



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

*Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)*





# SOMMARIO

Anno XXXII • n. 2 • luglio – dicembre

## PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

**Fondata e Diretta da:**  
Alberto Giannelli

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Rabboni (*Bergamo*)  
Massimo Clerici (*Monza*)

**Comitato Scientifico:**  
Claudio Mencacci (*Milano, MI*)  
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)  
Giorgio Cerati (*Legnano*)  
Emilio Sacchetti (*Brescia*)  
Silvio Scarone (*Milano*)  
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)  
Arcadio Erlicher (*Milano*)  
Simone Vender (*Varese*)  
Antonio Vita (*Brescia*)  
Giuseppe Biffi (*Milano*)  
Mario Ballantini (*Sondrio*)  
Franco Spinogatti (*Cremona*)  
Costanzo Gala (*Milano*)  
Gabriella Ba (*Milano*)  
Cinzia Bressi (*Milano*)  
Claudio Cetti (*Como*)  
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)  
Nicola Poloni (*Varese*)  
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)  
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)  
Andrea Materzanani (*Iseo, BS*)  
Alessandro Grecchi (*Varese*)  
Francesco Bartoli (*Monza*)  
Lucia Volonteri (*Milano*)  
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

**Segreteria di Direzione:**  
Giancarlo Cerveri

**Art Director:**  
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori**

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

**3** La vita inospitale  
di Giannelli A.

**17** Neuroscienze e psichiatria: quali relazioni?  
di Borgna E.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**22** "Houston, we've had a problem": la rappresentazione femminile nei contesti formativi psichiatrici  
di Gesi C., Cerveri G., Carmassi C., Zanalda E., Merzagora F., Migliarese G., Carpita B., Mencacci C., Dell'Osso L.

**32** Servizi psichiatrici e servizi per le dipendenze  
*Riflessioni sull'integrazione necessaria*  
di Ballantini M.

**36** L'epistemologia freudiana: dal Progetto a L'interpretazione dei sogni  
*Sull'essenza della psicoanalisi*  
di Barbarossa M.

**44** Un Protocollo Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) interaziendale, tra pubblico e privato, per i disturbi del comportamento alimentare  
di Cozzaglio P., Greppo S., Cesena A., Mascheroni A., Tamburelli B.

**52** La suicidalità nei servizi territoriali di un grande ospedale metropolitano  
*Studio descrittivo retrospettivo*  
di Porcellana M., Morganti C., Giacometti M., Lopes C., Maggioni S., Malagoli M., Martucci M., Papasidero J., Turturiello C., Percudani M.

**56** La tossicità comportamentale dell'uso in cronico di farmaci antiepilettici  
di Toscano M.

**62** Programma Innovativo  
*Prevenzione e cura dei disturbi psichici per il periodo perinatale*  
di Brenna V., Cauli G., Corbani I., Corno F., Fisogni A., Gozzini C., Grecchi A., Iapichino E., Pari E., Piccinini G., Puzzini A., Quartieri B. M., Scovazzi P., Valentini G., Mazza U., Percudani E.M., Toscano M., Vergani L.

### PSICHIATRIA FORENSE

**70** Secondo la corte costituzionali in alcuni casi non è punibile l'aiuto al suicidio  
*Come può essere coinvolto lo psichiatra?*  
di Mantovani R.

IN COPERTINA: Alberto Giacometti, *Woman of Venice VII*, 1956  
Art Gallery of New South Wales

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)

## Programma Innovativo

### *Prevenzione e cura dei disturbi psichici per il periodo perinatale*

*Brenna Valeria, Cauli Gilla, Corbani Irene, Corno Federica, Fisogni Allegra, Gozzini Cristina, Grecchi Alessandro, Iapichino Elena, Pari Elisa, Piccinini Gianluca, Puzzeni Alessandra, Quartieri Bollani Marta, Scovazzi Paola, Valentini Giulia, Mazza Umberto, Percudani Emilio Mauro, Toscano Marco, Vergani Lorena*

## INTRODUZIONE

Secondo le evidenze della letteratura internazionale il periodo perinatale rappresenta una fase della vita di una donna ad elevato rischio di esordio o ricaduta di disturbi psichici (NICE, 2018). Le conseguenze possono essere gravi e persistenti nel tempo e riguardano non solo la salute della donna ma anche quella del bambino, suscettibile a fattori di rischio relazionali, psicosociali e genetici (Brockington I., Butterworth R., Glangeaud-Freudenthal N., 2016).

Le evidenze internazionali ci dicono inoltre che la varietà di condizioni che si possono presentare nel peripartum costituiscono una complessità che va oltre la triade: baby blues, depressione post partum, psicosi puerperale ma comprende quadri clinici come i disturbi depressivi, i disturbi d'ansia, PTSD, DOC, i disturbi bipolari, i disturbi della relazione madre-bambino etc. (Howard LM., 2018; Bramante, A., Brockington, I. 2016). Per anni, nonostante gli alti livelli di contatto con operatori sanitari, sia prima che dopo il parto, raramente i disturbi erano riconosciuti e veniva offerto un trattamento appropriato.

La realizzazione di interventi specifici per la prevenzione, il riconoscimento e il trattamento dei disturbi psichici del periodo perinatale ha fornito risultati di grande interesse sulla base dei quali, a partire dal triennio 2009-2011, sono stati avviati programmi dedicati.

## CENNI STORICI E RAZIONALE

Nel 2009 Regione Lombardia, in attuazione del Piano Regionale per la Salute Mentale (dgr n° VII/17513 del 17/05/2004), ha avviato i Programmi Innovativi dedicati al tema della perinatalità in diverse Aziende Ospedaliere Lombarde. Tra queste le AO S. Carlo Borromeo, AO Salvini Garbagnate, AO Ospedale Civile di Legnano hanno avviato specifici progetti in collaborazione con l'allora ASL Milano 1. Inoltre sono stati attivati progetti nella A.O Niguarda e AO S. Paolo, rivolti anche alle donne straniere, con un focus iniziale sull'individuazione e il trattamento della depressione post partum.

La fotografia del territorio rilevata nel 2009 descriveva un contesto eterogeneo nella sua composizione: il tessuto metropolitano si caratterizzava come peculiare rispetto a quello dell'hinterland per aspetti socio-demografici e culturali della popolazione. L'offerta dei servizi sul territorio non era omogenea né in termini di organizzazione, né di modalità di accesso né di intervento: alcuni contesti presentavano proposte per la maternità legate alla realtà ospedaliere altre più ai servizi dei consultori, e altre ancora carenti di iniziative specifiche rivolte al puerperio.

L'unico tratto comune era la richiesta dell'utenza, quasi sempre donne che stavano attraversando una fase del ciclo della vita che necessitava di un sostegno per le difficoltà di adattamento come neogenitore.

Il paradigma sottointeso faceva appello a un non precisato istinto materno che, se sostenuto opportunamente, avrebbe inevitabilmente instaurato un naturale legame con l'infante e avviato un percorso di buone pratiche di cura e dedizione. Le donne che invece manifestavano una grave sofferenza venivano inviate ai servizi della Salute Mentale, con il timore di una possibile consuetudine psichiatrizzante.

Su questo terreno procedono i Programmi Innovativi Regionali e si costituiscono degli ambulatori dedicati, nel rispetto delle singole identità territoriali.

Più recentemente, ATS Milano Metropolitana ha promosso l'avvio di un Programma di Azione per la prevenzione, diagnosi e intervento precoce della Depressione Perinatale, nel quale si definisce un primo livello che si occupa di rilevazione del rischio attraverso uno screening dedicato alle gravide a cui prendono parte le diverse unità, Materno-Infantile, Consultori, Salute Mentale, a seconda del territorio, in coerenza con le linee guida prodotte dal GAT della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia del 2015.

L'inserimento dei dati viene effettuato in un applicativo dedicato che permette di definire profili di rischio, basso, medio o alto: è in quest'ultimo caso che entrano in gioco i servizi di secondo livello presenti nei Programmi innovativi, con un invio diretto per la valutazione e il trattamento.

È in questo contesto che a partire dal 2017 e dall'esperienza maturata negli anni precedenti nei programmi innovativi regionali che si avvia una collaborazione fra i DMSD dell'Asst GOM Niguarda, Asst Santi Paolo e Carlo, Asst Rhodense, Asst Ovest Milanese nel Programma Innovativo Regionale "Prevenzione e cura dei disturbi psichici per il periodo perinatale".

I modelli di individuazione e di trattamento concordati permettono di definire due profili di intervento: uno di matrice ospedaliera, con le sue declinazioni dipartimentali, e uno di matrice territoriale dove gli invii fanno riferimento a servizi collocati al di fuori dell'ospedale come i poli vaccinali, i consultori, gli ambulatori della psichiatria. L'intercettazione delle pazienti avviene in maniera diversificata: attraverso un intervento di screening utilizzando la Scala di Edimburgo

La capillare formazione effettuata dagli operatori che collaborano nel Programma Innovativo Regionale, permette il coinvolgimento e la collaborazione dei pediatri di libera scelta nel progetto di screening, dei con il raggiungimento di un numero importante di puerpere.

## **OBIETTIVI**

L'obiettivo principale del programma è di creare, attraverso la collaborazione delle ASST coinvolte, una piattaforma di lavoro condivisa per prassi, strumenti e metodi così da prevenire e trattare uniformemente i disturbi perinatali nelle donne.

Per questo è necessario:

- sensibilizzare gli operatori presenti sul territorio (ostetriche, pediatri, ginecologi, MMG, ecc.) sulle tematiche dei disturbi perinatali al fine di intercettare le donne a rischio e di coordinare gli interventi di valutazione e trattamento.
- organizzare e strutturare le attività di formazione rivolte agli operatori nell'area materno-infantile e psicosociale.
- creare strumenti per la raccolta di fattori sociodemografici e di rischio
- individuare una batteria di test dedicata alla valutazione clinica
- identificare le modalità di presa in carico e il trattamento psicologico/farmacologico rivolto alle donne e/o alle coppie a rischio.
- raccogliere, in un data base, i dati comuni relativamente alle donne in trattamento e di condivisione delle diagnosi e delle linee di intervento.

Le équipe coinvolte si sono impegnate ad uniformare le procedure d'invio e le attività di valutazione e di trattamento, al fine di garantire alle donne e alle famiglie una risposta il più possibile coordinata e completa.

Da gennaio a settembre 2019 sono state intercettate complessivamente come ambulatori di secondo livello più di 300 donne.

## **PROCEDURE D'INVIO**

Le donne possono accedere al programma durante tutto il periodo del puerperio, dalla gravidanza fino al post-partum, attraverso diversi canali:

- spontaneamente;
- su invio degli Operatori Sanitari ospedalieri o del territorio (ginecologi, ostetriche, pediatri, assistenti sociali, puericultrici, etc.);
- da programmi di screening effettuati durante i Corsi di Preparazione alla Nascita e durante il ricovero nel puerperio.

## LA VALUTAZIONE

Le donne che accedono agli ambulatori vengono accolte da uno psicologo che, attraverso la disponibilità all'ascolto e la costruzione di un setting accogliente, possa conoscere la storia della donna e raccogliere le informazioni necessarie alla valutazione del suo stato emotivo e dei possibili fattori di rischio, indispensabili per procedere ad una corretta azione di prevenzione, diagnosi e trattamento.

Attraverso il colloquio clinico vengono raccolti e individuati i seguenti fattori di rischio: i dati socio-anagrafici (età, stato civile, educazione, posizione lavorativa e nazionalità della donna), la storia migratoria (data e motivi dell'immigrazione, eventuali eventi stressanti durante il percorso migratorio) qualora la donna sia straniera, i dati ostetrico-ginecologici relativi all'attuale e alle eventuali precedenti gravidanze ed infine i principali fattori di rischio associati all'insorgenza di disturbi psichici perinatali (storia psicopatologica pregressa, familiarità per i disturbi dell'umore e presenza di fattori stressanti negli ultimi 6 mesi di vita, quali problemi economici, perdita del lavoro, separazione o conflitti di coppia, lutti o gravi malattie, trasferimenti o migrazione) (Corbani I.E. et al., 2017).

Per la valutazione dell'umore attuale vengono utilizzate alcune scale self-report utilizzate per valutare la presenza di sintomi ansiosi e/o depressivi in gravidanza e nel periodo postnatale.

## STRUMENTI

**Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** (Cox et al., 1987; validazione ital. Benvenuti et al., 1999) è

una scala self-report di 10 item utilizzata per valutare la presenza di sintomi ansioso-depressivi prima (Murray e Cox, 1990) e dopo il parto (Thorpe K., 1993). Il cut-off dell'EPDS che usiamo per le donne italiane è 12. L'EPDS è stata tradotta in tutte le lingue. Per quanto riguarda la valutazione della donna straniera, abbiamo diversi cut-off a seconda della cultura di appartenenza, poiché l'espressione e verbalizzazione dello stato emotivo varia molto da cultura a cultura. Ad esempio, per alcune culture orientali il cut-off usato è più basso, così come per altre (tipicamente di origine africana) è più alto.

**Beck Depression Inventory-II (BDI-II)** (Beck et al., 1961) è uno strumento self-report composto da 21 item che valutano l'intensità della depressione. Il cut-off della BDI-II è 14. Punteggi tra 14 e 19 sono da considerarsi sintomi depressivi medi, tra 20 e 28 moderati e tra 29 e 63 gravi.

**State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)** (Spielberger et al., 1983) è uno strumento self-report, composto da un totale di 40 domande, 20 riguardano l'ansia di stato (Y1) e 20 l'ansia di tratto (Y2). Il cut-off per entrambe le scale è 40.

**Questionario Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (Core-OM)** (validazione italiana di Palmieri et al. 2009) è uno strumento self-report composto da 34 item che ha lo scopo di fornire un indice globale di sofferenza del paziente e di valutare gli esiti degli interventi psicologici. Maggiore è il valore trovato, più alto è il livello di sofferenza del paziente.

**Social Provisions Scale-10 item (SPS-10)** (Iapichino et al. 2016) è una scala composta da 10 item che misura la percezione della donna di supporto generale rispetto ai familiari, amici colleghi e membri della comunità. Più il punteggio si avvicina a 40 maggiore è la percezione del supporto. La SPS-10 è una forma abbreviata della SPS-24 item sviluppata da Cutrona & Russal (1987).

**PostPartum Bonding Questionnaire (PBQ)** (Brockington et al. 2001) è un questionario self-report utilizzato per rilevare i disturbi della relazione mamma-bambino.

Il questionario è composto da 25 item e formato da 4 scale che valutano rispettivamente: il “legame di attaccamento” (scala 1; il cut-off è 12), il “rifiuto e la rabbia” (scala 2; il cut-off è 17), l’”ansia per la cura” (scala 3; il cut-off è 10), il “rischio di abuso” (scala 4; il cut-off è 4).

Queste scale di valutazione vengono somministrate in diversi tempi del puerperio anche allo scopo di valutare l'efficacia del percorso attraverso una possibile riduzione della risposta sintomatologica.

Qualora le donne presentino un punteggio maggiore o uguale al cut-off ad una o a più di una scala tra le seguenti EPDS, BDI II, STAI-Y1 e Y2 e/o la la positività agli item relativi al rischio suicidario viene attivato un percorso di cura psicoterapico e/o farmacologico. 1

Tale assessment ha lo scopo di individuare il livello di rischio presente in ogni donna e di procedere all'intervento adeguato attraverso diverse tipologie di cura: consulenza, sostegno psicologico, psicoterapia e farmacoterapia.

## TRATTAMENTO

Sulla base dell'assessment psicodiagnostico si configurano diverse possibilità di trattamento a seconda della gravità della sintomatologia e/o dello specifico momento in cui viene valutata la donna nel peripartum. Se si rileva nella donna la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva viene attivata tempestivamente una consulenza psichiatrica al fine di formulare una diagnosi e, eventualmente, di impostare una terapia farmacologica e proposto un intervento psicologico.

Nel caso si evidenzi la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva già in gravidanza viene proposto alla donna un intervento psicoterapico e/o farmacologico preventivo. La letteratura internazionale (Lancaster et al, 2010), infatti, concorda nel considerare la sintomatologia ansioso-depressiva antenatale come il più significativo fattore di rischio correlato allo sviluppo di depressione nel post-partum, oltre ad essere correlata ad una serie di conseguenze negative sullo sviluppo del feto (Di Pietro et al, 2002).

Nello specifico i trattamenti psicologici proposti presso i Centri di Secondo Livello possono essere:

- Counseling o percorso di sostegno psicologico individuale e/o di coppia
- Psicoterapia individuale e/o di coppia

### **Counseling o percorso di sostegno psicologico.**

Il supporto psicologico viene utilizzato nelle forme lievi di depressione perinatale ed è volto primariamente a sostenere la madre rispetto a problematiche specifiche che in quel momento si trova ad affrontare (per esempio timore del parto, difficoltà rispetto alle cure del bambino, allattamento, preoccupazione relativa al rientro al lavoro dopo il parto ecc.). Si configura come un intervento breve, caratterizzato da un ascolto empatico, non giudicante e supportivo nei confronti della persona, maggiormente orientato ai processi decisionali rispetto a quelli riflessivi, che esplora le difficoltà del presente più che indagare la storia passata o gli schemi di pensiero della donna. Nello specifico gli obiettivi di un counseling psicologico sono:

- Aiutare la donna a riconoscere i segnali e sintomi di depressione durante il periodo peripartum;
- Migliorare la percezione del supporto sociale e delle competenze genitoriali;
- Aumentare la percezione del supporto di coppia e sociale;
- Aiutare a costruire una rete di sostegno.

### **Psicoterapia individuale**

La psicoterapia può essere definita come un “processo interpersonale, consapevole e pianificato, volto ad influenzare i disturbi del comportamento e situazioni di sofferenza con mezzi prettamente psicologici, verbali, ma anche non verbali, in vista di un fine elaborato in comune, che può essere la riduzione dei sintomi o la modificazione della struttura di personalità, per mezzo di tecniche che differiscono per il diverso orientamento teorico a cui si rifanno” (Galimberti, 1992).

Ad oggi l'efficacia della psicoterapia nella cura della

depressione perinatale è stata principalmente studiata rispetto all'orientamento teorico cognitivo-comportamentale e interpersonale.

Tuttavia i trial clinici controllati randomizzati che mettono a confronto in modo efficace interventi basati su approcci differenti sono ancora scarsi, per cui non è ancora possibile giungere a considerazioni generalizzabili (Monti e Agostini, 2006).

Rispetto alla depressione perinatale gli interventi di psicoterapia sia nel periodo antenatale che postnatale sembrano essere maggiormente risolutivi della sofferenza e del malessere della donna, a differenza di interventi unicamente psico-educativi.

Gli obiettivi di un intervento psicoterapico nel peripartum sono:

- Diminuire il distress psicologico e relazionale;
- Migliorare le strategie di problem solving;
- Potenziare la percezione di efficacia personale e la percezione del supporto di coppia e sociale;
- Favorire la costruzione dell'identità materna e delle competenze genitoriali;
- Implementare l'autostima.

### **Counseling e Psicoterapia alla coppia.**

Gli interventi rivolti alla coppia possono includere sia forme di counseling focalizzate sulle aspettative genitoriali e sulla gestione del bambino, sia vere e proprie psicoterapie.

Spesso infatti nonostante sia la donna a manifestare un quadro sintomatico è molto importante coinvolgere il compagno nel percorso terapeutico, non solo per fornire anche al partner informazioni circa i sintomi, il decorso e il trattamento della depressione perinatale, ma anche perché è attivamente coinvolto nella transazione alla genitorialità.

La nascita di un figlio infatti è un momento di cambiamento in cui è necessario che la coppia apra uno spazio fisico e psicologico tale da poter accogliere un "terzo" e avvii un processo di negoziazione al fine di trovare un stile educativo condiviso. Tale passaggio evolutivo comporta

inoltre in entrambi i genitori una ridefinizione dei ruoli e delle aspettative reciproche: tanto più i coniugi avvertono la fiducia dell'altro di poter diventare un buon genitore tanto più saranno in grado di affrontare la complessità di questo momento.

Inoltre un percorso di coppia diventa una opportunità irrinunciabile perché anche il padre possa esprimere i propri vissuti relativi alla nascita del proprio bambino.

### **RISULTATI PRELIMINARI DEL PROGETTO**

Attraverso un lavoro periodico di confronto e valutazione da parte delle équipe di professionisti afferenti alle 4 ASST coinvolte è stato predisposto e condiviso un database volto alla raccolta di dati relativi all'assessment e ai percorsi di trattamento delle donne che entrano in contatto con gli Ambulatori di secondo livello.

Nella tabella 1 sono presentati alcuni dati su un primissimo campione di riferimento relativo alle donne che sono entrate in contatto con il progetto dal giugno 2018 ad ottobre 2018 (si veda Tab.1).

Nel trimestre di riferimento sono state incontrate complessivamente 294 donne. La maggior parte delle donne è di nazionalità italiana (N=256; 87%). Il 58,84% (N=173) è coniugata, il 36,39% è nubile (N=107) e una minoranza è separata/divorziale (N=13; 4,42%) o vedova (N=1; 0,34%). La maggior parte delle donne (N=259; 88,09%) ha un livello di istruzione medio-alto ed è in possesso di laurea o diploma di medie superiori.

Le donne sono state intercettate prevalentemente in gravidanza (N=177; 60,20%) mentre il 44,50% (N=131) nel postpartum. La maggior parte (N=157; 53,4%) è stata inviata dal personale della U.O. di Ostetricia e Ginecologia, l'11,56% (N=34) dai CPS, il 10,02% (N=30) dai consultori o altri servizi del territorio, una piccolissima parte dai Medici di Medicina Generale (N=7, 2,38%). Il 22% (N=65) si rivolge spontaneamente al Servizio.

Un terzo delle donne intercettate (N=98; 33%) presenta in anamnesi un precedente episodio depressivo, dato che correla fortemente con l'insorgenza di disturbi

del periparto (Lancaster et al. 2010). La maggior parte delle donne (N=221; 75%) ha effettuato lo screening e compilato la scala EPDS. Di queste il 37,56% (N=83) presentava un profilo ad alto rischio con un punteggio di EPDS maggiore di 12, il 16,67% (N=49) risultava con un profilo di alta vulnerabilità con un punteggio all'EPDS compreso tra 8 e 12, mentre il 40,27% (N=89) aveva un punteggio all'EPDS inferiore a 8.

163 (55,44%) donne tra quelle che hanno effettuato lo screening sono entrate in trattamento: 62 (38%) hanno intrapreso un percorso di counseling mentre la maggior parte (N=101, 61,96%) ha intrapreso un percorso di psicoterapia.

65 donne (39,9%) hanno effettuato una consulenza psichiatrica, praticamente la totalità di queste donne (N=63, 96,92%) ha assunto una terapia farmacologica o modificato un terapia farmacologica già in atto prima della gravidanza in modo da ridurre gli effetti teratogeni sul feto. Di queste il 30,15% (N=19) ha assunto farmaci antidepressivi; il 7,9% (N=5) antipsicotici; il 2,4% (N=4) ansiolitici; il 2,4% (N=4) altre terapie e il 47% (N=30) una combinazione di farmaci.

Dal punto di vista della diagnosi la maggioranza delle donne in trattamento presenta disturbi d'ansia (N=88; 53,9%) e dell'umore (N=44; 26,9%); solo una piccola percentuale disturbi mentali e comportamentali associati con il puerperio (N=18; 11%), disturbi di personalità (N=7,4%) o psicosi (N=2, 1,2%).

<b>TOTALE PZ INCONTRATE 294</b>		
<b>NAZIONALITÀ</b>		
Italiana	256	87%
Straniera	38	13%
<b>STATO CIVILE</b>		
Coniugata	173	58,84%
Nubile	107	36,39%
Separata-Divorziata	13	4,42%
Vedova	1	0,34%

<b>ISTRUZIONE</b>		
Laurea	142	48,30%
Medie superiori	117	39,80%
Medie inferiori	34	11,56%
Altro	1	0,34%
<b>PERIODO DI RECLUTAMENTO</b>		
In gravidanza	177	60,20%
Nel post partum	131	44,55%
Sia in gravidanza che nel post partum	14	4,76%
<b>INVIANTE</b>		
Ostetricia Ginecologia	157	53,4%
Consultori e servizi territoriali	34	10,02%
CPS-SPDC	30	11,56%
MMG	7	2,38%
Invio spontaneo	65	22%
<b>PRECEDENTI EPISODI DEPRESSIVI</b>		
Sì	98	33%
NO	196	67%
<b>SCREENING CON EPDS 221/294 75%</b>		
<8	89	40,27%
Tra 8 e 12	49	16,67%
> 12	83	37,56%
<b>DONNE IN TRATTAMENTO 163</b>		
Counseling-consulenza	62	38,03%
Psicoterapia	101	61,96%
<b>CONSULENZA PSICHIATRICA 65/163 39,9%</b>		
<b>TRATTAMENTO FARMACOLOGICO 63 38,65%</b>		
Più di una categoria	30	47%
Antidepressivi	19	30,15%
Antipsicotici	5	7,9%
Ansiolitici	4	2,4%
Altro	4	2,4%

<b>DIAGNOSI</b>	<b>163/221</b>	<b>55,44%</b>
F40 Disturbi d'ansia	88	53,9%
F30 Disturbi depressivi	44	26,9 %
F53 Disturbi mentali e comportamentali associati con il puerperio	18	11%
F60 Disturbi di personalità	7	7, 4%
F20 Psicosi	2	1,2%
In valutazione	3	1,8%

## CONCLUSIONI

In relazione all'esperienza clinica maturata in questi anni risulta necessario continuare le attività in essere e nel contempo approfondire ulteriori aree quali il sostegno della relazione mamma-bambino-papà e una maggiore attenzione alle problematiche psicologiche dei padri, nell'ottica di promuovere una qualità di relazione che abbracci il sistema famiglia.

### AFFERENZA DEGLI AUTORI

BRENNI VALERIA, *psicologa, consulente per il Progetto*

*Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST Rhodense*

CAULI GILLA, *psichiatra, Progetto Innovativo TR102*

*"Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria 51, ASST Santi Paolo e Carlo*

CORBANI IRENE ELENA, *psicologa, consulente per il Progetto*

*Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST GOM Niguarda*

CORNO FEDERICA, *psicologa, consulente per il Progetto*

*Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST GOM Niguarda - ASST Santi Paolo e Carlo*

FISOGNI ALLEGRA, *psicologa, consulente per il Progetto*

*Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", UOSD Psicologia Clinica, ASST Ovest Milanese*

GOZZINI CRISTINA, *psichiatra consulente per il Progetto*

*Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST Rhodense*

GRECCHI ALESSANDRO, *psichiatra, Progetto Innovativo TR102*

*"Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria 51, ASST Santi Paolo e Carlo*

IAPICHINO ELENA, *psicologa, consulente per il Progetto*

*Innovativo TR102 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria 51, ASST Santi Paolo e Carlo.*

PARI ELISA, *psicologa, consulente per il Progetto Innovativo*

*TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST Rhodense*

PICCININI GIANLUCA, *psichiatra, consulente per il Progetto*

*Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST GOM Niguarda*

PUZZINI ALESSANDRA, *psicologa, consulente per il Progetto*

*Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST GOM Niguarda*

QUARTIERI BOLLANI MARTA, *psicologa, consulente per il*

*Progetto Innovativo TR102 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria 51, ASST Santi Paolo e Carlo.*

SCOVAZZI PAOLA, *psicologa, consulente per il Progetto Innovativo*

*TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", UOSD Psicologia Clinica, ASST Ovest Milanese*

VALENTINI GIULIA, *psichiatra, Progetto Innovativo TR112*

*"Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST Rhodense*

TOSCANO MARCO, *Direttore Struttura Complessa U.O.*

*Psichiatria Ospedaliera e Territoriale, ASST Rhodense*

VERGANI LORENA, *psicologa, responsabile scientifico Progetto*

*Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Responsabile UOSD Psicologia Clinica, ASST Ovest Milanese*

MAZZA UMBERTO, *psicologo, responsabile Struttura Semplice*

*Dipartimentale, ASST GOM Niguarda*

PERCUDANI MAURO EMILIO, *psichiatra, direttore DSMD,*

*ASST GOM Niguarda*

## BIBLIOGRAFIA

1. National Institute for Health and Care Excellence. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*, 2018.
2. Brockington I., Butterworth R., Glangeaud-Freudenthal N. *An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice*. Arch Womens Ment Health, 20:113-120, 2016.
3. Howard LM. *Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy*. Br J Psychiatry, 212 (1):50-56, 2018.
4. Bramante, A., Brockington, I., *Il disturbo della relazione mamma-bambino*. In "Manuale di psicopatologia perinatale" di Bramante, A., Grussu, P. Erikson, 2016
5. Corbani I. E., Rucci P., Iapichino E., Quartieri Bollani M., Cauli G., Ceruti M. R., Gala C., Bassi M., *Comparing the prevalence and the risk profile for antenatal depressive symptoms across cultures*. International Journal of Social Psychiatry, 2017
6. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R., *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Br J Psychiatry. 150:782-786, 1987.
7. Cutrona C., Russell D., *The provisions of social relationships and adaptation to stress*. In: Jones W, Perlman D, eds. Advances in personal relationships. Greenwich, CT: JAI Press, 1987.
8. Benvenuti P., Ferrara M., Niccolai C., Valoriani V., Cox J.L. *The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation for Italian Sample*. J Affect Dis. 53:137-141, 1999.
9. Brockington I.F., Oates J., George S., Turner D., Vostanis P., Sullivan M., Loh C.C., Murdoch C., *A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders*. Arch Womens Ment Health. 3: 133-140, 2001.
10. Iapichino E., Rucci P., Corbani I.E., Apter G., Quartieri Bollani M., Cauli G., Gala C., Bassi M., *Development and validation of an abridged version of the Social Provisions Scale (SPS-10) in Italian*, J of Psychopath. 22:1-7, 2016.
11. Murray D., Cox J.L., *Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh depression scale (EPDS)*, J Reprod Infant Psychol. 8:99-107, 1990.
12. Thorpe K., *A study of the Edinburgh postnatal depression scale for use with parent groups outside the postpartum period*. J Reprod Infant Psychol. 11:119-25, 1993.
13. Beck A., Ward C., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J., *An inventory for measuring depression*. Arch Gen Psychiatry. 4:561-571, 1961.
14. Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R., Vagg P. R., & Jacobs G. A., *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1983.
15. Palmieri G., Evans C., Hansen V., Brancaleoni G., Ferrari S., Porcelli P., Reitano F., Rigatelli M. *Validation of the Italian version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM)*. Clinici Psychology and Psychotherapy. 16:444-449, 2009.
16. Di Pietro, J.A., Hilton, S.C., Hawkins, M., Costigan, K.A., Pressman, E.K., *Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development*. Dev. Psychol. 38, 659-668, 2002.
17. Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M., Davis, M.M., *Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review*. Am. J. Obstet. Gynecol. 202, 5- 14, 2010.
18. Galimberti U., *Dizionario di psicologia*. Torino: UTET., 1992.
19. Monti F., Agoštini F., *La depressione postnatale*. Roma: Carocci, 2006.

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
  1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### **Segretario:**

Carlo Fraticelli

#### **Vice-Segretario:**

Giovanni Migliarese

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli

#### **Consiglieri eletti:**

Mario Ballantini  
Franco Spinogatti  
Gianmarco Giobbio  
Luisa Aroasio  
Carla Morganti  
Federico Durbano  
Alessandro Grecchi  
Camilla Callegari  
Antonio Magnani  
Laura Novel  
Pasquale Campajola  
Giancarlo Belloni  
Marco Toscano  
Antonio Amatulli  
Caterina Viganò

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

##### **Membri di diritto:**

Claudio Mencacci  
Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

##### **Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni