

Profilo assistenziale condiviso per l'intercettazione precoce e per la presa in carico del disagio psichico perinatale e per la prevenzione della depressione post partum

Premessa

Il documento descrive le modalità organizzative per la prevenzione e la presa in carico della Depressione Post Partum (DPP) e degli altri disturbi psichici che possono insorgere in gravidanza e/o durante i primi mesi di vita del neonato.

Primo obiettivo del profilo di assistenza addizionale è quello di allertare tutti gli operatori del percorso nascita e del percorso crescita sui segnali che possono evidenziare una situazione di disagio della donna che può evolvere verso un disturbo psichiatrico vero e proprio.

Secondo obiettivo è la presa in carico precoce delle donne a rischio e di quelle francamente patologiche.

Per realizzare, all'interno dei percorsi suddetti (nascita e crescita), le strategie previste dal profilo è necessario ottimizzare la collaborazione tra Consultori Familiari, Ambulatori Specialistici pubblici e privati, Punti Nascita, servizi attivati in puerperio, Pediatri di libera scelta e Medici di medicina generale, Servizi di Psicologia, di Psichiatria, di NPI, delle Dipendenze, Servizi Sociali.

La donna riceverà le informazioni aggiuntive utili per seguire il percorso personalizzato attraverso il foglio integrativo alla Agenda di Gravidanza da introdurre nella sezione Assistenza Addizionale.

I servizi territoriali ed ospedalieri cui la donna farà riferimento durante il suo percorso nascita (dalla gravidanza al parto al puerperio) devono condividere i comportamenti assistenziali e di cura attraverso uno scambio ed un confronto costanti che alimentino e consolidino la conoscenza puntuale della rete di sostegno e delle modalità di accesso alla stessa. La sottovalutazione di situazioni di rischio si configura come significativa carenza in sanità pubblica se si considera la sofferenza soggettiva della donna e dei suoi familiari, nonché le limitazioni e i costi diretti e indiretti dovuti alla compromissione della sua vita personale, sociale e lavorativa.

Introduzione

Il profilo assistenziale vuole essere uno strumento di supporto facilmente consultabile per i professionisti dell'area materno infantile e della salute mentale, basato sulle evidenze scientifiche, integrato nel "Percorso Nascita" (DGR n.34-8769 del 12/05/2008), finalizzato ad intercettare condizioni di disagio psichico che possono manifestarsi nel periodo pre, peri e post natale. La gravidanza ed il post parto rappresentano uno dei periodi della vita a maggior rischio per le donne di soffrire di disturbo depressivo. La DPP è oggetto di attenzione crescente negli anni recenti, in quanto è un disturbo prevenibile ed il riconoscimento precoce dei sintomi permette di avviare procedure di intervento efficaci. Nella pratica comune la DPP sfugge frequentemente alla osservazione clinica e meno del 50% delle donne che ne soffrono chiede spontaneamente aiuto. Le forme più subdole, e quindi difficilmente rilevabili, di disagio psichico durante la gravidanza, il travaglio di parto o dopo il parto meritano una particolare attenzione da parte degli operatori poiché possono rappresentare segni di allarme di DPP. Essa, se non adeguatamente intercettata e trattata, oltre ad avere conseguenze sulla salute della donna, interferisce sulla relazione madre-

bambino con importanti conseguenze nel corso degli anni e può sfociare in comportamenti autolesivi fino al suicidio. Tutti gli operatori, pur avendo competenze e missioni diverse, devono essere adeguatamente preparati e formati all'ascolto attivo e non giudicante per riconoscere i segni di disagio. Ancor prima di orientare e accompagnare la donna alla presa in carico specialistica gli operatori devono poter contare su una condivisione del caso con altri colleghi, per ridurre il carico emotivo e garantire un approccio equilibrato. Il disagio può essere intercettato attraverso i bilanci di salute e le occasioni di contatto previste dall'Agenda, nel percorso di assistenza alla gravidanza e dall'Agenda della salute del bambino, per quel che riguarda il percorso crescita.

Epidemiologia e aspetti clinici

I risultati dei numerosi studi sul disagio psichico pubblicati in letteratura risultano piuttosto discordanti a causa della scarsa confrontabilità dovuta all'utilizzo di strumenti di screening differenti, diversi cut-off e non da ultimo per i confini sfumati tra situazioni francamente patologiche, quelle borderline e quelle transitoriamente legate al vissuto del parto e del postparto.

E', prima di tutto, necessario evidenziare le caratteristiche dei disturbi che possono rientrare nel "disagio psichico" e la loro incidenza.

La **depressione** è un disturbo dell'umore caratterizzato da un insieme di sintomi che alterano il funzionamento vitale della persona che ne soffre.

In Europa, sulla popolazione generale, il disturbo depressivo maggiore rende conto del 6% (terzo posto per ordine di importanza) del carico totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie, costituendo uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per i servizi sanitari nazionali (Epicentro: dati OMS World Mental Day 2011). Se non contrastata, potrebbe salire al primo posto nel 2030.

In Italia, uno studio condotto confrontando le analisi dei campioni nazionali delle indagini ISTAT 2005 e 2013 ha osservato una associazione fra crisi economica globale e peggioramento dello stato di salute, in particolare della salute mentale, degli italiani e degli immigrati.

Le donne presentano un rischio maggiore rispetto agli uomini, con un rapporto stimato 2:1. In particolare, la depressione è la prima causa di malattia nelle donne in età fertile, sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo.

Il disturbo depressivo si può manifestare nel periodo antenatale e/o postnatale, quest'ultimo si definisce come **depressione post-partum (DPP)**. Essa limita in particolare il funzionamento della donna nel suo ruolo materno con un impatto significativo sul bambino, sul partner e sulla coppia; sono frequenti la sospensione precoce dell'allattamento al seno, minor attenzione alla adozione di misure di sicurezza e tassi inferiori di utilizzo delle pratiche di prevenzione per il neonato. L'influenza negativa sulla relazione mamma-bambino interferisce nello sviluppo sociale e cognitivo del piccolo, aumentando il tasso di disturbi comportamentali in età scolare. Nel mondo occidentale si stima che colpisca il 10 -15 % delle donne che partoriscono, anche se gli studi mostrano grande variabilità correlata anche alle caratteristiche territoriali e culturali. Il 20-40% delle donne con DPP ha alta probabilità di ricaduta in gravidanze successive.

Per porre diagnosi di depressione ante e post natale devono essere soddisfatti i **criteri di depressione maggiore** con esordio nel periodo perinatale. Le manifestazioni cliniche comprendono: umore depresso, perdita di interessi e di piacere in quasi tutte le attività, faticabilità, disturbi del sonno, sensi di autosvalutazione o di colpa, agitazione o rallentamento psicomotorio, difficoltà nel concentrarsi, pensare o prendere decisioni, sono possibili variazioni dell'appetito con eventuali modificazioni ponderali, pensieri di morte ricorrenti o ideazione suicidaria fino al tentativo di suicidio.

Non sempre le persone depresse lamentano "tristezza", alcuni individui riferiscono di sentirsi giù di

corda o maggiormente irritabili, altri enfatizzano sintomi fisici, spesso le mamme possono lamentare preoccupazione ed ansia eccessiva per la salute del bambino o la propria. Altri sintomi sono facilità al pianto, irritabilità, tendenza a rimuginare, ansia, fobie, ruminazioni, paura di far male al bambino. Sintomi somatici quali disturbi del sonno e dell'appetito sono frequenti anche nel decorso fisiologico della gravidanza e del post-partum.

Nel 50% dei casi la DPP insorge entro i primi tre mesi dopo il parto e complessivamente nel 75% dei casi entro i primi sei mesi. Nella maggior parte dei casi l'episodio di DPP ha durata 3-6 mesi ma nel 25-30% dei casi persiste ad un anno di distanza dall'esordio (Rapporti ISTISAN 16-31)

E' necessario distinguere la DPP dal **maternity blues**, che consiste in una condizione di tristezza, facilità al pianto, irritabilità e affaticamento, disturbi del sonno e dell'appetito. Esso è un episodio transitorio reattivo al parto (spossatezza fisica e mentale per il travaglio, drastico cambiamento ormonale) che tende a risolversi spontaneamente entro una decina di giorni e coinvolge il 50-80% delle puerpere nelle prime due settimane dopo il parto (ISTISAN 16-31). E' stimato che le donne con maternity blues abbiano un rischio tre volte maggiore di sviluppare la DPP (ONDA 2012).

E' necessario tenere in debito conto gli altri disturbi che fanno parte del disagio psichico perinatale che si possono associare a quadri di tipo depressivo.

I disturbi d'ansia: paura e ansia eccessive e i disturbi comportamentali correlati. Si presentano nel genere femminile con un rapporto 2:1 rispetto a quello maschile e sono tra le più comuni patologie del genere femminile durante tutto l'arco della vita riproduttiva con incidenza del 5%.

I più comuni sottotipi di disturbi d'ansia sono:

- **Il disturbo di panico**, caratterizzato da ricorrenti e inaspettati attacchi di panico, con comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiungono il picco in pochi minuti, accompagnati da sintomi fisici (palpitazione, tremori, dispnea, sudorazione, nausea, vertigini, parestesie) e cognitivi (derealizzazione, paura di perdere il controllo e/o di morire) con preoccupazione persistente sulla possibilità del ripresentarsi di nuove crisi e/o comportamento di evitamento. Il disturbo di panico spesso si attenua in gravidanza con una minore frequenza ed intensità degli attacchi, ma in alcuni casi può persistere ed addirittura peggiorare.

- **Il disturbo d'ansia generalizzata** caratterizzato da ansia e preoccupazione persistenti ed eccessive riguardanti diversi ambiti di vita, accompagnati spesso da sintomi fisici, quali irrequietezza, tensione o agitazione, irritabilità, facile affaticamento, difficoltà di concentrazione o vuoti di memoria.

- **L'agorafobia** caratterizzato da paura o ansia rispetto ad una serie di situazioni, quali l'utilizzo dei mezzi pubblici, trovarsi in spazi aperti o ristretti, essere in mezzo alla folla o in coda, tanto da tendere di evitarle o da richiedere la presenza di un accompagnatore.

Non è raro che alcuni dei sintomi somatici accusati nei disturbi d'ansia, specie di tipo neurovegetativo, siano difficili da individuare poiché si possono sovrapporre ai sintomi fisici tipici dello stato gravidico.

In stretto rapporto con i disturbi sopradescritti, ma con una distinta entità nosografica, è il **disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)**: caratterizzato dalla presenza di ossessioni (pensieri, impulsi e immagini ricorrenti vissuti come indesiderati) e compulsioni (comportamenti o azioni ripetitive in risposta alle ossessioni). Il 25% delle donne che ne sono affette manifesta l'esordio nel post parto (sono più a rischio donne con familiarità). Pazienti con pregresso DOC possono manifestarne un aggravamento proprio nel puerperio. I sintomi possono diventare molto invalidanti, la donna può ridurre fortemente le interazioni con il bambino per paura di procurargli un danno, ed è importante saperli riconoscere, sia quelli ossessivi (paura di fare del male al bambino – paura di contaminarlo - ricorrenti preoccupazioni relative al suo benessere - necessità di ordine e simmetria) sia quelli compulsivi (evitamento delle situazioni temute - ripetuti lavaggi del neonato, del biberon - incessanti "controlli" sul bambino - continui "aggiustamenti" della culla).

Ancora una menzione meritano i **Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti:**

I Disturbi acuto da stress e post traumatico da stress, caratterizzati da pensieri intrusivi, evitamento e ipervigilanza, insorgono rispettivamente entro un mese o successivamente al mese

dall'esposizione ad un evento traumatico e stressante. Nel caso specifico di trauma da parto (parti traumatici sul piano clinico e/o vissuti traumatici rispetto alle modalità relazionali di gestione del parto, ricordando che si tratta di una finestra di alta sensibilità emotiva) possono interessare le donne in puerperio e possono sfociare, se non curati, in vulnerabilità a sviluppare depressione postpartum, evitamento delle visite di controllo, tocofobia, evitamento di altre gravidanze e problemi sessuali.

Il disturbo dell'adattamento, con ansia e/o umore depresso o con alterazioni dell'emotività e/o della condotta, si manifesta entro tre mesi dall'esposizione all'evento stressante e può essere acuto o persistente (inferiore o superiore ai 6 mesi)

Si ricorda infine che 1-2 donne su mille parti sviluppa una **psicosi puerperale**, che rappresenta la forma più grave della patologia psichiatrica in puerperio. E' caratterizzata da sintomi affettivi (di mania, depressione e stati misti), elementi deliranti congrui o incongrui all'umore, generalmente collegati all'esperienza materna, allucinazioni, perplessità, disorientamento e confusione mentale, incoerenza e disorganizzazione del pensiero e del comportamento.

DISTURBO	INCIDENZA	ESORDIO	DURATA
Maternity Blues	50 -80%	3-4 giorni dopo il parto	Ore o giorni, mai più di 2 settimane
Depressione post partum / disturbi di ansia	10-15%	Entro 6 mesi dopo il parto	Settimane o mesi – nel 30% dei casi fino ad 1 anno
Disturbo ossessivo compulsivo (DOC)	3-5%	4-6 settimane dopo il parto Il 25% dei DOC ha esordio nel puerperio	Settimane o mesi
Psicosi puerperale	0,1-0,2%	Entro 2 settimane dopo il parto	Settimane o mesi

Indicatori di rischio di DPP

Le cause della DPP sono ancora oggetto di controversie, dibattito e ricerca, principalmente concernenti i contributi relativi di fattori biologici e psicosociali. I principali fattori di rischio sono qui sotto elencati:

Familiarità per disturbi psichiatrici perinatali o per disturbo bipolare	Difficoltà nella relazione di coppia; assenza di un partner/conflittualità di coppia importante	Pregresso aborto, pregressa morte fetale
Storia psichiatrica pregressa	Disoccupazione, perdita di lavoro	Gravidanza non pianificata; Gravidanza in minorenne (vedi protocollo specifico)
Storia di pregressa DPP	Isolamento sociale	Malnutrizione materna; bassi livelli di emoglobina; iperemesi gravidica
Lutto recente	Allontanamento dalla famiglia di origine	Parto distocico con stress post traumatico
Storia di abuso sessuale	Migrazione recente	Patologia materna (tireopatia, diabete, ...)
Violenza domestica	Uso di sostanze di abuso (vedi protocollo specifico)	Patologia fetale (malformazioni, ritardo di crescita)
	Ruolo di caregiver di familiari non autosufficienti	Patologia neonatale (prematùrità, malformazioni, ricovero in TIN, ...)
	Assenza di una rete familiare/amicale	Difficoltà all'allattamento
		Temperamento difficile del bambino

I dati anamnestici possono essere rilevati senza porre direttamente i quesiti alla donna, ma nell'ambito più generale del colloquio svolto (molte delle risposte sono deducibili da quanto raccolto tramite l'agenda di gravidanza) e anche dalla comunicazione non verbale, considerando sempre che, più la donna si sentirà a suo agio, più sarà disponibile al dialogo ed eventualmente a comunicare il proprio malessere. Appare quindi prioritario stabilire una buona intesa e ottenere la fiducia della donna piuttosto che esaminare ogni indicatore rischiando un suo atteggiamento di chiusura e difesa. Il dialogo tra donna ed operatore deve poter essere considerato un'opportunità di aiuto per coloro che si rivolgono ai servizi.

PREVENZIONE

Prevenzione in fase periconcezionale

Per epoca preconcezionale si intende il periodo progettuale in cui la donna/coppia elaborano la scelta di ricercare un'eventuale gravidanza. In questa fase, al momento del primo approccio è compito di ogni operatore (MMG, Ginecologo, Ostetrica, infermiera, PdF) valutare la condizione di salute fisica della donna, ma anche la condizione di salute mentale e la condizione psicosociale, alla luce degli indicatori di rischio precedentemente elencati. Questi fattori appartengono alla storia individuale, di coppia e sociale ed evidenziano ancora una volta come l'evento gravidanza costituisca il crocevia tra codice genetico individuale e culturale.

La rilevazione di indicatori di rischio è finalizzata alla attivazione delle risorse disponibili nei servizi

per il supporto e il monitoraggio delle criticità (consulenze cliniche di II livello per rischio ostetrico, consulenze psicologiche, presa in carico socio assistenziale, invio a centri antiviolenza...). La individuazione precoce dei fattori di rischio per disturbo mentale richiede l'attivazione della rete dei servizi dedicati (consulenza psicologica o psichiatrica) e l'eventuale "presa in carico". Relativamente alla violenza domestica, si sottolinea che secondo i dati ISTAT il 13,6% delle donne ha subito nella vita violenze fisiche o sessuale da partner o ex partner

Personale coinvolto: ginecologo, ostetrica, medico di famiglia, pediatra di famiglia, psicologo psichiatra.



Condizioni patologiche

La ricerca della gravidanza in pazienti con disturbo mentale pregresso o in atto non è controindicata in assoluto ma necessita di una adeguata programmazione, sia per valutare la necessità di un supporto farmacologico mirato e compatibile alla gravidanza stessa, sia per impedire interruzioni non giustificate di terapie psicofarmacologiche, sia per valutare se e come può incidere sulle capacità genitoriali una patologia di tipo cronico e invalidante. E' importante che tutti gli operatori supportino la donna alla adesione alle cure indirizzando a consulenza psichiatrica già in fase preconcezionale, evitando di consigliare arbitrariamente la sospensione di psicofarmaci alle donne in terapia. Il mancato trattamento del disturbo mentale in gravidanza può seriamente compromettere il decorso della gravidanza stessa, del parto e del puerperio con difetto della crescita in fase intrauterina e neonatale e con possibili danni neuronali fetali

Prevenzione in gravidanza

Il periodo della gravidanza è contraddistinto da una serie di cambiamenti fisiologici che coinvolgono organi e tessuti materni tali da consentire l'embriogenesi, lo sviluppo dell'embrione, la crescita del feto fino alla sua nascita. La donna in gravidanza è al colmo della propria potenza e della propria sensibilità che può esporla al riemergere di eventuali vissuti della propria infanzia mai elaborati. Ciò si può tradurre in ansia, preoccupazione, richiesta pressante di rassicurazioni esterne, paura del parto e della futura gestione del neonato. Gli operatori del percorso nascita devono essere consapevoli di queste dinamiche perché un atteggiamento di ascolto non giudicante può restituire alle donne sicurezza e autostima. Peraltro, la gravidanza, proprio a causa della maggior sensibilità emotiva, è un'epoca che rende la cura molto più facile e più rapida: problemi e conflitti appaiono più esposti, ma anche più facilmente rielaborabili in un sano rapporto di aiuto.

E' fondamentale pertanto conoscere gli aspetti psicologici più sfumati per orientare gli operatori nell'attivazione della rete di supporto più idonea alla presa in carico della donna.

La relazione di fiducia tra operatore sanitario e paziente è il fulcro confidenziale che consente di ottenere informazioni riguardanti:

- Il decorso dei pregressi parti, le eventuali complicazioni durante il parto, i problemi di salute/sonno/alimentazione personali e/o del bambino, il temperamento del bambino e tipo di allattamento, i sintomi depressivi e/o ansiosi per almeno due settimane dopo il parto
- Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, gravidanza a rischio per problemi di salute o per problematiche di tipo genetico
- Eventuali eventi stressanti negli ultimi 12 mesi (grave malattia o incidente, perdita di una persona cara, cambiamenti o perdita del lavoro o problemi con i colleghi, problemi sessuali, problemi economici, separazione o difficoltà di relazione col proprio partner o con i propri cari, furti, traslochi, problemi giudiziari).
- La propensione, o meno, ad avere una percezione positiva della vita e delle esperienze e fiducia nel futuro, precedenti episodi di depressione o ansia percepiti o diagnosticati, eventuale terapia psico- farmacologica pregressa o in atto
- La presenza di violenza domestica non va sottovalutata, in quanto la sua incidenza è stimata nell'11,8% delle gravidanze, con frequenza superiore al diabete ed all'ipertensione

gestazionale (dati ISTAT 2014). La violenza è la seconda causa di morte in gravidanza dopo l'emorragia. E' causa inoltre di patologie ostetriche (aborto, iperemesi gravidica, iposviluppo fetale, DPP)

Personale coinvolto: ostetrica e ginecologo consultoriale, ostetrica e ginecologo ospedalieri, medico di famiglia, psicologo, psichiatra



Condizioni patologiche

Per le donne in trattamento farmacologico che abbiano intrapreso una gravidanza è importante la consultazione con lo psichiatra di riferimento, e in modo complementare, la consulenza ambulatoriale o telefonica presso un centro di tossicologia clinica (come il CENTRO ANTIVELENI E TOSSICOLOGIA dell'Ospedale di BERGAMO – n. verde: 800 883 300), a cui possono anche rivolgersi direttamente i sanitari in caso di dubbi o richieste di aggiornamento. Questo servizio garantisce informazioni sia telefonicamente che con visite ambulatoriali sull'uso di farmaci in gravidanza e in allattamento valutando la possibilità di sostituzione del farmaco con un altro a rischio minore, valutando il rischio di teratogenesi, e la necessità di diagnostica prenatale. Molte informazioni sono reperibili su siti specifici come LACT MED dedicato ai sanitari e alle donne in allattamento ((<http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/isis/htmlgen?LACT>). Lo psichiatra, invece, può valutare insieme alla donna o alla coppia la strategia terapeutica migliore, in base alla storia clinica, alle condizioni attuali della paziente e alle informazioni tossicologiche specifiche. La terapia quindi può essere portata avanti, sostituita o sospesa solo con un'attenta valutazione specialistica, che soppesi i rischi teratogeni con quelli di riacutizzazione della patologia psichiatrica.

Nel caso di riferita violenza domestica l'operatore deve prestare ascolto, raccogliere il racconto e verificare l'eventuale coinvolgimento di minori quali vittime di violenza assistita. La presa in carico deve essere la più precoce possibile, con attivazione della rete territoriale (consultorio familiare e pediatrico, servizi sociali, equipe multiprofessionale). Se la donna acconsente è consigliato un invio a pronto soccorso ospedaliero o a centro SVS dell'ospedale S. Anna per eventuali cure, presa in carico in urgenza e segnalazione. Si ricorda che esiste per l'operatore sanitario obbligo di legge riguardo la segnalazione alla autorità giudiziaria dei casi di violenza domestica in gravidanza e violenza assistita.

Prevenzione in post-parto e puerperio

Per post parto si intendono le prime ore che seguono l'espulsione fetale ed il secondamento. Per puerperio si intende il periodo che comprende i primi 40 giorni successivi al parto.

L'assistenza al travaglio, parto e prime ore/giorni di vita del neonato, condotta secondo una visione e una operatività condivisa tra gli operatori dei diversi reparti coinvolti, nel rispetto della fisiologia e delle aspettative materne, favorisce l'autostima nella donna, permette di cogliere segnali precoci di eventuale disagio e rende possibile un confronto tra le figure professionali che lo intercettano.

E' buona prassi, basata su solide basi scientifiche, che gli operatori ospedalieri nel prendersi cura di mamma e bambino al parto promuovano il contatto pelle-pelle nell'immediato postpartum e la messa al seno precoce. L'allattamento al seno è una importante occasione di relazione tra mamma e bambino e costituisce un fattore di protezione nei confronti della DPP grazie al rafforzamento dell'autostima e alla produzione di ormoni materni che favoriscono l'attaccamento. Va perciò sostenuto da operatori preparati ed accoglienti, non va interrotto ma concordato con lo psichiatra nel caso sia necessaria la somministrazione di farmaci antidepressivi. In caso di fallimento può invece costituire un fattore scatenante o aggravante la depressione.

In caso di eventi avversi al parto, la attivazione immediata della consulenza psicologica è fondamentale, soprattutto nei casi di morte fetale (MEF) o di morbilità grave/mortalità peripartum. Nei casi di MEF in particolare, l'accompagnamento della coppia all'incontro con il bambino, con

attenzione ai tempi dei genitori e non della burocrazia, il rispetto delle pratiche culturali e religiose, il supporto alla creazione della memoria (foto) sono un primo passo fondamentale nell'elaborazione del lutto.

Al momento delle dimissioni dal punto nascita devono essere offerte informazioni alle mamme circa le occasioni di incontro individuale o collettivo alle neomamme (Punti di sostegno all'allattamento al seno, incontri del postnascita, corsi di massaggio infantile) nella consapevolezza che questi creano condizioni di sostegno alla maternità e occasioni per intercettare eventuali sintomi di disagio. La donna va inoltre informata che è importante per lei e per il neonato che al momento della prima visita dopo il parto presso il Consultorio o il ginecologo privato e presso il pediatra per il bambino porti con sé l'Agenda di Gravidanza e l'Agenda di salute del bambino.

Nelle situazioni a rischio in particolare, la dimissione protetta di mamma e bambino deve prevedere il passaggio diretto (telefonico, mail) di informazioni dall'ospedale al pediatra di famiglia e al consultorio familiare e pediatrico.

Nel periodo successivo al parto, il pediatra di famiglia o l'equipe del consultorio pediatrico sono i sanitari che hanno maggiori occasioni di incontro con le madri (ma anche con i padri, le cui difficoltà sono sempre più spesso segnalate e non vanno sottovalutate per le loro conseguenze). Essi hanno quindi la possibilità, grazie ad osservazioni ripetute, di individuare casi non ancora segnalati, di sostenere la genitorialità, sia attraverso la valorizzazione delle capacità e dei progressi del bambino, aiutando così la mamma a capirlo meglio, sia con la ricerca delle risorse intra ed extra famigliari utilizzabili, facilitando infine l'attivazione della rete di protezione.

Mediamente dopo 30-40 giorni, quindi alla fine del puerperio, la donna torna in consultorio familiare per il controllo post parto, occasione in cui gli operatori possono valutare il recupero delle condizioni fisiche e delle condizioni psichiche.

Per le donne in cui sono stati individuati fattori di rischio di depressione nelle fasi precedenti, deve essere programmato un accesso in consultorio in epoca più precoce (entro 15 giorni dal parto) attraverso un contatto diretto tra PN e Consultorio o la segnalazione del Servizio Psichiatrico.

Personale coinvolto: ostetrica e ginecologo ospedalieri e consultoriali, pediatra ospedaliero, pediatra di famiglia, medico di famiglia, psicologo, psichiatra



Condizioni patologiche

Il neonatologo e il pediatra di famiglia devono tener conto che l'esposizione ad alcuni farmaci SSRI o SNRI durante il terzo trimestre di gravidanza è una possibile causa di sintomi del neonato quali irritabilità e pianto, insonnia o sonnolenza, agitazione, irrequietezza, problemi di alimentazione, ipoglicemia, ipotermia, distress respiratorio, alterazione del tono muscolare, iperreflessia, brividi e tremori, raramente convulsioni. Tuttavia, l'incremento della sindrome di adattamento del neonato, anche se avviene in circa 1/3 dei neonati esposti, è di lieve entità ed autolimitante, mentre i rischi della depressione non trattata sono maggiori. Il rischio aumenta se vengono usati più farmaci e in particolare l'associazione con le benzodiazepine. Ovviamente deve essere valutato se gli SSRI sono realmente necessari o se si possono utilizzare altri supporti.

In presenza di indicatori anamnestici di patologia psichiatrica maggiore (depressioni ricorrenti, disturbi bipolari, psicosi, disturbi d'ansia moderati severi) l'allattamento, alterando il ritmo sonno-veglia, può scatenare il riaccendersi della malattia, e quindi i rischi e i benefici devono essere attentamente valutati, con la neo-mamma e lo psichiatra di riferimento. Anche in presenza di una disponibilità ridotta della madre all'allattamento per motivazioni o psicologiche o logistiche è importante valutare l'indicazione, in casi selezionati, all'allattamento artificiale per preservare la relazione madre bambino e prevenire scompensi psichici

Per le donne che assumono terapia antidepressiva, si specifica che la dose farmacologica ingerita dal bambino durante l'allattamento è inferiore al 10% della dose circolante materna, e questo livello è inferiore all'esposizione fetale.

Diagnosi precoce e presa in carico: un processo di continuità e di integrazione della rete

Programmi di **screening** in gravidanza e nel post-partum riducono la prevalenza della depressione, aumentano i tassi di remissione dei sintomi depressivi e la risposta ai trattamenti. La ricerca evidenzia che l'identificazione precoce ha un ruolo fondamentale nel trattamento e nella prevenzione, di particolare importanza in considerazione della gravità delle conseguenze di tali disturbi sulla mamma, sulla relazione di accudimento e sul legame di attaccamento madre bambino.

Al fine di individuare precocemente il disagio ed eventuali condizioni psicopatologiche lungo tutto il percorso nascita e crescita è importante l'attivazione di una **rete di monitoraggio** che si prenda cura dello stato emotivo della donna oltre che di quello fisico.

I servizi coinvolti nella rete sono:

Consultori Familiari

Consultori Pediatrici

Reparti di Ginecologia

Reparti di Pediatria (eventuale TIN)

Servizi di Psicologia (Ospedaliero e Territoriale)

Dipartimenti di Salute Mentale (Ospedale e Centri di Salute Mentale)

Servizi sociali (Ospedaliero e Territoriale)

Neuropsichiatria infantile

Servizi delle dipendenze (SerD)

PdF e MMG

Autorità Giudiziaria (Forze dell'Ordine, Procura presso il Tribunale per i Minorenni, Giudici Tutelari)

Mediazione culturale

Il coinvolgimento di ogni specifico servizio è in relazione alle singole situazioni mentre la formazione e la condivisione del Profilo assistenziale aziendale, indispensabile alla strutturazione della rete, deve prevedere la partecipazione interdisciplinare e interprofessionale di tutti.

Le problematiche psichiche o sociali della donna possono essere accolte e riconosciute in tutti i nodi della rete ma, in particolare, vi sono degli operatori che possono avere una maggiore vicinanza iniziale in funzione delle loro competenze di cura della gravidanza sia essa fisiologica che patologica. Rientrano tra questi gli operatori dei servizi di accompagnamento lungo il Percorso Nascita con i loro compiti specifici di informazione, di accoglienza/assistenza/cura, di attenzione non giudicante al disagio, di sostegno alle difficoltà "fisiologiche" della donna ed eventualmente della coppia. Vi rientrano, inoltre, gli operatori degli incontri di accompagnamento alla nascita (IAN), *incontri in puerperio*, sostegno all'allattamento e corsi di enfant massage. L'Agenda di gravidanza mette a disposizione le impegnative per accedere a questi servizi riconoscendoli come elementi essenziali del Percorso nascita. Analogamente, l'Agenda di salute del bambino offre i Bilanci di salute come momenti per fare il punto con la famiglia della salute del bambino. Il benessere del bambino è in strettissima correlazione con la salute della mamma, della coppia genitoriale e di tutto il nucleo familiare per cui i BdS dei primi mesi di vita, unitamente a quanto già rilevato durante la gravidanza e nell'immediato post partum, sono momenti significativi per evidenziare eventuali elementi di disagio.

Attenzione e delicatezza vanno poste nei passaggi dall'intercettazione del disagio all'approfondimento, alla valutazione e alla presa in carico specialistica, *prendendo in considerazione il coinvolgimento del partner e del medico curante*.

E' consigliabile esplicitare e mantenere attiva la **rete di vicinanza** che ha accolto e riconosciuto il disagio per una restituzione di fiducia nel processo di presa in carico. La rete rimane una risorsa centrale per l'articolazione dell'intervento (ad es. eventuali visite domiciliari dopo la nascita nelle situazioni nelle quali si sono evidenziati fattori di rischio depressivo in gravidanza).

Strumenti e tempi dello screening

I nodi di accesso ai servizi e alla presa in carico rappresentano già oggi un osservatorio attento dei disagi della donna ma si ritiene opportuno con questo profilo assistenziale porre un'attenzione mirata e consapevole ai fattori di rischio di DPP da intercettare e monitorare.

Gli strumenti di screening del disagio della donna e della coppia offrono l'occasione agli operatori di decodificare il malessere emotivo "decolpevolizzando" in tal modo la donna in una fase di vita che è socialmente considerata "serena".

L'obiettivo di questa fase è mantenere prima di tutto il contatto con la donna attraverso la proposta di appuntamenti ravvicinati o telefonate poiché è fondamentale per la donna costruire il rapporto di fiducia con l'operatore cui ha deciso di confidare il malessere emotivo.

L'**operatore di vicinanza** sia al momento di intercettazione del disagio che nel percorso di monitoraggio, si può avvalere della consulenza degli psicologi, psichiatri o assistenti sociali della rete per valutare le necessità della donna e l'eventuale proposta di intervento.

Il Profilo si propone di realizzare lo screening su tutte le donne in gravidanza e nel post parto integrando i seguenti aspetti fondamentali:

A. il **dialogo con l'operatore formato** sul riconoscimento della depressione in gravidanza, nel periodo perinatale

B. **la rilevazione degli indicatori di rischio**

C. **l'applicazione di strumenti di screening validati.** Il Profilo regionale adotta come strumento di screening le due domande di Whooley con risposta dicotomica che limita le distorsioni condizionate dal livello culturale (**allegato 1**):

"Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?" SI/NO
"Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?" SI/NO

Va segnalato che le 2 domande di Whooley valutano la sofferenza legata all'abbassamento del tono dell'umore, ma anche la riduzione o perdita del piacere, che nelle forme lievi e medie è la forma più frequente con cui si manifesta la sindrome depressiva.

A fronte della significativa percentuale di donne di origine non italiana, rispetto alle quali le domande risultano non validate transculturalmente, si propone di affiancare uno strumento analogico semplice e immediato come l'immagine della bilancia delle emozioni (**allegato 1**).

D. **il primo approfondimento** da parte dell'operatore che ha proposto alla donna le domande di Whooley, che, a fronte della positività ad una di queste, continua il dialogo con la seguente domanda:

"C'è qualcosa che lei pensa che possa aiutarla?"

E. la richiesta di **confronto indiretto sul caso** con psicologi, psichiatri, NPI, assistenti sociali, da parte dell'operatore di vicinanza. Nodo di comunicazione preliminare per la pianificazione e l'attivazione della presa in carico.

F. l'invio per **approfondimenti diagnostici** alla rete specialistica.

G. il **monitoraggio** nel tempo delle donne con indicatori di rischio, da parte degli operatori di vicinanza, può avvalersi dell'utilizzo di strumenti qualitativi quale la bilancia delle emozioni che può essere un indice dell'evoluzione nel tempo del vissuto soggettivo di malessere.

Tempi dello screening:

- all'inizio della gravidanza: al primo BdS del primo trimestre è opportuno focalizzare l'attenzione sugli indicatori di rischio biologici e psicosociali

La somministrazione del test di screening va fatta **a tutte le donne** nelle seguenti fasi:

- all'inizio della gravidanza: al primo BdS del primo trimestre
- al secondo trimestre (subito dopo la ecografia di screening)
- nel corso del terzo trimestre: al BdS presso il punto nascita
- al BdS in puerperio (40 giorni dal parto)
- ai BdS pediatrici ** dei 15 giorni e 2-3 mesi.

Lo screening nelle prime 2 settimane può presentare un livello elevato di falsi positivi per la sovrapposizione con il “maternity blues” che insorge tra 1 e 5 gg dopo il parto e dura meno di due settimane per cui è importante poter distinguere per evitare sovradiagnosi.

** Per quanto riguarda la valutazione effettuata dal pediatra di famiglia, va tenuto presente *che* il pediatra si occupa in primo luogo del bambino ed è in grado di prestare attenzione ai segnali attraverso i quali il bambino “parla”: sonno, alimentazione, pianto, risposta agli stimoli che gli arrivano (o non gli arrivano) dalla sua mamma, nonché alle modalità con cui la mamma accompagna la visita medica vera e propria (come pone il neonato sul fasciatoio, se mantiene o meno un contatto con lui durante la visita, come lo sveste e lo riveste, le modalità messe in atto per consolarlo se è il caso, ecc) che aggiungono utili informazioni. Questo permette per lo più di capire attraverso la semplice osservazione come sta la mamma e quanto è in sintonia con il suo bambino. In alcune situazioni è invece importante creare un momento di passaggio dall'attenzione e cura del bambino all'attenzione nei confronti della mamma: capire come si sente, come ha vissuto il momento del parto, l'allattamento, i cambiamenti che la nascita e la cura di un neonato comportano. Allora può essere utilizzata la domanda "E lei Signora come sta?" che permette di passare dal bambino alla mamma in modo non invasivo, ma piuttosto preciso pur con una domanda molto aperta. Nel momento in cui la mamma percepisce di essere lei al centro dell'attenzione del medico e non solo veicolo di informazioni sul bambino, più facilmente parlerà del proprio vissuto. Il racconto della mamma di solito permette di avere informazioni che solo raramente richiedono le domande più stringenti e specifiche previste nei test di screening che comunque, tenuto conto del fatto che le domande di Whooley sono già state poste alla signora un certo numero di volte in precedenza, potrebbero diventare utili anche nel setting pediatrico.

Funzioni di diagnosi e presa in carico della rete specialistica

I servizi di Psichiatria, NPI, SerD, Psicologia, Assistenza Sociale rappresentano, all'interno della rete, i nodi specialistici ai quali inviare la donna se ad una prima valutazione congiunta tra gli operatori di vicinanza e gli operatori dei servizi specialistici emergono elementi di criticità che richiedono approfondimento diagnostico specialistico o eventuale trattamento con particolare attenzione alle dinamiche relazionali con il bambino ed il contesto familiare. E' compito dei servizi specialistici curare l'aggiornamento dei colleghi invianti, che hanno in carico la donna e il bambino, sull'andamento della terapia e sulle eventuali precauzioni che debbano essere prese per maggiormente supportare la donna/famiglia. Il dialogo tra servizi, il passaggio di informazioni in senso bidirezionale e la “presa in carico” congiunta permettono di rafforzare il rapporto di fiducia con la donna/coppia e migliorano l'assistenza e la cura.

Lo specialista di potrà avvalere di strumenti di approfondimento validati (es. PHQ9, Scala di Edimburgo) (vedi allegati 5 e 6) .

Costruzione e Manutenzione della rete

La rete per la presa in carico ha come primo obiettivo quello di supportare gli operatori aiutandoli a condividere senza preoccupazione gli stati d'animo delle loro pazienti e a riconoscere situazioni di disagio da inviare alla presa in carico specialistica. Requisito fondamentale è la formazione relazionale degli operatori coinvolti, che devono essere orientati ad accogliere e a non indietreggiare, negando o minimizzando le difficoltà che la donna porta ed in alcune occasioni costruire attivamente l'opportunità per parlare di depressione uscendo da paure e vergogne. Tutti questi aspetti non devono essere lasciati alle predisposizioni personali dei singoli operatori che vanno coltivati in vari format formativi e di supervisione.

*E' fondamentale che all'interno della rete sia perseguito l'addestramento ad una comunicazione chiara, veritiera, empatica, graduale e con attenzione alla riservatezza che, a tutt'oggi, non fa parte del percorso di studi della maggior parte degli operatori. La lettura di questo documento è il primo passo per **sensibilizzare** gli operatori e sviluppare le competenze già disponibili.*

La **costruzione** della rete di sostegno al disagio psichico prevede:

- l'individuazione di un coordinatore aziendale
- la promozione della conoscenza tra servizi
- la costituzione di équipes di rete territoriale snella, multidisciplinare che preveda un rappresentante per ogni profilo professionale (ospedale e territorio) e si attivi all'emergere del caso clinico. L'équipe diventa il riferimento per gli operatori per discutere e valutare i casi clinici, per attivare proposte organizzative e valutare l'efficacia degli interventi.

Alla rete aziendale sono attribuite funzioni generali che riguardano l'informazione, la valutazione dello screening, oltre al monitoraggio della formazione degli operatori dei singoli servizi e il monitoraggio del funzionamento della rete stessa.

LA PRESA IN CARICO

Va ribadito che il Percorso Nascita si propone l'accompagnamento della donna lungo tutto l'evolversi della gravidanza, travaglio, parto, puerperio, in collaborazione con i servizi specialistici quando necessario, evitando la delega. Nello specifico del disagio psichico perinatale particolare attenzione deve essere posta alle modalità d'invio agli specialisti sulla base di una valutazione clinica fatta caso per caso, come sottolinea la letteratura, con una valutazione attenta delle risorse e della rapidità dell'evoluzione e del cambiamento della situazione.

La presa in carico verrà fatta da ogni servizio per le sue competenze, in modo coordinato con gli altri servizi ed in particolare dovrà essere individuato uno strumento di condivisione che permetta un aggiornamento continuo del follow up della situazione, soprattutto per i casi più gravi.

La presa in carico varia a seconda dei diversi quadri clinici che corrispondono a quattro diversi livelli di gravità, a cui dovrebbero conseguire modalità e gradualità diverse di attivazione della rete:

1. Maternity (o Baby) Blues: è transitorio, non è invalidante e abitualmente non è necessaria alcuna terapia specifica, ma è utile un'attenta presenza dalle figure presenti nella fase subito dopo il parto, soprattutto l'ostetrica e gli operatori di territorio, *per offrire* sostegno e momenti di condivisione con altre neo-mamme, *ma anche monitoraggio dell'evoluzione.*

2. Depressione post-partum MEDIO- LIEVE: non è invalidante e consente comunque alla donna di svolgere la sua funzione materna.

L'operatore sanitario deve porre attenzione a:

- insicurezza relativa al ruolo materno, vissuto in modo conflittuale e colpevolizzante, che può tradursi in un'eccessiva preoccupazione per il bambino o in un'ostilità nei suoi confronti più o meno manifesta

- continua pretesa di sostegno e rassicurazione, che trova di solito accoglimento nell'ambito familiare e nei medici curanti
- difficoltà a prendere sonno e a svegliarsi per allattare il bambino, con conseguente astenia
- difficoltà di concentrazione e nel prendere decisioni con sensazione di essere sopraffatte dalle cose da fare
- fase dello svezzamento difficoltosa
- irritabilità e instabilità con difficoltà nell'accudimento del neonato e dei fratelli maggiori, che possono diventare ancora più difficili da gestire
- difficoltà nella relazione con i familiari che possono ridurre o aumentare in maniera eccessiva il sostegno alla mamma
- difficoltà di coppia con percepito scarso sostegno da parte del partner
- comportamenti compulsivi tendenti alla ricerca del perfezionismo nell'accudimento del bambino o di sintomi ossessivi veri e propri

Il trattamento va declinato con un progetto individuale sul caso, con supporto psicologico ed eventualmente farmacologico, se il primo è rifiutato o inefficace (NICE).

3. Depressione post partum GRAVE: è invalidante e compromette la funzione materna a vari livelli.

L'operatore deve porre attenzione a:

- vissuti depressivi
- manifestazione di sentimenti eccessivi di inutilità e autoaccusa,
- agitazione o rallentamento motorio.
- timore di danneggiare i propri figli, d'essere causa di malattia per il loro inefficace accudimento
- convinzione che il proprio bambino non sia sano, nonostante le smentite del pediatra o del medico curante
- senso di fallimento come madre con continui pensieri negativi riguardo alla vulnerabilità del neonato
- livello d'ansia elevato e a volte focalizzato sul benessere del bambino
- idee di suicidio ricorrenti: bisogna tenere presente che il rischio è elevato, così come quello di grave danno nei confronti del bambino

Il trattamento della depressione medio-grave richiede un intervento articolato ed integrato di tipo multiprofessionale e multidisciplinare in sinergia tra servizi sanitari e socio-assistenziali, in stretta collaborazione con i familiari chiamati a sostenere, monitorare, in molte occasioni anche a sostituirsi alla funzione materna. Si tratta spesso di situazioni che richiedono la valutazione psichiatrica con intervento farmacologico; a volte gli interventi possono essere effettuati a domicilio, a volte con ricovero ospedaliero, se possibile di madre e bambino, sostenendo e supportando il più possibile il mantenimento della competenza genitoriale materna. La rete dei servizi e degli operatori coinvolti assume a volte in questi casi, un doppio e complicato ruolo, da un lato di cura e supporto e dall'altro di sorveglianza e di valutazione della competenza genitoriale materna, in funzione della tutela del minore.

4. Psicosi Puerperale è l'evoluzione più grave che presenta, in modo drammatico, la impossibilità di svolgere il ruolo materno. Presentano maggior rischio le donne affette da disturbo bipolare o schizofrenia che sospendono i farmaci. E' indispensabile il coinvolgimento dei servizi sociali e il trattamento farmacologico, psicologico e psichiatrico, in genere in regime di ricovero ed eventualmente in TSO.

FARMACOLOGIA INDICAZIONI GENERALI

Nel primo trimestre di gravidanza, nelle forme lievi o medie, la psicoterapia viene considerata la terapia di prima scelta e, se possibile, andrebbe evitato l'utilizzo di qualsiasi farmaco.

Qualora la psicoterapia risultasse insufficiente oppure non realizzabile, o il caso fosse grave, nella prescrizione di psicofarmaci si dovrebbe:

- evitare psicofarmaci di cui non sono disponibili dati
- evitare “prodotti naturali” (tipo l’iperico)
- usare dosi minime efficaci e frazionate
- preferire la monoterapia
- evitare brusche sospensioni del trattamento
- evitare l’uso di ansiolitici nel primo trimestre ed utilizzare piuttosto antidepressivi SSRI.

Prima di prendere decisioni riguardo agli interventi farmacologici si dovrebbe spiegare in modo esaustivo rischi e benefici associati alla terapia, ma anche alla scelta del non trattamento.

Per quanto riguarda la psicofarmacoterapia in allattamento, l’obiettivo è quello di ridurre al minimo l’esposizione del bambino sia alla patologia psichiatrica materna sia al farmaco. E’ importante somministrare la dose minima efficace, tenendo conto peraltro che l’esposizione del neonato al farmaco psicotropo attraverso l’allattamento è inferiore al 10%, talvolta inferiore all’1%, della dose circolante materna.

Anche in questo caso i centri di tossicologia clinica danno precise indicazioni sull’entità del passaggio di farmaco nel latte e il potenziale rischio per il bambino, la possibilità di sostituire il farmaco a rischio con un altro a rischio minore, la necessità di un monitoraggio clinico, e, molto più raramente anche di laboratorio, del lattante.

Raccolta dati

Il profilo prevede il monitoraggio del percorso screening/ presa in carico/trattamento attraverso i seguenti dati che fanno parte dei flussi regionali:

1. Numero di donne in gravidanza
2. Numero di donne che hanno ritirato l’AdG e che si sono sottoposte ai BdS in gravidanza
3. Numero di donne inviate ai servizi specialistici
4. Numero di donne cui è stata fatta diagnosi e conseguente presa in carico
5. Numero di donne che hanno aderito al percorso di cura

La valutazione riguarda la percentuale di donne che ha ricevuto l’informazione sulla prevenzione/diagnosi precoce del disturbo psichico perinatale attraverso l’AdG e i BdS in gravidanza sul totale delle donne che hanno partorito in un dato tempo; la percentuale di donne intercettate dai servizi di vicinanza come bisognose di un approfondimento specialistico da parte dei servizi ambulatoriali di psicologia e psichiatria e infine la percentuale di queste che ha richiesto una presa in carico con trattamento e la compliance allo stesso.

1. Il dato viene estrapolato da Cedap sul numero di donne che hanno partorito, perdendo quelle con IVG/ITG che seguono percorsi differenti
2. Dato desunto dal Cedap
3. Dato desunto dal Prest C
4. Dato desunto dal Prest C
5. Dato desunto dal Prest C

Il dato 3 relativo alla **diagnosi di accesso al servizio specialistico** deve essere caricato con:

- **codice F53.0** sindromi e disturbi e comportamentali lievi associate con il puerperio, non classificati altrove

- e il **codice di esenzione D01** = Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art. 1 comma 4 lett. a del D.Lgs. 124/1998)

Il dato 4 relativo alla **definizione della diagnosi** fa riferimento ai codici di diagnosi ICD10; per quanto riguarda le eventuali esenzioni si sceglierà il codice di esenzione opportuno.

Il dato 5 sarà messo in evidenza dal numero delle visite in ambulatorio della donna con diagnosi in un dato tempo.

Allegato 1 (modulo di screening)

Allegato 2 (le scelte del Profilo)

Allegato 3 (la rete dei servizi)

Allegato 4 (Strumenti della rete)

Allegato 5 (PHQ 9)

Allegato 6 (Scala di Edimburgo)

BIBLIOGRAFIA

- Istituto Superiore di Sanità. Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum. A cura di Gabriella Palumbo, Fiorino Mirabella, Isabel la Cascavilla, Debora Del Re, Giovanna Romano e Antonella Gigantesco 2016, iv, 120 p. Rapporti ISTISAN 16/31 http://old.iss.it/binary/mentale/cont/DEF_Rapporto_Istisan_DPP.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance (update).
(Clinical Guideline 45.) February 2007 <http://guidance.nice.org.uk/CG45>
- (Clinical Guideline 192.) December 2014 <http://guidance.nice.org.uk/CG192>.
- O.N.DA. Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna. Prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale. Indicazioni di buona pratica clinica per la gestione della depressione perinatale.
<http://www.depressionepostpartum.it/main/wp-content/uploads/2011/12/Indicazioni-buona-pratica-per-la-gestione-della-depressione-perinatale1.pdf>
- Epicentro. Istituto Superiore di Sanità. Il progetto sul disagio psichico perinatale. Sorveglianza ostetrica (Itoss) - <http://www.epicentro.iss.it/itoss/DisagioPsichicoPerinatale.asp>
- ISTAT- La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia – anno 2014 <https://www.istat.it/it/archivio/violenza>
- WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn, 2013
- ISBN: 978 92 4 150664 9
- Mirabella F. et al. Positività allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi preparto. Riv Psichiatri 2014;49(6):253-264
http://www.rivistadipsichiatria.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=1766&id=19126
- Servizio Sanitario Regione Emilia Romagna. SaperiDoc. Disagio psichico in gravidanza, in puerperio e nel primo anno di vita del bambino <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1109>
- Istituto Superiore di Sanità. Azienda ULSS 9 Treviso. Come prevenire la depressione post partum e sentirsi nuovamente se stessa http://www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_progetto_352_listaFile_List11_itemName_0_file.pdf
- Cartabellotta A. et al. Linee guida per la salute mentale della donna in gravidanza e dopo il parto . Evidence (Agosto 2015 | Volume 7 | Issue 8 | e1000117 <https://www.evidence.it/articoli/pdf/e1000117.pdf>
- MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI, quinta edizione, DSM-5. American Psychiatric Association. 2015, Raffaello Cortina Editore
- M S Chisolm , J L Payne : Management of psychotropic drugs during in Pregnancy. , BMJ 2016
- Siu AL¹; US Preventive Services Task Force (USPSTF) .Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2016 Jan 26;315(4):380-7
- American College of Obstetricians and Gynecologists Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol 125:1268–1271 CrossRef
- Marian F. Earls MD_ THE COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH PEDIATRICS Clinical Report—Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Pediatrics 2010;126:1032–1039
- O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU, Henderson JT, Bigler KD, Whitlock EP. Screening for Depression in Adults: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016 Jan. Report No.: 14-05208-EF-1.
- O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2016 Jan 26;315(4):388-406.
- Gianni Garrone, Patrizia Levi, Lia Luzzato, Maria Merlo, Paolo Morgando, Gianna Patrucco, Danielle Rollier. Anche il pediatra se ne deve occupare?: Medico e Bambino 5/2009, 297-306
- L'articolo del mese a cura di Costantino Panza: Depressione perinatale: interventi per realizzare un cambiamento nell' ambulatorio del pediatra. Una revisione sistematica. Pagine elettroniche di Quaderni acp 2018; 25(4)

Fattori di rischio

Familiarità per disturbi psichiatrici perinatali o per disturbo bipolare	Difficoltà nella relazione di coppia; assenza di un partner/conflittualità di coppia importante	Pregresso aborto, pregressa morte fetale
Storia psichiatrica pregressa	Disoccupazione, perdita di lavoro	Gravidanza non pianificata; Gravidanza in minorenni (vedi protocollo specifico)
Storia di pregressa DPP	Isolamento sociale	Malnutrizione materna; bassi livelli di emoglobina; iperemesi gravidica
Lutto recente	Allontanamento dalla famiglia di origine	Parto distocico con stress post traumatico
Storia di abuso sessuale	Migrazione recente	Patologia materna (tireopatia, diabete, ...)
Violenza domestica	Uso di sostanze di abuso (vedi protocollo specifico)	Patologia fetale (malformazioni, ritardo di crescita)
	Ruolo di caregiver di familiari non autosufficienti	Patologia neonatale (prematùrità, malformazioni, ricovero in TIN,)
	Assenza di una rete familiare/amicale	Difficoltà all'allattamento
		Temperamento difficile del bambino

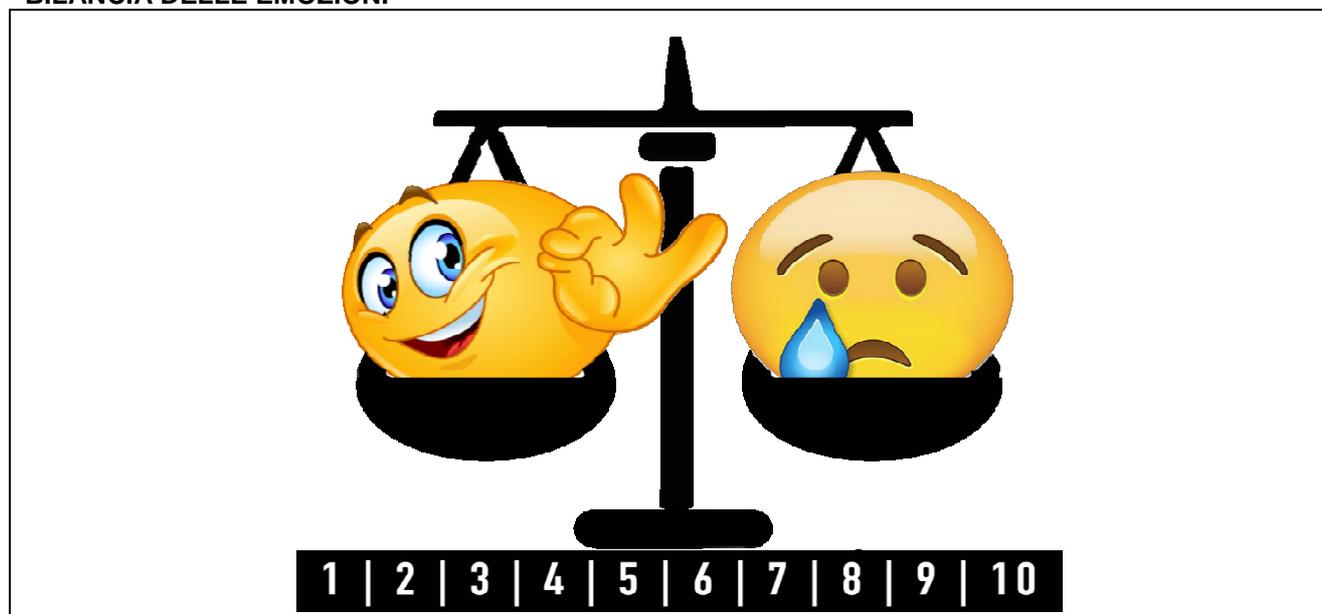
Domande di Whooley

- Durante l'ultimo mese ti sei sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?
- Durante l'ultimo mese hai provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?

La modalità di risposta è sì / no

Il test viene definito positivo in caso di **risposta affermativa anche a una sola domanda.**

BILANCIA DELLE EMOZIONI



nessun disagio

disagio elevatissimo

Allegato 2 – Le scelte del Profilo Assistenziale

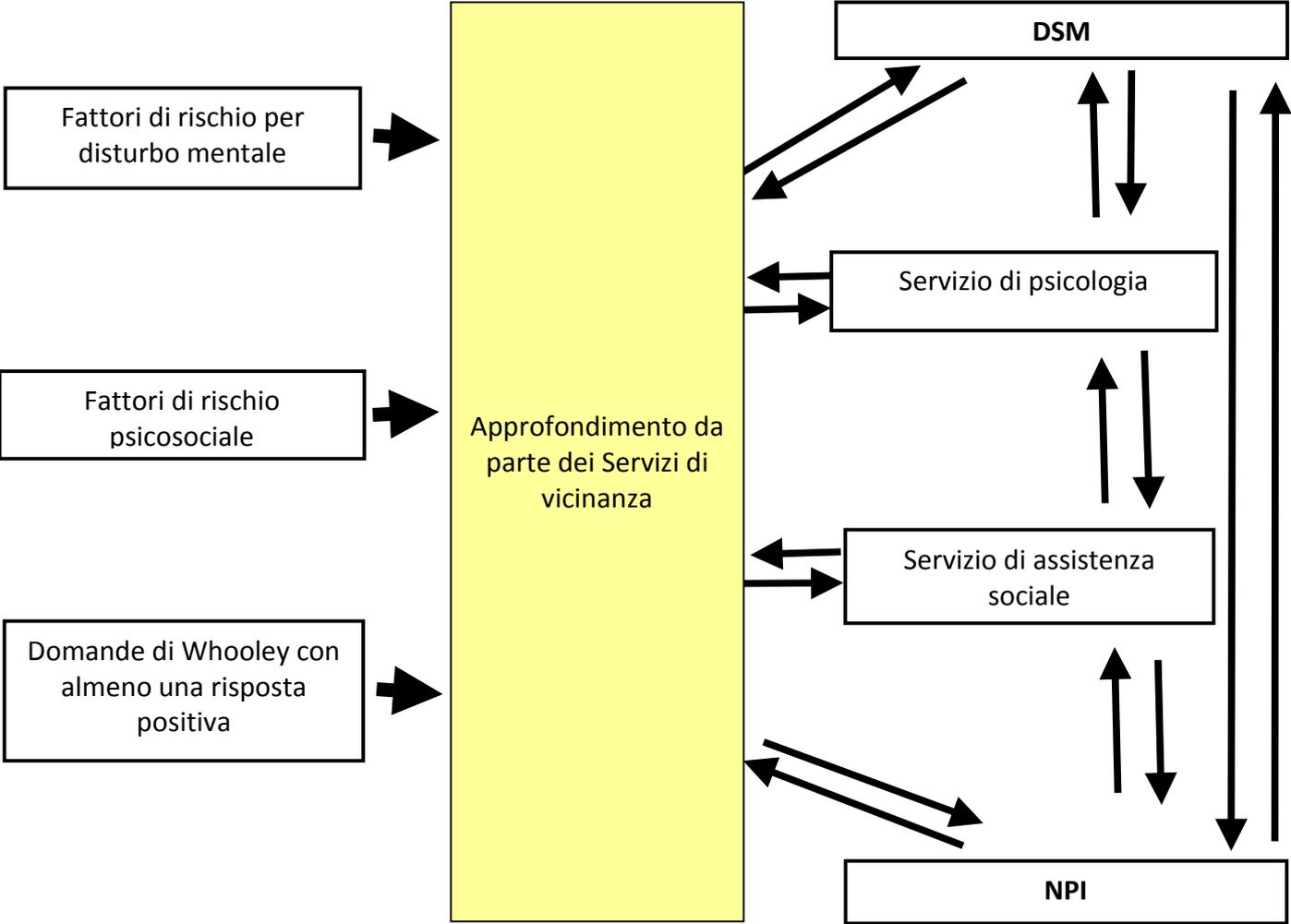
Le scelte del Profilo Assistenziale regionale per l'individuazione precoce del disagio psichico perinatale e della DPP

Dati della letteratura	Scelte del Profilo
I dati più numerosi sono relativi allo screening della DPP	L'obiettivo è l'intercettazione precoce del disagio psichico perinatale non solo la DPP
<p>Gli strumenti validati maggiormente usati sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la scala di Edimburgo (EPDS) a 3 e 10 items - il Patient Health Questionnaire (PHQ 2, PHQ 9) a 2 e 9 items, con risposta graduata - le domande di Whooley con risposta dicotomica 	<p>Intervento di identificazione precoce basato sul:</p> <ul style="list-style-type: none"> - colloquio con l'operatore formato sul riconoscimento della problematica - identificazione dei fattori di rischio - domande di Whooley - bilancia delle emozioni =strumento analogico semplice
Il PHQ 2 è risultato nel Post Partum lo strumento con la più alta sensibilità (con un range tra 62 e 100%)	Le domande di Whooley differiscono dal PHQ2 per il riferimento temporale e il tipo di risposta
<p>PHQ2: <i>"Negli ultimi 15 gg quanto si è sentita disturbata dai seguenti problemi?"</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose 2. Sentirsi giù di morale, depressa o senza speranza <p> <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> alcuni giorni <input type="checkbox"/> più di metà dei giorni <input type="checkbox"/> quasi tutti i giorni </p>	<p>Domande di Whooley: <i>"Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?" SI/NO</i></p> <p> <i>"Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?" SI/NO</i> </p>
E' segnalato che l'utilizzo di risposta graduata è condizionata dal livello culturale	Le domande di Whooley prevedono una risposta dicotomica SI/NO e l'introduzione della bilancia delle emozioni come integrazione
Per la DPP screening almeno 1 volta durante il periodo perinatale e nelle visite pediatriche al 1 mese	Percorso di identificazione che si svolge lungo tutto il percorso nascita (gravidanza, parto, primo anno di vita del bambino con momenti specifici per la somministrazione di test di screening: nel primo e nel secondo trimestre, nel bilancio di salute a 36 settimane, nell'immediato post partum, a 40 gg e nei primi bilanci di salute pediatrici.
<p>In caso di positività l'approfondimento è raccomandato tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ il dialogo con l'operatore, ➤ la compilazione del PHQ 9 a nove items con un cut off di 10 per lo screening del rischio depressivo ➤ la scala di Edimburgo 	<p>In caso di positività l'approfondimento è raccomandato tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ il dialogo con l'operatore, ➤ la compilazione del PHQ 9 a nove items con un cut off di 10 per lo screening del rischio depressivo ➤ la scala di Edimburgo

Allegato 3 - La rete dei servizi

SERVIZI DI VICINANZA
Identificazione e monitoraggio fattori di rischio
Continuità assistenziale lungo il Percorso
nascita/crescita

SERVIZI SPECIALISTICI
Consulenza ai servizi di vicinanza
Presenza in carico delle donne con disagio



GLI STRUMENTI DELLA RETE

Il funzionamento della rete dipende dagli strumenti di cui ci si dota, quelli raccomandati sono i seguenti:

- Profilo addizionale condiviso **contestualizzato** alla realtà dell'Azienda sanitaria, **formalizzato** dall'Azienda stessa
- Occasioni di **formazione di tutti gli operatori** che entrano in contatto con la donna in gravidanza, parto puerperio e primi mesi di vita del bambino.
- **Incontri dell'équipe aziendale** sia secondo un calendario stabilito sia sporadicamente in risposta alle esigenze degli operatori e ai casi clinici che si presentano
- **Raccolta dati** per la valutazione dell'impatto del profilo, coordinata con i flussi perinatali e pediatrici esistenti
- **Telefono, mail:** ogni punto della rete deve disporre dei recapiti telefonici e indirizzi e-mail aggiornati di ciascun punto della rete, con disponibilità alla reperibilità telefonica per le emergenze da parte del secondo livello
- **Agenda di Gravidanza (AdG):** gli strumenti e i tempi dello screening vengono riportati sull'AdG, gestita dalla componente ostetrica e dal Medico di famiglia. Rispetto alla problematica in oggetto l'AdG prevede:
 - nella gravidanza fisiologica: elementi per anamnesi familiare, personale, ostetrica mirata; domande di Whooley ai BdS identificati dal profilo come significativi per lo screening: 1°, 2° trimestre, BdS delle 36 settimane, dimissione dalla maternità con inserimento del foglio di sintesi del percorso nascita stampabile dal Certificato di Assistenza al parto, BdS in puerperio; informazioni alla donna nel capitolo "per saperne di più" (pag 104).
 - Nel caso si attivi un'assistenza addizionale per situazioni di rischio di DPP o per patologia psichiatrica in atto si dovrà prevedere l'inserimento di fogli aggiuntivi nell'apposito capitolo "Assistenza addizionale" fornendo alla donna tutte le informazioni utili per accedere ai servizi di cui ha bisogno.
- **Agenda di salute del bambino** che rispetto alla problematica in oggetto riporta:
 - i dati relativi alla nascita, alle condizioni cliniche del neonato e all'avvio dell'allattamento al seno; la valutazione dell'attaccamento mamma-bambino, l'umore della mamma e il sostegno familiare alla mamma.
 - Nei Bilanci di salute del bambino a 15 gg, 2-3 e 4-5 mesi si rileva oltre lo stato di salute del bambino anche quello psicologico della mamma.
- **Servizi di assistenza di base:** poichè la DPP può estrinsecarsi fino a XII mese dopo il parto, pediatri e medici di famiglia sono chiamati a vigilare nella corrente pratica clinica.
- **Opuscolo scaricabile on-line** : "Come prevenire la depressione post partum e sentirsi nuovamente se stesse" - L'opuscolo è stato realizzato nell'ambito del Progetto "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum" finanziato dal Ministero della Salute, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) – anno 2016

QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL/DELLA PAZIENTE - PHQ 9

Nelle <u>ultime 2 settimane</u> , con quale frequenza è stato/a disturbato/a da ciascuno dei seguenti problemi? <i>(Segni la sua risposta con una "X")</i>	Mai	Alcuni giorni	Per più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
2. Sentirsi giù di morale, depresso o disperato	0	1	2	3
3. Difficoltà nell'addormentarsi, nel dormire senza svegliarsi, oppure dormire troppo	0	1	2	3
4. Sentirsi stanco/a o avere poca energia	0	1	2	3
5. Scarso o eccessivo appetito	0	1	2	3
6. Avere una scarsa opinione di sé, o sentirsi un fallimento o aver deluso se stesso/a o i propri familiari	0	1	2	3
7. Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, per esempio leggere il giornale o guardare la televisione	0	1	2	3
8. Muoversi o parlare così lentamente da poter essere notato/a da altre persone. O, al contrario, essere così irrequieto/a da muoversi molto più del solito	0	1	2	3
9. Pensare che sarebbe meglio morire o farsi del male in qualche modo	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T _____ = _____ + _____ + _____)

Se ha contrassegnato uno qualsiasi di questi problemi, quanto questi problemi Le hanno reso difficile fare il Suo lavoro, occuparsi delle faccende domestiche o avere buoni rapporti con le altre persone?

Per niente difficile	Abbastanza difficile	Molto difficile	Estremamente difficile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elaborato dai dottori Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colleghi, con una sovvenzione educativa da Pfizer Inc. Non è richiesto un permesso per la riproduzione, la traduzione, l'affissione o la distribuzione

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Versione Italiana di Benvenuti *et al.*, 1999

Data di compilazione |_|_|_|_|_|_|_|_|

U.O. A cura del Servizio

Nome..... Cognome Codice |_|_|_|_|_|_|

Tel..... Cell.

Data di nascita del bambino |_|_|_|_|_|_|_|_|

Lei di recente ha avuto un bambino. Ci piacerebbe sapere come si è sentita **nell'ultima settimana**.

La preghiamo di segnare con una **X** la risposta che meglio descrive come si è sentita nei sette giorni appena trascorsi e non soltanto come si sente oggi. Per aiutarla, ecco un esempio:

<p>Sono stata felice</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, per la maggior parte del tempo</p> <p><input type="checkbox"/> No, non molto spesso</p> <p><input type="checkbox"/> No, per niente</p> <p>Il che in pratica significa «Durante la scorsa settimana sono stata felice per la maggior parte del tempo».</p> <p>Per favore completi le altre domande nello stesso modo.</p> <p>Nei sette giorni appena trascorsi:</p> <p>1. Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose</p> <p><input type="checkbox"/> Come facevo sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Adesso, non proprio come al solito</p> <p><input type="checkbox"/> Adesso, decisamente un po' meno del solito</p> <p><input type="checkbox"/> Per niente</p> <p>2. Ho guardato con gioia alle cose future</p> <p><input type="checkbox"/> Come ho sempre fatto</p> <p><input type="checkbox"/> Un po' meno di quanto ero abituata a fare</p> <p><input type="checkbox"/> Decisamente meno di quanto ero abituata a fare</p> <p><input type="checkbox"/> Quasi per nulla</p> <p>3. Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, il più delle volte</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, qualche volta</p> <p><input type="checkbox"/> Non molto spesso</p> <p><input type="checkbox"/> No, mai</p> <p>4. Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo</p> <p><input type="checkbox"/> No, per niente</p> <p><input type="checkbox"/> Quasi mai</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, qualche volta</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, molto spesso</p> <p>5. Ho avuto momenti di paura o di panico senza un valido motivo</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, moltissimi</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, qualche volta</p> <p><input type="checkbox"/> No, non molti</p> <p><input type="checkbox"/> No, per niente</p>	<p>6. Mi sentivo sommersa dalle cose</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, il più delle volte non sono stata per niente capace di far fronte alle cose</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito</p> <p><input type="checkbox"/> No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose bene</p> <p><input type="checkbox"/> No, sono riuscita a fronteggiare le situazioni bene come sempre</p> <p>7. Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, il più delle volte</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, abbastanza spesso</p> <p><input type="checkbox"/> Non molto spesso</p> <p><input type="checkbox"/> No, per nulla</p> <p>8. Mi sono sentita triste o infelice</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, il più delle volte</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, abbastanza spesso</p> <p><input type="checkbox"/> Non molto spesso</p> <p><input type="checkbox"/> No, per nulla</p> <p>9. Sono stata così infelice che ho perfino pianto</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, il più delle volte</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, abbastanza spesso</p> <p><input type="checkbox"/> Solo di tanto in tanto</p> <p><input type="checkbox"/> No, mai</p> <p>10. Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, molto spesso</p> <p><input type="checkbox"/> Qualche volta</p> <p><input type="checkbox"/> Quasi mai</p> <p><input type="checkbox"/> Mai</p>
---	---