

COVID-19, Maternità e Rischio: Dimensioni Psicologiche e Implicazioni per gli Interventi di Sostegno Psicologico in Perinatalità a Partire dalla Pandemia

COVID-19, Motherhood, and Risk: Psychological Dimensions and Implications for Psychological Support Interventions in Perinatality Since the Beginning of the Pandemic

Maria Francesca Cattaneo Della Volta^{1,2} e Federica Vallone^{1,2}

¹ *Laboratorio di Psicologia Dinamica (Dir. Prof. Maria Clelia Zurlo), Dipartimento di Scienze Politiche, Università Degli Studi di Napoli Federico II.*

² *Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli Federico II.*

Abstract

L'emergenza COVID-19 ha comportato una tempestiva riorganizzazione dei percorsi di presa in carico e di assistenza materno-infantile, nei termini di una definizione di linee guida *ad hoc* per garantire la salute e la sicurezza delle donne in gravidanza e puerperio. Parallelamente, risulta necessaria la programmazione di interventi di supporto psicologico *evidence-based* su misura per la promozione del benessere psicologico delle donne che hanno vissuto e/o che stanno sperimentando l'esperienze di gravidanza/ parto/*post-partum* nel corso della pandemia da COVID-19. Pertanto, il presente studio mira a descrivere la ricerca che ha approfondito i vissuti esperiti dalle donne in gravidanza (fisiologica, "ad alto rischio" e affette da COVID-19), e il loro impatto sul benessere psicologico percepito (prima e durante la pandemia). I risultati hanno evidenziato elevati livelli di disagio psicologico in termini di insonnia e irritabilità, stress e disturbi post-traumatici, ansia, depressione e disturbi ossessivo-compulsivi nelle donne in gravidanza e puerperio in relazione al rischio crescente esperito nel corso della pandemia. La letteratura verrà sintetizzata e discussa per fornire indicazioni utili per la definizione di interventi mirati a tutelare la salute psicologica delle donne in gravidanza, nonché a prevenire e ridurre eventuali effetti negativi a lungo termine connessi al COVID-19, al fine di accompagnare efficacemente le gestanti e le neo-mamme nel delicato percorso alla genitorialità.

Parole chiave

COVID-19; stress; gravidanza; rischio; salute psicologica; interventi *evidence-based*.

Autore responsabile per la corrispondenza: Maria Francesca Cattaneo Della Volta, Laboratorio di Psicologia Dinamica (Dir. Prof. Maria Clelia Zurlo), Dipartimento di Scienze Politiche, Università Degli Studi di Napoli Federico II; mariafrancesca.cattaneodellavolta@unina.it

Abstract

The COVID-19 emergency has led to a timely reorganization of the maternal-infant assistance and care pathways, in terms of the definition of ad hoc guidelines to ensure the health and safety of women during pregnancy and *post-partum*. Alongside this, there is a need to plan tailored evidence-based psychological interventions promoting psychological well-being in women who have experienced and/or are experiencing pregnancy/childbirth/*post-partum* during the COVID-19 pandemic. Therefore, the present study aims at describing the research that investigated the experiences elicited in pregnant women (physiological, "high risk" and affected by COVID-19), and their impact on perceived psychological well-being (before and during the pandemic). The results highlighted high levels of psychological distress in terms of insomnia and irritability, stress and post-traumatic disorders, anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorders in pregnant women in relation to the growing risk experienced during the pandemic. The literature will be summarised and discussed with the goal to provide useful information for defining interventions aiming at promoting pregnant women's psychological health, as well as at preventing and reducing long-term negative effects related to COVID-19. This will allow to effectively support pregnant women and new mothers on the sensitive path toward parenthood.

Keywords

COVID-19; stress; pregnancy; risk; psychological health; evidence-based interventions.

Introduzione

La gravidanza e la maternità rappresentano un periodo di profondi cambiamenti nella vita di una donna (Bydlowski, 1997) e, in particolare, la transizione alla genitorialità e la nascita di un figlio comportano la riattivazione di molteplici vissuti connessi alla propria infanzia e ai legami con le proprie figure genitoriali al fine di rinegoziare il nuovo ruolo di madre (Darchis, 2009; Kaës, 1995), ma anche vissuti di incertezza e ansia strettamente connessi alla progressione della gravidanza e alla salute propria e del nascituro (Chuang et al., 2010; Edwards et al., 2002; Heaman et al., 2004; Hore et al., 2019). Parlare di vita nascente vuol dire, da un lato, parlare delle origini dei legami di filiazione, e, dall'altro, considerare le rappresentazioni e le fantasie cosce e inconscie relative ad essa da parte della coppia genitoriale (Mazzoni, 2008).

Per quanto riguarda il benessere psicologico della madre, durante la gravidanza sono stati approfonditi i vissuti connessi a quattro differenti stadi con specifiche caratteristiche, ossia: a) dal concepimento fino alla percezione dei movimenti fetali (modificazioni dell'immagine corporea che si accompagnano a un aumento dell'investimento oggettuale sul Sé, a una "regressione" e a un'accresciuta sensazione di passività; i sintomi tipici, quali la nausea e il vomito, sono talvolta espressione dei vissuti ambivalenti verso la gravidanza e verso il feto); b) la percezione dei movimenti fetali e il riconoscimento del feto come entità a sé, che suscita ansie di perdita (il feto è riconosciuto come entità a se stante e questo provoca nella madre ansie per la riorganizzazione che deve porre in atto al fine di prepararsi alla separazione); c) le ansie riguardanti l'integrità del bambino, il travaglio e il parto (forti ansie riguardanti la paura di morire, del dolore, dell'integrità del bambino, del travaglio e del parto e dall'impazienza di terminare la gravidanza e quindi partorire); d) il periodo subito dopo il parto (la concretizzazione di numerosi cambiamenti quali i mutamenti del corpo, la separazione dal bambino e la relazione con il bambino reale) (Pines, 1982).

A partire dagli anni '80 Jean Guyotat ha studiato la psicologia dei legami di filiazione, distinguendo tre logiche di tale legame che funzionano anche come vettori di trasmissione di significati da una generazione all'altra: la *filiazione istituita*, la *filiazione narcisistica* e la *filiazione da corpo a corpo*. La *filiazione istituita* è

socialmente e culturalmente costruita e rappresenta l'articolazione simbolica in cui l'individuo si colloca nella catena generativa, rispetto agli ascendenti e ai discendenti. La *filiazione narcisistica* invece ha a che vedere con una dimensione psichica e fantasmatica, che coinvolge il vissuto personale dell'individuo e il suo inserimento nella rete di relazioni presente fin dalla nascita. Infine una terza dimensione è quella della *filiazione da corpo a corpo* che indica il legame tra le parti del corpo e i prodotti del corpo (Guyotat, 1980). La gravidanza si iscrive quindi nel complesso intreccio multidimensionale tra vissuto intrapsichico soggettivo e condizioni esterne legate alla dimensione sociale, contestuale e medica (Zurlo, 2013).

In tale prospettiva, sebbene la gravidanza e il parto rappresentino eventi fisiologici nella vita di una donna, tali momenti sono, inevitabilmente, caratterizzati dalla presa in carico, più o meno esplicita, del rischio di eventuali complicazioni per la madre e/o per il feto connessi a complicanze ostetriche (Dangal, 2007). Il “fantasma del rischio”, presente in tutte le gravidanze, può tuttavia concretizzarsi in relazione a diversi fattori situazionali, tra cui la presenza di patologie mediche della madre (in corso o croniche) e/o del feto, ma anche in seguito a complicazioni acute legate alla gravidanza stessa (Melville et al., 2010; Yu et al., 2013). In questi casi, ossia nei casi di diagnosi di gravidanza “ad alto rischio”, risulta necessario comprendere e valutare le significative conseguenze non solo sul piano della tutela della salute fisica, ma anche sul piano della prevenzione e della promozione della salute psicologica della donna (Hajikhan et al., 2020; Mirzakhani et al., 2020). Diversi studi hanno, difatti, rilevato nelle donne con diagnosi di gravidanza “ad alto rischio” livelli significativamente più elevati di ansia e di depressione se comparati con i livelli riportati dalle donne con gravidanza fisiologica (Evans e Bullock, 2012; Maloni et al., 2002).

D'altra parte, la gravidanza e i vissuti connessi al rischio - percepito e/o concreto - hanno assunto caratteristiche peculiari a partire da Marzo 2020, inscrivendosi in un momento critico senza precedenti, ossia l'emergenza della pandemia da COVID-19 (Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS], 2020a). Alcuni studi hanno messo in luce come la pandemia abbia addirittura avuto degli effetti sulle scelte riproduttive delle donne (ad es. pianificare, rimandare, interrompere la gravidanza) a causa degli elevati rischi percepiti per la propria salute e per quella del proprio bambino (Aassve et al., 2020; Rosina et al., 2022). In tal senso, l'emergenza pandemica ha reso difatti necessaria una riorganizzazione dei percorsi assistenziali legati alla nascita (Giusti et al., 2021). Fin dai primi giorni della pandemia, è apparso evidente che la rete di assistenza, sia sul piano della salute fisica che sul piano della salute psicologica, delle donne in gravidanza, nonché dei neo-genitori e dei neonati, necessitavano di una tempestiva revisione, attraverso la definizione di linee guida e interventi focalizzati. In questa prospettiva, sebbene il presente momento storico sia caratterizzato dalla ripresa di tutte le attività sociali e dalle crescenti speranze riguardanti il ripristino della normalità del quotidiano, il settore socio-sanitario e, nello specifico, la rete assistenziale materno-infantile, continua a risentire di significative restrizioni e misure di contenimento (Giusti et al., 2021).

Pertanto, gli interventi di supporto psicologico in perinatalità devono necessariamente tener conto degli effetti delle limitazioni e dei cambiamenti connessi all'emergenza pandemica e, dunque, della necessità di esplorare e integrare i vissuti, passati e presenti, connessi al complesso intreccio tra maternità, rischio e COVID-19. Ciò considerando la necessità di sostenere le donne che hanno vissuto l'esperienza di gravidanza e parto (donne in gravidanza fisiologica, donne in gravidanza a rischio, donne in gravidanza

affette dal virus) nei periodi più drammatici della pandemia, ossia di maggiore incertezza e scarsa conoscenza degli effetti del virus, ma anche la necessità di sostenere le donne che, ad oggi, si trovano ad affrontare un'esperienza simile in un contesto sicuramente diverso ma non privo di rischi e limitazioni.

In tale orizzonte, il presente studio si pone l'obiettivo di descrivere le dimensioni psicologiche connesse alla gravidanza, con particolare riferimento ai vissuti potenzialmente esperiti in relazione al rischio crescente (ossia, dal rischio percepito nel corso di una gravidanza fisiologica al rischio percepito in pazienti affette dal virus, passando attraverso il vissuto delle pazienti con diagnosi di gravidanza "ad alto rischio") in relazione all'emergenza pandemica, fornendo, inoltre, indicazioni utili per la definizione di interventi di supporto psicologico in perinatalità.

Gravidanza, maternità e vissuti connessi all'emergenza COVID-19

Nel corso degli ultimi anni, come evidenziato precedentemente, la gravidanza e le esperienze ad essa connesse si sono ulteriormente complessificate a causa della pandemia da COVID-19 (OMS, 2020a), la cui diffusione ha reso difatti necessaria una tempestiva riorganizzazione dei percorsi di presa in carico e assistenziali, nei termini di una necessaria definizione di linee guida *ad hoc* e di interventi focalizzati per garantire la salute e la sicurezza delle donne in gravidanza e puerperio (Istituto Superiore di Sanità [ISS], 2020; Giusti et al., 2020).

Allo stesso modo, in risposta a tale peculiare condizione, la ricerca in ambito psicologico si pone l'obiettivo prioritario di fornire il proprio contributo attraverso la comprensione dei vissuti connessi all'intreccio, senza precedenti, tra gravidanza, maternità, "rischio" ed emergenza COVID-19.

Diversi studi hanno, difatti, rilevato l'impatto della pandemia sulla salute psicologica delle donne durante la gravidanza e nel periodo *post-partum* (Lega et al., 2022; Ostacoli et al., 2020), in particolare in termini di elevati livelli di insonnia e irritabilità (Parra-Saavedra et al., 2020), stress e disturbi post-traumatici (Ostacoli et al., 2020; Tutnjević e Lakić 2020; Zhang e Ma, 2020), ansia (Moyer et al., 2020), depressione (Ahamad e Vismara, 2021; Patabendige et al., 2020) e disturbi ossessivo-compulsivi (Yassa et al., 2020).

In tal senso, è necessario proporre una riflessione sull'impatto della pandemia sulla salute psicologica delle donne in gravidanza, distinguendo, tuttavia, in primo luogo, le dimensioni psicologiche e i vissuti potenzialmente caratterizzanti l'esperienza di gravidanza durante l'emergenza COVID-19 dai vissuti potenzialmente caratterizzanti l'esperienza di gravidanza in donne positive al virus.

Il presente paragrafo ha, dunque, l'obiettivo di riportare la ricerca che ha focalizzato l'attenzione sull'impatto della pandemia e dei cambiamenti nella *routine* quotidiana ad essa conseguenti sull'esperienza delle donne in gravidanza fisiologica.

In tale prospettiva, la dichiarazione di "stato di pandemia globale da COVID-19" da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2020b), e la conseguente adozione di rigide misure di contenimento messe in atto per prevenire la diffusione del virus, hanno avuto un radicale impatto su diversi ambiti della vita delle persone, comportando una necessaria riorganizzazione della *routine* quotidiana (ad esempio, l'imposizione di uno stile di vita più sedentario; la necessità di lavorare da casa; restrizioni alla socialità nei termini di una drastica riduzione delle relazioni e delle interazioni *vis-à-vis* e di un'intensificazione dei rapporti con i conviventi), e esacerbando vissuti di ansia e preoccupazione

connessi alla paura del contagio, sentimenti di incertezza, senso di isolamento, disturbi del sonno e depressione nella popolazione generale (Rajkumar et al., 2020; Williams et al., 2020).

D'altra parte, considerando che la gravidanza e il puerperio sono, di per sé, periodi complessi e delicati di modificazioni e ridefinizioni nella vita di una donna (Hore et al., 2019), risulta chiaro come tale momento di pandemia si possa declinare ancora diversamente nelle donne nel corso della gravidanza (Zhang e Ma, 2020), determinando potenzialmente nuovi e peculiari vissuti connessi, *in primis*, a sentimenti di incertezza e al rischio – percepito e concreto – di contagio per sé come per il proprio bambino (Fakari e Simbar, 2020; Salehi et al., 2020).

In tal senso, sebbene non vi siano evidenze né un chiaro consenso da parte della comunità scientifica medica in relazione ad un effettivo rischio più elevato nelle donne gravide di contrarre il virus SARS-CoV-2, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sostenuto che i cambiamenti fisiologici cui vanno incontro le donne nel corso della gravidanza possono esporle ad un maggior rischio di contrarre infezioni respiratorie, anche in forma severa, se comparate alle donne non gravide (OMS, 2020a).

Pertanto, se il rischio percepito in relazione alla gravidanza, in condizioni “normali”, è di per sé elevato, il “fantasma del rischio” del contagio e, quindi, di potenziali complicazioni della gravidanza (ossia, rischio di parto pretermine, necessità di ricorrere al parto cesareo, ma anche rischio di morte intrauterina), sembra divenire oltremodo concreto a partire dall'insorgere della pandemia, comportando un incremento di paure e preoccupazioni (Salehi et al., 2020; Zhang e Ma, 2020), ed innescando finanche comportamenti paradossali, quali, ad esempio, il non sottoporsi ai necessari controlli per tutelare la propria salute e quella del proprio bambino (Fakari e Simbar, 2020), e l'adozione di forme estreme di auto-isolamento, quali, ad esempio, la predilezione di consulti prenatali telematici e la decisione di partorire in casa e non in ospedale (Moyer et al., 2020).

Nella stessa direzione, a partire dal 2021, numerose donne in gravidanza hanno dovuto affrontare anche i potenziali sentimenti di ansia e incertezza connessi alla scelta di vaccinarsi. In tal senso, la vaccinazione per le donne in gravidanza e in allattamento è stata inizialmente al centro di un acceso dibattito scientifico, a causa della mancanza di dati disponibili sulla sicurezza riguardo alla sua somministrazione (Engjom et al., 2022). Nonostante non ci fossero dati che suggerissero l'inefficacia o effetti controversi, a Gennaio 2021, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) hanno raccomandato, in via preventiva, di non sottoporsi a vaccinazione in gravidanza, salvo in casi in cui i benefici superassero i rischi, come nel caso di operatrici sanitarie o donne con comorbilità classificate come ad alto rischio (OMS, 2021).

Al contrario, a Maggio 2021, la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) ha sottolineato i rischi connessi ad un'infezione da COVID-19 durante la gravidanza e ha enfatizzato i significativi benefici della vaccinazione (SIGO, 2021). Sebbene la gravidanza fosse un criterio di esclusione negli studi clinici iniziali sui vaccini COVID-19, i dati osservazionali si sono accumulati rapidamente nel corso dei mesi e hanno confermato che i benefici della vaccinazione superano ampiamente i potenziali rischi (Badell et al., 2022; Engjom et al., 2022). Nonostante le evidenze scientifiche, l'assenza di informazioni chiare ed univoche ha generato, tuttavia, profondi sentimenti di incertezza e diffidenza. Alcuni studi sull'esitazione vaccinale hanno messo difatti in luce le significative preoccupazioni delle gestanti legate alle possibili conseguenze sul feto, come anomalie strutturali, problemi alla crescita o nascita pretermine (Mappa et al.,

2021) e hanno evidenziato il ruolo chiave svolto dalla percezione di fiducia nelle istituzioni sanitarie, dalla qualità della trasmissione delle informazioni e la sensibilizzazione in merito al tema, e dal livello di consapevolezza legato al COVID-19 e alla vaccinazione (Engjom et al., 2022; Goncu Ayhan et al., 2021; Januszek et al., 2021). Inoltre, il ruolo delle aziende farmaceutiche nell'influenzare le decisioni politiche sui vaccini e l'incertezza associata al rapido processo di sviluppo del vaccino COVID-19 sono emersi quali fattori determinanti dell'esitazione vaccinale (Carbone et al., 2021; Skirrow et al., 2022; Siegel et al., 2022). I dati emersi da uno studio pubblicato recentemente sulla rivista internazionale Lancet (Engjom et al., 2022) hanno evidenziato che nel Regno Unito il 98% delle donne incinte ricoverate in terapia intensiva non era vaccinato, il 90% in Olanda, il 100% in Norvegia, Danimarca e Finlandia (regione di Helsinki), e l'80% in Italia (Regione Lombardia) con la restante parte che aveva ricevuto una sola dose. Nella stessa direzione, la ricerca ha evidenziato come il vaccino riduca significativamente il rischio di ospedalizzazione per le donne in gravidanza affette dal virus COVID-19 (Schrage et al., 2022).

Inoltre, la ricerca in perinatalità ha evidenziato un'altra dimensione da prendere in considerazione ossia l'isolamento, misura necessaria per il contenimento della trasmissione del virus, e che ha comportato, e in molte situazioni tuttora comporta, la drastica alterazione di quella rete di sostegno necessaria nel delicato momento della gravidanza e del puerperio (de Oliveira e Dessen, 2012; Lega et al., 2022). In particolare, le misure di contenimento hanno comportato severe limitazioni sul piano relazionale, sfociando in una quasi esclusività delle relazioni con i membri coabitanti della famiglia (e quindi prevalentemente con il *partner*) e, al contempo, in una radicale esclusione di amici e altri membri della famiglia dalla rete di supporto "in presenza" (Almeida et al., 2020). Nonostante le misure preventive e di contenimento volte a limitare la diffusione del virus siano state progressivamente allentate, molte limitazioni permangono ancora oggi soprattutto nei settori socio-sanitari.

A tal proposito, uno dei frequenti vissuti riportati dalle donne in gravidanza fisiologica durante la pandemia è relativo alla paura di affrontare il parto - nonché il delicato periodo di cura del bambino in qualità di neo-mamma - senza la possibilità di godere della propria rete estesa di supporto, e, in particolare, in assenza della propria madre (Fakari e Simbar, 2020).

D'altra parte, è possibile ipotizzare anche che il superamento della gravidanza e del parto in condizioni "estreme" possa rappresentare una risorsa per le donne (Harville et al., 2010), aumentando il senso di autostima ed elicitando sentimenti positivi connessi alla percezione di possedere le risorse necessarie per affrontare efficacemente le sfide poste dalla genitorialità, come dalla vita.

In tale prospettiva, è possibile sottolineare anche potenziali risorse attivabili in tale momento delicato, considerando il ruolo protettivo svolto da caratteristiche individuali, quali ad esempio, la possibilità di fare ricorso - nonostante il periodo di emergenza - a strategie adattive centrate sull'attitudine positiva e di mantenere sentimenti di felicità connessi alla gravidanza (Salehi et al., 2020), ma anche da fattori situazionali, quali, ad esempio, la presenza ed il sostegno del proprio partner (Tutnjević e Lakić, 2020) e della rete di supporto estesa (Lega et al., 2022).

A tale proposito, è necessario evidenziare che l'intensità dell'impatto della pandemia sull'esperienza della gravidanza e sui vissuti ad essa connessi può variare significativamente sia in relazione alle caratteristiche individuali della donna (ossia in relazione alle caratteristiche di personalità e alle strategie di adattamento messe in atto), che in relazione a fattori situazionali, quali, ad esempio, la qualità della rete

di supporto effettivamente disponibile e/o attivabile, come precedentemente sottolineato, e la presenza di complicazioni ostetriche (Moyer et al., 2020). In tal senso, è evidente che le dinamiche e i vissuti delle donne in gravidanza “ad alto rischio” possano assumere caratteristiche e connotazioni ancora nuove e differenti.

Pertanto, nel paragrafo successivo, verranno descritte le peculiari dimensioni psicologiche caratterizzanti l'esperienza delle donne con diagnosi di gravidanza ad “alto rischio”, nonché la loro declinazione in relazione al periodo di emergenza COVID-19.

Gravidanze “ad alto rischio” e vissuti connessi all'emergenza COVID-19

Prima di declinare specificamente l'impatto della pandemia da COVID-19 sulla salute psicologica delle donne con diagnosi di gravidanza “ad alto rischio” è opportuno definire le dimensioni ed i vissuti che ne caratterizzano il complesso percorso alla genitorialità, approfondendo le sfide e i rischi – fisici e psichici – cui sono potenzialmente esposte.

Non esiste una definizione universalmente accettata di gravidanza “ad alto rischio”. Tuttavia, generalmente con questa espressione si indicano le gravidanze in cui vi sono probabilità superiori alla media che, durante la gestazione, la donna o il bambino sviluppino una malattia o muoiano e/o che si presentino complicanze prima/dopo il parto (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015).

Come nei principali Paesi dell'Unione Europea, in Italia la mortalità materna si conferma un evento raro, con un tasso analogo alla Gran Bretagna e alla Francia, con circa 10 decessi ogni 100 mila casi. Il tasso di mortalità in utero, in Italia, è pari a 2.4 per 1000 nati (ItOSS, 2019).

In primis, i fattori di rischio per una gravidanza di questo tipo possono includere:

- Condizioni di salute: come ipertensione, fibrosi cistica o diabete (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015);
- Sovrappeso e obesità: l'obesità aumenta il rischio di ipertensione, preeclampsia, diabete gestazionale, natimortalità, difetti del tubo neurale e parto cesareo. L'obesità può anche aumentare del 15% il rischio di problemi cardiaci alla nascita del bambino (National Institutes of Health [NIH] NIH, 2010);
- Nascite multiple: il rischio di complicanze è maggiore nelle donne che portano in grembo più di un feto (gemelli e multipli di ordine superiore). Complicazioni comuni comprendono preeclampsia e parto pretermine (Hamilton et al., 2015).

In seguito alla diagnosi di gravidanza ad alto rischio (a causa di una complicazione che riguarda la madre e/o il suo feto), possono essere richiesti diversi test diagnostici e trattamenti, e alla donna sarà offerto un livello maggiore di cure ostetriche al fine di ottimizzare la sua sicurezza. In tali casi, la percezione di incertezza riguardo la normale progressione della gravidanza può generare, in queste donne, significative difficoltà a gestire elevati livelli percepiti di stress (Clauson, 1996).

In primo luogo, le donne con diagnosi di gravidanza ad alto rischio sono spesso costrette a letto, il che implica limitazioni di movimento, isolamento, mancanza di attività fisica (Heaman et al., 2004; Maloni et al., 2001). Inoltre, in alcuni casi, il riposo a letto è spesso una componente integrante dell'ospedalizzazione prenatale, che può essere associata ad ulteriori fattori di stress, come la separazione

dalla propria famiglia, da eventuali altri figli e dalla propria casa, elicitando, potenzialmente, sentimenti di impotenza, noia e percezione di mancanza di controllo (Heaman, 1992).

In secondo luogo, diversi studi hanno identificato in queste donne livelli più elevati di ansia e di depressione percepita (Maloni et al., 2002), bassa autostima (Stainton et al., 1992), ed aspettative meno positive per l'esperienza di parto (Romeo et al., 2014).

In questa prospettiva, la ricerca ha identificato diverse dimensioni che giocano un ruolo chiave nell'influenzare gli esiti correlati alla gravidanza. In particolare, è stato evidenziato il ruolo delle caratteristiche individuali e di personalità (l'età della donna, il livello di istruzione, la tolleranza dell'incertezza, le strategie di *coping*, e fattori di personalità) (Alaszewski e Horlick-Jones 2003; Chuang et al., 2010; Edwards et al., 2002; White et al., 2008), della presenza di disagio psicologico riportato dalla donna (ansia, depressione, ipocondria) (Denis et al., 2012; Maloni et al., 2002; Romeo et al., 2014), e dei comportamenti di salute da essa adottati (ad esempio fumo, alcool, dieta, stile di vita sedentario) (Arias et al., 2012; Mikkelsen et al., 2006; Shah e Bracken, 2000). Inoltre, diversi studi hanno sottolineato il ruolo protettivo delle dimensioni relazionali (il supporto percepito dal partner, la soddisfazione della relazione) (Kemp e Hatmaker, 1989; Norbeck e Tilden, 1983; Stainton et al., 1992) nelle donne con diagnosi di gravidanza ad alto rischio.

Tuttavia, è necessario rilevare anche il ruolo fondamentale svolto dalla percezione individuale del rischio connesso alla gravidanza (White et al., 2008), e, in tal senso, è possibile ipotizzare una diversa declinazione dei vissuti caratterizzanti l'esperienza di gravidanza e di parto nelle donne con gravidanza ad alto rischio a partire dall'insorgere della pandemia da COVID-19, la quale ha imposto nuovi rischi per la salute fisica e psicologica.

In tale direzione, nel corso dell'emergenza COVID-19, la ricerca ha evidenziato livelli significativamente più elevati di disagio psicologico, in termini di sintomatologia ansiosa e depressiva, in donne con gravidanza ad alto rischio, se comparati con i livelli riportati dalle donne in gravidanza fisiologica, e tale rischio risulta essere significativamente più elevato nelle donne ospedalizzate (Goncu Ayhan et al., 2021; Sinaci et al., 2020). Tale risultato è comprensibile in relazione alle crescenti difficoltà e limitazioni imposte nel corso della pandemia (impossibilità per i visitatori di accedere ai contesti ospedalieri), che hanno comportato l'impossibilità di beneficiare del supporto del partner, dei familiari e degli amici non solo nel corso della – molto spesso lunga - ospedalizzazione conseguente la diagnosi di gravidanza “ad alto rischio” ma anche al momento del parto.

D'altra parte, lo studio condotto da Sade e collaboratori (Sade et al., 2020) non ha rilevato la presenza di differenze statisticamente significative tra i livelli di depressione riportati dalle donne gravide “ad alto rischio” ricoverate nel corso dell'emergenza da COVID-19 e i livelli riportati dalle donne ospedalizzate nel periodo precedente alla pandemia. Tale studio enfatizza, in tal modo, la necessità di definire – non solo in relazione all'emergenza da COVID-19 – interventi su misura nei contesti sanitari per ridurre il disagio psicologico nelle donne in gravidanza “ad alto rischio”, ponendo particolare attenzione ai vissuti specificamente connessi alla propria condizione di rischio di isolamento e di ospedalizzazione.

Gravidanza e maternità in donne affette da SARS-coV-2

L'attenzione e lo sforzo per comprendere, sul piano medico, l'impatto del virus sulla salute delle donne positive al SARS-CoV-2 nel corso della gravidanza e durante il puerperio impone una riflessione anche sul piano psicologico, elicitando la necessità di comprendere le dinamiche e i vissuti delle donne che vivono l'esperienza di gravidanza, del parto e delle prime fasi della maternità in condizioni di "rischio estremo", e poter dunque guidare gli interventi di sostegno e tutela della loro salute psicologica. Ciò anche in considerazione degli studi che, nel tempo, hanno sottolineato l'impatto significativo dei vissuti e delle esperienze materne sull'andamento della gravidanza (Khan et al., 2020), nonché sullo sviluppo e sul benessere del bambino (Bergman et al., 2007; Glover, 2014; Rothberg e Lits, 1991).

In tale direzione, se, da una parte, come abbiamo evidenziato in precedenza, sono numerose le ricerche che hanno esplorato l'impatto della pandemia sulla salute psicologica delle donne in gravidanza, sono pochi gli studi che hanno approfondito specificamente l'impatto della pandemia da COVID-19, e dei relativi protocolli di sicurezza messi in atto, sulla salute non solo fisica ma anche psicologica delle donne affette, nel corso della gravidanza, dal virus SARS-CoV-2 (Kotabagi et al., 2020; Parra-Saavedra et al., 2020; Wang et al., 2020).

Tuttavia, l'impatto, anche a lungo termine, sulla salute psicologica delle donne affette dal virus e che hanno affrontato la gravidanza, il parto e/o un aborto durante la pandemia è evidenziabile attraverso uno studio longitudinale condotto in Cina tra Maggio e Luglio 2020, che ha rilevato la presenza significativa di "Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti" e/o di "Depressione" e "Depressione *post-partum*" a tre mesi dal parto o dall'aborto (Wang et al., 2020).

Tali risultati sono comprensibili anche in relazione ai primi protocolli messi in atto, e modificati nel corso dell'ultimo anno, a tutela della salute e della sicurezza della madre e del bambino. In effetti, nei mesi iniziali della diffusione del virus, a causa della mancanza di evidenze scientifiche a riguardo, i protocolli prevedevano la separazione transitoria delle mamme dai propri neonati al momento del parto, l'impossibilità di allattare al seno e di vedere il proprio bambino (ISS, 2020).

In tal senso, è necessario porre l'accento sull'impatto psicologico di tale pratica che, nel tentativo di ridurre il rischio fisico, cela, inevitabilmente, un potenziale rischio per la salute psicologica della donna, ma anche per il sano sviluppo psico-fisico del bambino (Wang et al., 2020). Difatti, la prescrizione della separazione e l'impossibilità del legame corpo-a-corpo- comporta un elevato rischio depressivo nella donna (Kalcev et al., 2020) e può determinare una significativa interferenza nella delicata e fondamentale costruzione del legame madre-figlio (Moore et al., 2016), elicitando profondi sentimenti di vergogna e colpa, nonché timori di infettare il proprio bambino tali da portare alla decisione di prolungare, anche in assenza di prescrizioni mediche, il periodo di separazione (Wang et al., 2020).

Tuttavia, ad oggi, a seguito di una maggiore conoscenza del virus e delle sue modalità di trasmissione, dei vaccini di cui disponiamo, ed in linea con un'idea di salute e benessere non solo in termini medici ma anche psicologici, è possibile evidenziare un significativo miglioramento delle pratiche assistenziali del *peri-partum*, nei termini di una maggiore attenzione al sostegno del contatto madre-bambino (ad esempio, attraverso l'allattamento in isolamento e con dispositivi di protezione personale per la mamma e il *rooming-in*) (Giusti et al., 2021).

Infine, è necessario sottolineare che la presenza di sentimenti di incertezza e paura, e il profondo senso di isolamento, già precedentemente evidenziati in relazione alle donne in gravidanza fisiologica (Salehi et al., 2020; Zhang e Ma, 2020) e in gravidanza “alto rischio” (Sade et al., 2020; Sinaci et al., 2020), nonché elevati livelli di irritabilità, ansia, e depressione, possono essere considerati vissuti comuni, seppur potenzialmente amplificati in virtù della propria condizione di “rischio estremo” nelle donne in *peri-partum* affette dal virus (Parra-Saavedra et al., 2020).

In tale direzione, uno studio condotto da Kotabagi e colleghi ha rilevato la presenza di vissuti simili in donne gravide affette da SARS-CoV-2 e donne gravide non positive al virus quali, ad esempio, il desiderio di partorire in casa, vissuti di ansia per l'impossibilità di ricevere il sostegno dei familiari (a casa e in ospedale) e per l'impossibilità della presenza del proprio *partner* durante il parto, nonché preoccupazioni per la l'eventuale trasmissione del virus al bambino, in particolar modo attraverso l'allattamento (Kotabagi et al., 2020). Inoltre, il presente studio non ha rilevato la presenza di differenze statisticamente significative tra i due gruppi (donne gravide affette da SARS-CoV-2 e donne gravide non positive al virus) in termini di ansia e depressione, enfatizzando, d'altra parte, la necessità di proporre interventi di supporto per promuovere la salute psicologica delle donne durante la gravidanza e puerperio a partire dalla pandemia da COVID-19 (Kotabagi et al., 2020).

Discussione e Conclusioni: implicazioni per gli interventi di supporto psicologico in perinatalità durante la pandemia

La diffusione di elevati livelli di disagio psicologico nelle donne in gravidanza e puerperio in relazione al rischio crescente esperito nel corso della pandemia da COVID-19 (gravidanza fisiologica, gravidanza ad alto rischio, gravidanza in donne affette da SARS-CoV-2) suggerisce l'importanza dell'attivazione di una rete multidisciplinare di tutela e supporto della salute fisica e psicologica delle donne. In tal senso, gli operatori dell'assistenza al percorso nascita (ginecologi, neonatologi, psicologi, assistenti sanitari, assistenti sociali, puericultrici, infermieri, educatori) sono le figure professionali in prima linea che – a diversi livelli e con specifici ruoli – mirano alla tutela del benessere della donna e del proprio bambino e, pertanto, hanno il compito di comprendere il complesso intreccio tra salute fisica e salute psicologica.

In tale direzione, così come i percorsi assistenziali hanno subito una ridefinizione a partire dall'inizio della pandemia (ISS, 2020; Giusti et al., 2021), oggi, dopo oltre due anni di emergenza, e in un momento delicato di massima transizione (dal primo *lockdown* all'attuale graduale ritorno alla normalità), si rende quanto mai necessaria la pianificazione di interventi di supporto psicologico, *evidence-based* e su misura, che mirano a promuovere benessere psicologico e a prevenire il rischio psicopatologico nelle donne che hanno vissuto e/o che vivono attualmente la gravidanza e il periodo del *post-partum*. In tal senso, gli interventi di supporto psicologico dovrebbero mirare non solo a recuperare e promuovere l'elaborazione dei vissuti - spesso negati e inibiti - connessi al “fantasma del rischio” insito nell'esperienza di gravidanza/parto, ma anche a favorire processi di riflessione e rielaborazione dei vissuti di incertezza, paura, rischio di contagio, solitudine e isolamento connessi alla pandemia da COVID-19. Ciò anche nel tentativo di contrastare e prevenire possibili reazioni paradossali quali, ad esempio, la scelta, da parte della donna, di isolarsi, di non sottoporsi a *screening* prenatali e/o al vaccino, nonché di partorire in casa, e non in ospedale/clinica, con l'idea di tutelare la propria salute e quella del proprio bambino, e di poter, inoltre,

usufruire, senza restrizioni, della rete di supporto sociale (ad es. obbligo di tampone negativo del partner e dei familiari per poter accedere alle strutture ospedaliere; limitazioni nel numero dei visitatori) (Engjom et al., 2022; Fakari e Simbar, 2020; Lega et al., 2022; Moyer et al., 2020). In tal senso, se, da una parte, è necessario che gli operatori sanitari adottino le precauzioni adeguate a proteggere la salute fisica della madre e del bambino dall'infezione, dall'altra parte è altresì necessario tener conto della necessità di prevenire il rischio psicopatologico nella madre e di ridurre gli effetti potenzialmente patogeni di tali esperienze sullo sviluppo e sulla qualità della relazione madre-bambino, e sul benessere familiare. In tal senso, anche a livello delle organizzazioni socio-sanitarie, i percorsi assistenziali devono tener conto del fondamentale ruolo protettivo svolto dal supporto informale (partner, familiari, amici) e professionale (psicologi e psicoterapeuti all'interno delle strutture socio-sanitarie) sia durante che dopo la gravidanza e il parto, e devono, pertanto, mirare, nel pieno rispetto della prevenzione del rischio di contagio, a garantire la possibilità di fruire/attivare il *network* sociale.

In conclusione, a seconda del complesso intreccio tra maternità, emergenza COVID-19 e rischio (percepito e/o concreto), gli interventi di supporto psicologico devono tener conto della necessità di promuovere la messa in parola e l'elaborazione delle specifiche esperienze vissute dalla donna nel corso della pandemia. Tali esperienze, difatti, possono aver assunto connotazioni significativamente traumatiche in particolare nei casi di ospedalizzazione dovuta a una condizione di gravidanza “ad alto rischio” ma anche nei casi di ricovero dovuto a complicanze da infezione da COVID-19. D'altra parte, gli interventi devono mirare all'identificazione e alla valorizzazione delle risorse individuali e relazionali possedute e/o attivabili (in particolare in termini di supporto sociale), al fine di accompagnare efficacemente le gestanti e le neo-mamme nel delicato percorso alla genitorialità ed evitare possibili ripercussioni a breve e lungo termine in relazione alla pandemia da COVID-19.

Bibliografia

- Aassve, A., Cavalli, N., Mencarini, L., Plach, S., Livi Bacci, M. (2020). The COVID-19 pandemic and human fertility. *Science*, 369(6502), 370-371.
- Ahmad, M., Vismara, L. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic on women's mental health during pregnancy: a rapid evidence review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7112.
- Alaszewski, A., T. Horlick-Jones (2003). How can doctors communicate information about risk more effectively? *British Medical Journal*, 327(7417), 728-731.
- Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D., Miller, L. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), 741-748.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). ACOG Practice Bulletin No. 156: Obesity in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 126(6), e112-126.
- Arias, F., Bhide, A. G., Arulkumaran, S., Damania, K., Daftary, S. N. (Eds.). (2012). *Practical Guide to High Risk Pregnancy and Delivery-E-Book*. Elsevier health sciences.
- Badell, M. L., Dude, C. M., Rasmussen, S. A., Jamieson, D. J. (2022). Covid-19 vaccination in pregnancy. *Biomedical journal*, 378, e069741.
- Bergman, K., Sarkar, P., O'Connor, T. G., Modi, N., Glover, V. (2007). Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1454-1463.
- Bydlowski M. (1997). *Il debito di vita. I segreti della filiazione*. Quattroventi Editore.
- Carbone, L., Mappa, I., Sirico, A., Di Girolamo, R., Saccone, G., Di Mascio, D., Donadono, V., Cuomo, L., Gabrielli, O., Migliorini, S., Luviso, M., D'antonio, F., Rizzo, G., Maruotti, G. M. (2021). Pregnant women's perspectives on severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccine. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 3(4), 100352.
- Chuang, C. H., Velott, D. L., Weisman, C. S. (2010). Exploring knowledge and attitudes related to pregnancy and preconception health in women with chronic medical conditions. *Maternal and child health journal*, 14(5), 713-719.

- Clauson, M. I. (1996). Uncertainty and stress in women hospitalized with high-risk pregnancy. *Clinical Nursing Research*, 5(3), 309-325.
- Dangal, G. (2007). High-risk pregnancy. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 7(1), 1-7.
- Darchis, E. (2009). L'instaurazione della genitorialità e le sue vicissitudini. In Zurlo, M. C. (a cura di) *Percorsi della filiazione*. Franco Angeli, Editore.
- de Oliveira, M. R., Dessen, M. A. (2012). Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos [Changes in mothers' social support network during pregnancy and childbirth]. *Estudos de Psicologia*, 29(1), 81-88.
- Denis, A., Michaux, P., Callahan, S. (2012). Factors implicated in moderating the risk for depression and anxiety in high risk pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(2), 124-134.
- Edwards, A., Elwyn, G., Mulley, A. (2002). "Explaining risks: Turning numerical data into meaningful pictures." *British Medical Journal*, 324(7341): 827-830.
- Engjom, H., van den Akker, T., Aabakke, A., Ayras, O., Bloemenkamp, K., Donati, S., Cereda, D., Overtoom, E., Knight, M. (2022). Severe COVID-19 in pregnancy is almost exclusively limited to unvaccinated women—time for policies to change. *The Lancet Regional Health—Europe*, 13, 100313.
- Evans, E. C., Bullock, L. F. (2012). Optimism and other psychosocial influences on antenatal depression: A systematic review. *Nursing e Health Sciences*, 14(3), 352-361.
- Fakari, F. R., Simbar, M. (2020). Coronavirus pandemic and worries during pregnancy; a letter to editor. *Archives of academic emergency medicine*, 8(1), e21-e21.
- Giusti, A., Zambri, F., Marchetti, F., Corsi, E., Preziosi, J., Sampaolo, L., Pizzi, E., et al. (2021). Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. retrived October 20, 2022 from https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+2_2021.pdf/73969e59-08d9-3257-5cbe-649528d61788?t=1613387397571
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice e research Clinical obstetrics e gynaecology*, 28(1), 25-35.
- Goncu Ayhan, S., Oluklu, D., Atalay, A., Menekse Beser, D., Tanacan, A., Moraloglu Tekin, O., Sahin, D. (2021). COVID-19 vaccine acceptance in pregnant women. *International Journal of Gynecology e Obstetrics*, 154(2), 291-296.
- Guyotat, J. (1980). *La struttura del legame di filiazione*, in Zurlo, M.C. (2002). (a cura di), *La filiazione problematica, Saggi psicoanalitici*. Liguori, Editore.
- Hajikhani, N. A., Ozgoli, G., Pourebrahim, T., Mehrabi, Y. (2020). Predictors of Mental Health During High-Risk Pregnancy. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*, 7(1), 54-58.
- Hamilton, B. E., Martin, J. A., Osterman, M. J. K., Curtin, S. C., Mathews, T. J. (2015). Births: Final data for 2014. *National Vital Statistics Reports*, 64(12). Retrieved May 31, 2016, from http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_12.pdf
- Harville, E. W., Xiong, X., Buekens, P., Pridjian, G., Elkind-Hirsch, K. (2010). Resilience after hurricane Katrina among pregnant and postpartum women. *Women's health issues*, 20(1), 20-27.
- Heaman, M., Gupton, A., Gregory, D. (2004). Factors influencing pregnant women's perceptions of risk. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 29(2), 111-116.
- Heaman, M. (1992). Stressful life events, social support, and mood disturbance in hospitalized and non-hospitalized women with pregnancy-induced hypertension. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 24(1), 23-38.
- Hore, B., Smith, D. M., Wittkowski, A. (2019). Women's experiences of anxiety during pregnancy: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2(1), 1026.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS; 2020). COVID-19: gravidanza, parto e allattamento. Retrived December 23, 2021 from <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/>
- Itoss "Sorveglianza della Mortalità Materna" (2019). Retrived December, 23, 2021 from <https://www.epicentro.iss.it/itoss/risultati-2019>
- Januszek, S. M., Faryniak-Zuzak, A., Barnaś, E., Łoziński, T., Góra, T., Siwiec, N., Szczerba, P., Januszek, R., Kluz, T. (2021). The approach of pregnant women to vaccination based on a COVID-19 systematic review. *Medicina*, 57(9), 977.
- Kalcev, G., Preti, A., Orrù, G., Carta, M. G. (2020). Perinatal mental health: One of the biggest challenges in coronavirus disease-19 crisis. *Open Access Macedonian Journal Of Medical Sciences*, 8(1), 245-247.
- Kaës, R. (1995). *Trasmissioni della vita psichica tra generazioni*. Borla Editore.
- Kemp, V. H., Hatmaker, D. D. (1989). Stress and social support in high-risk pregnancy. *Research in nursing e health*, 12(5), 331-336.
- Khan, S., Peng, L., Siddique, R., Nabi, G., Xue, M., Liu, J., Han, G. (2020). Impact of COVID-19 infection on pregnancy outcomes and the risk of maternal-to-neonatal intrapartum transmission of COVID-19 during natural birth. *Infection Control e Hospital Epidemiology*, 41(6), 748-750.

- Kotabagi, P., Fortune, L., Essien, S., Nauta, M., Yoong, W. (2020). Anxiety and depression levels among pregnant women with COVID-19. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 99(7), 953.
- Lega, I., Bramante, A., Lauria, L., Grusso, P., Dubini, V., Falcieri, M., et al. (2022). The Psychological Impact of COVID-19 among Women Accessing Family Care Centers during Pregnancy and the Postnatal Period in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 1983.
- Maloni, J. A., Brezinski-Tomasi, J. E., Johnson, L. A. (2001). Antepartum bed rest: effect upon the family. *Journal of Obstetric, Gynecologic, e Neonatal Nursing*, 30(2), 165-173.
- Maloni, J. A., Kane, J. H., Suen, L. J., Wang, K. K. (2002). Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest: a longitudinal study. *Nursing research*, 51(2), 92-99.
- Mappa, I., Luviso, M., Distefano, F. A., Carbone, L., Maruotti, G. M., Rizzo, G. (2021). Women perception of SARS-CoV-2 vaccination during pregnancy and subsequent maternal anxiety: a prospective observational study. *The Journal of Maternal-Fetal e Neonatal Medicine*, 35(25), 6302-6305.
- Mazzoni, C. M. (2008). *La vita nascente: il corpo del nascituro. Per uno statuto del corpo*, Giuffrè Editore.
- Melville, J. L., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M. Y., Katon, W. J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstetrics and gynecology*, 116(5), 1064.
- Mikkelsen, T. B., Osler, M., Orozova-Bekkevold, I., Knudsen, V. K., Olsen, S. F. (2006). Association between fruit and vegetable consumption and birth weight: a prospective study among 43,585 Danish women. *Scandinavian journal of public health*, 34(6), 616-622.
- Mirzakhani, K., Ebadi, A., Faridhosseini, F., Khadivzadeh, T. (2020). Well-being in high-risk pregnancy: an integrative review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 526.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database of systematic Reviews*, 25(11): CD003519.
- Moyer, C. A., Compton, S. D., Kaselitz, E., Muzik, M. (2020). Pregnancy-related anxiety during COVID-19: a nationwide survey of 2740 pregnant women. *Archives of women's mental health*, 23(6), 757-765.
- National Institutes of Health NIH. (2010). *Risk of newborn heart defects increases with maternal obesity [news release]*. Retrieved July 30, 2012, from <http://www.nih.gov/news/health/apr2010/nichd-07.htm>
- Norbeck, J.S., Tilden, V.P. (1983). Life stress, social support and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: a prospective multivariate study. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(1), 30-46.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2020a). Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy and childbirth Retrieved December 23, 2021 from <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth#:~:text=Pregnant%20women%20or%20recently%20pregnant,to%20their%20healthcare%20provider>.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2020b). WHO Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19 -11 March 2020. Retrieved September 2, 2020 from <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-openingremarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2021). Interim recommendations for use of the Pfizer–BioNTech COVID-19 vaccine, BNT162b2, under emergency use listing: interim guidance, Retrieved December 23, 2021 from https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-BNT162b2-2021.1
- Ostacoli, L., Cosma, S., Bevilacqua, F., Berchiolla, P., Bovetti, M., Carosso, A. R., Malandrone, F., Carletto, S., Benedetto, C. (2020). Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 703.
- Parra-Saavedra, M., Villa-Villa, I., Pérez-Olivo, J., Guzman-Polania, L., Galvis-Centurion, P., Cumplido-Romero, Á., et al. (2020). Attitudes and collateral psychological effects of COVID-19 in pregnant women in Colombia. *International Journal of Gynecology e Obstetrics*, 151(2), 203-208.
- Patabendige, M., Athulathmudali, S. R., Chandrasinghe, S. K. (2020). Mental health problems during pregnancy and the postpartum period: A multicenter knowledge assessment survey among healthcare providers. *Journal of Pregnancy*, 2020, 4926702.
- Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psychoanalysis*, 63, 311-319.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102066.
- Romeo, R., Dey, S. K., Fisher, S. J. (2014). Preterm labor: one syndrome, many causes. *Science*, Aug 15;345(6198),760-765.
- Rosina, A., Bonifazi, C., Comolli, C. L., D'Addio, A. C., De Rose, A., Luppi, F., Prati, S., Castagnaro, C., Paparusso, A. (2022). L'impatto Della Pandemia Di Covid-19 Su Natalità E Condizione Delle Nuove Generazioni Secondo rapporto del Gruppo di esperti "Demografia e Covid-19 Retrieved October 20, 2022 from https://famiglia.governo.it/media/2671/secondo-report_gde-demografia-e-covid-19_finale.pdf

- Rothberg, A. D., Lits, B. (1991). Psychosocial support for maternal stress during pregnancy: effect on birth weight. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 165(2), 403-407.
- Sade, S., Sheiner, E., Wainstock, T., Hermon, N., Yaniv Salem, S., Kosef, T., Battat Lancsner, T., Oron, S., Pariente, G. (2020). Risk for depressive symptoms among hospitalized women in high-risk pregnancy units during the COVID-19 pandemic. *Journal of clinical medicine*, 9(8), 2449.
- Salehi, L., Rahimzadeh, M., Molaei, E., Zaheri, H., Esmaelzadeh-Saeieh, S. (2020). The relationship among fear and anxiety of COVID-19, pregnancy experience, and mental health disorder in pregnant women: A structural equation model. *Brain and Behavior*, 10(11), e01835.
- Schrag, S. J., Verani, J. R., Dixon, B. E., Page, J. M., Butterfield, K. A., Gaglani, M., et al. (2022). Estimation of COVID-19 mRNA vaccine effectiveness against medically attended COVID-19 in pregnancy during periods of delta and omicron variant predominance in the United States. *JAMA network open*, 5(9), e2233273-e2233273.
- Shah, N. R., Bracken, M. B. (2000). A systematic review and meta-analysis of prospective studies on the association between maternal cigarette smoking and preterm delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(2):465-472.
- Skirrow, H., Barnett, S., Bell, S., Riaposova, L., Mounier-Jack, S., Kampmann, B., Holder, B. (2022). Women's views on accepting COVID-19 vaccination during and after pregnancy, and for their babies: A multi-methods study in the UK. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-15.
- Siegel, M. R., Lumbreras-Marquez, M. I., James, K., McBay, B. R., Gray, K. J., Schantz-Dunn, J., Goldfarb, I. T. (2022). Perceptions and Attitudes toward COVID-19 Vaccination among Pregnant and Postpartum Individuals. *American Journal of Perinatology*, 29(14), 1489-1495.
- Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia (SIGO; 2021) PositionPaper Gravidanza e Vaccinazione anti COVID. Retrived October 20, 2022 from https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2021/05/PositionPaper_Gravidanza_Vaccinazione_anti_COVID_05.05.2021.pdf
- Sinaci, S., Tokalioglu, E. O., Ocal, D., Atalay, A., Yilmaz, G., Keskin, H. L., Tekin, O. M. (2020). Does having a high-risk pregnancy influence anxiety level during the COVID-19 pandemic? *European Journal of Obstetrics e Gynecology and Reproductive Biology*, 255, 190-196.
- Stainton, M. C., McNeil, D., Harvey, S. (1992). Maternal tasks of uncertain motherhood. *Maternal-Child Nursing Journal*, 20(34):113-123.
- Tutnjević, S., Lakić, S. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on pregnant women in Bosnia and Herzegovina and Serbia. PsiArXiv. Retrived October 20, 2022 from <https://doi.org/10.31234/osf.io/su3nv>
- Wang, Y., Chen, L., Wu, T., Shi, H., Li, Q., Jiang, H., Zheng, D., Wang, X., Wei, Y., Zhao, Y., Qiao, J. (2020). Impact of Covid-19 in pregnancy on mother's psychological status and infant's neurobehavioral development: a longitudinal cohort study in China. *BMC Medicine*, 18(1), 347.
- White, O., McCorry, N., Dempster, M., Manderson, J. (2008). Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2): 74-85.
- Williams, F. M., Freidin, M. B., Mangino, M., Couvreur, S., Visconti, A., Bowyer, R. C., et al. (2020). Self-reported symptoms of COVID-19, including symptoms most predictive of SARS-CoV-2 infection, are heritable. *Twin Research and Human Genetics*, 23(6), 316-321.
- Yassa, M., Yassa, A., Yirmibeş, C., Birol, P., Ünlü, U. G., Tekin, A. B., Sandal, K., Mutlu, M. A., Çavuşoğlu, J., Tug, N. (2020). Anxiety levels and obsessive compulsion symptoms of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 17(3), 155-160.
- Yu, Y., Zhang, S., Wang, G., Hong, X., Mallow, E. B., Walker, S. O., Wang, X. (2013). The combined association of psychosocial stress and chronic hypertension with preeclampsia. *American Journal of Obstetrics e Gynecology*, 209(5), 438.e1-438.e12.
- Zhang, Y., Ma, Z. F. (2020). Psychological responses and lifestyle changes among pregnant women with respect to the early stages of COVID-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(4), 344-350.
- Zurlo, M. C., (a cura di), (2013). *La filiazione problematica. Saggi psicoanalitici*. Liguori Editore.