

Indicazioni di un programma di screening e trattamento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post-emergenza COVID-19

A screening and treatment programme to deal with perinatal anxiety and depression during the COVID-19 pandemic

Laura Camoni,¹ Fiorino Mirabella,¹ Gabriella Palumbo,¹ Debora Del Re,¹ Antonella Gigantesco,¹ Gemma Calamandrei,¹ Gina Barbano,^{2,3} Marina Cattaneo,⁴ Sonia Brescianini¹

¹ Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale, Istituto superiore di sanità, Roma

² AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso

³ Ordine degli psicologi del Veneto

⁴ Azienda sociosanitaria territoriale Bergamo Ovest, Bergamo

Corrispondenza: Fiorino Mirabella; fiorino.mirabella@iss.it

RIASSUNTO

La gravidanza e il periodo post-natale durante una pandemia sono complicati da molteplici fattori. Da un lato, la preoccupazione per la propria salute e la salute dei propri cari, in particolare del neonato, possono aumentare il rischio di alcuni disturbi mentali, come depressione e ansia nella futura o neomamma. Dall'altro, come durante l'epidemia di COVID-19 in Italia, a causa del distanziamento fisico, viene meno la rete sociale e familiare. Inoltre, i servizi sanitari sono costretti a riorganizzare la propria offerta per garantire massima sicurezza agli operatori e ai pazienti. In questo lavoro viene proposto un modello di programma di screening e trattamento per individuare le donne a rischio e fornire loro un trattamento allo stesso tempo efficace e sicuro.

Parole chiave: screening, trattamento, depressione, ansia, salute mentale perinatale

ABSTRACT

During a pandemic, pregnancy and the postnatal period are complicated by multiple factors. On the one hand, worries about one's own health and the health of loved ones, in par-

MESSAGGI PRINCIPALI

- Le preoccupazioni sull'epidemia di COVID-19 e le restrizioni dovute al distanziamento fisico hanno un effetto avverso sullo stato emotivo delle donne nel periodo perinatale, aumentando i rischi per la loro salute mentale.
- Il distanziamento fisico ha reso l'accesso diretto ai servizi sanitari e di cura dedicati alla salute (e in particolare alla salute mentale) limitato alle sole urgenze.
- È prioritario assicurare alle donne un'assistenza adeguata nel periodo perinatale, per esempio tramite colloqui da remoto o app realizzate ad hoc.

ticular of the newborn child, can increase the risk of some mental disorders, such as depression and anxiety in the pregnant woman. On the other hand, as happened for the COVID-19 epidemic in Italy, given the need for physical distancing, the maintenance of the social and family network, so important for new parents in the perinatal period, is lacking. In addition, health services are forced to reorganize their offerings to ensure maximum safety for their operators and patients. This work proposes a model of screening and treatment aimed at identifying women at risk and providing them with effective and safe treatment.

Keywords: screening, treatment, depression, anxiety, perinatal mental health

INTRODUZIONE

«Non c'è salute senza salute mentale perinatale»¹

Il periodo perinatale è una fase durante la quale, nelle persone particolarmente fragili, aumenta il rischio di comparsa o di riacutizzazione di disturbi mentali, come depressione e ansia, per citare i più comuni, ma anche il disturbo post-traumatico da stress e la più rara, ma più grave, psicosi post-partum.² Questo è, infatti, un periodo particolarmente dinamico, nel quale si avvicinano pensieri e stati d'animo contrastanti, piacevoli e preoccupanti al contempo. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, il 10,0% delle donne in gravidanza e il 13,0% delle donne che hanno appena partorito soffre di un disturbo mentale, principalmente la depressione.³ Si stima che quest'ultima colpisca circa il 10%-20% delle donne durante il periodo perinatale, ma questo problema potrebbe essere sottodiagnosticato data la difficoltà delle donne a riconoscerlo e a

chiedere aiuto.^{4,5} Il disturbo d'ansia ha una prevalenza che va dal 10% al 24% (6% se si tratta di disturbo d'ansia generalizzato).^{2,6} In Italia, i pochi studi condotti per valutare la prevalenza della depressione e dell'ansia perinatale mostrano una grande variabilità, con percentuali che vanno dall'1,6% al 26,6% per la depressione e dal 6,4% al 20,5% per l'ansia.⁷⁻¹⁰ Determinanti sociali, psicologici, comportamentali, ambientali e biologici influenzano la gravidanza e il percorso postnatale. Episodi di ansia e depressione durante la gravidanza, precedenti malattie psichiatriche, problemi di relazione con il partner, mancanza di supporto sociale, problemi economici, violenze subite, eventi stressanti, eccessivo stress derivante dall'accudimento del bambino e atteggiamento negativo nei confronti della gravidanza sono tra i più importanti fattori di rischio.^{11,12} Recenti studi sul COVID-19 suggeriscono che le donne in gravidanza e in età fertile e i loro bambini non hanno

un rischio maggiore di essere infettati o di avere sintomi o conseguenze gravi rispetto alla popolazione nel suo complesso.¹³ Tuttavia, la quarantena e la perdita della routine e del supporto sociale possono avere un impatto negativo sulle madri che hanno appena partorito e sui loro bambini. Studi che hanno preso in considerazione epidemie passate hanno riportato che la quarantena genera preoccupazioni e reazioni di intensa paura in particolare nelle donne in gravidanza o che hanno appena partorito.¹⁴ In generale, la quarantena è stata associata ad alti livelli di stress,¹⁵ depressione, irritabilità e insonnia e aumentato rischio di suicidio.¹⁶ Un recente studio italiano ha anche messo in luce che le prevalenze di ansia e depressione nel periodo perinatale sono più alte nelle donne che hanno partorito nel periodo di *lockdown* in un ospedale *hotspot* per COVID-19, rispetto a donne che hanno partorito nello stesso ospedale l'anno precedente.¹⁷ Altri studi in Paesi diversi dall'Italia hanno confermato questi dati.^{18,19}

Per effetto delle politiche di contenimento della pandemia da COVID-19, l'accesso diretto ai servizi dedicati alla salute (e in particolare alla salute mentale) è stato limitato alle sole urgenze, rendendo difficile accogliere le richieste della popolazione. I contatti telefonici, le videochiamate, i messaggi hanno in parte supplito a questa mancanza,²⁰ ma occorre tenere presente che queste forme di contatto richiedono l'intenzionalità, mentre in tempi non emergenziali i contatti avvengono anche casualmente e, in caso di eventuali problemi, le reti parentali e amicali possono intervenire per fornire sostegno e aiuto. Purtroppo, per effetto delle politiche di *lockdown*, è venuta a mancare proprio la presenza fisica della rete parentale e amicale che costituisce un fattore protettivo per la salute mentale e soprattutto per il rischio di suicidio.^{11,16,21} Tutto ciò, unitamente al diffuso sentimento di paura per l'infezione da SARS-CoV-2, contribuisce ad alimentare uno stato d'ansia e preoccupazione che può avere conseguenze gravi sulla salute mentale della donna e, più in generale, dei neonati, soprattutto nei soggetti maggiormente a rischio.²⁰ Inoltre, le donne e i bambini possono risentire più di altri della convivenza forzata entro le mura domestiche. Laddove le famiglie sono più a stretto contatto e trascorrono più tempo insieme, aumenta la probabilità che le donne e i figli siano esposti alla violenza, soprattutto se in famiglia vi sono gravi perdite economiche o di lavoro; a mano a mano che le risorse diventano più scarse, possono aumentare anche forme di abuso, di potere e di controllo da parte del partner.²² Pertanto, dato che in questo particolare momento l'accesso ai servizi continua a essere limitato a causa delle necessarie misure di distanziamento fisico o per il comprensibile timore a frequentare strutture ospedaliere, è necessario ripensare all'organizzazione di questi servizi e renderli pronti e capaci di supportare le donne e le loro famiglie.

L'obiettivo di questo articolo è di descrivere un programma di screening e trattamento dell'ansia e della depressio-

ne nel periodo perinatale, da adottare in periodi di emergenza. Questo programma è una versione sintetica di uno più ampio, da utilizzare in periodi non emergenziali e descritto nel Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020.²³

PROGRAMMA DI INTERVENTO EVIDENCE-BASED PER LA GESTIONE DELLA SALUTE MENTALE PERINATALE

L'ansia e la depressione perinatale possono sfuggire all'attenzione dell'assistenza: la maggioranza delle donne non cerca spontaneamente aiuto, ma i professionisti del Servizio sanitario nazionale (ostetrica, infermiere, psicologo, psichiatra, ginecologo, pediatra, medico di medicina generale) con i quali le donne e la coppia entrano in contatto sia durante la gravidanza sia nel postparto per visite relative alla propria salute fisica e a quella del bambino possono essere in grado di riconoscere precocemente il disagio e di indirizzare la donna verso un trattamento appropriato.

Il programma di intervento *evidence-based* per la gestione della salute mentale perinatale, per il quale è stata dimostrata l'efficacia nella pratica (*effectiveness*) attraverso uno studio promosso dall'Istituto superiore di sanità (ISS) nel 2015,²⁴ è stato descritto accuratamente nel Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020 e si è dimostrato adatto a cogliere il disagio psicologico delle madri e dei partner durante il periodo perinatale e utile per intervenire tempestivamente, arginando eventuali danni che la cronicizzazione della patologia può portare alla donna, al bambino, alla loro relazione, oltre che al clima familiare in generale.²³

Questo programma di intervento è attualmente attivo, oltre che in diversi Servizi del Veneto e della Lombardia, anche in molti Servizi di diverse regioni italiane, afferenti alle unità operative dell'Osservatorio di psicologia clinica perinatale dell'Università di Brescia.²⁵ Analoghi programmi sono attivi presso i centri universitari italiani aderenti all'Osservatorio multicentrico depressione perinatale (OMDP)²⁶ situati in Lazio, Sicilia, Puglia, Campania, Abruzzo, Marche, Trentino-Alto Adige.

Requisito di base del programma è la formazione specifica del personale coinvolto, basata su conoscenze teoriche e applicative che possano essere utilizzabili efficacemente nella pratica clinica quotidiana, ma anche una capacità personale di saper instaurare un clima familiare, empatico, accogliente, non stigmatizzante, affinché le donne riconoscano le proprie difficoltà e accettino di farsi aiutare.

Le fasi indispensabili del programma sono la sensibilizzazione e l'informazione delle donne e dei familiari sui disturbi psicologici nel periodo perinatale, lo screening, l'approfondimento diagnostico, il trattamento e la verifica degli effetti del trattamento.²³ Il programma che proponiamo di seguito è la riduzione di una più articolata versione originale che prevedeva la somministrazione di differenti strumenti di screening (EPDS,²⁷ GAD-7,²⁸ scheda socioanagrafica) e di approfondimento per i casi che pre-

sentano rischio di ansia o depressione (GHQ-12,²⁹ scheda anamnestica e fattori psicosociali). Naturalmente, il trattamento in periodo non emergenziale viene svolto nelle modalità tradizionali della copresenza fisica della donna e del terapeuta nello stesso luogo.

ADATTAMENTO DEL PROGRAMMA DI INTERVENTO DURANTE LA PANDEMIA DI COVID-19

L'emergenza creata dalla pandemia di COVID-19 e la necessità di adottare misure di contenimento del contagio, come le limitazioni di movimento e il distanziamento fisico, hanno imposto una revisione delle procedure in atto anche ai servizi che si occupano della salute mentale della donna in gravidanza. In alcuni centri/servizi, il programma già in uso prima della pandemia è stato rapidamente trasformato, in fase emergenziale, con un modello di intervento a distanza, che sta proseguendo anche nella fase post-emergenziale laddove necessario.

L'obiettivo è di continuare a fornire alle donne in gravidanza un'assistenza di qualità, garantendo contemporaneamente sicurezza sia per gli utenti sia per gli operatori, fermo restando che il programma di intervento nella sua forma originaria con gli strumenti previsti sia comunque da preferire.

STRUTTURA DEL PROGRAMMA DI SCREENING E TRATTAMENTO

Empowerment delle conoscenze sulla salute mentale perinatale

Fatte salve le caratteristiche e l'importanza della fase formativa e informativa sopra esposta, la sensibilizzazione al problema e la proposta dello screening possono avvenire nei corsi di preparazione alla nascita che molti servizi hanno attivato nella modalità da remoto o tramite materiale informativo appositamente predisposto nelle occasioni di contatto (consultori, reparti ospedalieri, visite pediatriche), durante la gravidanza in occasione dell'ecografia morfologica (19-22 settimane gestazionali) e, dopo il parto, in occasione della prima vaccinazione del neonato (45-60 giorni di vita).

Naturalmente, è fondamentale la firma dell'informativa sulla privacy e del consenso informato, che può essere inviata tramite email all'indirizzo che la donna ha comunicato al primo contatto telefonico. In seconda opzione, per le donne che non dispongono di un indirizzo e-mail, può essere sufficiente un'adesione confermata tramite le funzioni di uno smartphone.

Identificazione del rischio ansioso-depressivo (screening)

Può essere eseguita da parte di tutte le figure professionali (ginecologi, ostetriche, medici di medicina generale e pediatri) che entrano in contatto con le donne sia prima sia dopo il parto. Le azioni di questa fase consistono nella raccolta dei dati socioanagrafici (età, titolo di studio, condi-

zione professionale eccetera) e nella somministrazione degli strumenti di screening:

1. domande raccomandate dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE)³⁰:

■ Durante l'ultimo mese si è sentita per la maggior parte del tempo e dei giorni giù di morale, depressa o senza speranze? (scala dicotomica Sì-No)

■ Durante l'ultimo mese ha provato per la maggior parte del tempo e dei giorni poco interesse o piacere nel fare le cose? (scala dicotomica Sì-No)

2. GAD-7, le due domande della scala per i disturbi di ansia generalizzata raccomandate dal NICE per lo screening dei sintomi ansiosi:²⁷

■ Durante le ultime due settimane si è sentita per la maggior parte del tempo e dei giorni nervosa, ansiosa o irrequieta? (scala Likert a 4 livelli: da 0 a 3)

■ Durante le ultime due settimane le è capitato di non essere in grado di fermare o controllare le sue preoccupazioni? (scala Likert a 4 livelli: da 0 a 3)

In caso di sospetto clinico (punteggi che depongono per probabile presenza di un disturbo d'ansia o depressivo, in almeno uno dei test di screening somministrati) (figura 1), la persona viene invitata e accompagnata a effettuare un approfondimento valutativo e a intraprendere un percorso di sostegno psicologico.

La valutazione clinica successiva, da eseguire con gli strumenti proposti nel Rapporto COVID-19 n. 44/2020, deve essere effettuata da uno psicologo o uno psichiatra, anche da remoto, se la donna rientra nei criteri indicati (figura 1).²³ In questa fase, è opportuno effettuare un'indagine anamnestica attraverso una scheda di raccolta dati sui fattori di rischio psicosociali,¹¹ appositamente predisposta, per acquisire informazioni relative alla gravidanza e al parto, ad altre possibili esperienze di depressione o problemi psichiatrici nella vita, a eventuali episodi stressanti negli ultimi 12 mesi e al sostegno familiare e sociale percepito. Lo psicologo/psichiatra restituisce telefonicamente, possibilmente entro i 3 giorni successivi, le informazioni della valutazione e concorda con la persona il programma da attuare. Alcuni servizi hanno anche messo a disposizione applicazioni dedicate, con lo scopo di raccogliere il diario emozionale, l'agenda degli appuntamenti on-line, l'EPDS settimanale. È possibile, inoltre, proporre un colloquio *face-to-face* alle donne che ai test presentano valori elevati di depressione o ansia. In questo caso, devono essere rispettate le misure raccomandate per limitare la diffusione dell'epidemia. Rimane raccomandato quanto descritto nel programma di intervento originale relativamente alla valutazione del rischio di suicidio.³¹

Trattamento

Il trattamento, descritto nel programma di intervento originale, si basa sul modello messo a punto da Jeannette Milgrom e dalla sua équipe³² presso l'Istituto di ricerca australiano Parent-Infant Research Institute (PIRI®) dell'Heidelberg re-

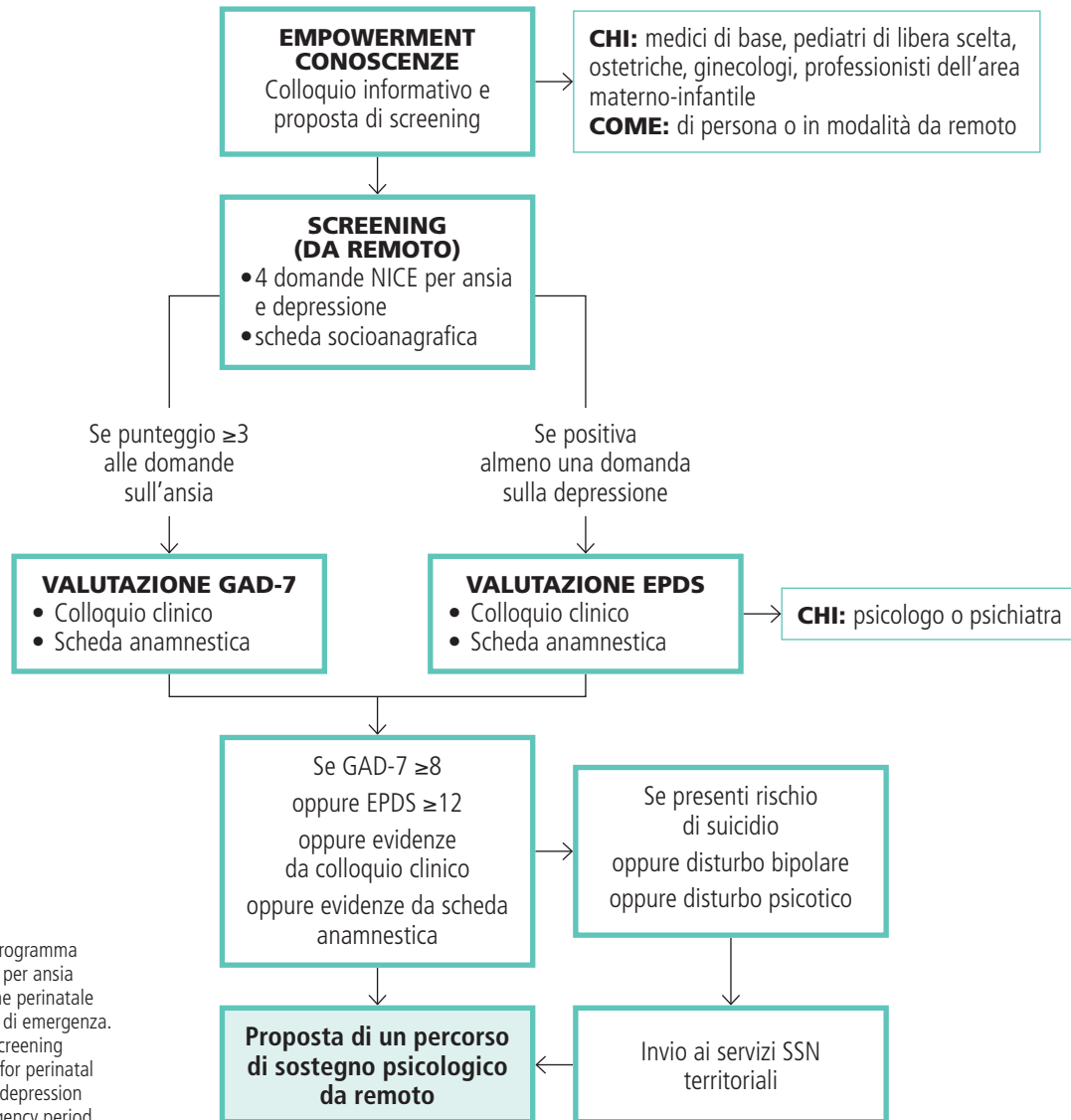


Figura 1. Programma di screening per ansia e depressione perinatale in situazioni di emergenza.
Figure 1. Screening programme for perinatal anxiety and depression under emergency period.

patriation hospital. Si tratta di un trattamento psicologico di provata efficacia sperimentale (*efficacy*) ed è stato descritto nel Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020.²³

La più recente evoluzione del modello messo a punto da Janette Milgrom è la versione MumMoodBooster, un trattamento on-line per la depressione *post-partum* che si è dimostrato ugualmente efficace.^{33,34} Questo trattamento non è ancora stato adattato alla realtà italiana; tuttavia, molti Servizi si sono riorganizzati offrendo una modalità di contatto con le utenti da remoto, utilizzando i mezzi tecnologici a disposizione della persona.

In particolare, il trattamento è stato effettuato sia individualmente sia in gruppo (quattro-cinque persone) utilizzando piattaforme di comunicazione on-line.

La parte relativa alla relazione madre-bambino, solitamente affidata alle ostetriche e alle educatrici dei consultori, può essere attivata come consulenza on-line.

Si rimanda alle indicazioni contenute nel rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020³⁵ per gli aspetti relativi all'applicazione di metodologie di intervento in remoto e alla scelta di piattaforme on-line che garantiscano qualità dell'intervento, sicurezza e protezione dei dati personali.

Laddove necessario o richiesto, nel rispetto delle direttive nazionali, rimane la possibilità di effettuare incontri *face-to-face* o *home visits*.

Follow-up

Anche in questo modello di intervento in fase emergenziale, a conclusione del periodo di trattamento, le donne vengono nuovamente sottoposte a valutazione con gli strumenti utilizzati nella fase di approfondimento clinico. Coloro che alla valutazione presentano ancora valori di rischio elevati (uguali o superiori ai *cut-off*) vengono invitati e accompagnati nella presa in carico da parte dei ser-

vizi psichiatriche territoriali o dei consultori familiari anche mediante visite domiciliari periodiche, a seconda dell'organizzazione locale dei servizi, osservando le raccomandazioni precauzionali, quali distanza di sicurezza e uso di DPI. La figura 1 sintetizza l'articolazione del programma di screening e le relative fasi successive da seguire durante l'emergenza COVID-19.²³

CONCLUSIONI

Il programma descritto si propone come uno strumento di monitoraggio costante dei fattori di rischio perinatale e di uno screening precoce, attuabile anche in situazioni emergenziali con modalità di intervento a distanza, per offrire alla donna un trattamento appropriato, tempestivo ed efficace. È particolarmente urgente l'attivazione di programmi di screening della salute mentale perinatale e l'avvio di campagne di informazione attraverso i consultori e i reparti ospedalieri, ma anche attraverso i medici di me-

dicina generale, i pediatri e gli operatori sanitari dei centri vaccinali. Nell'attuale scenario emergenziale è auspicabile che il monitoraggio dello stato di benessere psicologico delle donne nel periodo perinatale venga mantenuto nel tempo, con la partecipazione di tutte le figure professionali con le quali la donna entra in contatto, per intercettare eventuali forme di disagio psicologico legate all'esperienza della pandemia e che potrebbero manifestarsi anche a distanza di tempo.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Ringraziamenti: si ringraziano Massimo Di Giannantonio, Paolo Michielin, Loredana Cena, Cinzia Niolu, Valentina Grimaldi, Imma La Bella, Franca Aceti, Gloria Angeletti, Alberto De Stefano, Silvia Fraticelli e Alberto Siracusano per aver condiviso la loro esperienza nei servizi dedicati; Monica Vichi, Silvia Ghirini, Eloise Longo; Isabella Berardelli e Maurizio Pompili, per i loro contributi.

Data di sottomissione: 12.08.2020

Data di accettazione: 15.07.2020

BIBLIOGRAFIA

- Howard LM, Piot P, Stein A. No health without perinatal mental health. *Lancet* 2014;384(9956):1723-24.
- Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers* 2018;4:18022.
- Organizzazione mondiale della sanità. Mental health action plan 2013-2020. Geneva, World Health Organization, 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/
- Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, Oguntunde, Opanuga AA, Akhmetshin EM. Systematic review of prevalence of antepartum depression during the trimesters of pregnancy. *Open Access Maced J Med Sci* 2019;7(9):1555-60.
- O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:379-407.
- Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017;210(5):315-23.
- Mauri M, Oppo A, Montagnani MS et al. Beyond "postpartum depressions": specific anxiety diagnoses during pregnancy predict different outcomes: results from PND-ReScU. *J Affect Disord* 2010;127(1-3):177-84.
- Palumbo G, Mirabella F, Cascavilla I, Del Re D, Romano G, Gigantesco A. Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum. *Rapporti Istitisan* 16/31. Roma, Istituto superiore di sanità, 2016.
- Clavenna A, Seletti E, Cartabia M et al. Postnatal depression screening in a paediatric primary care setting in Italy. *BMC Psychiatry* 2017;17(1):42.
- Vizzini L, Popovic M, Zugna D et al. Maternal anxiety, depression and sleep disorders before and during pregnancy, and preschool ADHD symptoms in the NINFEA birth cohort study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018;28(5):521-31.
- Palumbo G, Mirabella F, Gigantesco A. Positive screening and risk factors for postpartum depression. *Eur Psychiatry* 2017;42:77-85.
- Mirabella F, Michielin P, Piacentini D et al. Positività allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi preparto. *Riv psichiatr* 2014;49(6):253-64.
- Topalidou A, Thomson G, Downe S. COVID-19 and maternal mental health: are we getting the balance right. *MedRxiv* 2020. doi: 10.1101/2020.03.30.20047969
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395(10227):912-20.
- DiGiovanni C, Conley J, Chiu D, Zaboriski J. Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecur Bioterror* 2004; 2(4):265-72.
- Gunnell D, Appleby L, Arensman E et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7(6):468-71.
- Zanardo V, Manghina V, Giliberti L, Vettore M, Severino L, Straface G. Psychological impact of COVID-19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet* 2020;150(2):184-88
- Wu Y, Zhang C, Liu H et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women along with COVID-19 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol* 2020;223(2):240e1-e9.
- Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Drouin-Maziade C, Martel É, Maziade M. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the Coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020;99(7):848-55.
- Corbett GA, Milne SJ, Hehir MP, Lindow SW, O'Connell MP. Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020;249:96-97.
- Lega I, Maraschini A, D'Aloja P, Regional maternal mortality working group. Maternal suicide in Italy. *Arch Womens Ment Health* 2020;23(2):199-206
- Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: the consequences of COVID-19 on domestic violence. *J Clin Nurs* 2020;29(13-14):2047-49.
- Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza COVID-19 - Rapporto COVID ISS-19, n. 44/2020. Roma, ISS, 31.05.2020.
- Mirabella F, Michielin P, Piacentini D et al. Efficacia di un intervento psicologico rivolto a donne positive allo screening per depressione post partum. *Riv Psichiatr* 2016;51(6):260-69.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-86.
- Osservatorio multicentrico depressione perinatale (OMDP). Disponibile all'indirizzo: http://www.ptvonline.it/uo_ginecologia.asp#sos
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166(10):1092-97.
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychol Med* 1979;9(1):139-45.
- Cena L, Palumbo G, Mirabella F et al. Perspectives on early screening and prompt intervention to identify and treat maternal perinatal mental health. Protocol for a prospective multicenter study in Italy. *Front Psychol* 2020;11:365.
- National institute for health and care excellenc. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London, NICE, 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Istituto Superiore di Sanità. Rischio di suicidio in gravidanza e nel post-partum: fattori di rischio legati alle misure di lockdown. Il caso della pandemia di COVID-19. Roma, ISS, 2020; Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/materno/rischio-suicidio-covid-19>
- Milgrom J, Martin PR, Negri LM. Depressione Postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico. Trento, Edizioni Erickson, 2003.
- Milgrom J, Danaher BG, Gemmill AW et al. Internet cognitive behavioral therapy for women with postnatal depression: a randomized controlled trial of MumMoodBooster. *J Med Internet Res* 2016;18(3)e54.
- Andrews G, Basu A, Cuijpers P et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: an update meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2018;55:70-78.
- Gabbriellini F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M. Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19 - Rapporto ISS Covid-19, n. 12/2020. Roma, Istituto superiore di sanità, 13 aprile 2020.