

# Incidenza della sindrome depressiva post partum in Toscana: analisi retrospettiva sui fattori di rischio attraverso l'utilizzo dei flussi sanitari correnti

## Rapporto

giugno 2020



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità



A cura di:

Monia Puglia<sup>1</sup>, Caterina Silvestri<sup>1</sup>, Marco Lazzeretti<sup>1</sup>, Valeria Dubini<sup>2</sup>, Fabio Voller<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ARS Toscana

<sup>2</sup> Azienda Usl Toscana Centro

# Incidenza della sindrome depressiva post partum in Toscana: analisi retrospettiva sui fattori di rischio attraverso l'utilizzo dei flussi sanitari correnti

Monia Puglia<sup>1</sup>, Caterina Silvestri<sup>1</sup>, Marco Lazzeretti<sup>1</sup>, Valeria Dubini<sup>2</sup>, Fabio Voller<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ARS Toscana

<sup>2</sup> Azienda Usl Toscana Centro

La depressione post partum (PND) costituisce l'insorgenza di un disturbo depressivo durante la gravidanza o dopo il parto. I sintomi includono perdita di interesse ed energia, umore depresso, fluttuazioni nel sonno o dei modelli alimentari, ridotta capacità di pensare o concentrarsi, sentimenti di inutilità e ideazione suicidaria ricorrente. Per la conferma di PND, i sintomi di umore depresso o perdita di interesse, devono essere presenti per almeno 2 settimane<sup>1</sup>. Tale sintomatologia non deve essere confusa con la condizione di labilità emotiva e senso di inadeguatezza (anche detta *Baby Blues*) che si manifesta nei primi 10-15 giorni dopo il parto e tende a risolversi spontaneamente<sup>2</sup>.

La prevalenza di questo disturbo, risentendo dello strumento utilizzato per la rilevazione, appare molto variabile. Una recente revisione sistematica, pubblicata nel 2015, mostra valori che variano fra 1,9% - 82,1% (nei paesi sviluppati) e 5,2% - 74,0% (nei paesi in via di sviluppo) utilizzando strumenti autoriferiti, e fra 0,1% e 26,3% con diagnosi attraverso l'utilizzo di interviste cliniche<sup>3</sup>.

Nel 2017, i risultati dell'indagine statunitense *Pregnancy Risk Assessment Monitoring System* (PRAMS) con strumenti autoriferiti, ha rilevato che il 12,8% delle mamme coinvolte ha riferito sintomi depressivi nei tre mesi che precedono la gravidanza; il 12% durante la gravidanza e il 12,5% nel periodo post partum<sup>4</sup>. In Italia, la maggior parte degli studi sulla salute mentale perinatale e le iniziative volte a migliorare la diagnosi precoce e la gestione dei disturbi mentali perinatali sono stati condotti a livello locale. Mancano studi nazionali sulla popolazione. Uno studio su donne in gravidanza, reclutato e diagnosticato dall'AOU Pisana, ha rilevato una prevalenza del 12,4% di depressione minore e maggiore durante la gravidanza e una prevalenza del 9,6% nel periodo post partum<sup>5</sup>.

Le cause della PND sono probabilmente multifattoriali e includono fattori sociali, psicologici, biologici, genetici e relazionali. I primi riguardano prevalentemente le condizioni socioeconomiche in cui la donna si trova, l'età in cui vive la gravidanza e le esperienze di abbandono<sup>6</sup> e di violenza vissute nel corso della vita<sup>7</sup>. Per quanto riguarda i fattori biologici e genetici, nonostante numerosi studi concordino sulla necessità di approfondire ulteriormente la ricerca su questi temi, i risultati mostrano un rischio più elevato di insorgenza di PND in sorelle o in famiglie in cui è presente un caso di depressione<sup>8</sup>. Risultati simili sono stati raggiunti dagli studi condotti sulla disregolazione ormonale durante il periodo del post partum e peripartum<sup>9-10</sup>.

Infine la letteratura ci mostra che la depressione postparto compare con una maggiore incidenza in condizioni di asimmetria relazionale, con espressioni di violenza domestica (fisica o psichica) che può comparire in gravidanza o essere già presente in precedenza o ancora aggravarsi: uno studio italiano condotto da Patrizia Romito nel 2009 dimostra in questi casi un OR di 13,7<sup>11</sup>.

È noto che la PND può avere effetti negativi non solo sulla madre (con un aumentato rischio di suicidio)<sup>12</sup> ma anche sul bambino. È stato dimostrato che l'atteggiamento di distacco materno provocato dalla PND, interferisce in modo statisticamente significativo sul comportamento interattivo della diade madre-bambino con conseguente incremento della probabilità di sviluppare un disturbo psichico nei primi

## INCIDENZA DELLA SINDROME DEPRESSIVA POST PARTUM IN TOSCANA

anni di vita<sup>13</sup>. Inoltre, i figli di madri con PND hanno una maggior probabilità di non essere sottoposti a interventi di prevenzione (come i vaccini)<sup>14</sup>, il loro periodo di allattamento rischia di essere interrotto precocemente (rispetto ai figli di madri che non presentano PND) e possono essere maggiormente esposti a rischi per la loro salute come il fumo di tabacco o la mancata adesione a comportamenti preventivi alla guida (uso del seggiolino)<sup>15</sup>.

Le importanti conseguenze sanitarie derivanti dall'insorgenza di questa patologia hanno reso necessaria l'attivazione d'interventi di prevenzione basati su evidenze scientifiche (EBP). A questo proposito citiamo le linee guida recentemente pubblicate dalla task force statunitense *US Preventive Services Task Force* (USPSTF). In sintesi il documento raccomanda di fornire interventi di consulenza alle donne con 1 o più dei seguenti fattori di rischio: anamnesi di depressione, sintomi depressivi attuali (che non raggiungono una soglia diagnostica), alcuni fattori di rischio socioeconomico (basso reddito, genitore adolescente o single), episodi recenti di violenza e la presenza di sintomi riconducibili a disagio psichico (ansia elevata ecc.) (GRADE B).

Gli approcci terapeutici adottati nell'attività di consulenza includono prevalentemente il modello cognitivo-comportamentale e la terapia interpersonale. La task force raccomanda, inoltre, l'adozione di screening per l'individuazione precoce di disturbi depressivi sia nelle donne adulte che nelle adolescenti di età compresa fra i 12 e i 18 anni<sup>16</sup>.

L'obiettivo del lavoro è provare, attraverso i dati disponibili dai flussi sanitari correnti, a identificare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale in modo da poterla prendere in carico tempestivamente. I risultati delle ricerche più recenti richiamano l'attenzione sulla rilevanza di programmi di screening e di interventi di supporto non solo in puerperio, ma già a partire dalla gravidanza, in particolare nel terzo trimestre. In queste fasi possono essere già evidenziati eventuali sintomi ansioso-depressivi che è importante rilevare e prendere in carico tempestivamente. Sottovalutare questi disturbi potrebbe rappresentare una grave carenza per il sistema, mentre una diagnosi precoce ed un intervento rapido possono assicurare un maggiore benessere psicologico ed un miglioramento degli esiti di salute, oltre a consentire un contenimento dei costi diretti e indiretti dovuti alla compromissione del funzionamento personale, sociale e lavorativo dei soggetti coinvolti.

I dati sono stati estratti utilizzando una procedura di record linkage sul campo chiave identificativo universale (IDUNI) tra i seguenti flussi amministrativi:

1. Certificato di assistenza al parto (Cedap),
2. Salute mentale (SALM),
3. Scheda di dimissione ospedaliera (SDO),
4. Pronto soccorso (PS),
5. Prestazioni consultoriali (SPC),
6. Prestazioni farmaceutiche (SPF).

Dal Cedap sono state identificate le donne che hanno partorito in Toscana nel periodo 2014-2017. Attraverso la procedura di record-linkage è stato verificato se queste donne avevano avuto negli anni precedenti al parto e/o nell'anno successivo al parto:

1. almeno un accesso al dipartimento di salute mentale,
2. almeno un ricovero ospedaliero con almeno una delle seguenti diagnosi di depressione: ICD9: 295-psicosi schizofreniche, 296-disturbi episodici dell'umore, 297-disturbi deliranti, 298-altre psicosi non organiche, 300.3-disturbi ossessivo-compulsive, 300.4-disturbo distimico, 308-reazione acuta allo stress, 309-reazione di adattamento, 311-disturbo depressivo non classificato altrove, 648.4-disturbi mentali ante-post partum,
3. almeno un accesso al pronto soccorso con una delle diagnosi di depressione sopraindicate,

## INCIDENZA DELLA SINDROME DEPRESSIVA POST PARTUM IN TOSCANA

4. almeno un accesso al consultorio per una le seguenti prestazioni: 94.09-colloquio psicologico clinico, 94.08.3-somministrazione di test proiettivi e della personalità, 94.44-psicoterapia di gruppo, 94.42-psicoterapia familiare, 94.3-psicoterapia individuale,
5. se nei 5 anni precedenti e/o nell'anno successivo al parto avevano avuto almeno una prescrizione di un farmaco psicolettico (N06) o antipsicotico (N05).

Si definiscono 5 eventi distinti: aver avuto almeno un accesso al dipartimento di salute mentale, aver avuto almeno un accesso al pronto soccorso, aver avuto almeno un ricovero, aver avuto almeno un accesso al consultorio e aver avuto almeno una prescrizione di farmaco. Una donna è definita a rischio depressione se ha avuto almeno uno di questi eventi.

Ciascuno di questi 5 eventi è stato suddiviso in 4 periodi temporali sulla base della data dell'accesso, del ricovero e/o della prescrizione: più di 5 anni prima del parto, tra 1 e 5 anni prima del parto, l'anno prima del parto e l'anno dopo il parto.

La prima parte delle analisi statistiche si riferiscono alle donne che sono a rischio di depressione, indipendentemente dal periodo di insorgenza della depressione.

Per l'identificazione dei fattori di rischio ad esso associato sono stati utilizzati modelli di regressione logistica univariata e multivariata. I fattori indagati sono: età della donna al parto, scolarità (classificata in medio-bassa fino al diploma di scuola media inferiore, medio-alta dal diploma di scuola media superiore in su), cittadinanza (italiana, straniera), stato civile (coniugata, non coniugata), condizione occupazionale (occupata, non occupata, casalinga, studentessa), BMI (normopeso: 18,5 - 25, sottopeso<sup>17</sup>: <18,5, sovrappeso: 25-30, obesa: ≥30), fumo in gravidanza, genere del parto (singolo, plurimo), gravidanza ottenuta con una tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA), storia ostetrica (parti, aborti o IVG precedenti), presenza di una persona in sala parto (padre del bambino, persona di fiducia o un familiare, nessuno) e l'esito del parto in termini di prematurità (EG<37 settimane), basso peso alla nascita (peso<2.500 gr) e natimortalità. Per la selezione delle variabili del modello logistico multivariato è stato utilizzato il criterio *forward stepwise* considerando come possibili predittori i fattori che presentavano un'associazione significativa con l'outcome di interesse nell'analisi univariata (alpha= 5%).

La seconda parte delle analisi riguarda il sottogruppo delle donne che sono a rischio di depressione nel post partum, suddividendole tra quelle che erano a rischio anche prima e quelle che lo sono diventate a seguito del parto.

Delle 102.378 donne che hanno partorito in Toscana negli anni 2014-2017, in tutto 12.826 (12,5%), sono risultate complessivamente a rischio depressione: 2.223 donne (2,2%) avevano avuto il primo accesso o la prima prescrizione più di 5 anni prima del parto, 6.541 (6,4%) da 1 a 5 anni prima del parto, 2.154 (2,1%) nell'anno prima del parto e 1.908 (1,7%) nell'anno dopo il parto (Tabella 1). In Tabella 2 è riportata la distribuzione percentuale delle 102.378 con il dettaglio di ciascuno dei singoli eventi. Considerando che una donna può aver avuto più di un evento, il totale dei singoli eventi è maggior del numero delle donne che sono risultate essere a rischio depressione.

Evidenziamo che tra i singoli eventi hanno un ruolo maggiore nell'identificare le donne che sono a rischio di depressione l'assunzione di farmaci che, da sola, identifica un 6,8% di donne a rischio, il consultorio (4,2%) e il dipartimento di salute mentale (4,1%). Mentre il pronto soccorso e il ricovero ospedaliero hanno un ruolo più marginale.

Complessivamente, 8.723 donne (8,5%) sembrano essere a rischio depressione solo prima del parto, 2.195 (2,1%) lo sono sia prima che dopo il parto e 1.908 (1,9%) lo diventano solo nel post partum (Figura 1).

## INCIDENZA DELLA SINDROME DEPRESSIVA POST PARTUM IN TOSCANA

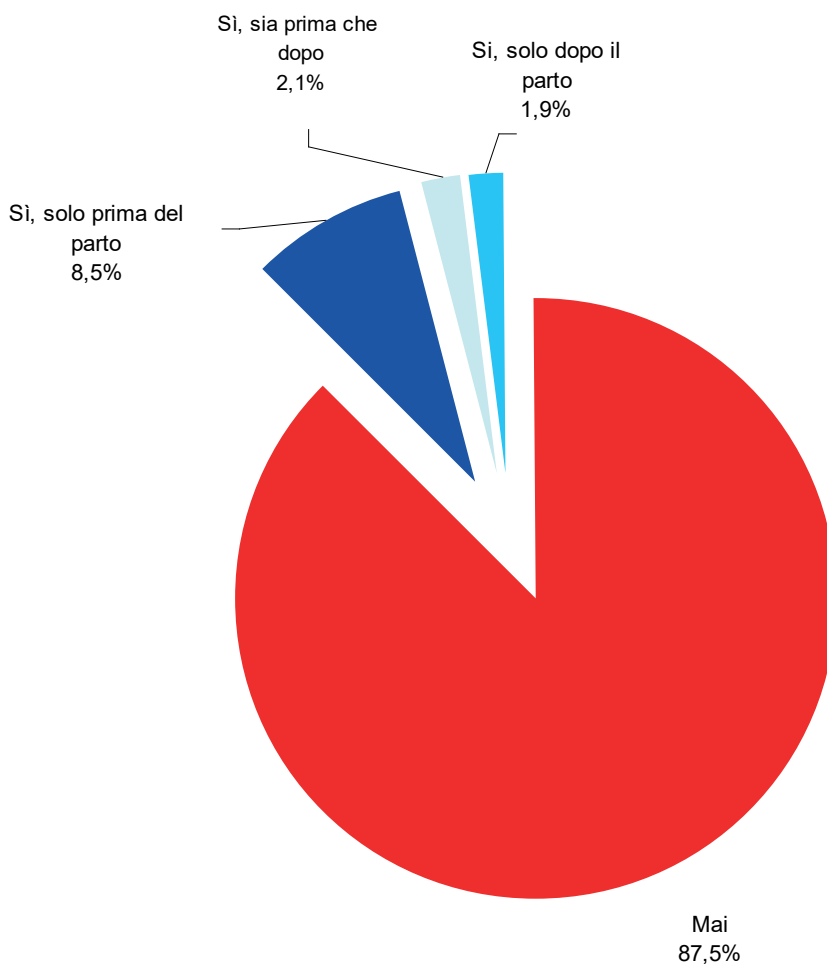
**Tabella 1. Donne che hanno avuto almeno un accesso al DSM, al PS, al consultorio o almeno un ricovero o almeno una prescrizione di farmaco. Donne che hanno partorito in Toscana. Anni 2014-2017 (N= 102.378)**

Periodo di primo evento	N	%
Più di 5 anni prima del parto	2.223	2,2
1-5 anni prima del parto	6.541	6,4
Anno prima del parto	2.154	2,1
Anno dopo il parto	1.908	1,7
Totale	12.826	12,5

**Tabella 2. Donne che hanno avuto almeno un accesso al DSM, al PS, al consultorio o almeno un ricovero o almeno una prescrizione di farmaco per singolo evento. Donne che hanno partorito in Toscana. Anni 2014-2017 (N= 102.378)**

Periodo di primo evento	DSM	PS	Consultorio	Ricovero	Prescrizione
Più di 5 anni prima del parto	1.178 (1,2%)	612 (0,6%)	148 (0,1%)	769 (0,6%)	
1-5 anni prima del parto	1.971 (1,9%)	247 (0,2%)	535 (0,5%)	1.126 (1,1%)	5.168 (5,0%)
Anno prima del parto	520 (0,5%)	209 (0,2%)	151 (0,1%)	1.438 (1,4%)	734 (0,7%)
Anno dopo il parto	545 (0,5%)	68 (0,1%)	160 (0,3%)	952 (0,9%)	1.076 (1,1%)
Totale	4.214 (4,1%)	1.136 (1,1%)	994 (1,0%)	4.285 (4,2%)	6.978 (6,8%)

**Figura 1. Distribuzione percentuale delle donne a rischio depressione per periodo di evento. Donne che hanno partorito in Toscana. Anni 2014-2017 (N= 102.378)**



## INCIDENZA DELLA SINDROME DEPRESSIVA POST PARTUM IN TOSCANA

Considerando le donne che sono a rischio di depressione, indipendentemente dal periodo di insorgenza della depressione, in Tabella 3 è riportata la distribuzione delle variabili socio-demografiche, anamnestiche ed esiti del parto di queste donne confrontate con le partorienti che invece non risultano a rischio depressione. In Tabella 4 sono riportate le percentuali di “depressione” sul totale complessivo delle donne che hanno partorito, con i rispettivi Odds Ratio e intervalli di confidenza al 95%. I fattori che risultano essere associati significativamente all’analisi univariata con il rischio di depressione sono: le minorenni, le over 35, le italiane, le donne con titolo di studio medio basso, le donne non coniugate, le non occupate e le studentesse, le donne che fumano in gravidanza, le donne obese e sovrappeso, le donne che hanno ottenuto una gravidanza ricorrendo ad una tecnica di PMA, le donne che hanno avuto un parto plurimo. Per quanto riguarda la storia ostetrica della partoriente, risultano associati l’aver avuto almeno un aborto precedente o una IVG; mentre non risulta associata la parità. Le donne che durante il parto sono sole in sala parto ed anche le donne che hanno una persona di fiducia o un familiare presentano un rischio di depressione maggiore rispetto a coloro che sono insieme al padre del bambino. In relazione agli esiti del parto risultano significativamente associati sia la prematurità, sia il basso peso alla nascita che la natimortalità.

Per l’analisi multivariata (Tabella 5) sono state escluse le donne che hanno avuto un nato morto, per eliminare questo fattore sicuramente molto traumatico. Le analisi multivariate confermano quanto osservato con l’analisi univariata ad eccezione della gemellarità, della PMA e del basso peso alla nascita, probabilmente perché correlati con la prematurità e l’età della madre. Se dal modello togliamo, infatti, l’età, risulta che le donne con PMA hanno un rischio maggiore delle donne che hanno ottenuto la gravidanza in maniera naturale. Come è noto, l’incidenza di PMA aumenta all’aumentare dell’età materna, in particolare sopra i 40 anni.

Il rischio di depressione è due volte e mezzo più alto nelle minorenni rispetto alle donne nella fascia di età 30-34 anni. È più alto nelle donne over 35 e soprattutto nelle donne over 45 (OR: 1,76; IC95%: 1,44-2,13). Le donne italiane hanno un rischio più che doppio rispetto alle donne straniere.

Le donne meno istruite, le donne non coniugate, le disoccupate, le casalinghe, le studentesse e le donne che non sono accompagnate in sala parto dal padre del bambino sono a maggior rischio di sviluppare depressione, questo potrebbe indicare un minor sostegno da parte della rete familiare ed una situazione economica più svantaggiata. Riguardo agli stili di vita disponibili emerge che le donne che fumano, le obese e le sovrappeso hanno un maggior rischio di sviluppare una sindrome depressiva, questo potrebbe riflettere l’adozione di stili di vita meno salutari. Le donne che hanno subito nella loro vita un evento che può rappresentare uno stress dal punto di vista psicologico, come lo sono un aborto spontaneo o una IVG, risultano a maggior rischio di depressione. Anche avere un neonato prematuro, che richiede un accudimento più intensivo e che può comportare maggiori preoccupazioni per i genitori, può portare a sviluppare una depressione più frequentemente rispetto a chi invece ha partorito a termine.

## INCIDENZA DELLA SINDROME DEPRESSIVA POST PARTUM IN TOSCANA

**Tabella 3. Distribuzione delle donne a rischio depressione e non per le variabili socio-demografiche, anamnestiche ed esiti del parto. Donne che hanno partorito in Toscana. Anni 2014-2017**

Variabile	donna a rischio depressione			
	no		sì	
	N	%	N	%
<b>Età al parto</b>				
<18	185	0,2	91	0,7
18-24	8.552	9,6	1.093	8,5
25-29	19.241	21,5	2.329	18,2
30-34	29.531	33,0	3.779	29,5
35-39	23.876	26,7	3.857	30,1
40-44	7.523	8,4	1.507	11,8
45 e +	640	0,7	170	1,3
<b>Cittadinanza</b>				
Straniera	26.151	29,2	2.102	16,4
Italiana	63.289	70,8	10.718	83,6
<b>Titolo di studio</b>				
Medio alto	65.974	74,8	9.308	73,3
Medio basso	22.265	25,2	3.389	26,7
<b>Stato civile</b>				
Coniugata	49.509	56,9	6.220	49,5
Non coniugata	37.561	43,1	6.358	50,6
<b>Condizione occupazionale</b>				
Occupata	55.751	64,1	7.788	62,1
Non occupata	11.521	13,3	2.098	16,7
Casalinga	18.594	21,4	2.388	19,0
Studentessa	1.077	1,2	272	2,2
<b>BMI pregravidico</b>				
Normopeso	60.660	69,7	8.300	66,7
Obesa	4.687	5,4	881	7,1
Sovrappeso	14.522	16,7	2.262	18,2
Sottopeso	7.124	8,2	1.004	8,1
<b>Fumo in in gravidanza</b>				
No	77.349	91,9	10.507	86,7
Sì	6.777	8,1	1.619	13,4
<b>PMA</b>				
No	85.781	96,9	12.217	96,1
Sì	2.709	3,1	499	3,9
<b>Parti precedenti</b>				
Pluripara	39.812	44,7	5.613	44,0
Primipara	49.174	55,3	7.130	56,0
<b>Genere</b>				
Singolo	87.908	98,2	12.512	97,6
Plurimo	1.644	1,8	314	2,5
<b>IVG precedenti</b>				
Nessuna	79.212	91,7	11.026	88,7
Almeno 1	7.219	8,4	1.401	11,3
<b>Aborti precedenti</b>				
Nessuno	70.309	80,6	9.926	79,3
Almeno 1	16.881	19,4	2.585	20,7
<b>Presenza in sala parto</b>				
padre del bambino	60.146	68,8	8.061	63,9
familiare/persona di fiducia	3.771	4,3	676	5,4
nessuno	23.468	26,9	3.870	30,7
<b>Bambino prematuro</b>				
Sì	5.794	6,5	1.093	8,5
No	83.672	93,5	11.727	91,5
<b>Bambino nato morto</b>				
No	89.329	99,8	12.763	99,5
Sì	223	0,3	63	0,5
<b>Bambino di basso peso</b>				
No	84.012	93,9	11.798	92,1
Sì	5.437	6,1	1.018	7,9



## INCIDENZA DELLA SINDROME DEPRESSIVA POST PARTUM IN TOSCANA

**Tabella 4. Analisi descrittiva dei principali fattori associati al rischio di depressione. Donne che hanno partorito in Toscana. Anni 2014-2017 (§: categoria di riferimento)**

Variabile	%	OR	(IC95%)	p-value
<b>Età al parto</b>				
<18	33,0	3,84	(2,98-4,95)	<0,0001
18-24	11,3	1,00	(0,92-1,07)	0,972
25-29	10,8	0,95	(0,89-0,99)	0,046
30-34 §	11,3	1,00	-	
35-39	13,9	1,26	(1,20-1,32)	<0,0001
40-44	16,7	1,57	(1,46-1,67)	<0,0001
45 e +	21,0	2,08	(1,74-2,46)	<0,0001
<b>Cittadinanza</b>				
Straniera §	7,4	1,00	-	
Italiana	14,5	2,11	(2,00-2,21)	<0,0001
<b>Titolo di studio</b>				
Medio alto §	12,4	1,00	-	
Medio basso	13,2	1,08	(1,03-1,12)	<0,0001
<b>Stato civile</b>				
Coniugata §	11,2	1,00	-	
Non coniugata	14,5	1,35	(1,29-1,39)	<0,0001
<b>Condizione occupazionale</b>				
Occupata §	12,3	1,00	-	
Non occupata	15,4	1,30	(1,24-1,38)	<0,0001
Casalinga	11,4	0,92	(0,88-0,97)	0,001
Studentessa	20,2	1,81	(1,58-2,07)	<0,0001
<b>BMI pregravidico</b>				
Normopeso §	12,04	1,00	-	
Obesa	15,8	1,37	(1,27-1,48)	<0,0001
Sovrappeso	13,5	1,14	(1,08-1,20)	<0,0001
Sottopeso	12,3	1,03	(0,96-1,10)	0,960
<b>Fumo in gravidanza</b>				
No §	12,0	1,00	-	
Sì	19,3	1,76	(1,65-1,86)	<0,0001
<b>PMA</b>				
No §	12,5	1,00	-	
Sì	15,6	1,29	(1,17-1,42)	<0,0001
<b>Parti precedenti</b>				
Pluripara §	12,4	1,00	-	
Primipara	12,7	1,03	(0,99-1,06)	0,142
<b>Genere</b>				
Singolo §	12,5	1,00	-	
Plurimo	16	1,34	(1,18-1,51)	<0,0001
<b>IVG precedenti</b>				
Nessuna §	12,2	1,00	-	
Almeno 1	16,3	1,39	(1,31-1,48)	<0,0001
<b>Aborti precedenti</b>				
Nessuno §	12,4	1,00	-	
Almeno 1	13,3	1,08	(1,03-1,13)	0,001
<b>Presenza in sala parto</b>				
padre del bambino §	11,8	1,00	-	
familiare/persona di fiducia	15,2	1,34	(1,22-1,45)	<0,0001
nessuno	14,2	1,23	(1,18-1,28)	<0,0001
<b>Bambino prematuro</b>				
No §	12,3	1,00	-	
Sì	15,9	1,35	(1,25-1,43)	<0,0001
<b>Bambino nato morto</b>				
No §	12,5	1,00	-	
Sì	22	1,98	(1,49-2,61)	<0,0001
<b>Bambino di basso peso</b>				
No §	12,3	1,00	-	
Sì	15,8	1,33	(1,24-1,43)	0,047

## INCIDENZA DELLA SINDROME DEPRESSIVA POST PARTUM IN TOSCANA

**Tabella 5. Analisi di regressione logistica multivariata. Stima del rischio di depressione. Donne che hanno partorito in Toscana. Escluse donne che hanno avuto un nato morto. Anni 2014-2017 (§: categoria di riferimento)**

Variabile	OR	(IC95%)	p-value
<b>Età al parto</b>			
<18	2,58	(1,92-3,46)	<0,0001
18-24	1,00	(0,92-1,09)	0,933
25-29	0,96	(0,90-1,01)	0,175
30-34 §	1,00	-	
35-39	1,20	(1,13-1,26)	<0,0001
40-44	1,40	(1,29-1,50)	<0,0001
45 e +	1,76	(1,44-2,13)	<0,0001
<b>Cittadinanza</b>			
Straniera §	1,00	-	
Italiana	2,38	(2,23-2,52)	<0,0001
<b>Titolo di studio</b>			
Medio alto §	1,00	-	
Medio basso	1,21	(1,15-1,27)	<0,0001
<b>Stato civile</b>			
Coniugata §	1,00	-	
Non coniugata	1,19	(1,13-1,23)	<0,0001
<b>Condizione occupazionale</b>			
Occupata §	1,00	-	
Non occupata	1,41	(1,32-1,49)	<0,0001
Casalinga	1,27	(1,19-1,34)	<0,0001
Studentessa	1,81	(1,53-2,12)	<0,0001
<b>BMI pregravidico</b>			
Normopeso §	1,00	-	
Obesa	1,27	(1,17-1,38)	<0,0001
Sovrappeso	1,11	(1,05-1,17)	<0,0001
Sottopeso	1,03	(0,95-1,11)	0,398
<b>Fumo in gravidanza</b>			
No §	1,00	-	
Sì	1,44	(1,34-1,53)	<0,0001
<b>IVG precedenti</b>			
Nessuna §	1,00	-	
Almeno 1	1,41	(1,31-1,51)	<0,0001
<b>Aborti precedenti</b>			
Nessuno §	1,00	-	
Almeno 1	1,05	(1,00-1,11)	0,05
<b>Presenza in sala parto</b>			
padre del bambino §	1,00	-	
familiare/persona di fiducia	1,29	(1,17-1,41)	<0,0001
nessuno	1,16	(1,11-1,21)	<0,0001
<b>Bambino prematuro</b>			
No §	1,00	-	
Sì	1,19	(1,10-1,29)	<0,0001

La seconda parte delle analisi riguarda il sottogruppo di donne che sono a rischio di depressione nel post partum, vale a dire che hanno avuto, nell'anno successivo al parto, almeno un accesso al dipartimento di salute mentale, un accesso al pronto soccorso, un ricovero, un accesso al consultorio e/o una prescrizione di farmaco (4.103, il 4% delle partorienti). Di queste 4.103 donne, 2.195 (53,5%) avevano avuto un evento anche prima del parto, mentre 1.908 (46,5%) solo dopo.

L'analisi multivariata conferma il maggior rischio di depressione per le disoccupate, le italiane, le donne tra i 35 e i 45 anni, le fumatrici e le mamme che hanno partorito prematuramente. Si osserva tuttavia che il principale fattore di rischio è risultato l'essere già a rischio depressione prima del parto (Tabella 6).

## INCIDENZA DELLA SINDROME DEPRESSIVA POST PARTUM IN TOSCANA

**Tabella 6. Analisi di regressione logistica multivariata. Stima del rischio di depressione post partum. Donne che hanno partorito in Toscana. Escluse donne che hanno avuto un nato morto. Anni 2014-2017 (§: categoria di riferimento)**

Variabile	N	%	OR	(IC95%)	p-value
<b>Età al parto</b>					
<18	26	9,4	1,34	(0,82-2,15)	0,233
18-24	241	2,5	0,65	(0,55-0,75)	<0,0001
25-29	686	3,2	0,87	(0,78-0,96)	0,009
30-34 §	1.205	3,6	1,00	-	
35-39	1.342	4,8	1,18	(1,08-1,28)	<0,0001
40-44	546	6,1	1,35	(1,19-1,50)	<0,0001
45 e +	57	7,0	1,30	(0,95-1,78)	0,099
<b>Cittadinanza</b>					
Straniera §	606	2,1	1,00	-	
Italiana	3.495	4,7	1,60	(1,44-1,76)	<0,0001
<b>Condizione occupazionale</b>					
Occupata §	2.565	4,0	1,00	-	
Non occupata	674	4,9	1,26	(1,14-1,39)	<0,0001
Casalinga	706	3,4	1,05	(0,95-1,15)	0,344
Studentessa	76	5,6	1,30	(0,97-1,72)	0,074
<b>Fumo in gravidanza</b>					
No §	3.310	3,8	1,00	-	
Sì	565	6,7	1,42	(1,28-1,56)	<0,0001
<b>Bambino prematuro</b>					
No §	3.677	3,8	1,00	-	
Sì	424	6,2	1,40	(1,24-1,58)	<0,0001
<b>Aver avuto almeno un evento di depressione prima del parto</b>					
No §	1.908	2,1	1,00	-	
Sì	2.195	20,1	10,60	(9,88-11,3)	<0,0001

Il disagio psichico e la depressione sia in gravidanza che nel post partum rappresentano un fenomeno sommerso di cui difficilmente le donne parlano e per il quale stentano a chiedere aiuto.

I dati dai flussi sanitari correnti tendono quindi a sottostimare il fenomeno e non ci consentono di effettuare un'analisi approfondita sul problema, per il quale sarebbe necessaria la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati. Inoltre l'analisi ha il limite di considerare solo i fattori di rischio che sono disponibili da questi flussi, mentre la depressione dipende da molti altri fattori che non possiamo conoscere (problemi di relazione con il partner, atteggiamento negativo nei confronti della gravidanza, violenza domestica, particolari eventi di vita stressanti, insoddisfazione, patologie materne, patologie del neonato ecc).

Tuttavia è stato possibile identificare sottogruppi di popolazione a maggior rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale verso i quali indirizzare interventi di prevenzione e di presa in carico precoce. Si tratta di donne più fragili che hanno probabilmente un minor sostegno da parte della rete familiare ed una situazione economica più difficoltosa, come ad esempio le ragazze minorenni, le donne sole o le disoccupate. Una gravidanza nell'adolescenza comporta una serie di problematiche, soprattutto a livello psicologico ed interpersonale di notevole portata. La giovane madre in attesa può vivere questo periodo come fortemente traumatico, per problemi strettamente fisici (malesseri, nausea, mutamenti dell'aspetto fisico), problemi familiari (di relazione con i genitori nella comunicazione della gravidanza, di reazione da parte del padre del bambino e della sua famiglia), sociali (abbandono della scuola, isolamento sociale, mancato inserimento nel mondo lavorativo), psicologici (negazione della gravidanza, rabbia, ansia, vergogna, colpa) e medici (visite, esami, terapie)<sup>18</sup>.

## INCIDENZA DELLA SINDROME DEPRESSIVA POST PARTUM IN TOSCANA

Le donne con stili di vita meno salutari, come le fumatrici e quelle con peso corporeo elevato sono risultate essere un altro sottogruppo verso il quale puntare l'attenzione. Il fumo in gravidanza è risultato associato ad un aumento del rischio di prescrizione di antidepressivi in uno studio condotto in Oregon e nello stato di Washington<sup>19</sup>. Questo risultato può essere interpretato come un indicatore di stili di vita non salutari. Una raccomandazione in gravidanza, infatti, riguarda l'astensione dal fumo ed è ipotizzabile che le donne che non hanno rispettato questa raccomandazione abbiano anche degli stili di vita meno protettivi per un disturbo psichico.

Inoltre abbiamo evidenziato, come ci si può aspettare, il sottogruppo di mamme che ha subito degli eventi fortemente stressanti, come chi ha dovuto subire un aborto spontaneo o una IVG o chi ha partorito prematuramente con tutte le difficoltà che un neonato prematuro comporta. Sono disponibili evidenze che documentano un impatto negativo dei disturbi mentali in gravidanza sugli esiti ostetrici, come l'associazione tra depressione e rischio aumentato di parto pretermine e basso peso alla nascita<sup>20</sup>. Le donne straniere presentano un minor rischio rispetto alle italiane, probabilmente legato a un minore accesso ai servizi per queste problematiche, nonostante l'accesso ai servizi in gravidanza sia gratuito e negli ultimi anni abbia coinvolto la quasi totalità delle partorienti straniere.

Si sottolinea, comunque, che le donne che sono maggiormente a rischio sono quelle che già avevano prima della gravidanza una storia personale di depressione.

## Note bibliografiche

- 1 American Psychological Association. Diagnostic and Statistical Manual for Psychiatric Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2013.
- 2 Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health*. 2010;3:1-14.
- 3 Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord*. 2015; 175:34-52.
- 4 <https://www.cdc.gov/prams/prams-data/mch-indicators.html>
- 5 Banti S, Mauri M, Oppo A, et al (2011) From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study. *Comprehensive Psychiatry*, 52 (4), 343-51.
- 6 Kim S, Soeken T, Cromer S, et al. Oxytocin and postpartum depression: delivering on what's known and what's not. *Brain Res*. 2014;1580:219-32.
- 7 Kornfeld B, Bair-Merritt M, Frosch E, et al. Postpartum depression and intimate partner violence in urban mothers: co-occurrence and child healthcare utilization. *J Pediatr*. 2012;161(2):348-53.
- 8 Corwin E, Kohlen R, Jarrett M, et al. The heritability of postpartum depression. *Biol Res Nurs*. 2010;12(1):73-83.
- 9 Pinsonneault JK, Sullivan D, Sadee W, et al. Association study of the estrogen receptor gene ESR1 with postpartum depression--a pilot study. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(6):499-509.
- 10 Kim S, Soeken T, Cromer S, et al. Oxytocin and postpartum depression: delivering on what's known and what's not. *Brain Res*. 2014;1580:219-32.
- 11 Romito P, Turan JM, Neilands T, Lucchetta C et al. (2009) Violence and Women's Psychological Distress After Birth: An Exploratory Study in Italy, *Health Care for Women International*, 30:1-2, 160-180, DOI: [10.1080/07399330802523824](https://doi.org/10.1080/07399330802523824)
- 12 Sit D, Luther J, Buysse D, et al. Suicidal ideation in depressed postpartum women: Associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety. *J Psychiatr Res*. 2015;66-67:95-104.
- 13 Santos IS, Matijasevich A, Barros AJ, et al. Antenatal and postnatal maternal mood symptoms and psychiatric disorders in pre-school children from the 2004 Pelotas Birth Cohort. *J Affect Disord*. 2014;164:112-7.
- 14 Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, et al. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*. 2005;115(2):306-14.
- 15 Leiferman J. The effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviors associated with child health. *Health Educ Behav*. 2002;29(5):596-607.
- 16 The US Preventive Services Task Force (USPSTF). Interventions to Prevent Perinatal Depression US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2019;321(6):580-587.
- 17 Per le minorenni le classi di sottopeso fanno riferimento a: Cole TJ et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ*. 2007 Jul 28;335(7612):194. Epub 2007 Jun 25.
- 18 Inamura M, Tucker J, Hannaford P et al. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *Eur. J. Pub. Health* 2007; 17:630-636.
- 19 Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman Dj et al. Clinically identified maternal depression before, during and after pregnancies ending in live births. *Am J. Psychiatry* 2007; 164:15515-1520.
- 20 Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, et al. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1012-24.

giugno 2020

