

Depressione perinatale: interventi per realizzare un cambiamento nell'ambulatorio del pediatra.

Una revisione sistematica

Long MM, Cramer RJ, Jenkins J, et al.

A systematic review of interventions for healthcare professionals to improve screening and referral for perinatal mood and anxiety disorders

Arch Womens Ment Health. 2018 Jul 2. doi: 10.1007/s00737-018-0876-4. [Epub ahead of print]

Rubrica *L'articolodelmese*

a cura di Costantino Panza

Una revisione sistematica ha indagato i programmi di intervento svolti nelle cure primarie per rilevare la depressione postpartum e inviare la donna in modo corretto a un servizio dedicato. Questo articolo discute sugli interventi svolti in ambito pediatrico sulla depressione materna e analizza le resistenze o le difficoltà all'implementazione in un setting di cure pediatriche.

A systematic review investigated intervention programs performed in primary care to detect postpartum depression and to send women properly to a dedicated service. This article discusses pediatric PPD interventions and analyzes the resistances or difficulties in implementation in a pediatric care setting.

Background

La depressione postpartum (PPD) interessa circa il 11% delle donne nel primo anno di vita del bambino ed è considerata la più frequente complicanza della nascita. Le madri con PPD esibiscono un comportamento interattivo ridotto o negativo verso il loro bambino, lo toccano di meno e costruiscono con difficoltà un attaccamento sicuro; l'allattamento al seno in questi bambini è meno frequente così come la posizione supina durante il sonno. Infine la prevalenza di disturbi internalizzati ed esternalizzati, o più in generale la psicopatologia, è più frequente nei bambini che hanno un genitore con depressione. La Task force dei Servizi Preventivi USA (USPSTF) nel 2016 ha dimostrato che effettuare lo screening della depressione in gravidanza e nel periodo postnatale può ridurre i sintomi depressivi nella donna e la prevalenza di questo disturbo nella popolazione [1].

Scopi

L'obiettivo di questa revisione sistematica è identificare gli interventi efficaci, realizzati nelle Cure Primarie, per identificare le donne a rischio di disturbi dell'umore e ansietà e indirizzarle ai servizi di sostegno espressamente dedicati.

Metodi

Gli articoli sono stati ricercati su 6 database: PubMed, Medline, PsychInfo, PsychArticles, CINAHL, and Health Source: Nursing/Academic Edition. Sono stati ricercati ulteriori trial attraverso le fonti bibliografiche degli articoli selezionati. La ricerca è stata effettuata dal 1994 in quanto la PPD è stata introdotta nel DSM-IV

nel 1994. Gli articoli sono stati valutati secondo la tipologia di intervento e il tipo di esito ricercato; è stata effettuata anche una analisi di qualità dei trial.

Risultati

Sono stati selezionati 25 studi, con complessivi quattro esiti principali: la percentuale di donne che hanno effettuato uno screening, la percentuale di donne che è stata indirizzata a un servizio, la percentuale di donne positive allo screening per disturbi dell'umore indirizzata ai servizi, e le conoscenze, le attitudini e/o le abilità degli operatori su questo argomento. L'intervento più frequentemente utilizzato per implementare i programmi è la formazione rivolta agli operatori sanitari; altri interventi includono la raccolta dei dati sanitari e una pratica formativa sul paziente (standardized patients for training). Lo strumento più frequentemente utilizzato per lo screening è la Scala di Edimburgo (EPDS).

Conclusioni

Gli interventi selezionati da questa revisione dimostrano un impatto positivo sui tassi di screening e di invio ai servizi dedicati; inoltre è presente un miglioramento della comunicazione tra paziente e operatore sanitario. Gli studi indicano un'accoglienza positiva dei protocolli di screening da parte delle madri e anche degli operatori.

Commento

La PPD non è riconosciuta come una patologia a sé stante, ma è identificata come un episodio depressivo che compare entro 4 settimane dalla nascita del bambino per il DSM-5 o entro le 6 settimane per la classificazione ICD-10. In ambito clinico spesso ci si riferisce alla depressione post-partum se i sintomi depressivi compaiono entro i 6 mesi dal parto (Box 1) [2-3]. La revisione sistematica oggetto di questo articolo del mese raccoglie le esperienze di implementazione, ossia sviluppo e realizzazione di interventi, nelle cure primarie di programmi per la rilevazione e l'invio presso specifici servizi. Dalla nascita i contatti più frequenti – che avvengono per lo più a cadenza regolare – sono quelli che la mamma ha con il pediatra. Nessun altro professionista, dal medico di medicina generale, al ginecologo, all'ostetrica o alla consulente per l'allattamento ha contatti con tutte le mam-

Box 1. La definizione di episodio depressivo maggiore secondo il DSM-5

I criteri per definire un episodio depressivo maggiore secondo il DSM-5 sono:

1. cinque o più di nove sintomi, compresi umore depresso e perdita di interesse o piacere presenti nel corso delle stesse due settimane; ognuno di questi sintomi, inoltre, rappresenta un cambiamento rispetto a una situazione precedente e deve essere presente quasi ogni giorno.

I sintomi sono:

- a) umore depresso (soggettivo od osservato);
 - b) perdita di interesse o piacere per la maggior parte del giorno;
 - c) cambiamento nell'appetito o nel peso (5% di modificazione del peso in un mese);
 - d) insonnia o ipersonnia;
 - e) ritardo psicomotorio o agitazione (osservato);
 - f) perdita di energia o fatica;
 - g) inutilità o senso di colpa;
 - h) ridotta concentrazione o indecisione;
 - i) pensieri ricorrenti di morte o di ideazione o tentativo di suicidio.
- 2.** I sintomi causano un distress o una menomazione significativa.
- 3.** L'episodio non è attribuibile a una somministrazione di sostanze o ad altre condizioni mediche.
- 4.** Non è presente un disturbo psicotico.
- 5.** Non è mai stato rilevato un episodio maniacale o ipomaniacale.

Da: voce bibliografica 3, modificato.

me pianificati con altrettanta regolarità. Il pediatra è quindi in una situazione privilegiata per osservare la mamma: l'Accademia Americana di Pediatria consiglia di effettuare uno screening sulla PPD durante i bilanci di salute del 1°, 2°, 4° e 6° mese in modo da poter intercettare le situazioni a rischio che possono svilupparsi o rendersi visibili in diversi momenti del periodo perinatale [4]. Molly Long e coll. tra i 25 studi inclusi in questa revisione ha selezionato 7 trial pediatrici: vediamo brevemente quali interventi sono stati realizzati.

Gli articoli selezionati di interventi in pediatria

Il primo intervento (Linda Chaudron e coll, Pediatrics, 2004) è stato realizzato a Rochester, negli Stati Uniti. L'obiettivo era di valutare la fattibilità di uno screening per la PPD utilizzando uno screening standardizzato durante i bilanci di salute nel primo anno di vita, confrontare i risultati di questa modalità di riconoscimento del rischio di PPD rispetto alle pratiche cliniche utilizzate in precedenza e confrontare l'invio ai servizi dedicati prima e dopo lo screening sistematico, come indicatore preliminare dell'efficacia dello screening. In questa realtà il 60% dei bilanci di salute vengono svolti dall'infermiera pediatrica e il 40% dal pediatra. Dopo un breve training al personale sanitario è stato somministrato il test di Edimburgo (Box 2) alle mamme durante la visita in occasione del primo mese e poi a 2, 4, 6, 9 e 12 mesi. I risultati hanno mostrato che il test EPDS è stato somministra-

to nel 46% del totale dei bilanci di salute; il 21% dei test aveva un punteggio ≥ 10 e il 27% delle donne che hanno completato il test aveva punteggi ≥ 10 in diverse rilevazioni durante i primi 12 mesi dal parto. Questa modalità di intervento, attraverso uno screening universale, ha aumentato la rilevazione di sintomi depressivi rispetto al periodo precedente (8.5% vs 1.6%), con un invio efficace rispettivamente del 3.6% vs il 0.2% del periodo senza formazione e screening. Gli autori commentano che, anche se difficile, non è impossibile cambiare le routine dell'attività clinica ambulatoriale e sottolineano però come lo screening non sia stato proposto in oltre il 50% delle visite [5].

Il secondo articolo, di Ardis Olson e coll. pubblicato nel 2005, riguarda un intervento svolto in un ambiente di cure primarie pediatriche in USA. I pediatri sono stati formati a utilizzare la metodica di screening, a discutere con i genitori se il risultato era positivo e ad assistere le madri se queste cercavano ulteriore assistenza; inoltre erano definite le risorse disponibili nella realtà locale per un invio ai servizi dedicati e sono state realizzate guide anticipatorie e materiale educativo per i genitori. Quindi i pediatri hanno testato due differenti approcci per il riconoscimento delle situazioni a rischio di depressione in due differenti gruppi di madri durante i bilanci di salute. In un gruppo veniva eseguita una intervista strutturata e in un gruppo successivo erano utilizzate le due domande Whooley (metodo di screening indicato dal USPSTF), somministrate alle mamme in forma scritta (Box 2). I risultati hanno evidenziato come l'utilizzo delle due domande portava a uno screening positivo del 22.9% delle mamme con un successivo invio del 7.6% di queste, un valore quattro volte maggiore rispetto a quando veniva utilizzato l'approccio tramite colloquio. Gli autori sottolineano come lo screening effettuato tramite un foglio scritto sia stato più efficace forse perché la donna, nel corso di una conversazione di fronte al professionista, poteva sentirsi inadeguata, incompetente o stigmatizzata [6].

Nel terzo articolo incluso nella revisione, Emily Feinberg e coll. hanno sviluppato un progetto di fattibilità di un approccio evidence-based per la gestione della depressione materna in un setting pediatrico definito *collaborative care approach*. Le caratteristiche di questo modello sono: a) definizione del problema clinico centrata sul paziente, b) sviluppo condiviso di un piano di cura che include specifici obiettivi e strategie di realizzazione, c) opportunità di autogestione e per il cambiamento del comportamento e, infine, d) la presenza di un follow-up. Un secondo approccio considerato è stato lo *stepped care principles*, i cui tre principali elementi sono: a) differenti popolazioni richiedono differenti livelli di cura, b) i corretti livelli di cura dipendono dal monitoraggio degli esiti, c) passare da livelli di cura di base a livelli più complessi in base ai risultati spesso aumenta l'efficacia della cura e riduce i costi complessivi. Dopo un periodo di formazione su epidemiologia e clinica della PPD, gestione degli strumenti di screening, raccolta dei dati clinici (elettronici o cartacei) e valutazione qualitativa del modello di intervento proposto, i pediatri hanno attuato l'approccio delle "4 A": Ask: uno screening utilizzando le due domande PHQ-2 (Box 2); Assess: un ulteriore questionario, un colloquio e una valutazione sulle preferenze della madre per un intervento di cura; Advise: un intervento educativo sulla depressione, sulle strategie di gestione e una discussione sulle risorse disponibili, e Arrange: un invio appropriato al servizio concordato con la madre. Gli autori di

questa implementazione hanno considerato anche le barriere dei pazienti, sottolineando la possibilità di una scarsa Health Literacy, ossia un basso livello culturale del genitore che può rendere difficile discutere dei problemi di salute mentale, e gli ostacoli organizzativi del sistema di rete e di organizzazione sanitaria necessario per questo intervento [7].

Nel quarto articolo della revisione, viene riportata un'esperienza eseguita in tre centri di pediatria e tre centri di ostetricia in California; questi servizi di cure primarie hanno svolto un intervento di screening della PPD utilizzando il test EPDS alla visita dei 2 mesi. L'intervento si basa sul modello teorico delle 4 A appena descritto; prima di iniziare la nuova pratica clinica i pediatri hanno seguito un training sulle conoscenze della PPD, sul colloquio con la madre e su come indirizzare ai servizi o allo specialista in caso di necessità. Durante il primo anno di programma pilota sono state sottoposte a screening 718 madri (667 dalla ostetrica e 51 dal pediatra), risultato positivo (score ≥ 10) nel 16%. Nei casi positivi, il 28% presentava un punteggio ≥ 14 e il 2% aveva una ideazione di suicidio. Il 94% delle madri positive allo screening ha ricevuto un sostegno dal servizio di salute mentale. Una indagine successiva ha rilevato che la quasi totalità delle madri ha ritenuto lo screening di semplice esecuzione, si è sentita confortata dal colloquio con il sanitario ed è rimasta soddisfatta dell'intervento del servizio di salute mentale. Pur essendo considerato facile da inserire nella routine clinica, lo screening è stato utilizzato routinariamente dal 62% degli operatori, ma i pediatri, a differenza delle ostetriche, lo hanno utilizzato con minore frequenza [8].

Il quinto articolo, di Ayelet Talmi e coll., descrive il progetto CLIB (Consultation Liaison in Mental Health and Behavior), un programma integrato di salute mentale inserito all'interno di una clinica pediatrica di cure primarie a Denver, Colorado. L'articolo illustra un caso di PPD e come viene gestito all'interno della struttura, la cui caratteristica peculiare è quella di avere, oltre al pediatra, anche specialisti dello sviluppo del bambino e personale sanitario specializzato nei problemi di salute mentale. Tra i diversi servizi di monitoraggio dello sviluppo del bambino e di sostegno tramite il programma Healthy Steps (Box 3), viene eseguito uno screening per la PPD tramite il test EPDS a 4 mesi. Nei casi di positività sono gli stessi specialisti del centro pediatrico a seguire la madre all'interno di un percorso pediatrico ambulatoriale [9].

Il sesto articolo illustra il programma EDOPC (Enhancing Developmentally Oriented Primary Care) attivo in Illinois (USA), che è stato oggetto di uno studio pre-post intervento per misurarne

Box 3. Healthy Steps

Per ulteriori informazioni sul programma Healthy Steps vedi l'articolo del mese di novembre 2014 (**Interventi di sostegno durante l'infanzia e benessere a 25 anni**), la scheda della Newsletter pediatrica ACP (**Interventi a sostegno dello sviluppo del bambino di età 0-3 anni nelle cure primarie: effetti positivi ma troppa eterogeneità. Una revisione sistematica**) e il sito ufficiale del programma (<https://www.healthysteps.org/>).

l'efficacia. Questo programma si basa sul materiale Healthy Steps utilizzato per migliorare la pratica dei pediatri sulle conoscenze della pediatria dello sviluppo, sull'abilità nell'utilizzare gli strumenti di screening e per effettuare un invio specialistico in modo corretto. In particolare il programma EDOP si orienta in modo specifico sull'autismo, sui fattori di rischio socioemotivo, sulla PPD e sui ritardi dello sviluppo. Le madri eseguono lo screening per la PPD al bilancio di salute dei 6 mesi tramite il EPDS. Tuttavia, in questo studio il training effettuato sui pediatri in formazione non ha portato alcun miglioramento nella loro pratica clinica; invece per i pediatri strutturati la formazione ha permesso di passare dal 24% al 75% le mamme che si sottopongono allo screening. Nel futuro gli autori di questo studio prevedono l'inserimento di uno specialista dello sviluppo del bambino, ad esempio il *Healthy Step provider*, per la gestione di questi screening [10].

Anche l'ultimo articolo della revisione, di April Lind e coll., è stato svolto in USA e riguarda un progetto di valutazione della qualità in occasione di una implementazione di uno screening per la PPD, la valutazione delle madri e l'invio al servizio dedicato all'interno di un percorso di cure primarie in una grande organizzazione sanitaria in Minnesota. Un gruppo di stakeholder (dirigenti amministrativi, psichiatri, psicologi, medici delle cure primarie, pediatri, ostetriche, infermiere) hanno tracciato un programma di screening per la PPD comprensivo di una rete per accogliere gli invii da parte dei medici delle cure primarie; inoltre hanno creato una flow chart e materiale educativo per la formazione di tutti i sanitari coinvolti nel progetto. Lo screening utilizzato è il EPDS somministrato alla nascita dall'ostetrica e ai bilanci di salute del 1°, 2° e 4° mese. Nei 18 mesi di raccolta dei dati, su 28.389 bilanci di salute, lo screening è stato effettuato nell'88.8% delle visite, con un massimo del 92% alla visita dei 2 mesi. Il 7.8% delle madri presentavano uno score ≥ 10 , con quindi un possibile evento depressivo. Solo il 56.7% delle donne inviate hanno fatto un effettivo ingresso ai servizi di salute mentale, un numero inferiore alle aspettative [11].

Riassumendo tutti questi studi svolti in ambito pediatrico, si può dire che lo screening è più efficace della sola valutazione clinica per identificare una situazione di rischio di PPD. Lo screening deve essere proposto in un contesto dove è necessariamente previsto uno specifico training dei professionisti sulle abilità di colloquio e di invio alle strutture o agli specialisti più indicati, in caso di situazione a rischio. Inoltre deve essere costituita una rete che unisca i pediatri ai servizi di salute mentale utilizzando, laddove possibile, sistemi informatici ad hoc per la raccolta dati. Infine è necessario monitorare regolarmente nel tempo la tenuta e l'efficacia dell'implementazione. Insomma, affrontare lo screening della PPD non può essere visto come l'impegno isolato di un singolo professionista: pur avendo il vantaggio di incontrare regolarmente le mamme durante il primo anno di vita del bambino, il pediatra delle cure primarie ha bisogno di essere coinvolto in una rete che deve contenere diversi altri servizi dell'organizzazione sanitaria locale.

In Italia

Sono pochi in Italia gli interventi svolti in un setting di cure pediatriche per la rilevazione della PPD di cui abbiamo una pubblicazione scientifica, e vi segnaliamo quelli con più alta nume-

Box 2. I test di screening per la PPD utilizzati nella pratica clinica**Il test di Edimburgo**

Ci piacerebbe sapere come si è sentita nell'ultima settimana. La preghiamo di sottolineare la risposta che meglio descrive come si è sentita nei sette giorni appena trascorsi e non soltanto come si sente oggi.

1. Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose

:: Come facevo sempre	0
:: Adesso, non proprio come al solito	1
:: Adesso, decisamente un po' meno del solito	2
:: Per niente	3

2. Ho guardato con gioia alle cose future

:: Come ho sempre fatto	0
:: Un po' meno di quanto ero abituata a fare	1
:: Decisamente meno di quanto ero abituata a fare	2
:: Quasi per nulla	3

3. Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male

:: Sì, il più delle volte	3
:: Sì, qualche volta	2
:: Non molto spesso	1
:: No, mai	0

4. Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo

:: No, per niente	0
:: Quasi mai	1
:: Sì, qualche volta	2
:: Sì, molto spesso	3

5. Ho avuto momenti di paura o di panico senza un valido motivo

:: Sì, moltissimi	3
:: Sì, qualche volta	2
:: No, non molti	1
:: No, per niente	0

6. Mi sentivo sommersa dalle cose

:: Sì, il più delle volte non sono stata affatto capace di far fronte alle cose	3
:: Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito	2
:: No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose bene	1
:: No, sono riuscita a fronteggiare le situazioni bene come sempre	0

7. Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire

:: Sì, il più delle volte	3
:: Sì, qualche volta	2
:: Non molto spesso	1
:: No, per nulla	0

8. Mi sono sentita triste o infelice

:: Sì, il più delle volte	3
:: Sì, abbastanza spesso	2
:: Non molto spesso	1
:: No, per nulla	0

9. Sono stata così infelice che ho perfino pianto

:: Sì, il più delle volte	3
:: Sì, abbastanza spesso	2
:: Solo di quando in quando	1
:: No, mai	0

10. Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente

:: Sì, molto spesso	3
:: Qualche volta	2
:: Quasi mai	1
:: Mai	0

Continua...

Box 2. continua dalla pagina precedente

Le due domande di Whooley

- :: Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?
- :: Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?
- E poi, se la risposta a una di queste domande è positiva:
- :: C'è qualcosa che Lei pensa che possa aiutarla?

Il Patient Health Questionnaire a due domande (PHQ-2)

- :: Nelle ultime due settimane, per quanti giorni ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose?
- :: Nelle ultime due settimane, per quanti giorni si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze?

- Mai o quasi mai (0-1 giorni; score 0)
- Alcuni giorni (2-6 giorni; score 1)
- Per più della metà dei giorni (7-11 giorni; score 2)
- Quasi ogni giorno (12-14 giorni; score 3)

Da:

1. Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, et al. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *J Affect Disord.* 1999;53(2):137-41
2. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-6
3. SaPeRiDoc. Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva
4. Epicentro. Il portale dell'epidemiologia per la salute pubblica

rosità.

A Roma, in un contesto ospedaliero, è stato effettuato uno screening tramite il test EPDS alla visita di controllo del neonato tra il 15°- 20° giorno di vita a 1.122 madri e a 499 padri. Il 26.6% delle madri hanno presentato uno score ≥ 10 e il 13.6% dei padri hanno presentato uno score ≥ 8 indicante un rischio di depressione; di questi, tuttavia, meno della metà delle madri e solo un terzo dei padri ha partecipato a una successiva visita con uno psichiatra per valutare clinicamente la sintomatologia depressiva rilevata. I ricercatori hanno evidenziato come la somministrazione del test EPDS non richieda molto tempo (una media di 3.2 minuti) e sia facilmente accessibile anche alle persone straniere; la mancanza della costruzione di una rete territoriale, non prevista nel setting ospedaliero, e la mancanza di un programma di implementazione dell'assistenza sanitaria primaria riferita alla PPD sono i limiti maggiori per una trasferibilità di questa esperienza nell'ambulatorio del pediatra di famiglia (PdF) [12]. Un'esperienza a Cesena ha portato a una collaborazione tra PdF, pediatra di comunità e altri servizi dell'ASL per la gestione della PPD. Dopo aver svolto una formazione, il PdF somministrava uno screening - EPDS o le due domande di Whooley (Box 2) - al bilancio di salute del 2° mese e, in caso di positività, effettuava un invio protetto a un servizio dedicato dopo aver avuto un colloquio anche con il partner e aver informato il medico di medicina generale. Nel 2008 il test è stato eseguito dal 79.2% delle madri (n. 1438), di cui l'8.6% aveva un punteggio ≥ 10 . Il punto di forza del programma è stata la partecipazione dei PdF rispetto alle altre figure professionali coinvolte nella rete; tuttavia solo la metà delle madri alle quali era stato consigliato un percorso terapeutico ha accettato di essere presa in carico dai servizi di 2° livello [13]. I pediatri di un distretto dell'ATS di Milano sono stati coinvolti in uno stu-

dio pilota di fattibilità per lo screening della PPD: in occasione del secondo bilancio di salute tra i 60 e i 90 giorni di vita del lattante il PdF somministrava il test EPDS: il 74% delle madri e/o padri ha accettato di partecipare allo studio (4.126 genitori). Il test veniva considerato positivo se lo score ≥ 13 ; il 4.7% delle madri (n. 126) e l'1.7% dei padri (n. 24) è risultato positivo, con il riscontro di una prevalenza più bassa rispetto alle stime epidemiologiche. Solo l'8.7% delle madri risultate positive sono state seguite dallo specialista secondo le indicazioni offerte dal PdF. Gli autori dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, che hanno condotto questa sperimentazione, hanno sottolineato l'elevata percentuale di genitori che hanno partecipato allo screening, un importante indicatore di fattibilità di un programma di screening; il problema più rilevante è stato quello dell'accompagnamento o dell'accesso alla valutazione specialistica. Questa pubblicazione non dà indicazioni sul tipo di training ricevuto dai professionisti e nemmeno sul modello di rete sviluppato per questo obiettivo [14].

Un punto di forza di alcuni di questi programmi è aver riconosciuto la presenza di una PPD anche nel padre. Infatti una stima, anche se raccolta da studi eterogenei, indica una prevalenza di depressione paterna del 10.4% tra il primo trimestre e il 12° mese con un più elevato tasso di depressione (25.6%) tra il 3° e il 6° mese dalla nascita del bambino, con una moderata correlazione con la depressione materna [15].

Le resistenze al cambiamento da parte del pediatra

I pediatri hanno una limitata conoscenza e capacità di gestione degli strumenti di screening della PPD, complice anche la mancanza di formazione durante gli anni di studio accade-

mico [16]. L'utilizzo delle due domande di Whooley può non avere efficacia se non si affrontano alcune difficoltà nella preparazione del professionista, come la paura di stigmatizzare il genitore o l'imbarazzo nel discutere della sintomatologia depressiva [17]. I pediatri segnalano come momento critico nell'affrontare la PPD la mancanza di tempo in un ambulatorio sempre più frenetico, la insufficiente conoscenza del problema, la mancanza di training, l'assenza di risorse appropriate e le barriere causate dalla mancanza di una rete; invece, nelle analisi effettuate dai ricercatori, emerge che i principali ostacoli del pediatra ad affrontare questo problema clinico sono: la mancata espressione di una sensibilità emotiva alla madre, la mancata conoscenza dei sensi di colpa, la presenza dei bambini durante il colloquio, la percezione della mancanza di tempo, l'assenza di un training specifico e, infine, la non conoscenza delle risorse disponibili nel proprio territorio [18].

Per concludere, ricercare la PPD in un ambiente di cure primarie pediatriche è fattibile, ma il pediatra deve costruire un progetto insieme agli altri attori sanitari e, più in generale, a tutta la comunità coinvolta nella cura della famiglia; inoltre è necessaria una formazione specifica sulla PPD, anche in abilità complesse come quelle del colloquio sulle situazioni socioemotive dei genitori. Soprattutto, il pediatra deve vincere le resistenze al cambiamento della propria routine. L'epidemiologia della PPD, la diagnosi, le cure efficaci, la prognosi per genitore e bambino se non si interviene sono ben conosciute dalla ricerca scientifica. Ora si tratta di traslare le evidenze della ricerca nell'assistenza sanitaria: il pediatra può essere il motore per la costruzione di questi interventi di implementazione dell'assistenza sanitaria basata sull'evidenza nella propria realtà.

1. Siu AL; US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K, et al. Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016;315(4):380-7
2. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. *N Engl J Med*. 2016;375(22):2177-2186
3. Di Florio A, Jones I. Postpartum Depression. *BMJ best practice*, last updated: May 31, 2018
4. Earls MF; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics*. 2010;126(5):1032-9
5. Chaudron LH, Szilagyi PG, Kitzman H, et al. Detection of postpartum depressive symptoms by screening at wellchild visits. *Pediatr* 2004;113(3):551-558
6. Olson AL, Dietrich AJ, Prazar G, et al. Two approaches to maternal depression screening during well child visits. *J Dev Behav Pediatr* 2005;26(3):169-176
7. Feinberg E, Smith MV, Morales MJ, et al. Improving women's health during internatal periods: developing an evidenced-based approach to addressing maternal depression in pediatric settings. *J Women's Health* 2006;15(6):692-703
8. Baker-Ericzen MJ, Mueggenborg MG, Hartigan P, et al. Partnership for women's health: a new-age collaborative program for addressing maternal depression in the postpartum period. *Fam, Syst & Health* 2008;26(1):30-44
9. Bauer SC, Smith PJ, Chien AT, et al. Educating pediatric residents about developmental and social-emotional health. *Infants & Young Children* 2009;22(4):309-320
10. Talmi A, Stafford B, Buchholz M. Providing perinatal mental health services in pediatric primary care. *Zero to Three (J)* 2009;29(5):10-16
11. Lind A, Richter S, Craft C, et al. Implementation of routine postpartum depression screening and care initiation across a multispecialty health care organization: an 18-month retrospective analysis. *Matern Child Health J* 2017;21(6):1234-1239

tum depression screening and care initiation across a multispecialty health care organization: an 18-month retrospective analysis. *Matern Child Health J* 2017;21(6):1234-1239

12. Currò V, De Rosa E, Maulucci S, et al. The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postnatal depression symptoms at well child visit. *Ital J Pediatr*. 2009;35(1):32
13. Farneti C, Farneti M, Marrone F. La depressione post-partum: i pediatri come protagonisti. Un'esperienza nell'AUSL di Cesena. *Quaderni acp* 2010; 17(2): 58-63
14. Clavenna A, Seletti E, Cartabia M, et al. Postnatal depression screening in a paediatric primary care setting in Italy. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):42
15. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(19):1961-9
16. Wiley CC, Burke GS, Gill PA, et al. Pediatricians' views of postpartum depression: a self-administered survey. *Arch Womens Ment Health*. 2004;7(4):231-6
17. Mishina H, Hayashino Y, Takayama JI, et al. Can pediatricians accurately identify maternal depression at well-child visits? *Pediatr Int*. 2010;52(2):284-9
18. Heneghan AM, Morton S, DeLeone NL. Paediatricians' attitudes about discussing maternal depression during a paediatric primary care visit. *Child Care Health Dev*. 2007;33(3):333-9

Per corrispondenza
costpan@tin.it