

EVIDENCE BASED MEDICINE NELLA PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE POST-PARTUM (DPP)

Giancarlo Oliva, Maria Paola Zannella, Lucia Casarella, Emanuele Leoncini*

Istituto di Clinica Ostetrica e Ginecologica, Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" – Roma

* Facoltà di Medicina, Università "La Sapienza" – Roma

Indirizzo per corrispondenza: Dott. Lucia Casarella

Istituto di Clinica Ostetrica e Ginecologica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Universitario "A. Gemelli"

Via Courmayeur, 95E – 00135 Roma – Italy

tel: +39 06 35504860; fax: +39 06 3051160; e-mail: lucia_casarella@yahoo.it

ABSTRACT

Target. Identification of risk factors associated with the DPP and identification of a prevention tool capable of recognizing early women likely to develop the DPP in respect of evidence-based medicine.

Methods. It been analyzed a population of mothers, hospitalized at the Department of Obstetrics, Policlinic "A. Gemelli", Rome, in the biennium 2006-2007, proposing questionnaires (EPDS and subjective-objective assessment of labour-birth) at 2-3 days and 6-8 weeks after birth.

Results. Incidence of Baby blues, 28% and DPP 11, 7%. The 73.4% of women result EPDS negative (Group 1) vs. the 26.6% result EPDS positive (Group 2), the incidence of risk factors is 43.4% in Group 1 vs 83.3% in Group 2; the incidence of urgent Cesarean sections is 30.5% in Group 1 vs. 25% in Group 2, the duration of labour was > 12 hours in 22.8% of women of Group 1 vs 38.8% of women of Group 2; epidural analgesia was required by 30.4% of women of Group 1 vs 33.3% of women of Group 2.

Conclusions. The following considerations emerged: the contribution of risk factors of the pregnancy and of the labour-delivery (operative delivery, excessive duration of labour, epidural analgesia) in the pathogenesis of the DPP; the necessity of a continuing and attentive professional care of various health figures in the most delicate moment of reproductive life of women (post-partum), focus on 2 times: 2-3 days and 6-8 weeks after birth. Main instrument of detection and prevention is the EPDS. These considerations are confirmed in the literature of Evidence-based medicine.

Key words: *puerperium, baby blues, post-partum depression, EPDS evidence based medicine*

RIASSUNTO

Obiettivo. Individuazione dei fattori di rischio associati alla DPP ed identificazione di uno strumento di prevenzione capace di riconoscere precocemente donne suscettibili di sviluppare la DPP, in relazione alla medicina basata sulle evidenze.

Metodi. È stata analizzata una popolazione di puerpere (387 pazienti), ricoverata presso il reparto di Ostetricia del Policlinico "A. Gemelli", Roma, nel biennio 2006-2007, proponendo dei questionari (EPDS e valutazione soggettiva-oggettiva travaglio-parto) a 2-3 giorni e a 6-8 settimane dal parto.

Risultati. Incidenza di Baby blues del 28% e di DPP dell'11,7%. Il 73,4% delle donne è risultato EPDS negativo (Gruppo 1) vs il 26,6% risultato EPDS positivo (Gruppo 2); l'incidenza di fattori di rischio è 43,4% nel Gruppo 1 vs 83,3% nel Gruppo 2; l'incidenza di tagli cesarei urgenti è 30,5% nel Gruppo 1 vs 25% del Gruppo 2; la durata del travaglio è risultata > 12 ore nel 22,8% delle donne del Gruppo 1 vs 38,8% delle donne del Gruppo 2; l'analgia epidurale è stata richiesta dal 30,4% delle donne del Gruppo 1 vs 33,3% delle donne del Gruppo 2.

Conclusioni. Sono emerse le seguenti considerazioni: il contributo di fattori di rischio gravidici e del travaglio-parto (parto operativo, eccessiva durata del travaglio, ricorso all'analgia epidurale) nella patogenesi della DPP; la necessità dell'impegno professionale continuo ed attento di varie figure assistenziali nel momento più delicato della vita riproduttiva della donna (post-partum), da incentrare in 2 momenti: 2-3 giorni e 6-8 settimane dal parto; strumento principale di individuazione e prevenzione è l'EPDS. Tali considerazioni trovano conferma nella letteratura della Evidence based medicine.

Parole chiave: *puerperio, baby blues, depressione post-partum, EPDS, evidence based medicine*

INTRODUZIONE

Negli anni 2000 abbiamo assistito a notevoli cambiamenti delle caratteristiche antropologiche e socio-demografiche della popolazione ostetrica, che hanno comportato profondi mutamenti della "scena del parto". In particolare, si è potuto constatare una

crescita importante della popolazione femminile (del 20%), un miglioramento del livello culturale (aumento di 8 volte delle donne laureate), che implica maggiore informazione e consapevolezza della gravidanza e del parto. Un altro aspetto emergente riguarda una maggiore richiesta da parte delle donne dell'analgia epidurale. Al crescente ricorso al taglio cesareo ha contribuito

l'incremento della incidenza della HIV positività. Infine, come si rileva da recenti dati ISTAT 2007, è stato documentato un calo della natalità e del numero medio di figli per donna nella popolazione italiana, con un aumento inversamente proporzionale di nati di origine extracomunitaria.

In virtù di questi cambiamenti, la gravidanza ed il parto vengono vissuti non più come eventi naturali della vita di ogni donna, bensì come eventi parafisiologici, in cui il risultato positivo deve rappresentare la regola. Le ragioni di tali aspettative risiedono nella errata percezione dell'"onnipotenza delle tecnologie" e della "negazione del rischio", che dovrebbero garantire, nell'immaginario collettivo, il completo azzeramento dell'incidenza degli eventi avversi (morbilità e mortalità). Tuttavia tale incidenza non può essere uguale a zero, nemmeno nei Paesi più progrediti, in virtù della imprevedibilità e, quindi, della non prevenibilità degli eventi avversi.

Tutto ciò porta la donna a vivere l'evento nascita con sentimenti di eccessivi ansia e stress, che si configurano come fattori predisponenti all'insorgenza della Depressione post-partum (DPP).

La depressione post-partum è una condizione molto seria che affligge circa il 13% delle neomamme, che può insorgere entro 12 mesi dal parto.

Va posta una distinzione tra la forma più lieve di depressione denominata "Baby blues", che interessa circa il 30-80% delle donne e si verifica nei primi giorni del post-partum, con remissione intorno al decimo giorno o più raramente dopo qualche settimana, e la forma di media gravità definita DPP, della durata variabile da qualche settimana a qualche mese.

La sindrome del terzo giorno, meglio conosciuta come maternity blues, post-partum-blue o baby blues, è caratterizzato da inquietudine volta nei riguardi del neonato, irritabilità e umore depresso di lieve intensità. Il corteo sintomatologico è costituito da alterazioni dell'umore della donna, quali ansia, tristezza, irritabilità, facilità al pianto e agitazione immotivata nei confronti del neonato, del partner, dei familiari in genere, inclusi altri figli.

La donna lamenta astenia, difficoltà nell'addormentamento e nell'alimentazione; si domanda continuamente se è in grado nel modo giusto di prendersi cura del proprio bambino, se è capace di assumersi le responsabilità nei suoi confronti.

La DPP clinicamente risulta caratterizzata da: perdita di interesse per le attività abitualmente piacevoli, agitazione psicomotoria, difficoltà nell'affrontare gli eventi più banali, disagio nel gestire i rapporti interpersonali, angoscia associata a stanchezza, anoressia, perdita di peso, insonnia, senso di colpa e soprattutto di inadeguatezza al ruolo materno, con una eccessiva ansia nei confronti della salute del bambino. (1, 2)

Se non adeguatamente trattata, la DPP può sfociare in una situazione più preoccupante definita psicosi puerperale, che si verifica con un'incidenza dello 0.2%, nei primi giorni di puerperio, generalmente nelle prime settimane dopo il parto ma anche dopo alcuni mesi.

Nonostante le numerose ed importanti conseguenze della DPP, ben documentate dalla letteratura e dalle cronache nazionali ed internazionali, questa spesso non viene riconosciuta, in quanto molte madri sono riluttanti a rivelare i sintomi della depressione e a cercare un sostegno terapeutico e perché molto spesso non è possibile individuare tipologie di donne a rischio di DPP. Pertanto, la DPP rimane una condizione di morbilità materna di difficile gestione dal momento che rimangono tuttora discussi

un approccio sistematico al suo riconoscimento, alla prevenzione e al trattamento.

Pertanto, la DPP rappresenta un'area di dibattito e di controversie sulla natura del fenomeno, sui molteplici fattori causali e, quindi, sulle modalità di diagnosi e trattamento.

Alla base della sua patogenesi risultano coinvolti svariati fattori di rischio:

- Fattori ormonali: prolungato stato ipogonadico (caduta dei livelli di estradiolo e progesterone) che persiste fino alla ripresa dell'ovulazione e del ciclo mestruale; brusche variazioni della funzione tiroidea; interazione tra steroidi gonadici e sistema centrale serotoninergico (3).
- Fattori biochimici: citochine infiammatorie (IL-1, IL-6, IL-1 α , TNF α /IFN γ) responsabili di una sensibilizzazione agli ormoni dello stress (cortisolo e prolattina); oligoelementi (folati, vitamina B12, antiossidanti, ferro, zinco ed acidi grassi essenziali) e triptofano (precursore della serotonina), la cui carenza e la lenta normalizzazione contribuiscono all'insorgenza della DPP (4-8).
- Fattori psico-sociali: disarmonia coniugale, storia personale e familiare di depressione, isolamento sociale, ansietà spiccata in gravidanza. Pur non esistendo tuttora misure applicabili nell'identificazione certa delle donne a rischio di DPP (BMJ), si rende necessaria l'individuazione di uno strumento di prevenzione per ridurre le conseguenze a lungo termine.

L'obiettivo di questo studio è rivolto alla individuazione di fattori di rischio associati alla DPP e, pertanto, al tentativo di identificare uno strumento di prevenzione capace di riconoscere precocemente donne suscettibili di sviluppare la DPP.

La sola individuazione dei fattori di rischio, relativi alla gravidanza e al travaglio - parto, come emerge anche dalla letteratura scientifica, risulta dotata di scarsa sensibilità e specificità ad individuare le donne a rischio di DPP. Pertanto, è stato proposto, quale strumento valido di individuazione e prevenzione, l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) (9-13). Si tratta di un test psicologico volto a valutare lo stato emozionale delle pazienti, basato su score di riferimento, in cui ad ogni risposta suggerita è associato un punteggio: dalla somma di tutti i punteggi si ottiene un valore finale (score), il cui cut-off è pari a 10-12 a seconda degli autori.

Nella maggioranza delle segnalazioni, al fine di ottenere una maggiore sensibilità di questo test, il cut-off è stato fissato a 10. Pertanto, se questo valore ≥ 10 , l'EPDS viene considerato positivo (maggiore predisposizione alla DPP); se il valore < 10 l'EPDS risulta negativo (minor predisposizione alla DPP).

MATERIALI E METODI

Lo studio in oggetto si propone di identificare un protocollo uniforme, condiviso e multicentrico di prevenzione e trattamento della DPP basato sulle segnalazioni della letteratura. È stata presa in esame una popolazione di puerpere, ricoverate presso il reparto di Ostetricia del Policlinico "A. Gemelli", nel biennio 2006-2007, cui sono stati proposti i seguenti questionari, a 2-3 giorni dal parto e successivamente a 6-8 settimane, previa espressione di consenso alla partecipazione a questo progetto di studio:

1) Elenco di fattori di rischio pre-gravidici e gestazionali predisponenti all'insorgenza della DPP (Questionario I) (Tabella 1);

Questionario 1 - (Tabella 1)

Fattori di rischio pre-gravidici	
Storia familiare di disordini affettivi	Scarsa soddisfazione nell'ambito lavorativo
Stato emozionale pre-gravidico depresso	Disagi lavorativi (perdita del lavoro)
Sindrome premestruale	Trasferimenti e/o cambio abitazione
Storia di episodi di Depressione Maggiore (>2 sett)	Stato socioeconomico non agiato
Storia di Depressione post-partum (> 2 sett)	Supporto sociale effettivo (Informativo, Strumentale, Emozionale)
Lutto recente in famiglia	Supporto sociale percepito
Relazioni difficili o interrotte con familiari e/o coniuge	Nevroticismo materno
Rapporti negativi con la madre	Atteggiamenti negativi (pessimismo, rabbia, rimuginamento)
Insoddisfazioni o timori nel ruolo di figlia	Complicanze gravidanze precedenti
Separata dai familiari nel l'infanzia o nell'adolescenza	Infertilità/Sterilità
Ruolo mitigante del padre	Aborti spontanei
Appoggio incondizionato paterno	IVG
Lunghezza del rapporto con il partner	Pregressi TC
Presenza di altri confidenti	Interventi chirurgia ginecologica
Divorzio o separazione	
Fattori di rischio gravidici	
Gravidanza non programmata o non voluta	Depressione/nervosismo nel III trim di gravidanza
Ansia o umore depresso durante la gravidanza	

2) Valutazione soggettiva da parte delle pazienti (attraverso un punteggio assegnato ad ogni risposta) su travaglio, parto e prima assistenza che il bimbo ha ricevuto in Sala parto e presso nido e/o nodini (rooming-in) (Questionario II) (Tabella 2);

Questionario 2**SCORE SOGGETTIVO DEL TRAVAGLIO, DEL PARTO E DELL'ASSISTENZA AL NEONATO**

Gentile signora,

le chiediamo di valutare l'intero decorso del suo travaglio e del suo parto, gli esiti e il benessere del suo bambino, apponendo una crocetta sul giudizio che ritiene più rispondente al suo stato d'animo.

(Tabella 2)

TRAVAGLIO	PARTO	ASSISTENZA AL NEONATO
0 = Molto male	0 = Molto male	0 = Molto male
1 = Male	1 = Male	1 = Male
2 = Discreto	2 = Discreto	2 = Discreto
3 = Bene	3 = Bene	3 = Bene
4 = Molto bene	4 = Molto bene	4 = Molto bene

3) EPDS. (Questionario III) (Tabella 3);

Questionario 3

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

(Tabella 3)

<p>1. Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Come facevo sempre <input type="radio"/> Adesso, non proprio come al solito <input type="radio"/> Adesso, decisamente un po' meno del solito <input type="radio"/> Per niente 	<p>6. Mi sentivo sommersa dalle cose</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì, il più delle volte non sono stata affatto capace di far fronte alle cose <input type="radio"/> Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito <input type="radio"/> No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose bene <input type="radio"/> No, sono riuscita a fronteggiare le situazioni bene come sempre
<p>2. Ho guardato con gioia alle cose future</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Come ho sempre fatto <input type="radio"/> Un po' meno di quanto ero solita fare <input type="radio"/> Decisamente meno di quanto ero solita fare <input type="radio"/> Quasi per nulla 	<p>7. Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì, il più delle volte <input type="radio"/> Sì, qualche volta <input type="radio"/> Non molto spesso <input type="radio"/> No, per nulla
<p>3. Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì, il più delle volte <input type="radio"/> Sì, qualche volta <input type="radio"/> Non molto spesso <input type="radio"/> No, mai 	<p>8. Mi sono sentita triste o infelice</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì, il più delle volte <input type="radio"/> Sì, abbastanza spesso <input type="radio"/> Non molto spesso <input type="radio"/> No, per niente
<p>4. Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, per niente <input type="radio"/> Quasi mai <input type="radio"/> Sì, qualche volta <input type="radio"/> Sì, molto spesso 	<p>9. Sono stata così infelice che ho persino pianto</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì, il più delle volte <input type="radio"/> Sì, abbastanza spesso <input type="radio"/> Solo di quando in quando <input type="radio"/> No, mai
<p>5. Ho avuto momenti di paura o di panico senza un valido motivo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì, moltissimi <input type="radio"/> Sì, qualche volta <input type="radio"/> No, non molti <input type="radio"/> No, per niente 	<p>10. Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì, molto spesso <input type="radio"/> Sì, qualche volta <input type="radio"/> Quasi mai <input type="radio"/> Mai

4) Raccolta di peculiari dati clinici relativi al decorso del travaglio/parto e agli esiti neonatali (Questionario IV) (Tabella 4).

Questionario 4

DATI CLINICI DEL PARTO E ESITO NEONATALE

(Tabella 4)

Durata travaglio (< 8 h, 8-12 h, > 12h)	Secondamento <input type="checkbox"/> spontaneo <input type="checkbox"/> manuale	Asfissia alla nascita <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Travaglio (spontaneo, indotto, pilotato)	Scovolamento <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Ittero <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Applicazione Prostaglandine (intracervicale, endovaginale)	Revisione <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Analgesia <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Applicazione monitoraggio CTG <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Placenta (caratteristiche)	Anestesia <input type="checkbox"/> epidurale <input type="checkbox"/> spinale
Iperpiressia in travaglio <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Emorragia <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	APGAR (1° e 5°)
Distacco di placenta in travaglio <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Isterectomia post-taglio cesareo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Rianimazione neonato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Rottura di membrane (< 8h, 8-12h, >12h) o Spontanea o Amnioressi	Lacerazione spontanea <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Puerperio complicato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Caratteristiche del liquido (chiaro, tinto)	Lacerazioni vagino-perineali e suture complicate <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Complicanze <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Settimana al parto	Episiotomia <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Sutura vaginale infiltrata <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Durata gravidanza (pretermine, a termine, oltretermine)	Rottura d'utero <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Sutura laparotomica infiltrata <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Durata periodo espulsivo	Atonia uterina <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Durata giorni degenza nel puerperio
Collaborazione materna <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Shock <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Allattamento al seno <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Modalità parto (PV, TC, AV)	Feto <input type="checkbox"/> vivo e vitale <input type="checkbox"/> morto <input type="checkbox"/> a termine <input type="checkbox"/> prematuro	Soppressione allattamento (cause)
Taglio cesareo demolitore <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Giri di funicolo <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> > 2	Trasferimento pz. in terapia intensiva <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Sesso (M, F)	Malconformazioni <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Rianimazione <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Peso <input type="checkbox"/> < 3000 g <input type="checkbox"/> 3000-4000 g <input type="checkbox"/> >4000g	Ipossia intrapartum <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

A rafforzare la validità del nostro razionale nella prevenzione della DPP e delle modalità dello studio da noi proposto, è stata recentemente presentata (2008) una Review da parte di un gruppo di studio della "School of Nursing, Lakehead University" in Ontario, Canada, che si è dedicato all'analisi di svariati database (Medline, CINAHL, PsychInfo, Cochrane Registry of Controlled Trails, Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trails Register, EMBASE, Guidelines pubblicate in Inglese tra il 1985 e il 2004, British Columbia Reproductive Care Program 2003, Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2002, the Appraisal for Guidelines and Evaluation Instrument -AGREE Collaboration 2001) (13). Dall'elaborazione dei suddetti database sono scaturite 10 raccomandazioni, che si articolano nei seguenti punti, che fanno riferimento ai metodi più validi di prevenzione, individuazione e trattamento della DPP:

1. **PREVENZIONE:** il personale ostetrico deve fornire nell'immediato post-partum una assistenza individualizzata e flessibile, basata sull'identificazione precoce dei sintomi depressivi, onde poter attuare in maniera tempestiva una adeguata strategia preventiva. (Livello Ia)
2. **INDIVIDUAZIONE:** il personale ostetrico deve proporre, in qualsiasi momento del post-partum (fino a 12 mesi dalla nascita) l'EPDS, quale strumento di autovalutazione raccomandato per confermare i sintomi depressivi, da compilare in privato (per evitare condizionamenti esterni). Il risultato di questo test psicologico va tuttavia interpretato in relazione al riscontro clinico (Livello III). Il personale coinvolto, inoltre, dovrebbe essere in grado di riconoscere immediatamente comportamenti o idee autolesivi nelle madri con score positivo all'EPDS (Livello IV).
3. **TRATTAMENTO:** il personale ostetrico dovrebbe fornire supporto settimanale alle madri che hanno manifestato sintomi depressivi o, più spesso, in relazione alle necessità di salute mentale delle stesse (Livello Ib) e, allo stesso tempo, promuovere le occasioni di supporto per le madri a rischio di DPP (Livello IIb).

RISULTATI

Lo studio svolto presso il nostro Centro Nascita (Policlinico Gemelli) ha coinvolto una popolazione di 387 puerpere, dimostrando i seguenti risultati: un'incidenza di Baby Blues del 28% e di DPP dell'11,7%.

A tutto il campione (387 pazienti) è stato somministrato l'EPDS a 2-3 giorni dal parto. Il 73,4% (284 pazienti) è risultato EPDS negativo (Gruppo 1) mentre il 26,6% (103 pazienti) è risultato EPDS positivo (Gruppo 2); da una rivalutazione delle stesse pazienti, a 6-8 settimane dal parto, è emerso come il 73,7% (285 pazienti) sia EPDS negativo, mentre il 26,3% (102 pazienti) sia EPDS positivo.

Sono state analizzate diverse caratteristiche in relazione all'EPDS positività:

- Incidenza di fattori di rischio (Questionario 1): 43,4% (123 pazienti) nel Gruppo 1 e 83,3% (85 pazienti) nel Gruppo 2; Rischio Relativo (RR) 1,93 (CI 1.65-2.26).
- Modalità di parto: incidenza di tagli cesarei urgenti del 25% (71 pazienti) nel Gruppo 1 vs il 30,5% (32 pazienti) del Gruppo 2; Rischio Relativo (RR) 1,26 (CI 0.89-1.79).
- Durata del travaglio: è stata riscontrata una durata del travaglio > 12 ore nel 22,8% (65 pazienti) delle donne del Gruppo 1 e nel 38,8% (40 pazienti) delle donne del Gruppo 2; Rischio Relativo (RR) 1,72 (CI 1.25-2.37).
- Analgesia epidurale: l'analgesia epidurale è stata richiesta dal 30,4% (86 pazienti) delle donne appartenenti al Gruppo 1, rispetto al 33,3% (34 pazienti) delle donne appartenenti al Gruppo 2; Rischio Relativo (RR) 1,10 (CI 0.80-1.53).

Tab 5 - Rischio Relativo (RR) con intervallo al 95% (CI 95%)

	EPDS + (n=102)	EPDS - (n=285)	RR	CI 95%
Incidenza fattori di rischio gravidici	85 (83.3%)	123 (43.2%)	1,93	1.65 - 2.26
TC urgente	32 (31.4%)	71 (24.9%)	1,26	0.89 - 1.79
Travaglio > 12 ore	40 (39.2%)	65 (22.8%)	1,72	1.25 - 2.37
Analgesia epidurale	34 (33.3%)	86 (30.2%)	1,10	0.80 - 1.53

DISCUSSIONE

L'analisi delle caratteristiche dei 2 gruppi (EPDS + ed EPDS -) ha permesso di rilevare delle importanti differenze. Dalla nostra analisi statistica risulta statisticamente significativa la relazione tra presenza di fattori di rischio gravidici, durata del travaglio di parto e insorgenza di depressione.

In particolare è stata valutata la positività per i fattori di rischio che può predisporre all'insorgenza della depressione post partum. Risulta la maggior incidenza di fattori di rischio nel Gruppo 2 (EPDS +) vs Gruppo 1 (EPDS -) (83,3% vs 43,4%) – vedi Tabella 5.

L'analisi statistica realizzata valutando il rischio relativo (RR) con intervallo di confidenza al 95% ha dato le seguenti indicazioni: il rischio di depressione per una donna che ha fattori di rischio gravidici è 1,9 volte superiore rispetto alle donne con EPDS negativo - Rischio Relativo (RR) 1,93 (CI 1.65-2.26). Sono stati esaminati nello studio fattori di rischio pre-gravidici e gestazionali: la presenza di una storia familiare di disordini affettivi e uno stato emozionale pre-gravidico depresso, ansia o umore depresso durante la gravidanza e sintomi depressivi o di nervosismo nel terzo trimestre di gravidanza.

Il test psicologico rappresenta, come già segnalato in letteratura, una metodologia volta a valutare lo stato emozionale delle pazienti, basato su score di riferimento, in cui ad ogni risposta suggerita

è associato un punteggio: dalla somma di tutti i punteggi si ottiene un valore finale (score), il nostro cut-off, al di sopra del quale il test diventa positivo, è pari a 10. Se l'EPDS risulta positivo (≥ 10) si verifica una maggior predisposizione alla DPP; se il valore < 10 l'EPDS è considerato negativo, pertanto, si riscontra una minor predisposizione alla DPP.

Inoltre, nella popolazione esaminata nel nostro studio, sono state prese in considerazione le modalità di parto e la durata del travaglio in relazione all'esito dell'EPDS.

E' stata riscontrata una maggior incidenza di tagli cesarei urgenti (30,5% vs 25%) nel Gruppo 2 rispetto al Gruppo 1. Da ciò si deduce che il parto operativo d'urgenza può rappresentare un elemento di predisposizione alla DPP, essendo per la donna un fattore di stress non indifferente (14), sebbene il dato statistico non sia significativo - Rischio Relativo (RR) 1,26 (CI 0.89-1.79). risulta, quindi, essere un fattore di rischio casuale.

Per contro, è stata riscontrata una correlazione significativa - Rischio Relativo (RR) 1,72 (CI 1.25-2.37) - tra "durata del travaglio maggiore di 12 ore" ed "EPDS positività" (38.8% Gruppo 2 vs 22.8% Gruppo1): un travaglio prolungato può costituire di per sé un fattore particolarmente stressante per la donna, che si trova a dover fronteggiare le problematiche del post-partum (dolore della sutura, allattamento al seno, gestione del neonato ecc...) quasi completamente deprivata delle energie, sfinita dalle fatiche del travaglio e del parto. L'analisi statistica realizzata valutando il rischio relativo (RR) con intervallo di confidenza al 95% ha dato le seguenti indicazioni: il rischio di depressione per una donna che ha avuto un travaglio prolungato è 1,7 volte superiore rispetto alle donne con EPDS negativo - Rischio Relativo (RR) 1,72 (CI 1.25 - 2.37), ciò dimostra una maggiore incidenza di EPDS positivo in donne che svilupperanno una "maternity blues".

Infine, analizzando la percentuale di donne che hanno richiesto l'analgia epidurale, risulta evidente come il 30,4% delle donne del Gruppo 1 abbiano scelto l'analgia epidurale rispetto al 33,3% delle donne del Gruppo 2.

Il fatto stesso che donne maggiormente a rischio di sviluppare una DPP (Gruppo 2 - EPDS +) abbiano optato in maggior numero per l'esecuzione dell'epidurale potrebbe riflettere un atteggiamento tendenzialmente ansioso col quale si trovano ad approcciare l'evento travaglio-parto, sebbene il dato statistico non risulti significativo - Rischio Relativo (RR) 1,10 (CI 0.80-1.53).

A 6-8 settimane dal parto, una nuova rivalutazione di alcune delle suddette pazienti, in occasione della prima visita pediatrica, ha riportato una positività dell'EPDS nel 26,3% dei casi, mentre è stata riscontrata una EPDS negatività nel 73.7% dei casi.

Questo risultato non si discosta in maniera significativa da quanto riscontrato nel controllo a 2-3 giorni dal parto, rispettivamente nel Gruppo 1 (EPDS -) 73.4%, nel Gruppo 2 (EPDS +) 26.6%.

CONCLUSIONI

In base a quanto dimostrato possiamo avanzare le seguenti osservazioni:

- la positività per i fattori di rischio - siano essi pre-gravidici che prettamente gestazionali - può rappresentare un elemento di suscettibilità ad un fenomeno depressivo nel post-partum (83.3% EPDS + vs 43.4% EPDS -) - (RR) 1,93 (CI 1.65-2.26);
- la somministrazione dei 4 questionari può essere considera-

ta utile allo scopo di raggiungere il nostro obiettivo: valutare l'incidenza della DPP e delle correlazioni con i diversi fattori eziopatogenetici.

Per quel che concerne i fattori di rischio legati al travaglio-parto, abbiamo riscontrato che:

- il momento più delicato della vita riproduttiva della donna (post-partum/puerperio) necessita dell'impegno professionale continuo ed attento di varie figure assistenziali;

- il parto operativo d'urgenza rappresenta un possibile fattore di stress;
- un'eccessiva durata del travaglio deprivava la donna delle energie psico-fisiche indispensabili per poter affrontare le fatiche del parto e dell'immediato post-partum; sussiste una correlazione significativa - Rischio Relativo (RR) 1,72 (CI 1.25-2.37) - tra "durata del travaglio maggiore di 12 ore" ed "EPDS positività" (38.8% Gruppo 2 vs 22.8% Gruppo1);
- la scelta di eseguire l'analgia epidurale spesso è indice di un atteggiamento tendenzialmente ansioso della paziente che diviene così maggiormente a rischio;
- la percentuale di predisposizione alla "BABY BLUES" da noi riscontrata (28%) è vicina a quella attestata in letteratura (20/30%), così come quella della forma depressiva più grave (11.7% vs 10%). Il nostro studio, pertanto, ha confermato quanto si evince dai dati della letteratura.

La struttura del nostro studio, proposto sia a livello locale che regionale, è confermata da recenti dati della letteratura basata sulla medicina delle evidenze (Evidence Based Medicine - EBM) - Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 (10), come i punti cruciali di osservazione e, quindi, di prevenzione di questo stato umorale della donna siano da incentrare in 2 momenti: immediato post-partum e a 6-8 settimane dal parto. Strumento principale di individuazione, secondo le raccomandazioni succitate, è l'EPDS.

La medicina delle evidenze mette in notevole risalto la necessità che il rapporto donna che ha partorito/personale ostetrico/ginecologi debba essere personale, costante, rassicurante.

Infine la letteratura segnala importanti indirizzi nell'affrontare la prevenzione della DPP, che possono essere sintetizzati nei seguenti suggerimenti:

- l'umore depresso può influenzare negativamente il legame sia emozionale che cognitivo tra madre e neonato, soprattutto se la depressione si prolunga nel tempo e non viene trattata (11);
- l'importanza degli interventi preventivi nel contribuire a migliorare lo sviluppo cognitivo nei bambini di madri depresse (11);
- una volta che questi interventi di prevenzione diverranno uno standard per i servizi di salute mentale, sarà auspicabile la corretta prevenzione e gestione della DPP (12).

RINGRAZIAMENTI

Gli autori ringraziano per la preziosa collaborazione le ostetriche del Reparto di Ostetricia, sig. Olga D'Orazio, Federica Mariani, Anna Miglietta, Eleonora Rizzo e la caposala Filomena Di Donato.

BIBLIOGRAFIA

1. Nielsen Forman D et al. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG* 2000; 107 (10): 1210-7
2. Hans Skari et al. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth – a prospective population – based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 109: 1154-63
3. Mike Bloch et al. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry* 2003; 44: 234-46
4. Michael Maes et al. Immune activation in the early puerperium is related to postpartum anxiety and depressive symptoms. *Psiconeuroendocrinology* 2000; 25:121-37
5. Michael Maes et al. The inflammatory response following delivery is amplified in women who previously suffered from major depression, suggesting that major depression is accompanied by a sensitization of the inflammatory response system. *Journal of affective disorders* 2001; 63: 85-92
6. Michael Maes et al. Effects of pregnancy and delivery on the availability of plasma tryptophan to the brain: relationship to delivery-induced immune activation and early post-partum anxiety and depression. *Psychological Medicine* 2001 Vol.31; 847-58
7. Michael Maes et al. Depressive and anxiety symptoms in the early puerperium are related to increased degradation of tryptophan into kynurenine, a phenomenon which is related to immune activation. *Life sciences* 2002; 71:1837-48
8. Antolin M. et al. Effect of maternal docosahexaenoic acid supplementation on postpartum depression and information processing. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1348-53
9. Teissèdre F et al. Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *Can J Psychiatry*, 2004; 49 (1) 51-4
10. Dennis CL. Psychosocial and Psychological Interventions for Prevention of Postnatal Depression: systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; *BMJ* 2005 Jul 2; 331(7507): 15
11. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L et al. Effects of treating post-natal depression on mother-infant interaction and child development. *Br J Psychiatry* 2007 Nov; 191: 378-86
12. Barrera AZ, Torres LD, Muñoz RF. Prevention of depression: The state of the science at the beginning of the 21st century. *Int Rev Psychiatry* 2007 Dec; 19(6): 655-70
13. McQueen K, Montgomery P, Lappan-Gracon S, Evans M, et al. Evidence-based recommendations for depressive symptoms in postpartum women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008 Mar-Apr; 37(2): 127-36
14. Vincent Koo et al. Risk of postnatal depression after emergency delivery. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology research* 2003; 29: 246