

SCHEDA PRESENTAZIONE PROGETTO

Titolo	Depressione in gravidanza e post partum: Modello organizzativo in ambito clinico, assistenziale e riabilitativo
Area	Ricerca indipendente- Materno-infantile
Proponente	A.O. FATEBENEFRAPELLI Milano
Strutture Coinvolte	A.O. FATEBENEFRAPELLI Milano O.N.Da: Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna ITACA
Settore d'intervento	Studi su modelli organizzativi di percorsi diagnostico-assistenziali Materno Infantile

Descrizione delle conoscenze disponibili e altre ricerche in corso nell'area d'intervento interessata

La depressione e l'ansia sono due disturbi molto diffusi tra gli italiani, soprattutto tra le donne, con conseguenze che vanno dal disagio personale per la vergogna di una malattia tanto stigmatizzata, ai costi sociali, come l'assenza prolungata dal lavoro. Il problema assume dimensioni preoccupanti, tanto che nel 2020 costituirà la prima causa di disabilità in Europa.

Numerosi studi hanno dimostrato che una parte di donne in gravidanza presentano disturbi dell'umore (Depressione-Ansia). I sintomi depressivi in gravidanza sono comuni quanto i sintomi nel post partum (Milgrom 2008). Il 40% delle donne che presentano depressione nel post partum era già depresso in gravidanza (Austin 2004)¹.

Esiste un'ampia variabilità negli studi che propongono risultati epidemiologici della depressione in gravidanza: una percentuale di donne gravide che va dal 10-16% (Obstetric Gynecol Clin Am 2009) al 14 - 23% ha manifestato una sintomatologia depressiva (episodio depressivo, depressione minore-subsindromica) durante la gravidanza (Yonkers et Al., 2009)². I disturbi depressivi in gravidanza possono essere una reazione alla gravidanza stessa, associati ad una patologia internistica o ad eventi di vita stressanti (stressor importanti). I sintomi depressivi in gravidanza possono essere la manifestazione di un continuum depressivo o una ricorrenza di una condizione depressiva precedente. In modo particolare sono esposte le donne che hanno sospeso un trattamento antidepressivo per la gravidanza (Oates 2006).

¹ AUSTIN M.P. (2004) *Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: where to from here?* Arch Womens Ment Health, 7(1):1-6.

² Yonkers K.A. et al., 2009, The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists, General Hospital Psychiatry 31: 403-413.

Persino i disturbi d'**ansia in gravidanza** hanno ricevuto minor attenzione rispetto alla depressione pur essendo altrettanto comuni (Austin e Priest 2005) e scarsi sono gli studi, poco specifici e metodologicamente poco rigorosi³. L'ansia in gravidanza è associata a conseguenze negative per lo sviluppo fetale e alla possibilità di manifestare una depressione nel post partum (Ross 2006)⁴. Una tra le difficoltà di individuare i disturbi d'ansia durante la gravidanza dipende dalla sovrapposizione di sintomi fisici e psichici propri dell'esperienza di gravidanza oppure da manifestazioni di un disturbo d'ansia specifico (Panico, ODC, Gad, PTSD). Le paure comuni (stato di salute della donna e del feto, paura della perdita bambino, timore del cambiamento del corpo, del ruolo genitoriale e sociale paura del parto).

Inoltre, circa il 16% delle donne soffre di un **disturbo mentale nel periodo perinatale** (Buist 2006). I disturbi mentali nel periodo perinatale hanno un significativo impatto sulla vita della donna, sul bambino, sulla relazione mamma bambino e sugli altri famigliari (Perinatal mental Health Consortium 2008)⁵.

La psicosi compare prevalentemente nel primo mese dopo il parto (Scottish Intercollegiate Guide Lines 2002)⁶. La psicosi puerperale può essere un esordio psicotico, un episodio maniacale di un Disturbo Bipolare, psicosi reattiva breve o ancora una riacutizzazione schizofrenia. L'incidenza è 1 ogni 1000 parti con rischio di ricadute nelle successive gravidanze pari al del 50%.

L'evidenze scientifiche, epidemiologiche e cliniche confermano una maggiore possibilità di ammalarsi di depressione nelle donne che in post-partum o in perimenopausa mostrano una particolare vulnerabilità ormonale.

Il Centro ambulatoriale "Pisiche-Donna", nato a Milano nel dicembre 2004 c/o l'Ospedale Macedonio Melloni (Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli), è un ambulatorio "ad hoc" che si occupa esclusivamente di disturbi psichiatrici comparsi durante la gravidanza, il post-partum e la perimenopausa. Il Centro si occupa di prendere in cura le pazienti attraverso un progetto terapeutico proposto e condotto da specialiste psichiatre e psicologhe aperto non solo alle problematiche cliniche ma anche alla gestione di quegli elementi ritenuti a rischio per lo sviluppo e l'aggravarsi della patologia depressiva.

Nuove conoscenze prevedibili attraverso il progetto e impatto previsto sul SSR

³ AUSTIN M.P., PRIEST S.R. (2005) *Clinical issue in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders*, Acta Psychiatr Scand, 112(2):97-104.

⁴ ROSS L.E., MCLEAN L.M., (2006) *Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review*. J Clin Psychiatry 67(8):1285-1298.

⁵ Perinatal Mental Health Consortium. Perinatal Mental Health. National Action Plan. 2008-2010. Full Report. May 2008.

⁶ SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (2002) *Postnatal depression and puerperal psychosis: a nation clinical guideline*, Edimburgh: SIGN.

La Regione Lombardia riconosce la famiglia quale “luogo di espressione di una responsabilità generativa non sostituibile da altre istituzioni sociali”: la relazione precoce mamma-bambino e l’assunzione delle responsabilità genitoriali sono due elementi fondamentali per il presente e futuro degli utenti del sistema sanitario regionale.

La depressione post-partum e con essa tutta la psicopatologia che si solleva in gravidanza e nel puerperio necessita di un’attenzione sanitaria specifica ed accurata tale è l’impatto che determina sulla madre, sul bambino e sulla famiglia. In Italia sono presenti diversi interventi di trattamento che non raggiungono un modello unitario né una rete di lavoro comune.

Anche se la maternità è un potenziale fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologia quando sono presenti elementi di vulnerabilità biologica, psicologica ed ambientale, la gravidanza in termini di prevenzione può costituire una “finestra di opportunità”. È in gravidanza che la donna ha più occasioni di contatto con operatori sanitari che se opportunamente formati possono essere in grado di individuare eventuali fattori di rischio.

Questo progetto offre degli elementi per contribuire a creare una maggiore consapevolezza della grande vulnerabilità psichica di ogni futura mamma ed a supportare la donna ad uscire dallo stato di solitudine in cui spesso si trova quando cade in una depressione in gravidanza o perinatale. Questa condizione di solitudine e di isolamento sociale aggravano le condizioni personali della mamma e della relazione con il figlio.

Questa iniziativa contribuisce alla prevenzione primaria di questa patologia perché crea una maggiore consapevolezza della grande vulnerabilità psichica di ogni futura mamma, aiutando la donna ad uscire dallo stato di solitudine in cui spesso si trova. Questa condizione di solitudine e di isolamento sociale aggravano le condizioni personali della mamma e della relazione con il figlio. Inoltre, il progetto contribuisce all’informazione e a formare gli operatori coinvolti nella gestione della salute della donna (ginecologi, pediatri, MMG, neonatologi, ostetriche, psichiatri psicologi, assistenti sociali). Inoltre il progetto sviluppa un modello che promuove l’applicazione di strategie assistenziali per aumentare il supporto disponibile nel post partum. Il progetto svilupperà gli strumenti per l’identificazione di donne vulnerabili per fattori di rischio riconosciuti che possono essere selezionate attraverso misure preventive specifiche.

Il modello del progetto contribuisce alla prevenzione secondaria perché sviluppa degli strumenti per ridurre la prevalenza della psicopatologia perinatale riducendo la gravità e la durata di malattia e limitando le conseguenze avverse. La metodologia consiste nell’individuazione precoce e nel trattamento rapido ed efficace. Infine, il modello sviluppa un percorso di presa in cura con trattamento personalizzato, specialistico e multidisciplinare per le madri con psicopatologia grave.

Le donne provenienti da aree culturali diverse da quella europea necessitano di un approccio rispettoso e di una specifica valutazione visto le differenti culture generali e specifiche circa la maternità, il parto, la vita di coppia e la relazione mamma-bambino.

Il rischio di depressione potrebbe essere maggiore in queste donne in quanto si trovano in una realtà culturale/ambientale diversa dalla propria. A volte risentono della difficoltà di riconoscere il disagio mentale, della mancanza di supporto della famiglia sociale, del ruolo che la donna e il sesso del nascituro hanno per certe culture, del senso di isolamento dovuto alla migrazione e della mancanza di informazioni sui servizi disponibili sul territorio.

Un ostacolo è rappresentato dalla lingua parlata e dal grado di comprensione della lingua e quindi emerge la necessità di mediatori culturali che facilitino il rapporto con la donna e l’accessibilità dei servizi.

La scala EPDS è tradotta in quasi tutte le lingue e può comunque essere utilizzata come strumento di screening per identificare situazioni a rischio che poi devono essere

approfondite e monitorate da personale e servizi appositi per le donne straniere (Beyondblue 2010⁷, Nice 2007⁸, Scottish Intercollegiate Guidelines 2002⁹).

Metodologia applicata

Questa proposta comprende la progettazione di un modello organizzativo in ambito clinico, assistenziale e riabilitativo, per le pazienti con depressione durante la gravidanza e il post-partum. Questo modello supporterebbe le attività di collaborazione già esistenti fra i consultori familiari accreditati e i dipartimenti materno infantili ospedalieri della Regione.

La metodologia utilizzata dal progetto ha quattro elementi principali:

Elaborazione Protocolli

a) Protocollo clinico percorso del rapporto mamma-neonato

Lo sviluppo delle linee guida verrà effettuato da un gruppo costituito da medici psichiatri e psicologhe/psicoterapeute esperte nell'ambito della patologia psichiatrica materna. Successivamente sarà condiviso con Ginecologi-Ostetrici-Pediatri.

Il progetto linee guida verrà presentato c/o il Ministero della Salute per raggiungere un'approvazione da renderle operative sul piano nazionale.

Le linee guida saranno esportabili alle circa 70 punti nascita accreditati della Regione.

b) Protocollo in gruppo obiettivo: Donne gravide e in post partum con disturbi di personalità (secondo modello di Marsha Linehan)

Continuità protocollo clinico già operativo c/o P.O. M. Melloni

Il gruppo secondo modello Marscha lineah verrà effettuata 1 volta all'anno. Ogni gruppo prevede la partecipazione di max 10 pazienti.

Si tratta di 8 incontri di gruppo per ogni modulo tematico:

- Ogni incontro è settimanale = 1 modulo sono 8 settimane= 2 mesi
- Si applicheranno indicatori di esito per valutare l'efficacia dell'applicazione clinica effettuata (T0 =ingresso e T1= termine modulo rating scale= EPDS)

Formazione

Il progetto realizzerà due tipi di formazione:

⁷ *Beyondblue* DRAFT Clinical Practice Guidelines — March 2010.

⁸ *Nice- National Institute for health and clinical excellence 2007, Antenatal and Postnatal Mental health clinical management and service guidance, London.*

⁹ SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (2002) *Postnatal depression and puerperal psychosis: a nation clinical guideline*, Edimburgh: SIGN.

a) Gruppo Volontariato ITACA per le visite domiciliari

Volontarie appartenenti ad un'Associazione impegnata nell'ambito della salute mentale (Associazione Progetto Itaca) saranno formate da personale del **Centro Studi Prevenzione e Cura dei disturbi depressivi nella Donna** del FBF per essere competenti nella realizzazione di visite domiciliari alle madri che afferiscono al Centro.

Proposta progetto ai volontari

Valutazione volontari candidati (donne) con colloquio individuale per ingresso al progetto

Formazione specifica ai volontari interessati

Presentazione dei sintomi nella psicopatologia della maternità:

- gestione del caso: limiti-opportunità di lavoro in VD
- definizione del ruolo; *problem solving* su difficoltà riscontrate dalle volontarie al domicilio

Per questa attività si prevede:

- n° 1 incontro rivolto a tutti i volontari
- n° 2 –3 incontri di formazione con i contenuti sopracitati

b) Corso di formazione II° livello per psichiatri e psicologi con crediti ECM

Un unico corso da effettuare nel II° semestre anno 2013 che svilupperà i seguenti moduli:

- 1° modulo "A Scuola di Emozioni"
- 2° modulo "Gestire l'Impulsività"
- 3° modulo "Relazioni interpersonali"

Assistenza

a) Visite Domiciliari Mamma-neonato

Il progetto realizzerà le visite domiciliari con il supporto di un gruppo di volontarie di ITACA che riceveranno la formazione, la supervisioni periodiche e il supporto telefonico da parte del personale del centro costruendo con esso e con la paziente un lavoro terapeutico di équipe.

La scelta di un'associazione di volontariato è motivata dall'esperienza già avviata con tale associazione e riconosciuta efficace ed apprezzata dalle pazienti del Centro.

La metodologia applicata in questi anni permetterà di sviluppare un modello esportabile in altre realtà sanitarie per raggiungere al domicilio **le donne con compromissione psicopatologica** e della relazione di attaccamento.

Ogni anno si prevede di assistere con questo progetto pilota 10/15 madri con psicopatologia grave afferenti al Centro.

b) Gruppo Papà

Il ruolo paterno è sottovalutato nella costruzione della struttura familiare che si consolida con l'avvento di un nuovo nato. Molti interventi sono dedicati alla diade madre-bambino ed al bambino ma pochi promuovono un supporto alla genitorialità paterna.

Disturbi psicopatologici nel post-partum si evidenziano anche nei padri. Più a rischio sono i soggetti con pregressa storia psichiatrica, difficoltà nella relazione coniugale e nel lavoro. Inoltre i partners di donne depresse nel post-partum presentano una maggiore vulnerabilità alla stanchezza ed a sviluppare disturbi dell'umore o sintomi psichici di disadattamento. La depressione nei neo padri determina uno scadimento nella relazione di coppia, nella costruzione della struttura familiare appena formata ed interferisce con l'adeguato sviluppo del bambino.

Incontri dedicati ai padri: si strutturano attraverso 4 incontri/anno che raccolgono i papà compagni delle neo-mamme che afferiscono al P.O. M. Melloni. Gli incontri prevedono lo sviluppo di alcuni contenuti specifici quali:

- ✓ Attenzione al nuovo ruolo paterno
- ✓ Supporto alla genitorialità nel nuovo ruolo paterno
- ✓ Psicoeducazionale rispetto alla psicopatologia del puerperio: la depressione post-partum
- ✓ Supporto/coinvolgimento nella gestione di malattia
- ✓ Attenzione ad eventuali psicopatologie del partner
- ✓ Compilazione di specifici questionari strutturati c/o il centro con l'obiettivo di sviluppare strumenti di osservazione e di stimolo degli stati emotivi genitoriali.

Gli incontri prevedono la partecipazione di un Neonatologo e di una Puericultrice che possono fornire indicazioni specifiche circa i modelli di crescita del bambino e la sua gestione pratica.

Si prevede agli incontri la presenza di una psichiatra ed una psicologa già competenti nel supporto alla genitorialità paterna.

Per gli incontri verrà sviluppato un materiale informativo e un questionario ad hoc per aiutare i padri ad identificare le difficoltà del nuovo ruolo.

Al termine degli incontri verrà distribuito un questionario di gradimento per verificare l'efficacia e l'utilità dei temi trattati.

Informazione/comunicazione

a) Indagine Informativa

Interviste a 1000 donne residenti in Lombardia per esplorare il livello di conoscenza sulla depressione post-partum, come l'hanno conosciuta e la consapevolezza delle possibilità di cura. Le interviste approfondiranno, con una breve sezione, le donne che si trovino casualmente, nel momento in gravidanza e/o che hanno partorito di recente. Questo campione è abbastanza significativo dato che rappresenta il 1% delle donne in gravidanza della Lombardia. I risultati dell'indagine saranno presentati in una conferenza stampa in sede istituzionale.

b) Attività di comunicazione

L'attività di comunicazione ha l'obiettivo di far uscire le donne dal silenzio e parlare di depressione senza più timore e superando vari tabù. Inoltre, questa attività vuole stimolare la

classe medica e l'opinione pubblica a confrontarsi e ad essere più consapevole della grande vulnerabilità psichica di ogni futura mamma, aiutando la donna ad uscire dallo stato di solitudine in cui spesso si trova. Sono previsti due comunicati stampa con informazione sui prodotti del progetto e attività multimediale.