, UK
Past President Royal College of Psychiatrists

In this presentation I highlight the remarkable developments in the recognition and management of perinatal mental disorder across the world over the last thirty years, the crucial influence of the multi professional Marcé Society and the paradox that a transcultural psychiatrist (JLC), psychologist /health visitor (Jennifer Holden) and part time trainee (Ruth Sagovsky) developed a scale that has universal application in over 60 languages thirty years later. The early work of Brice Pitt, my sojourn at Makerere University in Uganda (1972-1974), the influence of the Marcé Society, as well as the urgent need for improved methods or detection, were pertinent voices from the past- and are briefly outlined. Ten recommendations for optimal use of the EPDS (listed below) contain an implicit awareness that perinatal psychiatry (and psychology) are fundamentally conceptualised by an integrated relationship based bio- psychosocial approach. This rbBPS approach is central also, I would maintain, to the whole of health care and to restoring the morale of health professionals. The International Marcé Society, drawing on the inspiration of the Enlightenment and Renaissance artists, must continue to debate the optimal use of screening scales yet also lead conceptual thought about the nature of perinatal health and mental disorder from a socio cultural as well as biological perspective.

Come garantire un utilizzo ottimale dell'EPDS	
1- E' fondamentale **verificare** la validità della scala in relazione alla popolazione di madri a cui viene somministrata l'EPDS 2 – **Definire** sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e cut-off ottimale sulla base dell'obiettivo del lavoro clinico o di ricerca 3 – **Ricordarsi** che l'EPDS **non è** uno strumento diagnostico per i disturbi mentali. Un «punteggio elevato» indica solamente che sono presenti sintomi depressivi – ma non la loro durata o intensità. L'EPDS non è un test per la depressione postnatale, né per i disturbi ansiosi. 4 – Quando l'EPDS viene utilizzata nella versione diversa da quella inglese, è necessario **fare attenzione** che la traduzione sia stata effettuata in maniera adeguata e che siano soddisfatte anche le validità di Facciata, Semantica, Concettuale e Tecnica 5 – **Va ricordato** che l'EPDS **non è** una check list di sintomi della depressione perinatale. Al suo interno sono deliberatamente omessi item riportanti sintomi somatici e item sulla relazione madre-bambino.	6 – **Va ricordato** che la scala è stata validata, sviluppata e valutata ad Edimburgo da un team di ricercatori per la rilevazione della depressione pre e postnatale in campioni di comunità 7 – Quando si utilizza l'EPDS come contributo ad una rilevazione e/o valutazione, all'interno di uno screening sulla popolazione generale o su una specifica popolazione, ricordarsi che la sua somministrazione deve essere sempre supervisionata da professionisti sanitari che afferiscono ai servizi di salute mentale 8 – Quando l'EPDS viene utilizzata per valutare le mamme in contesti comunitari, l'operatore dovrebbe condividere con la donna le sue risposte date agli item, ascoltare la sua storia, accertarsi se in lei è presente una depressione clinica o un altro disturbo mentale – e considerare un possibile invio per approfondimenti e/o ulteriori visite d'ascolto. 9 – Il rischio di sviluppare una psicosi puerperale dovrebbe essere sempre valutato attentamente. L'EPDS non rileva i disturbi bipolari 10 – L'EPDS è stata sviluppata ad Edimburgo oltre 30 anni fa. Si suggerisce di leggere attentamente il recente Manuale dell'EPDS (Cox et coll., 2014) in modo che la Scala continui ad essere utilizzata in maniera pertinente sia in ambito clinico che di ricerca

Reference : Cox J.L (2017). Use and Misuse of the EPDS: a ten point 'survival analysis'. Archives of Women's Mental Health, 20, pp 789-790.

Perinatal Mental Health – Current Challenges

Anita Riecher-Rössler
University of Basel Psychiatric Hospital, Basel, Switzerland

Mood and anxiety disorders are very common during the perinatal period and also more and more women with psychotic disorders decide to become mothers. This confronts us with specific needs. Thus, help-seeking is often delayed due to shame and stigma, and diagnosis is often missed due to misinterpretation of symptoms. Services often do not adequately meet the needs of the women concerned as they do not take into account their specific situation, problems and fears. Untreated, peripartum disorders can have severe long-term consequences, not only for the mother but also for the whole family and can adversely influence a child's early and later development.

Mental disorders in the perinatal period therefore need special attention and special treatments with modifications of the classical pharmacological, non-pharmacological and psychotherapeutic approaches. Therapy should be based on a thorough education of the mother and her partner and should be interdisciplinary including not only psychiatrists/psychologists, but also gynaecologists/obstetricians, paediatricians, midwives or social workers. All non-pharmacological therapies including psychotherapy or light-therapy should be used. In more severe disorders also psycho-pharmacotherapy is needed as the risk of ongoing disorder is higher than the potential risk of carefully chosen medication.

A good mother-infant bonding should be a main concern from the start. This means that in the postpartum the mother should not be separated from her infant for longer periods of time, unless there is a danger for the child. However, she needs a lot of help in order to allow for relaxed contacts with the infant, and counselling and support with childcare is most important. Psychotherapy should take into account the specific problems of motherhood. Fathers should be integrated as much as possible.

Screening for Perinatal Mental Health and Marcé Society Position Statement

Michael W. O'Hara

Department of Psychological and Brain Sciences, University of Iowa, Iowa City, Iowa, USA

Depression during pregnancy and the postpartum period is a significant public health problem that is burdensome for women, their offspring, and their families. For many years there has been debate among clinicians, providers, and academic researchers as to the value of screening for depression and other common mental disorders during the perinatal period. Recently, the International Marcé Society for Perinatal Mental Health issued a position statement regarding psychosocial assessment and depression screening. The guiding principles underlying the Marcé position statement emphasize a holistic approach to pregnancy and postpartum care that integrates attention to women's physical and emotional health and welfare. It advocates for psychosocial assessment programs that combine evaluation of the psychosocial context/risk factors and detection of possible current depression, as well as integrating assessment with further care. These recommendations align with international guidelines, particularly those from the United States, the United Kingdom, and Australia, which emphasize a graded approach to depression screening. Guidelines suggest that maternal depression screening should occur one or more times during pregnancy and after delivery. All guidelines include strong recommendations for primary care and mental health systems that are integrated and can provide support and care for the at-risk woman or women who are suffering from depression, anxiety and other mental health conditions during pregnancy or in the postpartum period. Psychological care can include mobilizing social supports, brief counselling, and an array of empirically supported psychological interventions for perinatal depression.

Individuazione e trattamento dei disturbi mentali perinatali: Il progetto delle visite domiciliari in Iowa

Lisa S. Segre, PhD
College of Nursing, University of Iowa, Iowa City, Iowa, USA.

This presentation will describe a program of services research implementing depression screening and treatment in home-visiting programs across the state of Iowa. The Healthy Start home-visiting program in Des Moines Iowa served as our pilot site in implementing both maternal depression screening and then treatment, in the form of the Listening Visits intervention. With success in Healthy Start program, our team collaborated with the Iowa Department of Public Health to disseminate maternal depression screening and Listening Visits statewide in home-visiting programs. The results of four implementation projects will be presented: 1) maternal depression screening in Healthy Start, 2) maternal depression screening throughout the state using a train-the-trainer model, 3) a randomized controlled trial of Listening Visits in home-visiting programs one of which was Healthy Start, and 4) Listening Visits in all 21 maternal health agencies in Iowa. Attendees will learn that our partnership with the Iowa Department of Public Health was central to both statewide dissemination projects. We conclude by suggesting that such a partnership is a potentially useful strategy for moving evidence-based practices into standard clinical care.

Interventi e politiche nel periodo perinatale a promozione dello sviluppo e della salute mentale del bambino

Giorgio Tamburlini
CSB onlus, Trieste

Le evidenze a sostegno di una eziologia precoce e molto precoce, già a partire dalla gravidanza, di problemi di salute mentale nel bambino si stanno moltiplicando, sulla base soprattutto di studi longitudinali, cosiddetti di coorte, che consentono di studiare le relazioni tra situazioni, fattori di rischio ed esposizioni nelle prime epoche della vita ed esiti successivi, a breve e a lungo termine, nel bambino. La comprensione dei meccanismi causali alla base di tali associazioni richiede una prospettiva ecologica di sistema, laddove gli eventi e i comportamenti familiari sono a loro volta influenzati dall'ambiente sociale e dalle politiche sociali, combinata con una prospettiva biologica che, in particolare nell'ultima decade, ha trovato nell'interazione tra patrocinio genetico e ambiente, quindi nell'epigenetica, le sue fondamenta.

Tali evidenze vengono riesaminate soprattutto al fine di individuare quali siano gli interventi, e le politiche a loro sostegno - che possono essere attuati dalle amministrazioni pubbliche, così come dai servizi e dai singoli operatori - in grado di ridurre l'azione dei fattori di rischio e viceversa promuovere i fattori di protezione riguardo allo sviluppo cognitivo e non-cognitivo del bambino e in ultima analisi della sua salute mentale.

Tali interventi e politiche hanno come caratteristica comune quella di promuovere la genitorialità, attraverso pratiche che se attuate durante la gestazione, alla nascita e nei primissimi mesi e anni si sono dimostrate capaci di essere "vettori" di genitorialità positiva e riflessiva, e di sostenere efficacemente la relazione tra genitori e bambini e lo sviluppo cognitivo e psicorelazionale di questi ultimi, contribuendo così non solo a migliorare le prospettive di bambini biologicamente integri, ma riducendo la comorbidità in bambini che a causa di grave prematurità o di condizioni e predisposizioni genetiche sono destinati a soffrire di disturbi del neurosviluppo e/o a essere ad alto rischio per problemi di comportamento e in generale di salute mentale.

Global initiatives for perinatal mental health

Jane Fisher
Professor of Global Public Health, Monash University Melbourne, Australia

Although there are major disparities in the availability of evidence, it is now well established that mental health problems among women who are pregnant or who have recently given birth are more prevalent in resource-constrained low- and middle-income than high-income countries. The problems are most prevalent among the poorest women with the least access to services or to life opportunities. These problems are associated with worse health, growth and early development among their children. The World Health Organization and UNICEF are prioritising early childhood development and maternal mental health with the launch of the Nurturing Care Framework which is to assist families not just to survive, but also to thrive. The evidence from interventions to promote early childhood development and maternal mental health has been reviewed and is informing a guideline for national policies about programs that can be implemented by primary healthcare and community-based workers in all settings. This represents a major advance in the implementation of interventions for perinatal mental health globally.

CONTRIBUTI AREA A:

INTERVENTI DI PREVENZIONE IN GRAVIDANZA E NEL POST-PARTUM

DIFFERENTIATING TRANSIENT AND ENDURING DISTRESS USING THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE DURING PREGNANCY

Francesca Agostini (1), Stephen Matthey (2), Marianna Minelli (1), Erica Neri (1), Roberta Mandolesi (1)

(1) Department of Psychology, University of Bologna, Italy
(2) Infant, Child and Adolescent Mental Health Service, South Western Sydney Local Health District, Australia

The Edinburgh Postnatal Depression Scale is a widely-used instrument both in research and in clinical settings for screening depression in the perinatal period. It is generally administered only once, although some authors suggest a two-stage screening procedure plus an interview to confirm the presence of depression. Several studies have demonstrated that more than half of women who scored high on the EPDS, when re-tested a few weeks later, no longer scored high. Matthey & Ross-Hamid (2012),in their antenatal study, define this phenomenon as “transient distress”, that is normal distress that can occur in early gestational age, distinguishing it from the kind of distress that is still present when patients are re-tested (“enduring distress”).The aim of this study was to investigate whether the scores obtained at the third trimester of pregnancy were related to “transient” or “enduring” distress, and in particular whether there was a difference between rates obtained in the early second trimester and in the period examined in the present study, the late third trimester.

98 Italian women in their third trimester of pregnancy (Time 1, T1), recruited from antenatal classes, were asked to fill in a series of self-report questionnaires, including EPDS. Approximately 1-6 weeks later (Time 2, T2), 86 of them were re-tested. The data have been analysed using the cut-off score of 10 or more. At T1, 26% of participants scored high; at T2 half of the women (13 out of 22, or 59%) who scored high at T1 no longer scored high. Very few (3 out of 64, or 5%) who scored low at T1 scored high at T2.

The present findings confirm the need to endorse the practice of a double administration of EPDS for women who initially score high.

PERCORSO NASCITA E PSICOLOGIA PERINATALE: Attività di prevenzione dell'ASST-Melegnano-Martesana

Enrica Beringheli, Rossana Beretta, Tiziana Digena
ASST Melegnano-Martesana, Dipartimento Materno Infantile, U.O.Consultori

In "Percorso nascita e psicologia perinatale", intervento all'interno di "Salute mentale materna", verranno presentate due attività inserite nel "Percorso nascita" di un Consultorio famigliare mirate alla rilevazione, alla prevenzione e alla cura dei disturbi psicologici perinatali, in un periodo precedente l'istituzione dello screening attuato da ATS Milano dal novembre 2017.
Si introduce l'EMDR negli ultimi tre incontri del "Percorso nascita", quando il gruppo delle donne in gravidanza è già coeso e le donne hanno acquisito informazioni utili sulla fase del travaglio e su quella dell'espulsione. L'intervento di EMDR è finalizzato al potenziamento delle risorse personali e mira a promuovere un rafforzamento dell'Io, una migliore regolazione emozionale e lo sviluppo di strategie adeguate per affrontare il parto. Lo sviluppo delle risorse di padronanza favorisce la collaborazione attiva della donna nel corso del parto, contrastando l'atteggiamento disfunzionale di passività (subire il parto).
Contemporaneamente si è attivato il gruppo di "Scrittura autobiografica del parto". Il gruppo è rivolto a neo-mamme, a distanza di 15-20 giorni dal parto, alle quali viene somministrata la Scala di Edinburgo (EPDS) prima e dopo la scrittura. L'attività si svolge nell'arco di 3 incontri della durata di 60 minuti ciascuno, è condotto da una psicologa-psicoterapeuta e da una ginecologa, con l'obiettivo per le mamme di raggiungere una diminuzione dei sintomi da stress e depressivi e al miglioramento della relazione mamma-bambino.
Verranno riportati i dati raccolti in un campione di 50 donne in cui si è rilevato un decremento significativo della sintomatologia.

SUPPORTARE LA MATERNITÀ NEL PERIODO PERINATALE: IL RUOLO DEL MASSAGGIO INFANTILE

Giusy Bozza, Alessio Porreca, Rosalinda Rocci, Alice Marzadro, Alessandra Simonelli.
Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova

Il massaggio infantile rappresenta un metodo semplice, efficace ed economicamente sostenibile nel supportare la genitorialità e lo sviluppo infantile durante la perinatalità, attraverso l'incremento della sensibilità materna e della regolazione emotiva diadica (Underdown, 2009). Obbiettivo del lavoro è di valutare la qualità delle interazioni madre-bambino durante un corso di massaggio infantile.

Lo studio ha coinvolto 20 madri con bambini di età compresa tra i 2 e i 7 mesi, reclutate durante un corso di massaggio infantile. Il benessere psicologico delle madri è stato valutato attraverso la SCL-90-R (Derogatis, 1977), mentre i comportamenti di parenting e la qualità delle interazioni sono stati valutati longitudinalmente, all'inizio e al termine del corso di massaggio, attraverso le EAS (Biringen, 2008).

I risultati evidenziano associazioni statisticamente significative tra il distress psicologico materno e la scala della sensibilità materna ($p<.05$). Si evidenzia inoltre la presenza di incrementi statisticamente significativi ($<.05$) nei punteggi di tutte le scale materne (sensibilità, strutturazione, non intrusività, non ostilità) e del bambino (responsività, coinvolgimento) tra l'inizio ed il termine del corso di massaggio.

Il massaggio rappresenta un'importante risorsa che permette di sostenere la genitorialità e le relazioni precoci adulto-bambino nel primo periodo post-partum e di identificare precocemente la presenza di disagio psichico nelle madri. Questo intervento nutre nell'arte di essere genitori e favorisce la costruzione del legame affettivo e in termini di regolazione emotiva diadica.

ALCOHOL & PREGNANCY: A REVIEW

Francesca Brufani, Emanuela Lucarini, Tiziana Sciarma, Alfonso Tortorella.
Division of Psychiatry, Clinical Psychology and Rehabilitation, Department of Medicine, University of Perugia

Il disturbo di abuso di alcol in gravidanza è inserito nel contesto dell'abuso di sostanze ed è un fenomeno di larga diffusione epidemiologica. Le madri dipendenti sono una "popolazione fragile" per una complessità di fattori. In Italia ogni anno circa 2500-3000 donne presentano disturbi da uso in maternità.
Vista la frequenza dell'uso e abuso di alcol in gravidanza, abbiamo ritenuto utile condurre una revisione sistematica della letteratura. Il lavoro di ricerca segue il protocollo PRISMA statement e ne applica le regole e le fasi di elaborazione (http://prisma-statement.org/).
Sono stati studiati gli effetti:

1) *Sulla mamma:* i meccanismi fisiopatologici principali che spiegano le complicanze.
2) *Sulle complicanze ostetriche-ginecologiche e neonatali:* placenta previa, distacco di placenta, Small for Gestational Age (SGA), SuddenInfant Death Syndrome (SIDS) e in generale fattori legati all'aumento di mortalità perinatale.
3) *Sui bambini ed adolescenti fino ai 18* anni: presenza di disturbi della condotta e ADHD.

Ad oggi non è possibile trarre delle conclusioni definitive per nessuno degli effetti esaminati. Il problema è legato alla qualità degli studi a causa: - della modalità con la quale viene ad essere certificato il consumo di alcol; -della quantificazione dell'alcol assunto- dello studio dei fattori confondenti non sempre sufficientemente elaborato. Per questi motivi è auspicabile che in futuro si cerchi di effettuare nuovi studi ponendo l'attenzione anche sulla possibilità di reclutare un campione più ampio e standardizzato per fasce di consumo.

IL BENESSERE DELLA NEOMAMMA NEI PRIMI MESI DI VITA DEL BAMBINO.

SCREENING ON LINE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM

Cristina Cattoni, Alessandro Finazzi
Consultorio Familiare ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo

L'intervento sulla depressione nel post-partum nasce dalla consapevolezza di quanto sia importante sostenere ed essere vicini alle donne in questo periodo particolare della loro vita durante il quale risulta difficile comunicare agli altri la propria tristezza e le proprie ansie a causa di un senso di colpa che contrasta fortemente con la natura lieta di una nuova nascita. Il consultorio familiare di Bergamo offre la possibilità alle donne dopo il parto di compilare online il questionario EPDS e il questionario GHQ12 per l'individuazione precoce dei segnali della depressione post-partum.
A due mesi dalla data presunta del parto, e quindi nella finestra temporale ottimale, viene inviata alle mamme una mail nella quale vengono informate dell'iniziativa con il link da utilizzare. Non tutte le donne che risultano positive alla batteria di test ricevono poi una diagnosi di depressione post-partum. Per quelle che sono risultate decisamente positive ai test, il servizio è stato probabilmente fondamentale nel riuscire ad agganciarle. La chiamata da parte della psicologa sostituisce il faticoso sforzo di riconoscere di avere un problema e di chiedere aiuto da parte di una persona in difficoltà. Abbiamo rilevato un bisogno di confronto e rassicurazione da parte delle donne, anche quelle con esito leggermente negativo ai test, sulle normali difficoltà del periodo. Alle volte, un solo colloquio ha potuto dare un senso di serenità a una mamma confusa, che se avesse continuato a restare sola con i propri pensieri sarebbe probabilmente peggiorata. In tutti i casi, le donne hanno espresso gratitudine per il contatto ricevuto e per l'attenzione dimostrata, oltre che per la conoscenza dei servizi del territorio che ne è seguita.
Verranno presentati i dati relativi ai primi 200 questionari raccolti.

L'ABORTO SPONTANEO QUALE AVVIO DI APPUNTAMENTI MANCATI

Antonio De Luca
Dipartimento di Studi Umanistici, Università della Calabria

L'aborto spontaneo rappresenta per una donna, soprattutto dopo la 16ª settimana, non soltanto un motivo di sofferenza acuta da stress post-traumatico. La persona che sperimenta un trauma viene segnata dall'evento profondamente (DSM-5). L'aborto, soprattutto quando la gravidanza è desiderata, non è soltanto una situazione acuta. Esso può essere vissuto come la perdita del bimbo e di se stessi. Esiste non soltanto il dramma che si vive in quel momento, la morte del feto, ma ciò che non si potrà vivere in futuro. Sono gli appuntamenti mancati: quelle occasioni, situazioni, eventi che avremmo potuto vivere e che non abbiamo vissuto né potremmo vivere. L'aborto può rappresentare l'inizio di una serie di appuntamenti mancati per la portata storica e rilevante in esso presente. La domanda per lo psicoterapeuta è: cosa provoca la consapevolezza dell'assenza di particolari situazioni anelate e come elaborare quanto non accaduto e non suscettibile di accadimento nel futuro? Anche se dovesse in seguito nascere un bambino, quella coppia vivrà in un altro momento storico con altre aspettative, problematiche e risorse. Sulla narrazione che emerge all'interno di una psicoterapia ha un notevole peso quanto verificatosi, ma quali sono i contorni dell'assenza, di quanto non accaduto, da decifrare e considerare nella sua portata? E' necessario che in un percorso terapeutico venga affrontato anche il trauma dell'assenza, vale a dire il significato che l'assenza dei diversi momenti (futuri), non sperimentati né sperimentabili, abbia di fatto già potuto provocare adesso. E' importante vengano considerati i diversi appuntamenti mancati, la risonanza intima ad essi, il dolore di ciò che non accade, che rovescia il concetto stesso di trauma nei vissuti fenomenologicamente intesi (cfr. gli studi di E. Husserl e quelli di B. Callieri, L. Calvi, A. De Luca).

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA PERINATALE ALL'INTERNO DELLA U.O.C DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA DELL'OSPEDALE CRISTO RE DI ROMA

Distefano Flavia Adalgisa, Chiarelli Donatella, Giordano Valentina, Toppi Veronica, Triggiani Antonella, Della Torre Marta, Piscicelli Carlo.
Ospedale “Cristo Re” – Virginia Bracelli, Roma

L’ospedale Cristo Re, dal 2013, è stato accredito come centro di riferimento per la prevenzione e la cura della depressione post-partum dall’Osservatorio Nazionale per la salute della Donna. È stato attivato un servizio di psicologia perinatale, che si esplica attraverso il giro visite giornaliero nella U.O.C. di Ostetricia, durante il quale viene somministrato il test di screening self-report, Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS- versione italiana di Benvenuti e al.1999), a tutte le donne che hanno partorito da almeno due giorni. L’attività psicologica dell’anno 2017 si è concentrata precipuamente sulla Promozione del Benessere della triade madre-padre-bambino e sulla prevenzione delle principali patologie psicologiche post-partum. Hanno beneficiato dello screening 1166 puerpere, di queste il 67,4%ha effettuato un parto vaginale, il 32,6% è stato sottoposto a taglio cesareo.
Dall’analisi dei dati relativi al punteggio dell’EPDS, correlato con il tipo di parto e il numero di gravidanze, il campione si distribuisce come segue: l’85% delle donne ha ottenuto un punteggio al di sotto del cut-off di riferimento (>9), il restante 13,7% rileva un rischio depressivo in linea con i dati nazionali. Inoltre dall’analisi statistica dei dati raccolti risulta che la prevalenza dell’aborto e del taglio cesareo sono stati più frequenti nelle donne con EPDS positivo, con differenze statisticamente significative rispettivamente: $p= 0.0006$, $p=0.0168$.
Inoltre nell’anno 2017 sono state effettuati in totale 186 colloqui suddivisi in: 68 consulenze, 58 terapie di supporto psicologico e 60 psicoterapie.
La gravidanza e il puerperio possono presentare momenti di crisi e difficoltà di adattamento per i neogenitori influendo negativamente su una sana evoluzione del ciclo di vita della famiglia. Un’equipe multidisciplinare permette la presa in carico completa dell’utente e garantisce un maggiore benessere psicofisico ai neogenitori e al loro bambino.

ARE MOOD, ANXIETY AND BREASTFEEDING DISORDERS ASSOCIATE WITH ASSISTED REPRODUCTIONTECHNIQUES (ART)? A PRELIMINARY STUDY

Distefano Flavia Adalgisa, Burlon B., Mazzullo A., Zen M.P., Ferrazzani S., Lanzone A.

Università Cattolica Del Sacro Cuore, Rome, Italy

This is a prospective observational study. The aim of the study is to measure the levels of anxiety, post partum depression and breastfeeding disorders in women who have made assisted re production techniques (ART) compared to a group of women who have had a physiological spontaneous pregnancy

Patients were recruited from U.O.C. of the University Hospital “A. Gemelli” in Rome, from July 2015 to March 2016. We have selected 60 women divided in: the study group composed of 30 women who have undergone ART, and the control group composed of 30 women who have had a spontaneous pregnancy. The inclusion criteria were: italian nationality, first single or twin pregnancy, termpregnancy, vaginal birth or cesarea selection. The exclusion criteria were: single women, foreign nationality, previous pregnancy and presence of maternal or foetal pathology. In the second or third day alterchid birth, all the women were tested with a semi-structured interview, with the aim of having information about their family and medical history, and with psychological tests (self-report: EPDS and STA-Y) to investigate postpartumdepression and anxiety disorders. All women were recalled for monitoring breastfeeding at three month safter the child'sbirth.

Anxiety levels measured by the STAI- Y tests do not differ between the study and the control group. About the EPDS test, 40% of the study group presents a score> 12 vs 13% of the control group. Only the 27% of the study group continued to breastfeed until the third month after the child'sbirth vs 50% of the control group.

The study group had a greater tendency to develop postpartumdepression and to stop breastfeeding than the control group, no differences were found about anxiety in the two groups. The depression have a negative disturbance on the mother-baby relationship, one of the indicators is breastfeeding. Ou rproposal is to extend the sample and to integrate the work with an evaluation of sleep disorders in post partum.

IL RAPPORTO TRA ALESSITIMIA, SINTOMATOLOGIA PSICOFISICA E CAUSA DI INFERTILITÀ IN DONNE CHE SI SOTTOPONGONO A TECNICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Ginobbi Francesca[(1)], Renzi Alessia[(2)], Di Trani Michela[(2)], Di Monte Cinzia[(2)]

[(1)]Associazione CasamadreOnlus, Roma

(2)Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

Diventare genitori rappresenta un passaggio fondamentale nel processo evolutivo di uomini e donne. Nei casi di infertilità tale processo è difficoltoso e spesso la coppia ricorre ai trattamenti di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) che incidono profondamente sul benessere psicofisico degli individui, in particolar modo delle donne che hanno un ruolo centrale.
Indagare in donne durante un percorso di PMA: 1) differenze nei punteggi di alessitimia e sintomatologia psicofisica a seconda della causa di infertilità;2) la relazione tra alessitimia e sintomatologia psicofisica.
A 91donne all’inizio di un percorso di PMA sono stati somministrati: una scheda socio-anamnestica, TAS-20 ed SCL-90-R. Le donne sono state suddivise in 4 gruppi sulla base della causa di infertilità valutando eventuali differenze nei punteggi ai test. La relazione tra alessitimia e sintomatologia psicofisica è stata indagata nel gruppo totale di donne.
I risultati mostrano che le donne che ricorrono alla PMA per una problematica maschile ottengono punteggi di ostilità maggiori di quelli delle donne che vi ricorrono per una problematica femminile (p=.01). Emergono numerose correlazioni significative positive tra alessitimia e sintomatologia psicofisica fra cui quelle tra: punteggi di “Difficoltà ad Identificare le Emozioni” e sensibilità interpersonale (r=.71; p=.001), depressione (r=.72; p=.001), ansia (r=.60; p=.001), sintomatologia O-C (r=.65; p=.001), e Global Severity Index (r=.68; p=.001).
Sottoporsi alla PMA per una problematica del partner rende le donne più ostili-arrabbiate di quelle che vi si sottopongono per un problema personale. Risulta confermata una relazione diretta tra difficoltà di contatto emotivo e i sintomi psicofisici.

"LO SAI? HO PARTORITO UN BAMBINO..."
L’IMPORTANZA DELLA COMUNICAZIONE TRA AREA OSTETRICA E AREA NEONATOLOGICA PER PREVENIRE IL DISAGIO PSICHICO PERINATALE E POST-NATALE

Gregorini Camilla (1), Peli Nives (2), Fasanini Clelia (3)

(1) Servizio di Psicologia, Area Ostetrica, ASST Spedali Civili di Brescia
(2) Area Ostetrica, ASST Spedali Civili di Brescia
(3) Area Neonatologica, ASST Spedali Civili di Brescia

Importanti cambiamenti strutturali e operativi hanno coinvolto negli ultimi anni le Aree Ostetrica e Neonatologica degli Spedali Civili di Brescia, comportando difficoltà di adattamento negli operatori. Anche le donne e le loro famiglie hanno accolto con fatica il cambiamento, vissuto inizialmente come una deprivazione di cure.
È stato proposto un Gruppo di Miglioramento agli operatori dei reparti puerperio-nido per un percorso di riflessione e sostegno. Lo scopo era incrementare la consapevolezza delle difficoltà relazionali, al fine di migliorare la conoscenza del disagio psicologico perinatale della puerpera e la qualità della vita nei reparti.
Si sono svolte 3 sessioni di formazione, da 5 incontri ciascuna, coordinate dalla psicologa dell'Area Ostetrica, a cui hanno partecipato 19 operatrici dei reparti puerperio-nido. Tramite il role-playing sono state messe in scena situazioni tipiche, cercando di creare nuovi equilibri positivi nei rapporti tra i professionisti, la puerpera, la diade madre-bambino ed il padre, stimolando la riflessione ed il confronto.
Sono stati utilizzati un questionario di gradimento, per testare la motivazione a partecipare agli incontri ed un questionario di autovalutazione all'inizio e al termine di ogni sessione, per testare la percezione di ciascun operatore in termini di autoefficacia, benessere e collaborazione.
I risultati hanno evidenziato un aumento della consapevolezza delle discordanze comunicative e di come queste influenzino lo stato d'animo delle pazienti, indicando un bisogno di formazione continua.

VERSO UNA PIU' AMPIA COMPRENSIONE DEI SINTOMI OSSESSIVO-COMPULSIVI POSTNATALI. IL CONTRIBUTO DELLA SCALA POSTPARTUM DISTRESS MEASURE.

Francesca Lucchi, Laura Giuntoli, Giulio Vidotto
Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

Esistono molti strumenti volti allo screening della sintomatologia depressiva postpartum, ma disponiamo di poche scale che valutino anche la componente ansiosa del distress.
La presente ricerca aveva un duplice scopo: validare la versione italiana del questionario Postpartum Distress Measure (PDM, Allison et al., 2011) e approfondire il rapporto tra pensieri ossessivi nel post-partum, sintomi depressivi e numero di figli. Centodue neomamme hanno compilato, unitamente al PDM, questionari riferiti alla valutazione del benessere psicologico e del distress. Attraverso un'analisi fattoriale confermativa abbiamo verificato che la versione italiana del Postpartum Distress Measure presentava un buon adattamento al modello a due fattori (distress e sintomi ossessivo-compulsivi) proposto da Allison et al. (2011). Inoltre, la consistenza interna del test è risultata ottima ($\omega = 0.92$). Lo studio della validità concorrente ha evidenziato una bassa correlazione fra la sottoscala dei sintomi ossessivo-compulsivi del PDM e Obsessive Compulsive Inventory-Revised ($r = 0.28$), rivelando che il contenuto della sintomatologia ossessiva post-partum si differenziava da quello del DOC in altre fasi di vita. Infine, i risultati hanno mostrato che le madri con sintomi di depressione in media avevano più pensieri ossessivi rispetto alle madri senza tali sintomi e che le primipare esperivano in media più pensieri ossessivi delle pluripare.
In conclusione, la versione italiana del PDM mostra buone proprietà psicometriche e si dimostra capace di indagare il distress postnatale nelle sue manifestazioni depressiva e ansiosa approfondendo in particolare la valutazione dei pensieri ossessivi.

ATTACCAMENTO MATERNO-FETALE: INDAGINE DEI FATTORI PSICOLOGICI E SOCIODEMOGRAFICI CHE INFLUENZANO L'ATTACCAMENTO DELLA MADRE AL FETO IN ITALIA E BELGIO.

Miscioscia Marina[1,2], Sacchi Chiara[2], Fragnito Lorella Carla[2], Walker Justine[3], Culot Stéphanie[3], Gaugue Justine[3]
[1]Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino, Università di Padova
[2]Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova
[3]Servizio di Psicologia Clinica del Bambino e dell'Adolescente, Università di Mons

Negli ultimi decenni la ricerca ha evidenziato come la qualità dell'investimento affettivo prenatale influenzi lo svolgimento di una serena gravidanza ed il futuro rapporto dei genitori con il bambino, elemento riconosciuto dalla letteratura come matrice, per il bambino, di un buon sviluppo psicobiologico (Imbasciati e Cena, 2015). Obbiettivo del lavoro è un'indagine esplorativa del legame di attaccamento della madre al feto, attraverso l'indagine dei fattori psicologici, medici e sociodemografici di due popolazioni di gestanti appartenenti a due diversi contesti culturali: l'Italia ed il Belgio. 143 donne (M=27.5;DS=5.19), al 3° trimestre di gravidanza, sono state reclutate in Belgio attraverso un'indagine on line dell'Università di Mons. Il gruppo è stato confrontato con 91 donne italiane (M=34.7;DS=4.63) al 3° trimestre di gravidanza, reclutate presso l'Ospedale di Padova. L'indagine ha riguardato: caratteristiche socio-demografiche e legate alla gravidanza; un'indagine sui sintomi depressivi (Edinburgh Postnatal Depression Scale); l'attaccamento al feto (Maternal Antenatal Attachment Scale).

L'indagine delle caratteristiche demografiche osserva il gruppo Belga significativamente più giovane rispetto a quello Italiano (27.50 vs 34.66 anni, p=.00); con indici di depressione significativamente maggiori (8.06 vs 5.91, p=.00) rispetto agli italiani. I risultati relativi all'attaccamento al feto mostrano, tramite un'analisi di regressione, un effetto significativo del contesto socioculturale e della pianificazione della gravidanza, con punteggi più elevati di attaccamento al feto per le donne Belga. I livelli di depressione e l'età delle gestanti non mostrano effetti sui livelli di attaccamento al feto. Il Belgio e l'Italia mostrano quadri differenti nelle politiche sociali legate alla nascita e alla tutela della donna in gravidanza, tale dato potrebbe essere correlato a più alti livelli d'investimento nel legame di attaccamento tra la madre e il futuro bambino.

PERCORSO INTERAZIENDALE NASCITA FETO CARDIOPATICO: PARLIAMO DA CUORE A CUORE

Orsi M.L.[1], Marotta M.[1], Feda G.[1], Carletti F.[1], Lanza V.[1], Leonardi C.[1], Bottone U.[1], Kemeny A.[2], Da Valle P.[1], Nardini F.[1], Ripoli A.[1], Bertugelli E.[3], Legname E.[3], Baratta S.[1]

1. FTGM (Fondazione Toscana Gabriele Monasterio), Massa
2. ASL Toscana Nord-Ovest (U.O. Ostetricia e Ginecologia- Servizio di Anestesia, Massa)
3. «Un cuore un mondo» Onlus, Massa

La ricerca negli ultimi anni ha mostrato come eventi di vita negativi e stressanti durante la gravidanza rappresentino un importante fattore di rischio per la depressione perinatale (Rahman et al., 2003) (Milgrom, 2008) e suggerisce un legame tra sofferenza psicologica materna prenatale e risultati avversi ostetrici (Alder, 2007) (Andersonn, 2004). Gli incontri di counseling prenatale possono essere un'opportunità per le mamme di conoscere aspetti medici e psicologici associati al parto.

L'obiettivo è verificare se l'attività di counseling prenatale possa modificare l'approccio della madre a fasi e modalità del parto.

MATERIALI E METODI: confronto tra 2 gruppi; gruppo 1 (n=50): mamme che hanno partorito dall'apertura del punto nascita DMI (novembre 2015) a giugno 2016; gruppo 2 (n=32): mamme che hanno partorito dal luglio 2016 (data di inizio dell'attività di counseling) al 16 giugno 2017.

Incontri di presentazione dell'équipe multidisciplinare nelle strutture che accoglieranno la mamma e il bambino. Somministrazione del questionario EPDS (Cox e al., 1987) (Carpinello e al., 1997).

Analisi statistica mediante z-test per proporzioni tra due popolazioni. Risultati significativi per $p<0.05$.

Confrontando la percentuale di ricorso al taglio cesareo (TC) la differenza tra i due gruppi (46% vs 18,75%) è risultata statisticamente significativa ($p=0.022$). Analizzando la percentuale di ricorso alla ventosa ostetrica nei parti spontanei (PS) la differenza tra i due gruppi (24% vs 3,8%) ha mostrato una tendenza alla significatività statistica ($p=0.092$) in ragione all'esigua dimensione del campione e alla rarità degli eventi osservati.

Di rilievo l'analisi di come e quanto l'attività di counseling perinatale possa contribuire ad aumentare la percentuale di parti spontanei e ridurre il ricorso alla ventosa ostetrica nel parto spontaneo, in questa popolazione. Sarà necessario, comunque, continuare a monitorare dei dati inserendo le variabili mancanti.

L'IMPATTO DELLE PROCEDURE DI SCREENING PRENATALI SULL'ATTACCAMENTO MATERNO-FETALE

Rigo Paola[1], Miscioscia Marina[1,2], Di Bernardo Elena[2], Visentin Silvia[2], Simonelli Alessandra[1]

[1]Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova

[2]Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino, Università di Padova

Negli ultimi decenni le tecniche di screening prenatale si sono sempre più affinate permettendo alla futura mamma di avere maggiori e più dettagliate informazioni riguardo lo stato di salute del feto. L'obbiettivo del presente lavoro è confrontare il costrutto dell'attaccamento materno-fetale, inteso come grado di coinvolgimento affettivo verso il bambino che attende, rispetto la scelta di procedure di screening prenatale più o meno invasive. La popolazione oggetto di studio è costituita da tre gruppi di gestanti tra la decima e la ventiduesima settimana gestazionale che hanno scelto di avvalersi di: Villocentesi (N=57;M=38.12;DS=2.84); Amniocentesi (N=67;M=35.75;DS=4.02); Duo test (N=116;M=33.45;DS=4.67). Ai tre gruppi sono stati somministrati i seguenti questionari: Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS; Cranley, 1981) e del Prenatal Attachment Inventory (PAI; Della Vedova, Dabrassi e Imbasciati, 2008). I risultati mostrano un'alta correlazione della scala*Presa di ruolo*del MFAS (scala che osserva la capacità della donna di immaginarsi madre del futuro bambino)con la scelta di procedure non invasive. Inoltre i nostri dati indicano che più l'età delle gestanti è bassa, più esse si avvalgono di procedure non invasive (Duo test). In linea con l'ipotesi di Rosthman, i risultati del PAI mostrano che le donne che si sottopongono ad indagini prenatali più invasive presentano un minore attaccamento al feto. In conclusione, all'interno dell'attaccamento materno-fetale, la capacità di rappresentarsi come futura madre gioca un ruolo critico nel promuovere comportamenti materni più conservativi per la salute del feto. Nella fase di screening prenatale gli interventi di supporto dovrebbero considerare il potenziale impatto della capacità rappresentazionale della futura madre nella costruzione del legame di attaccamento con il futuro bambino.

ACCOMPAGNAMENTO PERINATALE ALLA NASCITA E ALLA GENITORIALITÀ

Robbiani Maria Isabella, psicologa libero professionista, Padova e Venezia

L'investimento durante il periodo perinatale è la migliore forma di prevenzione precoce e primaria sulla salute bio-psico-sociale del bambino che nasce, della coppia in transazione alla genitorialità, della famiglia in divenire (A. M. Della Vedova, C. Cristini, 2011). Si tratta di un accompagnamento individuale e personalizzato durante il periodo perinatale che tiene conto della storia di vita e dei bisogni specifici delle persone, della coppia e della famiglia.

Il mio approccio si basa sulla Teoria dell'attaccamento di Bowlby e sull'Analisi Transizionale di Bern, considerando la transizione alla genitorialitá come processo psichico fondamentale delle persone durante il perinatale (D. N. Stern, 1995)

Finalità:

- Accompagnare le persone nel processo del divenire genitore, sostenendo il cambiamento identitario legato sia alla genitorialità che alla coniugalità
- Curare le relazioni familiari nel nucleo familiare e nella famiglia allargata
- Promuovere una buona nascita, accompagnata da scelte personali consapevoli
- Favorire i processi fisiologici legati al perinatale, tenendo però conto dell'individualità delle persone e del loro contesto bio-psico-sociale (Rapporto ISTISAN 12/39)
- Sostenere una buona conciliazione famiglia-lavoro

Risorse e strumenti:

- promozione del contatto affettivo al bambino prima e dopo la nascita (v.di haptonomia perinatale)
- offerta di un piano di accompagnamento e di sostegno personalizzato a seconda dei bisogni che emergono nelle persone, nella coppia e in famiglia
- attivazione di una rete di sostegno
- promozione di un dialogo di coppia basato sulla comunicazione empatica (M. Rosenberg, 1998)

In base ai dati raccolti dal mio campione, su 105 coppie accompagnate solo il 13% ha avuto un cesareo (di cui il 7% un cesareo programmato) e l'80% allatta oltre il sesto mese di vita (rispetto ai dati relativi al Veneto: 25% di parti cesarei e solo il 10 % di allattamento al seno).

RITARDO DI CRESCITA INTRAUTERINA ED ESITI SULLO SVILUPPO COGNITIVO: UNA REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

Chiara Sacchi[1], Ambra Furlan[1], Paola Rigo[1], Silvia Visentin, Alessandra Simonelli[1]
[1]Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova
[2] Dipartimento di Salute del Bambino e della Donna, Università di Padova

Il ritardo di crescita intrauterina descrive una condizione di difficoltà da parte del feto a raggiungere il suo potenziale di crescita geneticamente determinato, durante la vita uterina. Ciò risulta in una crescita fetale atipica e in un peso alla nascita inferiore al 10° percentile per l'età gestazionale. Numerosi studi riportano un'associazione tra crescita fetale e sviluppo cognitivo, tuttavia la letteratura non è concorde nel definire un maggior rischio di ritardo per quei bambini che mostrano una crescita intrauterina ritardata.
Per tale ragione, scopo di questo studio di revisione della letteratura, attualmente in corso, è quello di: 1) identificare l'esistenza di un'associazione tra ritardo di crescita intrauterina ed esiti negativi sul neuro sviluppo nel corso dei primi 12 anni di vita del bambino; 2) individuare quali caratteristiche cliniche e demografiche influenzano differentemente questa associazione.
Abbiamo individuato 4313 articoli scientifici dai principali motori per la ricerca bibliografica. I lavori sono stati identificati secondo le seguenti parole chiave: Intrauterine growthrestriction/retardation, small for gestational age AND neurodevelopment, cognitive development.
Sono stati selezionati 155 studi, 57 studi nella fascia d'età 0-2 anni; 49 per 2-5 anni; 46 per 5-8 anni; 27 per 8-12 anni. Dai primi risultati parziali si osserva una grande variabilità nella valutazione del ritardo di crescita intrauterina; in particolare emergono dalle analisi alcuni fattori critici quali diagnosi prenatale e prematurità, che sembrano incidere sull'eterogeneità dell'associazione tra ritardo di crescita e esiti di sviluppo.
Alla luce della grande variabilità negli studi raccolti, questo lavoro si propone come il punto di partenza per un'analisi quantitativa dei dati in letteratura sul ruolo del ritardo di crescita intrauterina nello sviluppo cognitivo. Ciò ha lo scopo di indirizzare ricerche future e pratiche cliniche di intervento precoce nella perinatalità.

NEGATIVE AND POSITIVE AFFECT IN WOMEN WITH AT-RISK PREGNANCY: A LONGITUDINAL STUDY

Scabia Aurora (1); Donati Maria Anna (2); Lunardi Clara (3); Lino Giuliana(4); Mecacci Federico (5); Déttore Davide (6); Primi Caterina (7)

1) Department of Sciences for the Health of Women and Children, Careggi Hospital, Florence, Italy

2); 7) Neurofarba Department, Section of Psychology, University of Florence, Italy

3) Neurofarba Department, Section of Psychology University of Florence, Italy

4); 5) Careggi Hospital, Florence, Italy

6) Department of Health and Science, University of Florence, Italy

Few data are available about positive and negative affective dimensions of women with at-risk pregnancy due to previous adverse pregnancy outcomes (PAPOs) or to pre-pregnancy disease (PPD).

To investigate the relationship between depression and anxiety (negative affective dimensions) with self-esteem and self-efficacy (positive affective dimensions), and to longitudinally assess these variables in women with PAPOs and PPD, in comparison with a control group.

This study was conducted using a pre-test and a follow-up measurement session. Setting: University Hospital. The psychological dimensions were evaluated in 86 women by administering the *Edinburgh Post-natal Depression Scale*, the *State and Trait Anxiety Inventory*, the *General Self-Efficacy Scale* and the *Self-esteem Scale*, in two sessions, one in the third trimester of pregnancy and the other, one month after the delivery.

The PAPOs group had above-threshold levels of depression. All the three groups showed high levels of self-efficacy and self-esteem during pregnancy and after delivery. Longitudinally, the levels of depression, state anxiety, and self-efficacy decreased over time. Levels of self-efficacy and self-esteem were unexpectedly high during and after pregnancy in all three groups.

A PAPO represented a risk factor for depression and anxiety during pregnancy but not after birth, and a PPD was not a risk factor for the negative affective dimensions. Finally, women with at-risk pregnancy demonstrated good self-efficacy and self-esteem.7

HOW MATERNAL PRENATAL PSYCHOPATOLOGICAL SYMPTOMATOLOGY AFFECTS POST PARTUM DEPRESSION: A PRELIMINARY STUDY

Martina Smorti[(1)], Lucia Ponti[(2)], Franca Tani[(2)]

[(1)] Department of Surgical, Medical and Molecular Pathology and Critical Care Medicine, University of Pisa, Italy

[(2)] Department of Health Sciences, University of Florence, Italy

Prenatal anxiety and depression have significant and negative influences on maternal well-being, both during the labor experience, such as more complicated, painful and prolonged labor (Alhusen & Alvarez, 2016, Anim-Somuah et al., 2011), and after delivery, promoting higher levels of post-partum depression (PPD) (Heron et al., 2004). The aim of the present study was to investigate the role of maternal prenatal psychopathological symptomatology on the level of PPD, both directly and indirectly through the labor experience.

A longitudinal design at three different time points was performed on 120 women (M_{age} = 31.54, SD = 5.05): T1) at 31-32 week of gestation: women completed the Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1979; Ghisi et al., 2006) and the State Anxiety Inventory (STAI_Y2;Spielberger et al., 1983; Predabissi & Santinello, 1989); T2) at childbirth: hospital healthcare staff registered clinical data of women's labor (duration, administration of oxytocin and epidural analgesia); T3) at one month after birth: women filled out the Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987; Benvenuti et al., 1999).

Structural Equation Modeling was performed. Results showed that the model tested had a good fit to the data (χ^2 = 9.346, *df*= 6, *p* = .155, CFI = .99, TLI = .98, RMSEA = .07, SRMR = .02). There were significant effects of prenatal anxiety and depression on the clinical aspects of labor and on PPD. Moreover, PPD was predicted also in an indirect way by prenatal depression and prenatal anxiety, through the labor experience.

Overall, our results confirmed that both depression and anxiety during pregnancy are a significant risk factor. To our knowledge, no studies have explored the role of both prenatal depression and anxiety jointly on PPD, also considering the labor experience. Therefore, the present study expands the current literature, showing the complex interaction among all these variables.

MATERNAL PRENATAL ATTACHMENT: A STUDY ON RELATIONAL PROTECTIVE FACTORS

Martina Smorti[(1)], Lucia Ponti[(2)], & Franca Tani[(2)]

[(1)] Department of Surgical, Medical and Molecular Pathology and Critical Care Medicine, University of Pisa, Italy

[(2)] Department of Health Sciences, University of Florence, Italy

Literature has widely verified that the quality of prenatal attachment significantly influences mother's and newborn'swell-being (Tani et al., 2017a,b; Walsh et al., 2014; Laxton-Kane & Shade, 2002).The aim of this study was to analyze the protective relational factors of prenatal attachment by exploring the role that the social support mothers perceive during pregnancy and the quality of their relationships with their own parents and partners plays in influencing the maternal prenatal attachment to child.

161 women (M_{age} = 31.63, SD = 4.88) at 31-32 week of gestation were recruited for the present study.

The Parental Bonding Instrument (PBI, Parker et al., 1979;Bonaiuto et al., 1997) was used to assess the quality of women's relationships with their mothers and fathers.

The Romance Qualities Scale (RQS; Ponti et al., 2010) was employed to measure the quality of the women's romantic relationships.

The Maternal Social Support Scale (MSSS, Webster et al., 2000;Dabrassi et al., 2009) was used to assess the maternal perceived social support.

Finally, the Prenatal Attachment Inventory (PAI, Müller, 1993;Della Vedova et al., 2008) was used to measure the mother's attachment bond to her unborn child.

A linear regression analysis was conducted with prenatal attachment as the dependent variable, and maternal social support and relationships with mother, father and partner as predictors.

In line with previous studies, the perceived social support during pregnancy (Doan & Zimermann, 2008; Tani et al., 2017a) and quality of couple relationship (Barone et al., 2014; Walsh et al., 2014) positively affect prenatal attachment to the unborn child. On the contrary, the quality of mothers' relationships with their parents was not a significant predictor of their prenatal attachment.

In conclusion, perceiving support from their social network and having a good couple relationship during pregnancy enhance feelings of well-being, fostering a good prenatal attachment bond.

MATERNITY BLUES: A RISK FACTOR ANHEDONIA, ANXIETY AND DEPRESSION COMPONENTS OF EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE

Volpe Francesca, Giliberti Lara, Giustardi Arturo, Gentile Cristiana, Severino Lorenzo, Straface Gianluca, Soldera Gino, Zanardo Vincenzo.
Division of Perinatal Medicine, Policlinico AbanoTerme, AbanoTerme, Italy.

Background.Positive affect, negative affect, and depression are important aspects of maternity blues.
This study used a prospective observational design and included concurrent validation analysis of the 16-item Maternity Blues Scale (MBS) Dutch version to determine the direction and magnitude on the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) symptoms, including three factors, anhedonia, anxiety, and depression in 320 uncomplicated pregnancies early after childbirth.
We found a statistically significant correlation between MBS and EPDS global scores (0.22, $p<0.001$). Moreover, Negative affect was significantly correlated with the EPDS global score (0.23, $p<0.001$), anhedonia (0.12, $p< 0.05$), and anxiety (0.25, $p<0.001$; Positive affect with the EPDS global score (0.14, $p<0.05$) and depression (0.13, $p<0.05$); and Depression subscale with EPDS global score (0.15, $p<0.05$), anhedonia (0.12, $p<0.05$), and anxiety (0.12, $p<0.05$), and depression (0.12, $p<0.05$). In addition, the subgroup of women 33 (10.3%) with EPDS >12 presented significantly higher Global MBS score (2.51+0.38 vs 2.26+0.38, $p=0.01$), and namely negative affect (2.88+0.67 vs 2.62+0.38 $p=0.04$) and positive affect (2.52+0.69 vs 2.32+0.38, $p=0.04$) and depression (2.09+0.75 vs 1.82+0.36, $p =0.02$).
These findings together suggest that women with higher maternity blues scores may represent a distinct subgroup of post-partum women at increased risk of depression symptoms.

CONTRIBUTI AREA B:

GLI INTERVENTI DI INDIVIDUAZIONE PRECOCE IN GRAVIDANZA E NEL POST-PARTUM

SALVAGENTEMAMMA – SCREENING PER LA RILEVAZIONE PRECOCE DEI DISTURBI NEL POST PARTO

Alessandra Bramante (1), Cristina Cattoni (2), Carmen Rinaldi (2)
(1) ATS Bergamo
(2) Consultori ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo

La depressione perinatale è oggi riconosciuta come una delle complicanze mediche più comuni durante la gravidanza e nel primo anno di vita del bambino ed è troppo spesso sotto diagnosticata. Per tali ragioni dal 2015 è attivo nei Consultori Familiari di Bergamo e Villa d'Almè (ASST Papa Giovanni XXIII) il servizio di screening Salvagente Mamma, il cui scopo è quello di raggiungere il maggior numero possibile di donne nel periodo ottimale indicato in letteratura per la rilevazione precoce dei disturbi psichici nel post parto.
Tale screening utilizza due strumenti indicati dalla letteratura internazionale, il test Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) di Cox e il General Health Questionnaire di Goldberg, al fine di ridurre il più possibile i falsi positivi.
I questionari vengono distribuiti dagli infermieri dei centri vaccinali a tutte le neomamme, italiane o straniere che parlano la lingua italiana, in occasione della prima dose vaccinale.
A seguito della positività ai questionari le psicologhe offrono alle donne un colloquio clinico di approfondimento al fine di valutare se il rischio di psicopatologia evidenziato dai test corrisponde effettivamente ad una problematica psichica in atto.
La valutazione si avvale di tre strumenti che consentono di indagare i fattori di rischio della psicopatologia perinatale:

- la Stafford Interview, intervista strutturata
- il Postpartum Bonding Questionnaire
- il Maternal Aggressive Behaviors Risk Assessment (MABRA)

Verranno presentati i primi dati relativi alle oltre 3000 donne coinvolte nel periodo agosto 2015 – dicembre 2017.

TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ NELLE DONNE CON PATOLOGIE AUTOIMMUNI: INDIVIDUAZIONE DI FATTORI PSICOSOCIALI PROTETTIVI E DI RISCHIO

Cataudella Stefania (1), Lampis Jessica (1), Busonera Alessandra (1), Casula Fabiana (1), Monni Giovanni (2)

(1) Dipartimento di Pedagogia, Psicologia, Filosofia, Università degli Studi di Cagliari
(2) Servizio di Ostetricia e Ginecologia, Diagnosi prenatale e preimpianto, Terapia fetale, Ospedale Microcitemico "Antonio Cao" di Cagliari

In presenza di patologia autoimmune materna, la nascita di un figlio è un evento complesso da un punto di vista sia fisico sia psicologico. Questo studio, rivolto a coppie in cui la donna è affetta da malattia autoimmune, intende individuare variabili personali, relazionali e contestuali in grado di influenzare il benessere dei futuri genitori e il loro legame con il figlio. Il disegno è longitudinale, con somministrazione di questionari e interviste in gravidanza (2°-3° trimestre) e nella fase postnatale (3-4 mesi dopo il parto). Il contributo illustra dei risultati preliminari, relativi a 34 gestanti su misure di attaccamento prenatale (PAI, Müller 1993; MAAS, Condon, 1993) e romantico (ECR–R, Fraley et al., 2000), adattamento diadico (DAS, Spanier 1976),disregolazione emotiva (DERS, Gratz&Roemer, 2004), caregiving dei propri genitori (PBI, Parker et al., 1979), supporto sociale (MSPSS, Zimet et al., 1988), depressione (CES-D, Radloff 1977), fiducia nelle figure sanitarie (HCR Trust Scale, Bova et al., 2006). È emersa una correlazione significativa positiva tra attaccamento prenatale e cura fornita dalla figura paterna durante infanzia e adolescenza. Inoltre, a livelli più alti di disregolazione emotiva sono associati livelli più alti di depressione, ansia ed evitamento relazionale, livelli più bassi di supporto sociale percepito, cura parentale nell'infanzia e nell'adolescenza, consenso e coesione nella relazione di coppia. Questi primi dati suggeriscono che il ricordo di un caregiving paterno caratterizzato da affetto, calore, empatia e intimità funge da fattore protettivo rispetto al formarsi dell'attaccamento prenatale materno, mentre la disregolazione emotiva rappresenta un fattore di rischio in grado di minare il benessere psicologico delle gestanti. Emerge l'importanza di comprendere l'impatto della malattia autoimmune sulla ridefinizione degli equilibri psichici genitoriali al fine di migliorare le buone prassi nell'assistenza psicologica alle gestanti.

PROMUOVERE IL BENESSERE DELLE MADRI IN GRAVIDANZA ATTRAVERSO UN INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE DI TIPO PSICOSOCIALE

Cauli Gilla[1], Iapichino Elena[1], Rucci Paola[2], Quartieri Bollani Marta[1], Marconi Anna Maria[3], Bassi Mariano[4], Gala Costanzo[1]

[1]Unità Operativa di Psichiatria, 51, ASST Santi Paolo e Carlo, Ospedale San Paolo, Milano.

[2]Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna

[3]Dipartmento di Ostetricia e Ginecologia, ASST Santi Paolo e Carlo, Ospedale San Paolo Polo Universitario, Università di Milano.

[4]Unità Operativa di Psichiatria, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano.

La letteratura internazionale sottolinea quanto un intervento psicologico e farmacologico sia efficace per le donne che in gravidanza sviluppano una sintomatologia ansioso-depressiva, ma non trova un accordo rispetto all'idea che in gravidanza gli stessi trattamenti siano preventivi per l'insorgenza della depressione post-partum (DPP) (Dennis, 2005). Dal 2009 l'Ambulatorio dei Disturbi Perinatali dell'ASST Santi Paolo e Carlo, presidio San Paolo, ha sviluppato un Intervento Multidisciplinare di tipo Psicosociale (MPI) al fine di fornire alle donne in gravidanza interventi psicologici e/o farmacologici adeguati al livello di rischio. Scopo del lavoro è di valutare l'efficacia dell'MPI in termini di prevenzione primaria e secondaria. Le donne vengono valutate attraverso colloqui clinico-anamnestici e somministrazione di scale (EPDS, BDI-II, STAI 1e2) al secondo/terzo trimestre di gravidanza (T0), a due mesi(T1) e a un anno dal parto (T2) e classificate in tre gruppi rispetto al grado di rischio di sviluppare DPP: alto rischio (HR), basso rischio (LR), senza rischio (NR). A ciascun gruppo vengono offerti interventi specifici a seconda del livello di gravità. Hanno partecipato allo studio 318 donne. In gravidanza (T0) le donne HR sono il 29%; quelle LR sono il 28% e le donne NR sono il 43%. L'MPI è efficace in termini di guarigione e di riduzione dei sintomi: il 69% delle donne HR in gravidanza non presenta più sintomi a due mesi dal parto(T1) e l'85% a un anno (T2). Si osserva inoltre un effetto preventivo rispetto all'insorgenza di una sintomatologia depressiva: solamente il 2% delle donne non sintomatiche (LR e NR) sviluppa sintomi nel post-partum.

I nostri dati supportano che l'MPI è efficace sia in termini di prevenzione primaria che secondaria. Diversificare il trattamento a seconda del livello di rischio in gravidanza è efficace ed economicamente vantaggioso.

FATTORI PSICOLOGICI NELL'ATTACCAMENTO MATERNO AL FETO: ANSIA, DEPRESSIONE, STILE DI ATTACCAMENTO E SENSIBILITÀ INTERPERSONALE

Cenci Giulia, Mazzeschi Claudia, Germani Alessandro, Pazzagli Chiara

Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia

L'attaccamento materno al feto è un importante fattore predittivo per l'adattamento nel periodo post-parto e per la qualità del futuro rapporto madre-bambino (Condon & Dunn, 1988). In gravidanza, le ricerche indicano tra le variabili che intervengono sul basso attaccamento al feto la presenza di depressione, ansia e attaccamento insicuro (Goecke et al., 2012; Cannella, 2005). Un recente costrutto, la sensibilità interpersonale, è risultato essere un potente predittore di depressione nel post parto, ma non vi sono ricerche sul suo ruolo in gravidanza (Matthey et al., 2000). Data l'importanza di comprendere più approfonditamente il ruolo dei predittori sul basso attaccamento al feto in gravidanza (Schmidt et al, 2016), obiettivi della ricerca sono: a) esplorare la relazione tra sensibilità interpersonale e depressione, ansia e attaccamento materno al feto; b) indagare gli effetti diretti e indiretti dello stile di attaccamento insicuro e della sensibilità interpersonale sull'attaccamento al feto, mediati da ansia e depressione. Un gruppo di 223 donne primipare alla 32esima settimana di gravidanza ha compilato l'*Attachment Style Questionnaire* (ASQ), *Interpersonal Sensitivity Measure* (IPSM), *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), *State- Trait Anxiety Inventory* (STAI) e *Maternal Antenatal Attachment Scale* (MAAS). Controllando l'effetto dell'età, i risultati indicano che l'IPSM predice l'ansia di stato (β=0,115, t=2,62, p<.05), di tratto (β =0,150, t=4,16, p<.001) e la depressione (β =0,046, t=2,11, p<.05), confermando quanto riportato dalle ricerche nel post parto, mentre non risulta una relazione diretta con l'attaccamento al feto. Il modello di mediazione nel complesso risulta significativo (F=2,67, p<.05) anche se spiega l'8% della varianza. Tutti i predittori hanno effetti indiretti sull'attaccamento al feto mediati dall'ansia di tratto e solo l'attaccamento evitante ha un effetto diretto. I risultati verranno discussi anche alla luce delle implicazioni cliniche.

LA PAROLA ALLE DONNE!

RILEVAZIONE PRECOCE DEI FATTORI DI RISCHIO DEL DISAGIO PSICHICO PERINATALE IN PATOLOGIA OSTETRICA

UN NUOVO PROGETTO PER GLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA

Dalò Silvia, Salvetti Elena, Ferrari Paola, Beretta Emanuela

Servizio di Psicologia Area Ostetrica ASST Spedali Civili di Brescia

Le coppie che ricevono una diagnosi di anomalia fetale durante la gravidanza o alla nascita, quelle che affrontano complicazioni ostetriche e quelle coinvolte in un lutto hanno un elevato rischio di sviluppare stress post-traumatico, ansia e depressione (Cole *et al*., 2016; 2018).

Abbiamo inserito uno strumento di rilevazione del disagio psichico perinatale nella routine dell'assistenza sia ambulatoriale che in regime di ricovero delle donne con patologia materna o fetale, allo scopo di intervenire precocemente e prevenire fenomeni psicopatologici, favorendo l'accesso al Servizio di Psicologia.

Lo strumento anamnestico è stato creato appositamente ed indaga diverse aree: informazioni sulla gravidanza/parto, anamnesi psicologica personale, eventi stressanti e supporto sociale.

Come Screening è stato scelto MGMQ (Matthey, 2013).

Gli strumenti saranno consegnati dagli operatori, formati dalla psicologa, possibilmente al primo accesso nei reparti di Ostetricia 1, 2, Pronto Soccorso Ostetrico e negli ambulatori. Dopo averlo compilato la paziente lo restituirà al personale, che provvederà a consegnarlo al Servizio di Psicologia entro il giorno successivo. In caso di positività la psicologa prenderà contatto con la donna per valutare l'eventuale successivo percorso più idoneo.

Il progetto è in fase di inizio, pertanto i dati non sono ancora disponibili, ma è stato accolto positivamente dagli operatori dell'Area Ostetrica.

FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI NEL PERIPARTUM: OSSERVAZIONI A PARTIRE DAI RISULTATI DI UNO STUDIO PILOTA

De Santis Simona (1), Campagnola Nadia (2), Solmi Marco (3), Rossi Elena (4), Favaro Angela (3)

(1) Libero Professionista;

(2) Libero Professionista;

(3) Dipartimento Neuroscienze, Università di Padova;

(4) Azienda Ospedaliera di Padova, Clinica Psichiatrica 3.

Nel 2013-14 abbiamo studiato il fenomeno della maternità nel nostro contesto territoriale su un campione di donne in gravidanza afferenti a un Centro Nascita di III livello e a un Servizio Psichiatrico. Il campione di 74 soggetti è suddiviso in: gruppo 1, di 14gestanti con anamnesi psichiatrica positiva e gruppo 2, di 60 gestanti con anamnesi psichiatrica negativa.

Lo studio si è articolato in 3 tempi: tempo 1 dopo l'ecografia morfologica; tempo 2 entro la 36° settimana; tempo 3 entro due mesi dopo il parto. Abbiamo utilizzato strumenti psicometrici qualitativi (Colloquio con i Genitori in Gravidanza, Intervista con le Puerpere, Osservazione della coppia madre-bambino, Indagine LOC) e quantitativi (STAI X1 e 2, SCL-90, Scheda Paykel, Scala di Percezione degli Eventi, BDI) per valutare diverse dimensioni psicopatologiche.

Focalizzandoci sulla dimensione *ansia*, i due gruppi si differenziano significativamente per i risultati allo STAI: ansia di tratto (p = ,004); ansia totale, somma della forma di tratto e di stato al primo tempo (p = ,007); ansia di stato al tempo 2 (p = ,007); al tempo 3 (p = ,011). È emersa una variazione statisticamente significativa dell'andamento dell'ansia di stato come *effetto entro soggetti* (p = ,011). L'ansia di tratto è significativamente più elevata nei soggetti con precedenti gravidanze ad esito infausto (aborti spontanei, MEF, IVG) (p = ,041), mentre non emergono correlazioni se consideriamo l'ansia di stato nei tre tempi. Pregressi aborti non correlano con lo sviluppo di sintomi fisici - scala *somatizzazione* del SCL-90 (p = ,136), né di sintomi depressivi - BDI (p = ,289).

Tra le diverse dimensioni psicopatologiche indagate, l'ansia appare centrale. Ulteriori indagini potrebbero discriminare il suo andamento nel peripartum in base alla diagnosi psichiatrica e il possibile effetto di pregressi aborti in base alla tipologia della perdita, al background socio-culturale della donna e alla percezione di mastery della donna.

LO STILE DI ATTACCAMENTO E' UN FATTORE PREDITTIVO NEL POSTPARTUM?

Gioia Maria Cecilia (1) (2), Sesti Giulietta(1)(2), Aloi Alessia(1)(2), De Luca Carmen Danila(1) e Cerasa Antonio(2)(3)(4)(5).

(1) U.O. Ostetricia e Ginecologia, Casa di Cura Sacro Cuore iGreco Ospedali Riuniti, Cosenza.

(2) Ascoc, Accademia di Scienze Cognitivo-Comportamentali di Calabria, Castrolibero (CS).

(3) Unità di Neuroimmagini, IBFM-CNR di Catanzaro.

(4) Dipartimento di Sociologia, Università "Magna Graecia" di Catanzaro.

(5) Istituto S.Anna Centro di ricerca neuroriabilitazione avanzata, Crotone, Italia.

La teoria dell'attaccamento evidenzia come lo sviluppo armonioso della personalità di un individuo dipenda principalmente da un adeguato attaccamento alla figura materna o un suo sostituto. Numerosi studi (Nagata et al., 2000) hanno confermato come lo stile di attaccamento materno insicuro nelle neo-mamme possa costituire un fattore di vulnerabilità per l'esordio di disturbi psichici in gravidanza e specialmente nel post-partum. Lo scopo del nostro studio è individuare alcuni possibili marcatori di sviluppo dei disturbi dell'umore legati al periodo perinatale. Presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia della Casa di Cura Sacro Cuore iGreco Ospedali Riuniti di Cosenza, sono stati raccolti i dati anamnestici di 504 donne nell'arco di 3 anni, quali variabili demografiche (età, scolarità, stato civile, occupazione, numero figli), cliniche (numero di gravidanze, tipologia di parto, durata della gravidanza e tipo di allattamento) e psicologiche (tono dell'umore e stile di attaccamento). La valutazione dello stato depressivo è stata effettuata con la scala Edinburgh PostnatalDepression Scale (EPDS) e il General HealthQuestionnaire (GHQ-12), mentre lo stile di attaccamento è stato valutato con il Parental-BondingInstrument(PBI). L'analisi di regressione multipla ha dimostrato che considerando tutte le variabili demografiche, cliniche e psicologiche solo il valore del PBI_Accudimento, relativo alla figura paterna e materna predice i valori di EPDS (F= 6.8; beta= -0.16; p-level<0.001; F= 6.8; beta= -0.1; p-level<0.001) e di GHQ-12 (F= 3.8; beta= -0.14; p-level =0.001; F= 3.8; beta= -0.11; p-level =0.001: minore era l'accudimento da parte del padre e della madre e maggiori erano i punteggi di sintomi depressivi nella donna. Questi dati preliminari ci offrono un'interessante prospettiva psicobiologica, in cui si evidenzia l'importanza dello stile di attaccamento acquisito come possibile fattore di vulnerabilità nello sviluppo di psicopatologie depressive nel post-partum.

“IL PENSIERO DI FARMI DEL MALE MI E’ PASSATO PER LA MENTE”: CARATTERISTICHE CLINICHE DELLE DONNE CHE NEL DOPO PARTO RISPONDONO POSITIVAMENTE ALL’ITEM 10 DELL’EPDS

Pietro Grussu (1), Irene Andreetto (1), Cristina Cavaliere (1), Elisa Comerci (2), Alice Corà (3), Rosa Maria Quatraro (4)

(1) Consultorio Familiare, Azienda ULSS 6 Euganea, Regione Veneto

(2) UOC Infanzia Adolescenza e Famiglia, Polo Adolescenti, Azienda ULSS 3 Serenissima, Regione Veneto

(3) Libero professionista

(4) Servizio di Psicologia Ospedaliera, Azienda ULSS 8 Berica Regione Veneto

Rispondere affermativamente all'item 10 dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) necessita di particolare attenzione da parte dei clinici. Partendo da un campione iniziale di 1367 donne afferenti ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita consultoriali, il presente studio descrittivo retrospettivo ha indagato la sintomatologia clinica in un campione di 60 donne primipare positive all'item 10 dell'EPDS a 6-8 settimane dopo il parto con la somministrazione dell'EPDS e del General Health Questionnaire GHQ12, i fattori di rischio attraverso la compilazione del Postpartum Depression Predictors Inventory - Revised PDPR e il benessere psicologico con la compilazione Psychological Well-Being. Sono state quindi messe a confronto le suddette 60 neo-mamme con un campione di controllo di uguale numerosità, caratteristiche socio-demografiche e ostetriche che però, sempre nel dopo parto, hanno risposto negativamente all'item 10. Conseguentemente, rispetto a queste ultime, le donne che hanno risposto affermativamente all'item 10 dell'EPDS hanno riportato - in numero significativamente maggiore - di aver sofferto sia di depressione pre-gravidica che di ansia e depressione in gravidanza. Inoltre, le stesse donne hanno riportato un minor benessere psicologico perinatale e, nel dopo parto, una maggior percentuale di punteggi EPDS e GHQ12 superiori al cut-off. Pertanto, anche in campioni non clinici come quello presente, la risposta affermativa all'item 10 dell'EPDS si connota per la presenza di molteplici fattori di rischio che sollecitano i professionisti a porre particolare attenzione nei confronti di queste donne, attraverso appropriati interventi preventivi a vari livelli.

TIPIZZAZIONE PSICOPATOLOGICA ED IMPLEMENTAZIONE DELLE STRATEGIE DI EARLY DETECTION NELLA DEPRESSIONE PERINATALE

Meuti Valentina (1, 2), Giacchetti Nicoletta (1), Williams Riccardo (3), Lauriola Marco (4), Oliva Alessandra (5), Aceti Franca (1).

(1) UOS Igiene Mentale delle Relazioni Affettive e del Post-partum, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, (2) CSM Palestrina, DSM ASL RM5, (3) Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma, (4) Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Sapienza Università di Roma, (5) Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma.

La depressione perinatale (DPN) è un problema di sanità pubblica. Obiettivo dello studio è definire percorsi di vulnerabilità sulla base delle caratteristiche di personalità e dei modelli di attaccamento. La ricerca si articola in due fasi: una di screening, su donne nel III trimestre di gravidanza, che compilano una scheda dati e la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS); una di assessment, con il Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2) e il Big Five Inventory (BFI) per la struttura di personalità, e con l'Experience in Close Relationship (ECR) e l'Adult Attachment Interview (AAI) per l'attaccamento. Delle 453 donne valutate, 92 sono positive all'EPDS (20,3%), 60 incluse nel gruppo clinico e 24 nel gruppo di controllo. I due gruppi differiscono per la presenza di disturbi psichiatrici in anamnesi (73.4% vs 33.3%), conflittualità con il partner e con la famiglia di origine (38.3% vs 8,3%). Le donne depresse hanno punteggi più elevati alle scale Evitamento (54.55 vs 32.46) e Ansietà (68.12 vs 44.88) dell'ECR e alla scala Nevroticismo del BFI (31.2% vs 20.7%), che correlano con i punteggi dell'EPDS. All' AAI, il gruppo clinico presenta un attaccamento Insicuro Organizzato (50% vs. 25%), nelle varianti Distanziante (30% vs 8.3%) e Preoccupato (20% vs 16.7 %), e Insicuro Disorganizzato (31.7% vs 8.3%). La cluster analisi delle scale del MMPI-2 individua 3 profili di personalità: il primo (31.7%), con funzionamento ossessivo-evitante e tendenza a sviluppare una depressione "psicoastenica"; il terzo (36.6%) con funzionamento borderline e tendenza a sviluppare una depressione "disforica"; il secondo (31.7%) con un profilo normale e un vallo "difensivo" alle scale di validità. Nel profilo "psicoastenico" prevale l'attaccamento distanziante (47.4%), in quello "disforico" il disorganizzato (68.2%). Le manifestazioni psicopatologiche della DPN sono riconducibili a modelli di attaccamento e profili di personalità specifici, da indagare sia per un'identificazione precoce che per un intervento mirato.

PREVENZIONE DELLA SOFFERENZA PSICHICA PERINATALE
UN MODELLO ORGANIZZATIVO CLINICO

Palumbo Gabriella(1), Mirabella Fiorino(1), Imbasciati Antonio(2), Cena Loredana(2), Cascavilla Isabella(1), Del Re Debora(1), Antonella Gigantesco(1), con la collaborazione delle U.O. OPCP-Uni Brescia.
(1) Centro di Riferimento Scienze Comportamentali e Salute Mentale, Istituto Superiore Sanità
(2) Università di Brescia, Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale

Durante la gravidanza e il puerperio si possono verificare situazioni di sofferenza psichica per la donna e per la coppia, che talvolta potrebbero assumere dimensioni molto invalidanti. Tra le più conosciute ci sono le sindromi d'ansia e depressive, che possono manifestarsi già nel periodo prenatale e protrarsi o manifestarsi nel post-partum.
Nel gennaio 2017 il Centro di Scienze del Comportamento e Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità ha avviato un accordo di collaborazione con l'Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale dell'Università degli Studi di Brescia. Obiettivo è quello di implementare, nella pratica dei servizi, un modello organizzativo clinico di provata efficacia per la prevenzione e l'intervento precoce nella sofferenza psichica e nelle psicopatologie della perinatalità nella madre e nel padre, e le conseguenze verosimilmente associate allo sviluppo neuropsicologico del bambino. Metodi. Il Progetto prevede la formazione degli operatori e viene svolto in quattro fasi: 1) costituzione di un comitato tecnico-scientifico; 2) screening e approfondimento. Strumenti per lo screening EPDS (cut-off $\geq$12); scheda sui fattori di rischio psico-sociali; le due forme (Y1 e Y2) dello STAI, PHQ-9. Strumenti per l'approfondimento: MINI PLUS; WHOQOL; QUIT modulo 1-12 mesi; 3) intervento psicologico; 4) valutazione dell'intervento e follow-up a 6 e 12 mesi. Alla data attuale è terminata la fase di sensibilizzazione, screening e approfondimento e sta per terminare la fase dell'intervento psicologico. I risultati attesi sono un più tempestivo riconoscimento e trattamento dei disturbi ansiosi e depressivi o di altri disturbi psichiatrici ove presenti, con conseguente probabile miglioramento degli esiti di salute e maggiore benessere psicologico. Un intervento precoce può rappresentare un contenimento dei costi diretti e indiretti dovuti alla compromissione del funzionamento personale, sociale e lavorativo dei soggetti coinvolti.

IL NUOVO SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE SUI DETERMINANTI DI SALUTE NELLA PRIMA INFANZIA: FINALITA' E METODOLOGIA

Pizzi Enrica (1), Bosio Chiara (2), Buoncristiano Marta (1), Donati Serena (1), Fretti Elena (2), Lauria Laura (1), Marcer Daniela (2), Spinelli Angela (1), Battilomo Serena (3)

(1) Istituto Superiore di Sanità, Roma, (2) Azienda Ulss 9 Scaligera, Verona (3) Ministero della Salute, Roma

*Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM

L'OMS e l'UNICEF,alla luce delle robuste evidenze scientifiche relative all'importanza dei determinanti di salute nella prima infanzia, raccomandano la promozione di interventi di salute pubblica focalizzando l'attenzione sui primi 1000 giorni compresi tra il periodo pre-concezionale e i primi 2 anni di vita del bambino, anche al fine di contrastare le disuguaglianze in salute.

Per queste ragioni, il Ministero della Salute/CCM nel 2017 ha promosso e finanziato il Progetto "Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia",affidandone il coordinamento all'Istituto Superiore di Sanità.

Il Sistema di Sorveglianza si configura con indagini periodiche realizzate nei Centri Vaccinali (CV) da professionisti sanitari appositamente formati sui determinanti di salute indagati e sugli aspetti metodologici della rilevazione.

I determinanti di salute inclusi nella Sorveglianza provengono dal Programma Genitori Più e sono:assunzione di acido folico peri-concezionale, consumo di alcol e fumo in gravidanza e in allattamento,allattamento,posizione in culla, utilizzo del seggiolino in auto, lettura precoce, vaccinazioni, incidenti domestici e utilizzo di tablet/ cellulari /TV da parte dei bambini.

La popolazione in studio è costituita da madri di bambini fino ai 2 anni di vita portati presso i CV per le vaccinazioni e le informazioni sono raccolte con questionario auto compilato. Il Progetto prevede inoltre la diffusione di materiale informativo ai genitori sui determinanti indagati con l'invito a rivolgersi al personale sanitario per avere informazioni e sostegno alla genitorialità, anche grazie alla rete dei Servizi Sanitari.

La Sorveglianza,oltre a raccogliere dati d'interesse di salute pubblica attualmente indisponibili a livello nazionale, fornirà una base conoscitiva utile per definire gli indicatori dei Piani Regionali della Prevenzione e per orientare le Regioni nella programmazione di interventi di prevenzione e promozione della salute in ambito materno-infantile.

FATTORI PREDITTIVI DI SINTOMI DELLO SPETTRO POST-TRAUMATICO DA STRESS NEL PERIODO PERINATALE

Rossi E., Scannerini S., Calderani E., Meucci D., Ricca V., Giardinelli L.
Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

Circa il 4% delle donne sviluppa un disturbo post-traumatico da stress (PTSD) post-parto. Scopo di questo studio prospettico è stato individuare i fattori di rischio associati a tale patologia.

E' stata misurata l'incidenza di PTSD in 64 nullipare che frequentavano il corso di preparazione al parto presso l'AOU Careggi. Le pazienti sono state valutate al 3° trimestre di gravidanza (T0), a un mese dal parto (T1) e a due mesi dal parto (T2). Al T0 sono stati raccolti dati demografici, ostetrici, clinici, farmacologici e sono state somministrate scale psicometriche: SCID-5 (StructuredClinicalInterview for DSM5), WDEQ-A (Wijma Delivery ExpectancyQuestionnaire, per tocofobia primaria), STAI-Y (State-Trait Anxiety Inventory), EPDS (EdinburghPostnatalDepression Scale). Al T1 sono stati raccolti dati sul parto e sono state somministrate: WDEQ-B (per tocofobia secondaria), STAI-Y, EPDS. Al T2 è stata somministrata la IES (Impact of Event Scale, per PTSD).

Al T2 il 20,3% delle pazienti presentava una positività alla IES di grado moderato e il 4,7% di grado severo. Tale positività correla in modo moderato con il risultato dell'EPDS al T0 (r=0,508) ed in modo lieve-moderato con quello degli altri test. Inoltre, correla sia con la presenza di farmacoterapia in atto (OR=4,49) che con la positività dell'anamnesi psichiatrica remota (OR=4,56). In un modello di regressione lineare le variabili associate significativamente allo sviluppo di PTSD sono state il punteggio dell'EPDS al T0 e quello del WDEQ-B. Infine, punteggi medi alla IES significativamente superiori sono stati rilevati in chi ha effettuato una fecondazione assistita (t=2,52).

Analizzando i fattori di rischio individuati in questo studio e in particolare la depressione preparto tramite EPDS e la tocofobia secondaria tramite WDEQ-B, è possibile identificare precocemente le donne più a rischio di PTSD post-parto e quindi intervenire con un'efficace prevenzione secondaria.

IS THERE AN ASSOCIATION BETWEEN OXYTOCIN PLASMA LEVELS AND PREGNANT WOMEN'S MENTAL HEALTH?

Marta Serati[1]; Silvia Grassi[1]; Marta Redaelli[1]; Laura Pergoli[2]; Laura Cantone[2]; Adriano La Vecchia[1]; Jennifer Lynn Barkin[3]; Elisa Maria Colombo[1]; Giulia Tiso[4]; Manuela Wally Ossola[4]; Valentina Bollati[2]; Massimiliano Buoli[1]

[1] Department of Psychiatry, University of Milan, Fondazione IRCCS Ca'Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy.

[2] EPIGET-Epidemiology, Epigenetics and Toxicology Lab-Department of Clinical Sciences and Community Health, University of Milan, Italy.

[3] Dept of Community Medicine, Mercer University School of Medicine, Macon, GA, USA

[4] Gynecology and Obstetrics Unit, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy.

Affective disorders are highly prevalent in women during the peripartum period, different biological markers have been associated with the onset including abnormalities in oxytocin (OT) levels. Purpose of the present manuscript was to study the relationship between OT plasma levels and the development affective symptoms in women during the 3rd trimester of pregnancy. 34 pregnant women (13 with an affective disorder, 9 with pre-eclampsia and 12 healthy controls) underwent psychiatric assessment with the Edinburgh Postnatal Depression Scale, the State/Trait Anxiety Inventory Form Y, the Prenatal Attachment Inventory. A blood sample was collected from all participants to measure OT plasma levels compared between groups using a one way-analysis of variance (ANOVA). The total sample has been divided into two groups, according to OT median plasma levels and compared by (a) χ^2 tests for qualitative variables and (b) a Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) with gestational age as covariate for quantitative ones.

No statistically significant difference was found between the groups in terms of OT plasma levels ($F=0.49$, $p=0.62$). In contrast, women with lower OT plasma levels, independently from the presence of pre-eclampsia or an affective disorder, showed worse EPDS and STAI-S total scores than individuals with higher hormone levels ($F=5.93$, $p=0.02$ and $F=7.57$, $p=0.01$, respectively). The follow up at 1 month after delivery, conduced in a very small sample of 12 women although not reaching statistical significance, found that women with low OT levels had higher STAI-S and EPDS scores.

OT plasma levels seem to influence women's mental health independently from a medical or psychiatric diagnosis and OT system appear to have a complex role in the etiology of affective symptoms during perinatal period.

THE NEED TO ADDRESS FEMALE-SPECIFIC MENTAL HEALTH IN ITALY: PRELIMINARY TRANSLATION OF THE POSTPARTUM SPECIFIC ANXIETY SCALE.

Silverio Sergio Alessandro (1), Bramante Alessandra (2) (3), Menardi Arianna (4), Fallon Victoria (5)

(1) Research Department of Reproductive Health, Institute for Women's Health, University College London, United Kingdom, (2) Ambulatorio Varenna per i Disturbi Mentali Perinatali, Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Italy, (3) Agenzia di Tutela Della Salute Di Bergamo, Italy, (4) Dipartimento di Psicologia Generale, Scuola di Psicologia, Università degli Studi di Padova, Italy, (5) School of Psychology, Institute of Life and Human Sciences, University of Liverpool, United Kingdom.

Italy has a falling population due to increased life expectancy and decreased birth-rates. Prevalence of maternal ill health in Italy remains under-reported even though postpartum anxiety disorders are of increasing concern to clinical and psychiatric specialists due to their detrimental effects onmaternal wellbeing and child development (Reck et al., 2004;2008). General anxiety scales are known to artificially inflate anxiety scores in mothers and are not sensitive to the unique anxieties associated with motherhood. The Postpartum Specific Anxiety Scale (PSAS; Fallon et al., 2016) is recognised as a validated,reliable psychometrictoolwhich aims to overcome those limitations. Informed by Sousa and Rojjanasrirat (2011), the original scale was first translated by two team members (AB, SAS) independently of one another. A third member (AM) selected the most articulate of the two translations for each item, and back-translated the scale blindly.This was then checked by the PSAS author (VF) and discrepancies were rectified (VF, SAS, AM). The translated scale [PSAS-IT] was presented to an expert panel ofClinical Psychologists, Obstetricians, Psychiatrists, mothers, fathers, and Midwives. The scale was acceptable and appropriate. The PSAS-IT will be used with a large population of mothers in their first-year post-partum, and with a clinical populationfor the first time,to assess its potential as a screening tool for postpartum women presenting across a spectrum of anxiety disorders (Psychosis, GAD, &OCD).The PSAS-IT will be an invaluable addition to postpartum care in Italy, allowing both researchers and clinicians to collect data on anxiety in postpartum women, with the view to intervene, offer advice and support, or simply monitor new mothers to ensure their continued good mental health and wellbeing. It is also expected that this method will serve as a gold standard for translating psychometric tools (such as the PSAS) into different languages in the future.

CONTRIBUTI AREA C:

CLINICA E PSICOPATOLOGIA PERINATALE

VALIDAZIONE ITALIANA DEL PERINATAL ASSESSMENT OF PATERNAL AFFECTIVITY (PAPA): RISULTATI PRELIMINARI RACCOLTI DALLA AUSL ROMAGNA

Baldoni Franco (1), Matthey Stephen (2), Agostini Francesca (1), Schimmenti Adriano (3), Caretti Vincenzo (4), Minghetti Mattia (1), Giannotti Michele (1)e Spelzini Federico (5)

(1) Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna
(2) South Western Sydney Local Health District; University of Sydney, Australia
(3) Università Kore di Enna
(4) Università LUMSA, Roma
(5) Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia, Presidio Ospedaliero di Rimini, AUSL Romagna

I padri, durante il periodo perinatale, possono manifestare disturbi affettivi di tipo depressivo o ansioso con una frequenza quasi tre volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Il *Perinatal Assessment of Paternal Affectivity* (PAPA) (Baldoni, Matthey, Agostini, Schimmenti e Caretti, 2016) è un nuovo strumento per lo screening di questi disturbi, che, basandosi sui recenti risultati della ricerca più recente, indaga otto dimensioni: ansia, depressione, stress percepito, irritabilità/rabbia, problemi relazionali, lamentele somatiche, disturbi fisiologici, comportamenti pericolosi e di dipendenza. E' uno strumento semplice da somministrare, che considera l'influenza di fattori socio-culturali e risulta adatto per contesti pubblici e privati. Il PAPA è attualmente sottoposto a validazione attraverso uno studio multicentrico nazionale e internazionale.

Verranno presentati i dati raccolti in collaborazione con la AUSL Romagna su un campione di300 genitori (150 coppie) valutati al VII- mese di gravidanza e al II mese dopo il parto. A tutti i partecipanti sono stati somministrati i seguenti questionari: PAPA (PAMA per le madri), CES-D, SCL-90-R, ASA, PSS, DAS e EPDS.

I risultati preliminari, analizzati tramite test di Wilcoxon e di Sperman hanno evidenziato un'associazione significative tra i punteggi totali e delle singole scale del PAPA e quelli delle scale relative del PAMA, CES-D, SCL-90-R, ASA, PSS e DAS.

I dati confermano che il PAPA, nonostante non permetta una diagnosi precisa, fornisce indicazioni utili all'individuazione dei padri a rischio per lo sviluppo di un disturbo affettivo perinatale. In tali casi si rende necessaria una valutazione specialistica approfondita e un eventuale trattamento psicologico e farmacologico.

POSTPARTUM-SPECIFIC ANXIETY AS A PREDICTOR OF MATERNAL BONDING AND INFANT TEMPERAMENT: FURTHER EVIDENCE FOR CHILDBEARING SPECIFIC MEASURES OF MOOD

Fallon Victoria (1), Silverio Sergio Alessandro (2), Halford Jason Christian Grovenor (3) Bennett Kate Mary (1), Harrold Joanne Allison (3).

(1) School of Psychology, Institute of Life and Human Sciences, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom,(2) Research Department of Reproductive Health, Institute for Women's Health, University College London, London, United Kingdom, (3) Department of Psychological Sciences, Institute of Psychology, Health and Society, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom.

Studies of pregnancy-specific anxiety suggest that it is a distinct construct with predicts maternal and infant health outcomes more effectively than other general measures of anxiety. In response, a novel measure of postpartum-specific anxiety (PSAS; Fallon et al., 2016) has been developed and validated, and recent findings indicate that it is a more powerful predictor of infant feeding outcomes and behaviours than a non-childbearing measure (Fallon et al., 2017). These findings now need replicating across other indices of maternal and infant health and behaviour in the postpartum period. This short-term prospective study aimed to (a) test the predictive validity of the PSAS in the context of two behavioural perinatal outcomes, maternal bonding and infant temperament and (b) examine whether the PSAS may be more efficacious at predicting these behavioural outcomes than the more commonly used general measures. Eight hundred mothers of infants aged between 0 and 6 months completed the PSAS alongside general measures of anxiety and depression at baseline. A subsample (n = 261) returned to complete follow-up questionnaires examining maternal bonding and infant temperament two weeks later. Hierarchical regression models revealed that the PSAS was associated with both lower maternal bonding and a more challenging infant temperament in the first 6 months postpartum. As hypothesised, the PSAS was a more potent predictor of maternal bonding and infant temperament than general anxiety and depression. Coupled with previous evidence, these findings suggest that postpartum-specific anxiety is a distinct construct and the use of childbearing specific measures of mood when attempting to predict perinatal outcomes is warranted. Replication of these findings in clinical populations is now underway. Development of a short-form PSAS may further increase its clinical uptake.

CARATTERISTICHE DI PERSONALITA' IN UN CAMPIONE DI DONNE ITALIANE FIGLICIDE

Nicoletta Giacchetti* MD, Corinna Pancheri* MD, Valentina Meuti* MD, Riccardo Williams^ PSYD, Franca Aceti* MD

* UOS Igiene Mentale delle Relazioni Affettive e del Post-Partum, Department of Neurology and Psychiatry, Rome, Italy

^ Department of Clinical Psychology, Sapienza University of Rome, Italy

La ricerca si è concentrata sull'analisi dei fattori di rischio psicopatologici e socio-demografici implicati nel figlicidio. E' stata rilevata un'elevata frequenza di pregressi disturbi psichiatrici (per lo più psicosi puerperale, depressione e disturbi di personalità), uno stile di attaccamento disorganizzato e alcuni fattori socio-demografici (difficoltà economiche, conflitti col partner, scarso supporto e cure parentali). Ciò non appare tuttavia sufficiente a chiarire la genesi di un atto così estremo.

L'obiettivo primario di questo studio è quello di individuare in un gruppo di donne figlicide, i pattern di personalità ricorrenti valutati a distanza dall'atto. Sono state inoltre descritte le variabili psicopatologiche e socio-demografiche.

16 donne figlicide ricoverate in OPG, sono state valutate da 1 a 4 anni dopo l'omicidio, a giudizio concluso. Sono stati somministrati: la SCID-I, il Big Five Inventory (BFI) e il Temperament and Character Inventory (TCI). I risultati ottenuti ai test sono stati comparati con i risultati di due differenti gruppi di soggetti sani.

La maggioranza di diagnosi di psicosi conferma il dato in letteratura sulla preponderanza di disturbi psicotici tra le figlicide. Come previsto, la maggior parte ha subito maltrattamenti/abusi in famiglia e riferisce familiarità psichiatrica (depressione materna e alcolismo paterno). I punteggi ottenuti al BFI e TCI coincidono delineando un profilo caratterizzato da un'apparente tentativo di mascherare pensieri negativi mostrando all'esterno un'immagine di sé socialmente accettabile. A ciò si associa un rigido controllo di emotività e impulsività.

I risultati ottenuti ci portano a suggerire che esaminare il profilo di personalità delle madri con disturbi psichiatrici nel peri-partum e nel periodo successivo ad esso, possa dare ai clinici importanti informazioni per individuare i soggetti più a rischio di agire impulsi violenti sulla propria prole.

AFFETTIVITA' GENITORIALEE QUALITA' DELLA VITA DI COPPIA DURANTE IL PERIODO PRENATALE: UN CONFRONTO TRA MADRI E PADRI.

Giannotti Michele (1, 2), Minghetti Mattia (1), Facondini Elisa (1, 3), Gina Ancora (3), D'Autilia Benedetta (1), Luperini Valerio (1) e Baldoni Franco (1)

(1) Attachment Assessment Lab, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna
(2) Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive, Università Di Trento
(3) Reparto di Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale Infermi Rimini, AUSL Romagna

Nonostante diversi studi abbiano evidenziato come gli stati mentali dei genitori nel periodo perinatale tendano a influenzarsi reciprocamente, le conoscenze sulla natura di questa relazione sono ancora limitate. Obiettivo di questo studio è chiarire la relazione tra sintomatologia affettiva genitoriale e qualità della relazione di coppia durante il periodo prenatale.

Sono state studiate 65 coppie composte da gestanti al VII o VIII mese di gravidanza e dai loro partner. A tutti i soggetti sono stati somministrati: *Perinatal Assessment of Paternal Affectivity* (PAPA, versione PAMA nelle madri), SCL-90-R e CES-D per la valutazione della sintomatologia psicologica, in termini di ansia, depressione, ostilità e lamentele somatiche, e DAS per valutare il livello di soddisfazione di coppia.

I risultati, analizzati tramite i test di Wilcoxon e di Sperman e l'Actor Partner Interdipendence Model, hanno confermato che le madri tendono a riferire una sofferenza psicologica maggiore rispetto ai padri ($p<.05$), ma nessuna differenza è emersa riguardo la soddisfazione di coppia. La sintomatologia affettiva materna (PAMA) è risultata significativamente associata a diverse variabili paterne, quali sintomatologia affettiva totale (PAPA), sintomatologia depressiva(CES-D) e sofferenza generale (ASA) ($p<.05$). Il livello di sintomatologia depressiva paterna (CES-D), è risultato associato ai livelli generali di affettività(PAMA) e sintomatologia ansiosa(SCL-90-R), depressiva (CES-D) e sofferenza generale (ASA)delle madri ($p <.05$). E' emerso un effetto negativo dei disturbi affettivi materni sulla percezione dell'adattamento di coppia del partner ($p<.05$).

Lo studio conferma una relazione bidirezionale e complessa tra gli stati mentali dei genitori nella fase perinatale e la necessità di studiare l'effetto di questa associazione e i fattori che la moderano. Prestare maggiore attenzione agli stati mentali paterni nel periodo perinatale potrebbe migliorare la comprensione di questo fenomeno.

PSICOLOGIA PERINATALE IN SALA PARTO: UN MODELLO INTEGRATO.

Gioia Maria Cecilia (1) (2), Sesti Giulietta(1) (2), Aloi Alessia(1) (2), De Luca Carmen Danila(1) e Morcavallo Achille (1).
(1) U.O. Ostetricia e Ginecologia, Casa di Cura Sacro Cuore iGreco Ospedali Riuniti, Cosenza.
(2) Ascoc, Accademia di Scienze Cognitivo-Comportamentali di Calabria, Castrolibero (CS).

Dal 2012 presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia nella Casa di Cura Sacro Cuore iGreco Ospedali Riuniti a Cosenza è attivo un servizio di psicologia perinatale per i genitori in attesa. L'integrazione di due linguaggi diversi quali la psicologia clinica e l'ostetricia, ha permesso di strutturare un modello di prevenzione, assistenza e informazione per le famiglie afferenti al servizio. La psicologia perinatale in un reparto di Ostetricia e Ginecologia comprende vari settori e si articola in diverse attività quali la formazione degli operatori, i per-corsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità, l'attività di reparto con la somministrazione di scale psicodiagnostiche nel postpartum, il servizio di psicoterapia nell'ambulatorio per diagnosi e cura di psicopatologie nel periodo pre e postnatale, l'attività di ricerca e l'assistenza psicologica alla donna che lo richiede durante il travaglio ed il parto.
Il servizio ambulatoriale avviato nella struttura e la reperibilità in un reparto h24, ha permesso di individuare la predisposizione o l'eventuale comparsa di alcuni disturbi, favorendo la presa in carico precoce con un trattamento psicoterapeutico durante la gravidanza (o il puerperio). Gli strumenti terapeutici principali rimangono l'ascolto, il sostegno e lo sviluppo di consapevolezza su competenze già presenti o da acquisire.
Dalla nostra personale esperienza riteniamo che la psicologia perinatale attraverso l'adattamento e modellamento dei propri strumenti clinici possa inserirsi a pieno titolo in un reparto di Ostetricia e Ginecologia integrandosi funzionalmente con le già consolidate figure professionali coinvolte nel percorso nascita.

GRAVIDANZA E CANCRO: UN'ANALISI QUALITATIVA DELL'ESPERIENZA DI MATERNITÀ DOPO UN CANCRO AL SENO

Ionio Chiara (1), Bonassi Lucia (2), Mascheroni Eleonora (1), Faccio Flavia (3), Liuzzo Alessandra (2), Pisoni Camilla (4), Peccatori Fedro Alessandro (5), von Wunster Silvia (6), Nastasi Giuseppe (2), Cassani Chiara (4), Spinillo Arsenio (4), Pravettoni Gabriella (3)
(1) Università Cattolica del Sacro Cuore, CRIdee, Dipartimento di Psicologia, Milano; (2) ASST Bergamo Est, Dipartimento medico U.O. Oncologia, Seriate; (3) Istituto Europeo di Oncologia, Applied research division for cognitive and psychological science, Milano; (4) Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia; (5) Istituto Europeo di Oncologia, Unità di Fertilità e Procreazione in Oncologia, Milano; (6) ASST Bergamo Est, Dipartimento medico U.O. Ostetricia e Ginecologia, Alzano Lombardo

Un decimo di tutti i casi di cancro nelle donne si verifica tra 25 e 49 anni. La diagnosi più comune è il cancro al seno (44%) (Cancer Research UK, 2018). L'aumento dell'età media della madre al parto ha portato a un'incidenza maggiore di un cancro al seno prima di essere madri. Queste donne sviluppano preoccupazioni circa l'infertilità, associate al desiderio di avere bambini e alle difficoltà di concepimento. Quando si verifica una gravidanza, è plausibile che tale diagnosi interferisca con i fattori necessari per affrontarla positivamente. In questo periodo, infatti, le donne riorganizzano le rappresentazioni mentali per lasciare spazio all'immagine del bambino e di sé come genitore. Obiettivo: valutare l'influenza di un cancro al seno pregresso sull'esperienza della gravidanza e sulle rappresentazioni materne. Metodo: 9 donne con una diagnosi di cancro al seno prima della gravidanza e 9 donne senza diagnosi sono state intervistate durante l'ultimo trimestre di gravidanza usando l'intervista per le rappresentazioni materne (Ammanniti et al., 1990). Le interviste sono state analizzate qualitativamente con l'analisi del contenuto. Risultati: le donne con cancro pregresso descrivevano tale esperienza come un punto di svolta importante. Il racconto della storia della gravidanza era spesso intrecciato a riferimenti alla patologia e meno focalizzato sulla descrizione dello sviluppo delle rappresentazioni del bambino, tema che emergeva chiaramente tra le donne senza diagnosi. Il tono emotivo delle interviste delle donne con cancro pregresso era contrastante, mente quello delle donne senza diagnosi era positivo. Le donne con cancro pregresso raccontavano più spesso di un coinvolgimento positivo del partner. Conclusioni: esperire una gravidanza dopo una diagnosi oncologica rappresenta un evento cruciale per le donne e per il loro sistema familiare. La comprensione di queste esperienze aiuterebbe i clinici a offrire consulenza e supporto mirati per queste donne.

MORTI MATERNE PER SUICIDIO: UN APPROFONDIMENTO DALLA SORVEGLIANZA OSTETRICA ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ-REGIONI

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM
Ilaria Lega (1), Serena Donati (1), Silvia Andreozzi (1), Alice Maraschini(1), Paola D'Aloja (1), Silvana Borsari (2), Camilla Lupi (2), Vittorio Basevi (2), Daniela Spettoli (2), Luisa Mondo (3), Raffaella Rusciani (3), Monia Puglia (4), Fabio Voller (4), Domenico Di Lallo (5), Simona Asole (5), Marcello Pezzella (6), Gabriella Dardanoni (7), Giuseppe Loverro (8), Cinzia Germinario (8), Davide Parisi (8), Luca Merlino (9), Irene Cetin (10), Salvatore Alberico (11), Manuela Giangreco (11), Lorenzo Monasta (11).
(1) Istituto Superiore di Sanità, Roma, (2) Regione Emilia-Romagna, Bologna, (3) Servizio di Epidemiologia, ASL TO3, (4) Agenzia regionale di sanità della Toscana, Firenze, (5) Regione Lazio, Roma, (6) Regione Campania, Napoli, (7) Regione Siciliana, Palermo, (8) Università degli Studi di Bari, (9)Regione Lombardia, Milano, (10) Università degli Studi di Milano, (11) IRCCS Burlo Garofolo, Trieste.

Nel 2006-12 il sistema di sorveglianza ostetrica ISS-Regioni ha rilevato 61 morti materne per suicidio in 9 Regioni che coprono il 75% dei nati. Il suicidio è la seconda causa di morte tra 42 e 365 giorni dall'esito della gravidanza. Nel 2016 l'ISS ha avviato uno studio retrospettivo per tracciare un profilo clinico di questi casi. Tramite procedure di *linkare* sono stati raccolti dati sui suicidi da registro di mortalità, SDO e sistemi informativi relativi a prescrizioni di farmaci, accessi in pronto soccorso, specialistica ambulatoriale e salute mentale. L'età mediana delle donne è 35 anni, il 77% è italiana, il 73% primipara. Trentuno suicidi (51%) avvengono dopo il parto, 4 in gravidanza, 10 dopo aborto spontaneo e 16 dopo IVG. I suicidi avvengono nell'80% dei casi tra 42 e 365 giorni dall'esito della gravidanza, più spesso per impiccagione e precipitazione. La disponibilità dei flussi informativi ha permesso di completare l'approfondimento di 38 casi evidenziando 5 precedenti tentativi di suicidio. Benché 23 donne avessero una pregressa prescrizione psicofarmacologica solo un terzo era entrato in contatto con uno specialista della salute mentale. Circa un terzo aveva ricevuto una diagnosi di disturbo mentale (n=15), più spesso disturbo bipolare e disturbo depressivo maggiore, o aveva usufruito di prestazioni psichiatriche ambulatoriali (n=14) o in regime di ricovero (n=12). Nelle cartelle ostetriche gran parte di queste informazioni sono mancanti: figurano solo 3 delle 11 diagnosi di disturbo mentale grave. Inoltre solo 10/38 donne hanno avuto contatti con una specialista della salute mentale nel mese prima del decesso. Lo studio è una prima fotografia di un fenomeno complesso, che evidenzia l'urgenza di coinvolgere i professionisti del percorso nascita nella valutazione dell'anamnesi psichiatrica e dello stato di salute mentale in gravidanza. Appare inoltre critica la continuità delle cure fra medicina generale, servizi ostetrici e per la salute mentale.

DEPRESSIONE POST-ADOTTIVA E DEPRESSIONE POSTPARTUM: UNA CONFIGURAZIONE DI RIFERIMENTO E FATTORI DI RISCHIO COMUNI

Pietro Grussu, Aurora Belfanti e Alessandra Moro

Azienda Unità Locale Socio Sanitaria AULSS 6 Euganea, Regione Veneto

La transizione alla maternità si pone come uno dei maggiori periodi di sollecitazioni biologiche, psicologiche e sociali. L'arrivo di un bambino, sia adottato che biologico, può essere per la donna fonte di soddisfazioni, appagamento, ma anche di disagio e sofferenza emotiva. Talune esperienze possono quindi rivelarsi significativamente problematiche dove la donna può manifestare una importante sintomatologia di tipo depressivo. Dall'analisi della letteratura post-adottiva/postnatale sembrano emergere tre grandi macro aree che potrebbero essere di grande utilità nella comparazione e nella comprensione dei significati clinici della depressione post-adottiva e di quella post-partum: 1. età di adozione del bambino adottato vs. età fetale del nuovo nato (grave prematuro, prematuro, a termine); 2. bambino adottato con bisogni speciali vs. bambino prematuro e/o con ricovero in terapia intensiva neonatale; 3. tipo di adozione (nazionale/internazionale) vs. tipo di concepimento/gravidanza (eterologa, omologa, con madre surrogata).
Infine, la ricerca sui fattori di rischio della depressione post-adottiva e di quella post-partum hanno evidenziato la presenza di fattori comuni quali la presenza nella donna di precedenti episodi di tipo psichiatrico o psicopatologico ed elementi legati al tipo di supporto sociale percepito/ricevuto.

L'IDEAZIONE SUICIDARIA IN EPOCA PERINATALE: UNA RASSEGNA QUALITATIVA

Rosa Maria Quatraro (1), Cristina Cavaliere (2), Irene Andreetto (2),Elisa Comerci (3), Alice Corà (4)

(1) Servizio di Psicologia Ospedaliera, Azienda ULSS 8 Berica, Regione Veneto
(2) Consultorio Familiare, Azienda ULSS 6 Euganea, Regione Veneto
(3) UOC Infanzia Adolescenza e Famiglia, Polo Adolescenti, Azienda ULSS 3 Serenissima, Regione Veneto
(4) Libero professionista

La depressione e l'ideazione suicidaria si configurano come tra i maggiori predittori delle morti materne, seppur rare, dovute a suicidio. L'obiettivo della presente rassegna qualitativa è quello di analizzare i principali contributi scientifici presenti nella letteratura internazionale in relazione all'ideazione suicidaria. A tal riguardo è stata effettuata una ricerca bibliografica all'interno delle banche dati internazionali PubMed, PsychInfo e sul motore di ricerca Google Scholar utilizzando le parole chiave "item 10", "epds", "pregnancy", "suicide" e "postpartum". Questo criterio di ricerca ha portato all'individuazione di 16 pubblicazioni scientifiche. In tali manoscritti emerge un forte interesse da parte dei ricercatori per indagini rivolte a campioni clinici di donne con diagnosi di depressione dove si riscontra un legame significativo tra suicidarietà e psicopatologia. In particolare, diversi studi rilevano una elevata presenza di pensieri suicidari perinatali in donne ricoverate per agiti auto-lesivi. Sembrano inoltre contribuire all'ideazione suicidaria in epoca perinatale passati abusi, esperienze infantili negative ed episodi di violenza sessuale/fisica da parte del partner, in associazione con alcuni fattori socio-culturali e socio-economici (ad es. aspetti culturali legati al fattore genere e ad essere o meno coniugati, alle dinamiche familiari, alla gravidanza non programmata, all'indecisione di interrompere o meno la gravidanza, ad un basso stato sociale e un basso livello di istruzione) e co-presenza di psicopatologie importanti quali depressione, ansia, disturbo da abuso di sostanze, PTSD, disturbo di panico. Invece, nei campioni di ricerca non clinici, l'ideazione suicidaria si riscontra maggiormente in donne con traumi infantili e gravidanze inaspettate. In conclusione, appare quindi necessario un costante monitoraggio relativamente alle ideazioni suicidarie che potrebbero essere presenti nelle donne con precedenti psicopatologici, esperienze di abuso e maltrattamento, con gravidanze inaspettate, ma anche provenienti da contesti sociali disagiati e da ambienti familiari altamente conflittuali.

CONTRIBUTI AREA D:

INTERVENTI DI SUPPORTO E DI CURA

LA PRESA IN CARICO TERRITORIALE NELLE MADRI CON DISTURBI PSICOTICI INSORTI DOPO IL PARTO

Riolo Antonino^, Babici Franco^

^ASUITS, Centro di Salute Mentale “Domio” -Trieste

L’insorgenza di disturbi psicotici dopo il parto è un’evenienza temibile sia per la madre che per il bambino, potendo mettere in crisi tutto il nucleo familiare le cui aspettative vengono frustrate di fronte alle difficoltà della madre che non riesce a prendersi cura del bambino. Di qui l’esigenza di formulare un progetto di cura che dia a tutti i componenti del nucleo un senso di continuità con le aspettative pre-partum, che restituisca speranze e ne alimenti di nuove, affinché non prevalga una sensazione di interruzione e/o di sospensione del tempo dato dalla malattia della madre.

Dall’operatività di un Centro di Salute Mentale aperto sulle 24 ore, 7 giorni su 7, abbiamo estrapolato un caso, la cui espressività sintomatologica rischiava di essere di nocumento per la crescita del neonato, essendo la madre alle prese con stati dissociativi alternati a fasi di lucidità. Il nostro Servizio si è fatto carico del problema mediante accessi bi-giornalieri nei primi due mesi e giornalieri nel terzo mese, articolandosi con un soggetto non professionale che ha assunto funzioni di sostegno per la madre e per il bambino.

Si è potuto ottenere un superamento della crisi non solo in termini clinici ma anche nell’ottica di un reinserimento nella vita socio-lavorativa attraverso il circuito protetto delle borse lavoro. A distanza di un anno c’è stata una nuova gravidanza con la nascita di un fratellino, stavolta senza problemi.

Un Centro di Salute Mentale orientato alla “recovery”, attivando risorse presenti sul territorio in sinergia con altre agenzie, sociali e sanitarie, è chiamato ad una presa in carico territoriale che consenta alle madri con disturbi psicotici insorti dopo il parto e ai loro bambini, attraverso un trattamento domiciliare intensivo, il superamento della crisi e la ripresa di percorsi di normalità.

L’HAPTONOMIA PERINATALE

Robbiani Maria Isabella, psicologa libero professionista, Padova e Venezia

In pochi in Italia conoscono l'haptonomia, eppure questa scienza è presente in molti Paesi europei ed è praticata da numerosi professionisti della salute. L'haptonomia è una disciplina fondata nel 1945 dal medico F. Veldman che ha studiato il contatto affettivo e i suoi effetti. Si tratta di un approccio che arricchisce tutti gli operatori sanitari, favorendo uno stato di sicurezza di base nella persona, sia che essa sia infelice, sia malata, sia morente o non ancora nata. (F.Veldman, 2008)

L'accompagnamento perinatale in haptonomia si rivolge a tutte le coppie che vogliono vivere insieme una gravidanza attiva e responsabile. È bene iniziare l'accompagnamento il prima possibile. Nel caso di una procreazione medicalmente assistita, di un aborto o di un lutto perinatale, le coppie possono valersene già prima di essere incinte, poiché apprendono ad accogliere l'embrione, cosa che riduce la loro angoscia e facilita la fecondazione.

L'accompagnamento in haptonomia perinatale modifica profondamente il vissuto dei genitori e del bambino durante una qualsiasi gravidanza, ma fornisce un aiuto davvero prezioso in occasione delle gravidanze "patologiche", sia che dipendano da una problematica psico-affettiva sia che richiedano una presa in carico molto medicalizzata. L'haptonomia perinatale promuove un travaglio e un parto spontaneo, ma si rivela preziosa anche per i parti cesarei o medicalizzati, in quanto aiuta la madre a rimanere in intima vicinanza con il bambino (C. Dolto, 2000). In base ai dati raccolti dal mio campione, su 105 coppie accompagnate solo il 13% ha avuto un cesareo (di cui il 7% un cesareo programmato) e l'80% allatta oltre il sesto mese di vita (rispetto ai dati relativi al Veneto: 25% dei cesarei e solo il 10 % allattamento al 6°mese di età).

DISAGIO PSICHICO PRENATALE NELLA PROCREAZIONE MEDICO ASSISTITA …VERSO LA CONSAPEVOLEZZA!

Salvetti Elena, Dalò Silvia, Ferrari Paola, Beretta Emanuela

Servizio di Psicologia Area Ostetrica ASST Spedali Civili di Brescia

La genitorialità in Procreazione Medico Assistita è caratterizzata da risvolti psicologici ed emotivi importanti che possono destabilizzare la persona e la coppia, influendo negativamente sui successi della cura all'infertilità.
Cosa succede quando la possibilità di diventare genitori sfugge al controllo volontario?
Cosa può rappresentare sul piano individuale, familiare e sociale scontrarsi con la difficoltà o l'impossibilità biologica di realizzare un progetto generativo?
La somministrazione di questionari nel Servizio degli Spedali Civili di Brescia ha evidenziato la carenza di attenzione agli aspetti psicologici ed emotivi.
La presente iniziativa introduce pertanto nella routine dell'assistenza un incontro di gruppo informativo e di confronto con le coppie infertili che accedono alla PMA. Mira ad informare ed educare alla salute, promuovendo la consapevolezza rispetto a: reazioni emotive alla diagnosi di infertilità, vissuti che possono emergere lungo il percorso, impatto sull'identità personale e di coppia, fattori di stress, il fine cura come lutto da elaborare e la tutela dell'equilibrio emotivo e del benessere personale e di coppia a lungo termine. Il percorso intende sottolineare inoltre l'importanza dell'integrazione tra cure psicologiche e mediche, cercando di favorire l'accesso al Servizio di Psicologia delle coppie a rischio di sviluppare sintomi psicopatologici.
L'esperienza ad oggi evidenzia la difficoltà dell'integrazione multidisciplinare ed il superamento della scissione tra aspetti tecnici e medici ed aspetti psicologici ed emotivi.

L'USO DEL SEGNO PER POTENZIARE LA COMUNICAZIONE CAREGIVER-BAMBINO NEI PRIMI ANNI DI VITA: L'ESPERIENZA DI GENITORI ITALIANI

Mariapaola Scuderi[1], Maria Cristina Tiziana Bronte[2]

[1] Baby Signs Italia, [2] Centro Medico di Foniatria, Padova

L'obiettivo del "Programma Baby Signs" è potenziare l'efficacia comunicativa genitore/bambino (6-24 mesi) con l'utilizzo di gesti simbolici in accompagnamento alle verbalizzazioni. Questo permette ai bambini di superare l'ostacolo temporaneo della maturazione delle competenze verbali, anticipando la possibilità di condividere i contenuti mentali con il caregiver. Per guidare i genitori nella scelta dei segni e per apprendere le strategie di applicazione, è stato sviluppato il "Workshop Baby Signs per genitori".
Il presente lavoro analizza i feedback dei genitori che hanno partecipato ai Workshop in Italia negli anni 2016-17. Lo strumento utilizzato è un questionario on line, inviato a 181 famiglie. I rispondenti sono 71(39%). L'87% dichiara di aver usato i segni (il 76% dei genitori li ha usati "tutti i giorni"). Percentuale analoga che rileviamo per l'uso quotidiano del segno da parte dei bambini (73%). Per l'84% dei genitori mettere in pratica il Programma è stato "Facile e divertente, si inserisce in modo naturale negli scambi comunicativi quotidiani". L'88% dei genitori dichiara di aver rilevato benefici in diversi ambiti comunicativo-relazionali, che sono stati misurati attraverso una scala a 5 punti (da 0-nessun beneficio a 4- importante beneficio). La media dei punteggi ottenuta per 7 benefici analizzati è 2,7. La maggior comprensione dei bisogni dei bambini (media3), degli interessi (2.8) e l'aver percepito una facilitazione della quotidianità (2.8) sono i benefici più consistenti. Solo l'11% afferma di non essere riuscito a mettere in pratica il Programma con successo. La principale motivazione dell'insuccesso sembra essere legata all'uso del segno da parte di un solo genitore (75%). Si osserva una correlazione positiva tra frequenza di uso del segno da parte dei genitori e frequenza di uso del segno da parte dei bambini (r=0,58). Questi primi dati relativi all'esperienza italiana confermano la validità del Programma Baby Signs come strumento per il miglioramento di qualità ed efficacia degli scambi comunicativi genitore/bambino nei primi anni di vita.

Indice autori

Aceti F., 40 Burlon B.,18 Déttore D., 27

Agostini F., 11, 47
Alberico S., 53
Aloi A., 38, 51
Ancora G., 50
Andreetto I., 39, 55
Andreozzi S., 53
Asole S., 53
Babici F., 57
Baldoni F., 47, 50
Baratta S., 23
Barkin L. J., 44
Basevi V., 53
Bassi M., 34
Battilomo S., 42
Belfanti A., 54
Bennet K. M., 48
Beretta E., 36, 59
Beretta R., 12
Beringheli E., 12
Bertugelli E., 23
Bollati V., 44
Bonassi L., 52
Borsari S., 53
Bosio C., 42
Bottone U., 23
Bozza G., 13
Bramante A., 32, 45
Bronte M. C. T., 60
Brufani F., 14
Buoli M., 44
Buoncristiano M., 42
Busonera A., 33
Calderani E., 43
Campagnola N., 37
Cantone L., 44
Caretti V., 47
Carletti F., 23
Cascavilla I., 41
Cassani C., 52
Casula F., 33
Cataudella S., 33
Cattoni C., 15, 32
Cauli G., 34
Cavaliere C., 39, 55
Cena L., 41
Cenci G., 35
Cesara A., 38
Cetin I., 53
Chiarelli D., 17
Colombo M.E., 44
Comerci E., 39, 55
Corà A., 39, 55
D'Aloja P., 53
D'Autilia B., 50
Da Valle P., 23
Dalò S., 36, 59
Dardanoni G., 53
De Luca A., 16
De Luca C.D., 38, 51
De Santis S., 37
Del Re D., 41
Della Torre M., 17
Di Bernardo E., 24
Di Lallo D., 53
Di Monte C.,19
Di Trani M., 19
Digena T., 12
Distefano F.A., 17, 18
Donati M.A., 27
Donati S., 42, 53
Faccio F., 52
Facondini E., 50
Fallon V., 45, 48
Fasanini C., 20
Favaro A., 37
Feda G., 23
Ferrari P., 36, 59
Ferrazzani S., 18
Finazzi A., 15
Fiscer J., 10
Fragnito L.C., 22
Fretti E., 42
Furlan A., 26
Gala C., 34
Gaugue J., 22
Gentile C., 30
Germani A., 35
Germinario C., 53
Giacchetti N., 40, 49
Giangreco M., 53
Giannotti M., 47, 50
Giardinelli L., 43
Gigantesco A., 41
Giliberti L., 30
Ginobbi F., 19
Marcer D., 42
Marconi A.M., 34
Pezzella M., 53
Piscicelli C., 17

Gioia M.C., 38, 51
Giordano V., 17
Giuntoli L., 21
Giustardi A., 30
Grassi S., 44
Gregorini C., 20
Grussu P., 39, 54
Halford Jason C.G., 48
Harrold J.A., 48
Iapichino E., 34
Imbasciati A., 41
Ionio C., 52
Kemeny A., 23
Lampis J., 33
Lanza V., 23
Lanzone A., 18
Lauriola M., 40
Lauria L., 42
La Vecchia A., 44
Lega I., 53
Legname E., 23
Leonardi C., 23
Lino G., 27
Liuzzo A., 52
Loverro G., 53
Lucarini E., 14
Lucchi F., 21
Lunardi C., 27
Luperini V., 50
Lupi C., 53
Mandolesi R., 11
Maraschini A., 53
Solmi M., 37
Smorti M., 28, 29
Marotta M., 23
Marzadro A., 13
Mascheroni E., 52
Matthey S., 11, 47
Mazzeschi C., 35
Mazzullo A., 18
Mecacci F., 27
Menardi A., 45
Merlino L., 53
Meucci D., 43
Meuti V., 40, 49
Minelli M., 11
Minghetti M., 47, 50
Mirabella F., 41
Miscioscia M., 22, 24
Monasta L., 53
Mondo L., 53
Monni G., 33
Morcavallo A., 51
Moro A., 54
Nardini F., 23
Nastasi G., 52
Neri E., 11
Oliva A., 40
Orsi M.L., 23
Palumbo G., 41
Pancheri C., 49
Parisi D., 53
Pazzagli C., 35
Peccatori F.A., 52
Peli N., 20
Pergoli L., 44
Straface G., 30
Rusciani R., 53
Pisoni C., 52
Pizzi E., 42
Ponti L., 28, 29
Porreca A., 13
Pravettoni G., 52
Primi C., 27
Puglia M., 53
Quartieri B. M., 34,
Quatraro R.M, 39, 54
Redaelli M., 44
Renzi A., 19
Ricca V., 43
Rigo P., 24, 26
Rinaldi C., 32
Riolo A., 57
Robbiani M.I., 25, 58
Rocci R., 13
Rossi E., 43
Rossi Elena., 37
Rucci P., 34
Sacchi C., 22, 26
Salvetti E., 36, 59
Scabia A., 27
Scannerini S., 43
Schimmenti A., 47
Sciarma T., 14
Scuderi M., 60
Serati M., 44
Sesti G.,38, 51
Severino L., 30
Silverio S.A., 45, 48
Simonelli A., 13, 24, 26
Vidotto G., 21
Visentin S., 24, 26

Soldera G., 30
Spelzini F., 47
Spettoli D., 53
Spinelli A., 42
Spinillo A., 52
Tani F., 28
Tiso G., 44
Toppi V., 17
Tortorella A. 14
Triggiani A., 17
Voller F., 53
von Wunster S., 52
Walker J., 22
Williams R., 40, 49
Zanardo V., 30