

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

REGIONE DEL VENETO



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1058 DEL 23/06/2022

O G G E T T O

**PROGETTO “GENITORI SENZA DEPRESSIONE”: APPROVAZIONE PROTOCOLLO
AZIENDALE PER IL DISAGIO PSICHICO PERINATALE.**

Proponente: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Anno Proposta: 2022

Numero Proposta: 1137/22

Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale riferisce:

Con deliberazione n. 214 del 19/02/2020 questa ULSS ha approvato il progetto *“Mamme senza depressione”*. *Ambulatorio per i disturbi psicologici e psichiatrici nella gravidanza e del post partum*.

È noto, infatti, che la gravidanza e il post partum sono momenti di vita connotati da una maggiore vulnerabilità sia per un primo episodio, che per il ripresentarsi di una condizione depressiva in futuro. Le malattie psichiatriche durante la gravidanza e il puerperio determinano un pesante carico di sofferenza per la madre e l'intero nucleo familiare e, se non adeguatamente trattate, un carico di patologia e disabilità sulla madre e il bambino in tutte le sue fasi di sviluppo.

Il progetto, avviato sin dal 2018, è consistito nell'attivazione di un ambulatorio dedicato, servizio indicato da tutte le linee guida internazionali come più appropriato per la possibilità di individuare e trattare precocemente i casi a rischio, per minimizzare la cronicizzazione del disturbo e il ricorso tardivo alle cure.

In proposito, si ricorda che la Regione Veneto, con l'iniziativa progettuale *“Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum”* ha attivato un percorso operativo di offerta attiva alla donna di dispositivi di supporto al percorso prenatale, nascita e post natale, per il riconoscimento precoce del rischio perinatale della popolazione femminile.

Studi internazionali, inoltre, hanno rilevato l'importanza e la frequenza dei disturbi psichici anche nei neo papà e, soprattutto, che il disagio paterno, in termini di salute e benessere psichico, è un elemento prognosticamente negativo per la salute del neonato ed è correlato in modo significativo con l'aumento di depressione materna.

È emersa quindi la necessità di aggiornare il citato progetto iniziale integrando l'ambulatorio, già attivato con la citata deliberazione n. 214/2020, con un ambulatorio dedicato per i disturbi affettivi materni e paterni in gravidanza e post partum, denominato *“Genitori senza depressione”*, con due sedi, rispettivamente nel territorio del distretto Est e del distretto Ovest, che fa capo al Dipartimento di Salute Mentale ed è riservato a:

- donne in gravidanza con sintomatologia ansiosa o depressiva insorta durante la gestazione e in corso da almeno due settimane;
- puerpere fino ad 1 anno del neonato con disturbi psicologici e psichiatrici insorti nel post partum;
- familiari con richiesta di informazioni o con necessità di interventi psicoeducazionali;
- neo papà con sintomi depressivi o ansiosi post partum.

Il progetto del nuovo ambulatorio è regolato dall'allegato *Protocollo aziendale per il disagio psichico perinatale con attivazione da parte del D.S.M. di ambulatorio dedicato “Genitori senza depressione” nella rete dei servizi del Percorso Nascita e delle Cure Primarie (API01)*, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, e che ha lo scopo di descrivere:

- le modalità, i processi organizzativi, i percorsi assistenziali, le azioni e le responsabilità dei Servizi e degli operatori coinvolti nell'offerta e relativi ai percorsi per il riconoscimento precoce del rischio di sviluppare disturbi psichici in gravidanza e post partum;
- le modalità di comunicazione ai Servizi territoriali e ospedalieri delle risultanze dello screening da parte dell'UOC di Ostetricia e di Ginecologia di Vicenza, Arzignano e Valdagno;
- i percorsi di valutazione intercettazione a livello territoriale e ospedaliero dei disagi/disturbi psichici perinatali materni e paterni.

È stata individuata quale Responsabile del progetto la dr.ssa Rossana Riolo, medico psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale, che è altresì incaricata di monitorare l'andamento del medesimo e di porre in essere tutte le misure utili e necessarie per la corretta gestione dello stesso, accertando l'esecuzione delle attività ed i risultati raggiunti.

Il medesimo Direttore ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

I Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

Sulla base di quanto sopra

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

1. di approvare il progetto dell'ambulatorio "*Genitori senza depressione*" che aggiorna il progetto iniziale approvato con deliberazione aziendale n. 214/2020, per le motivazioni indicate in premessa;
2. di stabilire che il progetto del nuovo ambulatorio è regolato dall'allegato *Protocollo aziendale per il disagio psichico perinatale con attivazione da parte del D.S.M. di ambulatorio dedicato "Genitori senza depressione" nella rete dei servizi del Percorso Nascita e delle Cure Primarie (API01)*, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di individuare quale Responsabile del progetto la dr.ssa Rossana Riolo, medico psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale, incaricata di monitorare l'andamento del medesimo e di porre in essere tutte le misure utili e necessarie per la corretta gestione dello stesso, accertando l'esecuzione delle attività ed i risultati raggiunti;
- 4 di prescrivere che il presente atto venga pubblicato all'Albo on-line dell'Azienda.

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo
(dr. Fabrizio Garbin)

Il Direttore Sanitario
(dr. Salvatore Barra)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
(dr. Achille Di Falco)

IL DIRETTORE GENERALE
(Maria Giuseppina Bonavina)

Copia del presente atto viene inviato al Collegio Sindacale al momento della pubblicazione.

IL DIRETTORE
UOC AFFARI GENERALI



Protocollo aziendale per il disagio psichico perinatale con attivazione da parte del DSM di Ambulatorio dedicato "Genitori senza depressione" nella rete dei Servizi del Percorso Nascita e delle Cure Primarie

Rev.	Data	Redazione per il Gdl	Approvazione e Validazione
0	21\03\2022	Rossana Riolo	Direzione Medica <i>Laure Catta</i>
			Direzione Socio-Sanitaria <i>Roberto Felice</i>

GRUPPO DI LAVORO

Nome e Cognome	Firma
Coordinatore GdL - dott.ssa R. Riolo	<i>Rossana Riolo</i>
Dott.ssa Silvia Manea	<i>Silvia Manea</i>
Dott. Riccardo Barsotti	<i>Riccardo Barsotti</i>
Dott.ssa Emanuela Busa	<i>Emanuela Busa</i>
Dott.ssa Alessandra Sala	<i>Alessandra Sala</i>
Dott.ssa Marilena Zanedello	<i>Marilena Zanedello</i>
Dott. Bruno Ruffato	<i>Bruno Ruffato</i>

Verifica

Direttore Dipartimento Materno Infantile	<i>Monica Bellotti</i>
Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia di Vicenza	<i>A. Mollo</i>
Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia di Arzignano	<i>[Signature]</i>
Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia di Valdagno	<i>[Signature]</i>
Direttore Distretto Est ed Ovest	<i>[Signature]</i>
Direttore Dipartimento di Salute Mentale	<i>[Signature]</i>
Direttore UOC IAF e Consultori	<i>[Signature]</i>

Lista di Distribuzione

Destinatari	Modalità di distribuzione	Verifica distribuzione
Operatori Dsm, Dipartimento Materno-Infantile, Consultori e IAF, Punti Nascita, Pediatri PLS	Intranet	Verbali riunione

Indice

1. Premessa
2. Scopo
3. Gruppo di lavoro
4. Descrizione del disagio psichico perinatale materno e paterno
5. Criteri inclusione
6. Terminologia abbreviazioni
7. Responsabilità
8. Progetto Veneto e Screening
9. Modalità operative
10. Analisi dell'epidemiologia e dei bisogni dei Distretti Est e Ovest Aulss8
11. Referenti per le procedure
12. Indicatori
13. Flowchart
14. Scheda Progetto
15. Bibliografia e normativa
16. Approvazione, diffusione, valutazione, revisione
17. Identificazione modifiche
18. Note di approfondimento
19. Allegati

1. Premessa

L'assistenza perinatale all'unità madre bambino deve essere resa disponibile senza soluzione di continuo tra i diversi professionisti e servizi che supportano la donna e lavorano con lei in questa fase importante della vita. La "care" centrata sulla persona deve tener conto nella medesima considerazione la salute fisica, la salute mentale e i bisogni sociali dell'unità madre e bambino prima durante e dopo la gravidanza.

Si stima che nel mondo occidentale come risulta da molti studi epidemiologici la depressione post partum colpisca il 10-15% delle donne che partoriscono e il 10% dei padri. Il rapporto dell'ISS 16/31 riporta le evidenze dell'importanza di un intervento precoce, poiché è scientificamente comprovato che la depressione post partum è un disturbo prevenibile e curabile.

Diventa pertanto importante implementare azioni integrate fra i diversi servizi che intercettano le gestanti e le puerpere per favorire:

- Il riconoscimento precoce della fragilità della gestante da parte dei Consultori Familiari che offrono dispositivi di accompagnamento alla gravidanza, alla nascita e al post nascita;
- L'intercettazione precoce del rischio dopo il parto durante il ricovero ospedaliero;
- Adeguate interventi di supporto ai Consultori familiari che garantiscono percorsi mirati dell'accompagnamento alla puerpera all'accudimento e allattamento precoce e il supporto psicologico e sociale alla neo genitorialità di entrambi i genitori;
- L'intercettazione, la diagnosi e la cura della depressione puerperale da parte dei servizi specialistici del DSM.

2. Scopo

La presente procedura ha lo scopo di descrivere le modalità, i processi organizzativi, i percorsi assistenziali, le azioni e le responsabilità dei Servizi e degli operatori relativi ai percorsi per il riconoscimento precoce del rischio di sviluppare disturbi psichici in gravidanza e post partum.

La procedura descrive altresì le modalità di comunicazione ai servizi territoriali e ospedalieri delle risultanze dello screening da parte dell'UOC di Ostetricia e Ginecologia di Vicenza, Arzignano e Valdagno.

3. Attivazione gruppo di lavoro del Progetto Ulss 8 Berica

Capofila del Gruppo di Lavoro è il DSM e coordina il GdL la Dott.ssa Rossana Riolo, la Dott.ssa Emanuela Busa coordinatrice Ostetrica, Dott.ssa Zanetello Direttrice UOC IAF, Dott.ssa Silvia Manea Direttrice UOC Cure Primarie Ovest, Dott. Bruno Ruffato PDL.

Il presente protocollo definisce i percorsi di valutazione intercettazione a livello territoriale e ospedaliero dei disagi/ disturbi psichici perinatali materni e paterni.

3.1 Campo di applicazione

Il presente protocollo viene applicato a tutti i servizi e operatori coinvolti nell'offerta delle attività a favore delle gestanti/puerpere, con particolare riferimento o alle UUOCC:

- Ostetricia e Ginecologia;
- Pediatria;
- IAF;
- Dipartimento Salute Mentale;
- Cure Primarie;

- PLS e MMG;
- Servizio di Prevenzione;
- SERD.

4. Descrizione del disagio psichico perinatale

La salute mentale perinatale fa riferimento al periodo che va dalla gravidanza a un anno dopo il parto. I cambiamenti fisiologici ed emotivi della gravidanza, del parto e della cura di un neonato possono rendere il periodo perinatale un momento di vulnerabilità per madri, padri e famiglie.

La promozione della salute mentale perinatale e il riconoscimento e la presa in carico di un disagio o di un disturbo psicopatologico nella madre o nel padre sono importanti sia per il singolo che per gli effetti sullo sviluppo del bambino e sul nucleo familiare.

4.1 Depressione antenatale materna

L'approccio alla depressione puerperale non si deve collocare solo nel periodo postnatale altrimenti rischia di essere tardivo e solo parzialmente efficace sul decorso dei sintomi psichici che si possono verificare nella maternità.

Diversi sono i fattori di rischio che è bene considerare già in epoca prenatale tra questi in modo particolare hanno rilevanza una depressione in gravidanza associata ad una storia positiva per depressione, la presenza di ansia in gravidanza, la presenza di disturbi del sonno, e una scarsa tolleranza al dolore. (1)

4.2 Depressione materna perinatale

La gravidanza ed il parto sono caratterizzate da cambiamenti e richieste psicologiche, sociali ed emotive che possono impattare sul benessere della donna e del bambino in modo disabilitante.

La depressione postpartum rappresenta un importante problema di salute con un'elevata prevalenza, potenzialmente trattabile, che ipotoca in modo determinante la condizione futura non solo della stessa donna, ma anche del bambino e dell'intera famiglia.

Essa si presenta come un episodio depressivo che inizia o si estende nel periodo postpartum. Può evolvere dal cosiddetto periodo del "baby blues", che caratterizza i primi dieci giorni dopo il parto ed è solitamente autorisolvibile, o rendersi palese nelle settimane dopo il parto e durare uno o più anni.

Numerosi studi mostrano che la depressione post partum viene diagnosticata poco rispetto alla sua incidenza e misconosciuta nella sua gravità. Appare sottovalutata non solo dai medici e dai servizi sanitari ma anche dalle donne stesse e dai loro familiari, per cui solo una minima parte accede ad una cura specialistica (meno del 5%).

Se non diagnosticata precocemente può sfociare in disturbi psichici più gravi e compromissione dello sviluppo psico-fisico del nato che potrebbero compromettere sia la buona relazione genitoriale che quella di coppia. Tale sofferenza depressiva, se individuata e trattata precocemente, si risolve completamente permettendo di recuperare il proprio benessere e di ripristinare una buona relazione con il bambino e con il partner.

Per fare diagnosi di depressione post partum, secondo il DSM-5, è necessario soddisfare i criteri di episodio depressivo maggiore con esordio in gravidanza o durante le prime quattro settimane dopo il parto, o 6 settimane secondo l'ICD-10. Anche una depressione che non soddisfa completamente i criteri del DSM-5 necessita comunque di essere valutata e considerata in termini di rischio per la salute della donna e del bambino. (2)

4.3 Fattori di rischio

Esistono dei fattori di rischio per lo sviluppo di psicopatologia nel periodo perinatale, primi fra tutti la storia pregressa di depressione o di altro disturbo psichiatrico, ma poi anche fattori quali la giovane età, la storia di maltrattamento, di abuso di sostanze, la mancanza di supporto sociale, livello socioeconomico basso, recenti eventi stressanti (es.: lutti in gravidanza), complicanze ostetriche della madre o del bambino, patologia nel nuovo nato, gravidanza indesiderata o nascosta. Inoltre i dati che emergono da numerosi studi indicano come in realtà il picco temporale per l'insorgenza della patologia sia tra 2 e 3 mesi dopo il parto. La DPP si differenzia dal baby blues, la malinconia nell'immediato post partum che colpisce dal 70% all'85% delle neo mamme e di solito si risolve senza trattamento dopo le due settimane successive al parto, così come dalla psicosi puerperale, vera e propria emergenza psichiatrica a forte rischio di suicidio e infanticidio che si verifica nelle prime 1-4 settimane dopo il parto.

4.4 Fattori psicologici

Episodi di ansia e depressione durante la gravidanza, precedenti malattie psichiatriche, problemi di relazione con il partner ed eventi stressanti sono i più importanti fattori psicologici di rischio in puerpere provenienti sia da Paesi industrializzati che in via di sviluppo (Milgrom et al., 2008). Nei Paesi industrializzati importanti fattori di rischio sono rappresentati da presenza di depressione e/o ansia durante la gravidanza, pregresse malattie psichiatriche, problemi di relazione con il partner (Escriva-Aguir & Artazcoz, 2011), eventi stressanti, eccessivo stress derivante dall'accudimento del bambino e atteggiamento negativo nei confronti della gravidanza (Kitamura et al., 2006). Gli stessi fattori di rischio sono stati documentati anche in puerpere residenti in Paesi in via di sviluppo Rapporti ISTISAN 16/31 (Yagmur & Ulukoca, 2010; Kirpinar et al., 2010;). Altri fattori psicologici documentati solo nei Paesi industrializzati riguardano pregressi disturbi mestruali (Bloch et al., 2005) e intenzione di tornare rapidamente al lavoro.

Il Disturbo dell'Adattamento (DA) al ruolo materno ancora poco studiato, ha una diffusione significativa (circa il 27% delle donne positive allo screening con EPDS).

Secondo i criteri presenti nel DSM V il disturbo dell'adattamento è caratterizzato da sintomi emotivi e comportamentali clinicamente significativi, in risposta ad uno o più eventi stressanti identificabili. Si manifesta entro tre mesi dall'insorgenza dell'evento stressante e tra gli eventi stressanti è inclusa la transizione alla genitorialità. In uno studio condotto in una realtà veneta (Prevalence and risk factors of postpartum depression and adjustment disorder during puerperium – a retrospective research. Barbara Ferrari... & Rossana Riolo Journal of Reproductive and Infant Psychology, giugno 2020), è stato evidenziato che il 23.6% di queste donne soffrivano di AD nel campione di 3102 donne che erano state sottoposte a screening e il 14.6% è risultato positivo all' EPDS con il 5.5% di Depressione Post partum.

I risultati relativi ai fattori di rischio per il Disturbo dell'Adattamento al ruolo materno e per la depressione post partum sono quindi entrambi rilevanti a livello clinico, e identificare precocemente la condizione del Disturbo dell'Adattamento permette quindi un lavoro di cura e prevenzione precoce di una eventuale passaggio al disturbo più grave di una vera depressione post partum.

4.5 Fattori ostetrici e pediatrici

Donne i cui neonati sono affetti da condizione medica patologica o nati prematuramente (*Raisanen et al., 2013*) o con temperamento difficile (*Eastwood et al., 2012*) sono più a rischio di DPP.

Donne che non hanno pianificato la gravidanza o che non la desiderano (*Csatordai et al., 2007*) con precedente storia di perdita (*Yagmur & Ulukoca, 2010*) di un figlio che avevano sofferto di problemi durante la gravidanza (*Agoub et al., 2005*) o che avevano bassi livelli di emoglobina durante il parto (*Goshtasebi et al., 2013*) sono risultate essere più a rischio di sviluppare la DPP.

Dopo il parto, le donne con neonati affetti da malattie (*Demirchyan et al., 2014*), che non avevano conoscenze su come accudire il neonato (*Ege et al., 2008*) o che presentano difficoltà di allattamento (*Zubaran & Foresti, 2013*) sono risultate essere a maggior rischio di DPP.

4.6 Fattori socio-demografici

Diversi studi concordano sull'influenza del supporto sociale, oggettivo o percepito da parte della donna e/o della coppia. Infatti, studi condotti sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via sviluppo che in quelli in via di sviluppo (Yagmur & Ulukoca, 2010) hanno dimostrato che la mancanza di supporto sociale è un potente e indipendente fattore di rischio di sviluppo della DPP. Nei Paesi industrializzati altri fattori sono: essere immigrate (Gaillard et al., 2014) o vittime di violenza domestica.

5. Criteri di inclusione

Tutte le donne residenti o domiciliate o come STP nel territorio dell'Aulss 8 Berica che partoriscono nei Punti Nascita sopra indicati sono eleggibili per lo screening per la depressione ante e post partum. Per le puerpere straniere è previsto l'ausilio del servizio di mediazione linguistico-culturale e la distribuzione di materiale informativo.

Lo screening proposto ai punti nascita è rivolto a tutte le donne che partoriscono.

6. Terminologia e abbreviazioni

AS	Assistente Sociale
A. ULSS	Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria
PLS	Pediatra di Libera Scelta
CF	Consultorio Familiare
GdL	Gruppo di Lavoro
Gin	Ginecologo
INF	Infermiera
MMG	Medico di Medicina Generale
OST	Ostetrica
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PO	Presidio Ospedaliero
PSH	Psichiatra
PSI	Psicologo
RGdL	Responsabile Gruppo di Lavoro

Abbreviazioni	
AULSS	Azienda Unità Socio Sanitaria
CF	Consultorio familiare
DGR	Delibera Giunta Regionale
GAR	Gravidanza a Rischio
GAT	Gravidanza a Termine
STP	Straniero Temporaneamente Presente
UO	Unità operativa
UOC	Unità Operativa Complessa

7. Responsabilità

Gli operatori coinvolti nel processo assistenziale dei disturbi del periodo perinatale hanno i seguenti compiti:

- Psicologo DSM dedicato al presente PTDA: scoring e valutazione dei test, colloqui psicologici, psicoterapia, gruppi psicoterapeutici, formazione operatori coinvolti nella perinatalità (tirocinanti, ostetriche, ginecologi, infermieri), sportello telefonico, follow up;
- Psichiatra (PSH): consulenze, valutazione, colloqui, psicoterapia, gruppi psicoterapeutici farmacoterapia, formazione operatori coinvolti nella perinatalità (tirocinanti, ostetriche, ginecologi, infermieri), corsi parto;
- Ginecologo (OSP+CF): segnalazione attraverso apposita scheda di segnalazione, sia di donne in gravidanza (dal III° trimestre), sia nel puerperio che manifestino un disagio psicologico e/o psicopatologia pregressa, innesca e partecipa all'eventuale percorso di dimissione protetta di donne e famiglie di bisogni assistenziali complessi;
- Ostetrica (OSP+CF): segnalazione attraverso apposita scheda di segnalazione, sia di donne in gravidanza (dal III° trimestre), sia nel puerperio che manifestino un disagio psicologico e/o psicopatologia pregressa (vedi PDTA BRO al punto 3.1 Presa in carico ostetrica pre valutazione specialistica per raccolta anamnestica, inquadramento clinico e rilevazione dei fattori di rischio e al punto 4.1 Prima Visita ostetrica: Valutazione Specialistica [Responsabilità GIN, PSI]), partecipa a eventuali dimissioni protette e a home visiting;
- Medico di Medicina Generale (MMG). Durante la gravidanza il MMG ha un ruolo di fondamentale importanza nella raccolta anamnestica e per la sua conoscenza delle risorse all'interno del nucleo familiare può segnalare precocemente eventuali disagi o precedenti psichiatrici che possono essere fattori di rischio. La domanda sui disturbi psichici deve essere inserita come domanda di routine così come si accerta se ci sono precedenti di diabete in famiglia o ipertensione, partecipa a eventuali dimissioni protette, può somministrare EPDS;
- Pediatra libera scelta (PLS), può somministrare EPDS al 2° o successivi bilanci di salute ed invio all'Ambulatorio dedicato se cut-off superiore a 10, se presenza di items suicidario o per segnalare mamme "a rischio" e/o sofferenti; sarà inviato ai PLS da parte dei Punti Nascita, dei CF e dall'Ambulatorio dedicato informativa su neo mamme sottoposte a screening e valutate positive, partecipa a eventuali dimissioni protette;
- Personale Sanitario punti vaccinali: numerosi studi supportano l'ipotesi di poter intercettare durante le vaccinazioni il disagio perinatale materno. Può somministrare EPDS;
- Cure Primarie/IAF: organizza le dimissioni protette, home visiting attivando le risorse disponibili sanitarie, socio-sanitarie e sociali, ponendosi come obiettivo la presa in carico della madre e della famiglia e dell'eventuale bisogno di tutela del nato, in accordo e integrazione con le Amministrazioni comunali.

8. Progetto Regione Veneto

“Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum”.

A seguito dell'approvazione da parte del Ministero della salute del progetto della Regione Veneto del 2018 “Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum” si è portato avanti un progetto operativo di offerta attiva alla donna di dispositivi di supporto al percorso prenatale, nascita e post natale, per il riconoscimento precoce del rischio perinatale della popolazione femminile, attraverso l'utilizzo di strumenti di screening e per la definizione di percorsi di continuità territorio ospedale. Il progetto prevede il coinvolgimento di più servizi territoriali e ospedalieri con capofila il Registro delle Nascite del Veneto. Partendo dalle donne che hanno partorito, utilizzando come fonte il Registro Nascita del Veneto, si è valutato in uno studio ad hoc, **quante e quali donne avessero presentato un problema psichiatrico riconosciuto, ed in particolar modo una depressione, utilizzando i flussi correnti ospedalieri e territoriali dell'assistenza psichiatrica e testandoli con le prescrizioni di farmaci specifici. Le donne con diagnosi psichiatrica costituiscono il 33,3/1.000 del totale delle donne che hanno partorito e quelle con diagnosi di depressione solo lo 0,9/1.000. I dati di consumo dei farmaci antidepressivi supportano la distanza tra dato reale e dato percepito dall'attività dei servizi psichiatrici, il primo di oltre dieci volte superiore al secondo.** (3)

Lo studio regionale ha portato in luce i seguenti dati: circa il 7,5% delle donne è sottoposta a screening come ad alto rischio con necessità di una valutazione di secondo livello prima della dimissione (ed un'eventuale dimissione protetta) e un ulteriore 7,5% è sottoposta a screening come a “medio rischio” con necessità di un monitoraggio territoriale da parte dei CF. Il 60% di queste donne risultano vere positive.

8.2 Depressione Paterna

Gli studi internazionali confermano infatti che i disturbi psichici nei neo papà si attestano su una percentuale del 10% e soprattutto che il disagio paterno, in termini di salute e benessere psichico, è un elemento prognosticamente negativo per la salute del neonato ed è correlato in modo significativo con l'aumento di depressione materna (Baldoni 2005, 2012).

I disturbi affettivi paterni sono spesso sottovalutati e sottostimati dagli operatori sanitari (pediatri, ginecologi, ostetriche, infermieri), che tendono a considerare la gravidanza e il parto come problematiche prevalentemente femminili. Questo atteggiamento, denominato dagli anglosassoni *maternal gatekeeping* (Allen e Hawkins, 1999), tende ad escludere i padri ed è spesso favorito e condiviso dalle stesse madri.

Tra gli elementi che dobbiamo considerare nel lavoro con i neo padri elenchiamo alcuni:

- I padri mostrano una limitata disponibilità a partecipare alle ricerche e sono spesso riluttanti a comunicare i propri disagi emozionali;
- I maschi tendono a manifestare le proprie difficoltà, in particolare quelle di tipo depressivo, in maniera differente e apparentemente più lieve rispetto alle donne. Di conseguenza i disturbi affettivi paterni tendono ad essere considerati meno gravi e importanti dal punto di vista clinico;
- Per la valutazione dei disturbi affettivi vengono spesso utilizzati strumenti non specifici per la popolazione maschile, che valutano manifestazioni tipiche della sintomatologia depressiva femminile e non tengono conto delle differenze di genere. (4)

Per questo motivo oltre all' EPDS verrà somministrato il PAPÀ test di autovalutazione da somministrare a i neo -papà sia nel periodo della gravidanza della compagna che nel post partum. Il test è stato validato in uno studio multicentrico condotto dall'Università di Bologna.

8.3 Screening per la depressione materna

Sono disponibili diversi strumenti di screening per la depressione perinatale in letteratura, alcuni generali per la depressione, alcuni specifici per la depressione postpartum, che differiscono per molti aspetti.

La **scala per la depressione postpartum di Edinburg (EPDS)** è quella in assoluto più utilizzata negli studi presenti in letteratura (71 %) con una sensibilità che va da 22% a 96% (4). È gratuita, disponibile in molte lingue e viene autosomministrata. La versione italiana è stata validata su un campione di donne con diagnosi di depressione e ha dimostrato una sensibilità di 94.4%, una specificità di 87.4% e un valore predittivo positivo di 58.6%. (5)

La variabilità dei risultati riportati in letteratura e ottenuti dall 'utilizzo delle stesse scale dipende in maniera diretta dalla popolazione sottoposta allo screening: naturalmente se la prevalenza di depressione è alta, anche i valori predittivi ottenuti saranno alti. Infatti, man mano che si passa da una popolazione preselezionata alla popolazione generale, le performance dello **stesso strumento calano drasticamente**, in particolare per quanta attiene il valore predittivo, facendo intravedere scenari in cui la maggior parte dei soggetti sottoposti a screening sono poi in realtà **esenti dalla condizione patologica**. Per qual motivo quindi si dovrebbe sottoporre ad un test, per quanto anamnestico, un numero alto di gravide con, quasi la certezza, di selezionare un gruppo, all'interno del quale solo una parte minoritaria presenta davvero il problema.

La risposta sta nella difficoltà di selezionare e prendere in carico le donne che lo necessitano in tempi e con modalità realmente utili basandosi solo sul tradizionale approccio clinico.

8.2 Strumenti di Screening

- Domande di Wooley

IL National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2007) raccomanda ai professionisti sanitari (ostetriche, assistenti sociali, operatori che assistono a domicilio e medici di base) di rivolgere alle donne domande sui sintomi fondamentali della depressione (umore depresso e anedonia) al loro primo contatto coi servizi di assistenza e cura nel periodo della gravidanza e dopo il parto (in genere 4-6 settimane e 3-4 mesi dopo il parto).

Va detto però che queste 2 domande hanno mostrato di avere un valore predittivo positivo basso (32%) e che non sono disponibili dati sulla loro applicazione in campioni di donne in stato di gravidanza o nel periodo post-parto (NICE, 2007). Sempre secondo l'istituto NICE, allo scopo di individuare precocemente donne ad elevato rischio di disturbi dell'umore gravi e ricorrenti, andrebbe chiesto alle donne, in occasione dei loro contatti coi servizi, se sono state mai sottoposte a trattamento per disturbi psichiatrici, se hanno avuto pregresse malattie psichiatriche gravi come schizofrenia, disturbo bipolare e depressione maggiore con sintomi psicotici e se hanno una storia familiare di disturbo psichiatrico perinatale;

- PDSS La Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) è il questionario self-report più diffuso e attendibile per individuare precocemente la presenza, la gravità e il tipo di sintomi della depressione post-partum. Oltre a individuare i soggetti a rischio che possono necessitare di un'ulteriore indagine diagnostica con successivo trattamento, lo strumento fornisce per ogni donna un esauriente profilo del complesso dei sintomi personalmente sperimentati, facilitando la pianificazione di un trattamento mirato.

L'assenza di una diagnosi tempestiva può condurre a gravi conseguenze per madre e figlio, fino alle forme più eclatanti del suicidio o dell'infanticidio. Per questo motivo l'adattamento italiano della PDSS rappresenta un traguardo fondamentale per il trattamento della depressione post-partum nel nostro Paese.

- PSI-SF I Parenting Stress Index – Fourth Edition (PSI-4) è un questionario che misura il livello di stress nel sistema genitore-bambino. È composto da due domini, Dominio del bambino e Dominio del genitore, costituiti nell'adattamento italiano da 4 sotto scale ciascuno, che insieme formano la scala

Stress totale, per un totale di 85 item. È efficace inoltre per elaborare programmi di prevenzione mirati alla riduzione dello stress.

9. Procedura screening

9.1 Procedura screening: responsabilità dei servizi territoriali di assistenza ostetrica (CF, Ambulatori, ecc.) Pre e Post Natale

Il progetto Basso rischio Ostetrico attivato nell'AULSS 8 Berica Distretto Est e Ovest prevede l'implementazione di un percorso strutturato della gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, appropriato e diversificato per grado di rischio, attivando un sistema di controllo in cui le gestanti identificate a «basso rischio» dallo specialista siano monitorate da personale ostetrico, seguendo uno specifico protocollo, caratterizzato da tempestività sicurezza, continuità ponendo al centro la donna e la famiglia. (DGR 568/2015 e DGR 228/2018).

Nella presa in carico delle gestanti l'ostetrica utilizza strumenti e checklist per la definizione del rischio ostetrico con l'apertura della cartella clinica ostetrica. Pertanto è l'occasione di proporre le domande di Wooley per la presa in carico sia del basso rischio e del NON basso rischio ostetrico e completare la scheda socio anagrafica con i fattori di rischio come da Progetto Regionale.

9.2 Procedura screening: responsabilità dei Punti Nascita

Come da Procedura Regionale nei Punti Nascita verrà effettuata in 1^a o 2^a giornata post partum la somministrazione del test di Edimburgo da parte delle Ostetriche, appositamente formate da Corso di Formazione che la Scuola di Fondazione Sanità ha effettuato in modalità on-line nel periodo precedente alla partenza del progetto, iniziato il 1° settembre 2020, in ritardo di un anno per emergenza Covid. Viene anche compilata la **scheda dei fattori socio anagrafici**, che possibilmente va effettuata prima del parto, durante ultimo monitoraggio e quindi il tutto è inviato e inserito nel data base del Cedap che fornirà un punteggio al seguito del quale si avviano le diverse procedure, a seconda del Basso o Medio o Alto rischio evidenziato.

N.B. Sono escluse dall'indagine EDPS in reparto di Ostetricia le donne che hanno ricevuto diagnosi di Depressione da parte di uno specialista psichiatra e che posseggano documentazione in tal senso e/o che sono in carico attivo ai Centri di Salute Mentale i quali andranno sempre informati che una loro assistita ha partorito.

9.3 Procedura screening post partum della Pediatria di base e ostetriche del CF

L'attivazione avviene dopo la rilevazione del punteggio a seguito della somministrazione del test e la rilevazione di un Medio rischio con necessità di presa in carico dalla pediatria di libera scelta base e dal CF anche attraverso lo strumento importante della home-visiting che verrà attivata dalla Ostetrica che ha rilevato il rischio attraverso una scheda di segnalazione predisposta *ad hoc*, che rappresenta un utile strumento di promozione della salute materno-infantile, prevenzione di problemi di salute e identificazione precoce di fattori di rischio e di problemi assistenziali.

Diagnosi di depressione

Dopo una diagnosi di depressione e comunque nel caso di una diade mamma-bambino o una famiglia che presenti fattori di rischio e vulnerabilità rilevanti, è necessario effettuare una dimissione protetta con convocazione dell'UVMD prima della dimissione e definizione del piano assistenziale della famiglia con il coinvolgimento di Cure Primarie e IAF del territorio di residenza.

10. Analisi dell'epidemiologia e dei bisogni deli Distretti Est e Ovest Aulss 8

10.1 Epidemiologia territorio

Per ottenere una stima approssimativa ma realistica del disagio perinatale materno, analizzando i dati forniti dal controllo di gestione (sotto riportati), stimando che le donne in età fertile nel territorio Aulss8 sono circa 108.0000 (range di età 13-50) suddivise tra Distretto Est (69.315) e Distretto Ovest (43.009), la **percentuale epidemiologica stimata di Disagio Perinatale è di circa 16.200 donne.**

DATI - ANNO 2020/2021

I dati relativi all'anno 2021 sono ancora provvisori/stimati

N. Residenti ULSS 8 Berica al 31.12.2020 492.968
di cui Distretto Est 314.557
di cui Distretto Ovest 178.411

	2020	2021
N. PARTI:	3.431	3.258
Vicenza	2.373	2.230
Arzignano	631	576
Valdagno	427	452

	2020	2021
N. NATI VIVI:	3.478	3.307
Vicenza	2.419	2.275
Arzignano	631	578
Valdagno	428	454

	2020	2021
N. NATI MORTI:	6	9
Vicenza	4	8
Arzignano	2	1
Valdagno		

	2020	2021
N. IVG	376	324
Vicenza	41	86
Noventa	91	72
Arzignano	244	166

10.2 Procedura approvata dicembre 2019

Alla luce dei dati soprariportati nel dicembre 2019 è stata approvata la Delibera del Direttore Generale n° 214 del 19\02\2020 (Approvazione progetto "Mamme senza depressione". Ambulatorio per i disturbi psicologici e psichiatrici nella gravidanza e del post partum).

Nel corso dell'anno 2020-2021, considerando la pandemia in corso e la chiusura dell'ambulatorio dedicato presso il Reparto di Ostetricia, sono state comunque oggetto della nostra consulenza circa 280 puerpere. Nel contempo sono state effettuate, presso il Reparto di Ostetricia e Ginecologia di Vicenza, consulenze psichiatriche per "EPDS alto rischio" nel numero di 132 contro le 25 effettuate nel 2019.

10.3 Descrizione attività Ambulatorio per i Disturbi Affettivi Materni e Paterni in gravidanza e post partum: Ambulatorio denominato "Mamme e papà senza depressione"

È emerso dall'analisi di questi dati e dalle osservazioni del GdL la necessità di un Ambulatorio dedicato che possa fungere da team leader rispetto le tematiche sopra esposte. Tali attività sono sotto descritte.

Cosa:

1. Riconoscimento di disturbi d'ansia e depressivi **in gravidanza**, loro monitoraggio e trattamento precoce nelle donne e negli uomini;
2. Riconoscimento precoce di **episodi di DPP materni e paterni e di altri disturbi psicologici o psichiatrici**;
3. Riconoscimento delle difficoltà di adattamento al nuovo ruolo di mamma e papà e cambiamenti relazionali correlati;
4. Consulenza a tutte le donne con precedenti psichiatrici che abbiano desiderio di maternità anche provenienti da altre AULSS tramite impegnativa.

Come:

- Screening di tutte le puerpere lo strumento utilizzato è l'EPDS di Cox 1987, versione italiana di Benvenuti, richiamando (telefonicamente sempre a cura della psicologa dedicata) tutte le puerpere entro la 8° settimana che nel 1° EPDS effettuato in reparto fossero risultate a rischio medio-alto post partum; Utilizzo dei questionari in lingua madre della puerpera migrante con utilizzo dell'intervento dei mediatori linguistico -culturali con attivazione di uno specifico protocollo tra Ambulatorio Dedicato e Servizio di Mediazione Culturale AES S.r.l., già operante in Azienda;
- Colloquio telefonico, da parte della psicologa dedicata, alle mamme considerate "a rischio" secondo le linee guida prima dell'invio dell'EPDS;
- Colloquio d'indagine clinica alle donne risultate positive al test EPDS con somministrazione del PDSS (Post partum Depression Scale) di Carretti et al. del GHQ 12 di Goldeberg, SCL 90, PSI-SF e GAD 7 come da indagine in corso con Istituto Superiore di Sanità (vedi protocollo allegato);
- Colloqui psicologici, psicoterapeutici individuali e di coppia, terapia di gruppo e farmacoterapia;
- Follow up dopo 12 mesi con invio EPDS;
- Sportello telefonico psicologico due volte a settimana accessibile a tutte le donne e loro familiari nel periodo perinatale e/o specialisti coinvolti in tale area compresi i MMG e PLS;
- Consegna di materiale informativo sia nei reparti di Ostetricia e Ginecologia dei nosocomi sia ai Percorsi Nascita attivi presso i Consultori con un incontro dedicato al tema dei disturbi affettivi emotivi in gravidanza e nel post partum;
- Utilizzo di un database progettato ad hoc per gestire il flusso d'informazioni che, a partire dall'elenco delle partorienti presso i Presidi Ospedalieri, conduce a quantificare la proporzione di positive allo screening e successivamente, le informazioni di un'eventuale diagnosi. Tale sistema rende veloce, facile e consultabile l'archivio dati e permette di poter avere report e analisi statistiche raffinate e precise (a cura dell'Unità di Epidemiologia dell'AULSS 8 Berica);
- Utilizzo di un database specifico per la gestione dei follow up con la somministrazione dei medesimi strumenti di screening, delle mamme che hanno aderito allo screening;
- Programmi di sensibilizzazione pubblica con seminari e convegni ad hoc e partecipazione agli Open Day Nazionali organizzati da O.N.D.a;
- Collaborazione con Prof. Franco Baldoni dell'Università di Bologna per valutazione Depressione Paterna con test Papa;
- Collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) conduce attività di ricerca per il sostegno alla maternità e paternità fragile e per migliorare gli esiti dei disturbi mentali perinatali più gravi;
- Collaborazione con Università di Brescia per lutto perinatale in fieri;

- Sperimentazione di nuovi modelli assistenziali presso le sedi delle Medicine di Gruppo integrate e le prossime Case della Salute;
- Attivazione tirocini di laurea e post laurea sia per la Laurea in Psicologia che tirocini con Scuole di Specializzazione Università di Padova e Verona di specializzandi in Psichiatria.

Personale dedicato: (Vedi Allegato)

11. Referenti la procedura

- I Direttori UOC di Ostetricia Ginecologia dei tre Punti Nascita di Vicenza, Arzignano e Valdagno;
- I Direttori di Pediatria delle varie UOC di Pediatria;
- I Direttori UOC IAF Distretti dell'Azienda;
- Il Direttore del DSM;
- Direzione Medica.

12. Indicatori

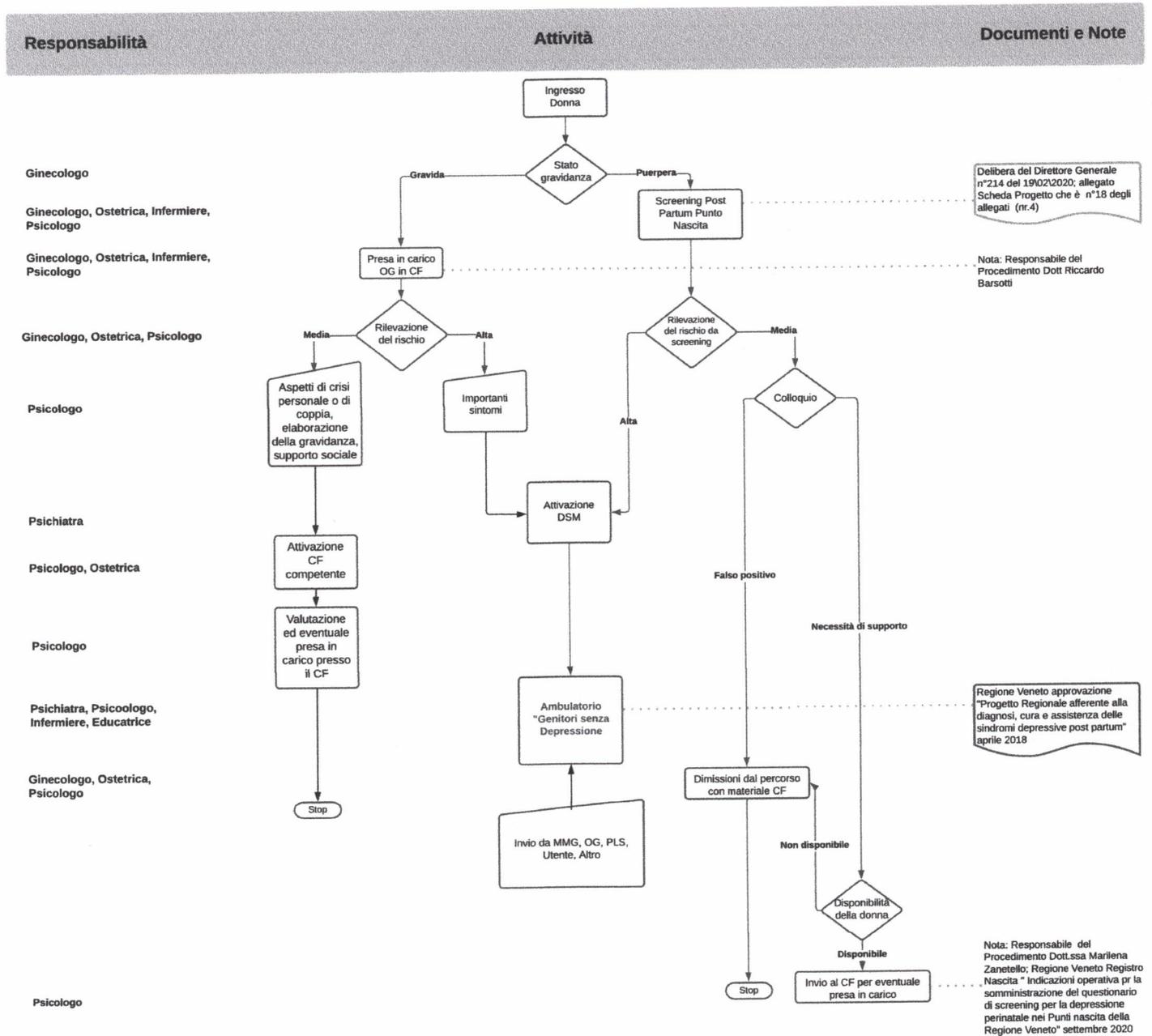
Indicatori Ambulatorio DSM

Indicatore 1	Puerpere contattate per lo screening: - % sul totale dei parti	70%
Indicatore 2	Puerpere aderenti allo screening: - % sul totale dei parti - % sul totale contattate	50% 60%
Indicatore 3	Puerpere positive - % sul totale aderenti	13%
Indicatore 4	Puerpere positive che accettano interventi terapeutici - % puerpere su positive	90.0%
Indicatore 4	Diagnosi - % diagnosi psichiatrica su positive - % diagnosi psicologica su positive	7.8% 29.3%
Indicatore 6	Puerpere che -restituiscono follow up -positive al follow up	60% 10%

Indicatori dei Consulenti e Punti Nascita

- Numero dei casi confermati a medio rischio dopo la valutazione dello psicologo/n° dei casi sottoposti alle domande di Wooley;
 - Numero di casi confermati medio rischio dopo la valutazione psicologo del Punto nascita/n° casi medio rischio con scala di Edimburgo;
 - Numero dei casi confermati alto rischio dopo valutazione psicologo/ N° casi alto rischio scala di Edimburgo;
- Per quanto riguarda il monitoraggio degli **Interventi specifici** predisposti, saranno valutati:
- Il numero di positivi alla scala di Edimburgo in funzione alle classi di rischio in cui essi sono descritti e la percentuale di conferma diagnostica dopo la valutazione psichiatrica dei casi di rischio più elevato;
 - Il numero e la percentuale delle donne negative al test di Edimburgo ritenute positive alle visite domiciliari e alla successiva conferma diagnostica dei servizi psichiatrici;
 - Il n° delle donne negative sia al test di Edimburgo che alla visita Domiciliare e ritenute positive al test di *Whooley* durante le anamnesi pre vaccinali a 3, 6, 9, 12 mesi del nato.

13. Flowchart



14. Scheda Progetto

Destinatari

- Donne in gravidanza con sintomatologia ansiosa o depressiva insorta durante la gestazione e in corso da almeno due settimane;
- Puerpere fino al 1 anno del neonato con disturbi psicologici e psichiatrici insorti nel post-partum;
- Familiari con richiesta di informazioni o con necessità di interventi psicoeducazionali;
- Neo papà con sintomi depressivi o ansiosi postpartum.

Modalità di svolgimento

Sede: Ambulatorio "Genitori senza Depressione" al CSM 1 Contrà Mure Corpus Domini 19 per area Est e per area Ovest Ambulatorio Ospedale Montecchio.

Orari: mercoledì h. 14.15 prima visita, h. 15.30 e 16.00 controlli.

Modalità d'invio

- Richiesta di appuntamenti da inviare al numero fax 0444.753.787 dal lunedì al venerdì dalle 14 alle 15.30, con impegnativa del medico curante o specialista con esenzione con codice "Gravidanza a rischio 450";
- Nel postpartum impegnativa non dematerializzata con codice "40P";
- Via email per comunicazioni equipe ed eventuali comunicazioni da parte di colleghi a: **genitorisenzadepressioneDSM@aulss8.veneto.it**;
- Numero di telefono dedicato per due giorni alla settimana psicologico.

Personale dedicato

Per poter svolgere tutti gli obiettivi citati nel presente documento e che dovranno offrire la stessa tipologia di Servizio sia nel Distretto Ovest che Est sarà necessario dare applicazione a quanto già deliberato nella precedente Delibera del 19\02\2019 n° 214 ed in particolare la presenza di personale psicologico dedicato e specializzato in questo campo sarà risorsa essenziale.

Responsabile: Dott.ssa Rossana Riolo

- Nr.1 Psichiatra: 3 ore alla settimana. Attività esercitata a rotazione da 4 psichiatre del DSM a isorsorse;
- Nr.1 Psicologo: 36 h/mese (risorsa aggiuntiva per il DSM compresa estensione all'Ovest del Servizio. Questa risorsa è necessaria a poter espletare gli obiettivi psicologici previsti nel PTDA quali consulenza psicologica, sportello telefonico psicologico, colloqui psicoterapici individuali, di coppia e gruppal per neo mamme e neo papà. La figura professionale quindi deve aver specifiche competenze in tema perinatale;
- Nr.1 Coordinatore infermieristico/IP: 3 h/settimana (a isorisorse).

Attività

- Ambulatorio per diagnosi e trattamento;
- Consulenze ospedaliere programmate;
- Consulenze per pazienti in gravidanza o puerperio già in carico ai CSM;
- Consulenze specialistiche di utenti provenienti da altri territori limitrofi con impegnativa.

Invio

- Consultorio: invio mail con copia referto e numero per contatto paziente; da parte consultorio invio con impegnativa del ginecologo o MMG; invio informativa a email segreteria.psichiatrico@aulss8.veneto.it; genitorisenzadepressioneDSM@aulss8.veneto.it;
- Reparto di ostetricia: richiesta di consulenza non urgente con specifica ambulatorio "Genitori senza depressione"; per invio Ambulatorio vedi sopra.

15. Bibliografia e Normativa: Documenti di riferimento

- Rapporti ISTISAN n° 16/31 "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum. Dicembre 2016.
- Conferenza Stato Regione del 31.01.2018; concernente la definizione delle procedure per la presentazione, da parte delle Regioni, dei progetti afferenti alla diagnosi, cura assistenza alla sindrome depressiva post- partum.
- Regione Veneto approvazione "Progetto regionale afferente alla diagnosi, cura e assistenza delle sindromi depressive post partum "Aprile 2018.
- Regione Veneto DGR 568/2015 del 21/04/2015: Gestione della gravidanza a basso rischio:
- Regione Veneto DGR 228/2018 del 06 marzo 2018. Gestione della gravidanza a basso rischio ostetrico. Estensione dell'applicazione del progetto pilota alle Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere della Regione del Veneto.
- Regione Veneto Registro Nascita "Indicazioni operative per la somministrazione del questionario di screening per la depressione perinatale nei Punti Nascita della Regione Veneto ". Settembre 2020.
- Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochart T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014; 384:1775-88.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and related health problems, Geneve: WHO. 1992. 10th Revision (ICD_10).
- Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DKY. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Arch Womens Ment Health*. 2010; 13:37-40.
- Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(10):1012-24.
- Norhayati MN, Hazlina NHN, Asrenee AR, Wan Emilin WMAW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. 2015. *Journal of Affective Disorders*. 175:34-52.
- Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, Larsson H, Sandin S. The risk for postpartum depression: a population-based study. 2017, *Depress Anxiety*. 34(2): 178-87.
- Savitz D, Stein C, Yee F, et al. 2011. The epidemiology of hospitalized postpartum depression in New York State, 1995-2004. 2011. *Ann Epidemiol*. 21(6):399-406.
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. New parents and mental disorders: a population based register study. 2011. *JAMA*. 296(21):2582-89.
- Raisanen S, Lehto SM; Nielsen HS, et al. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511.422 singleton births in Finland. 2013. *BMJ Open*. 28.3(11): e004047.
- Dennis CL, Chung-lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences. A qualitative systematic review. *Birth*. 2006;33(4):323-331.
- Prevalence and risk factors of postpartum depression and adjustment disorder during puerperium – a retrospective research. Barbara Ferrari... & Rossana Riolo *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, giugno 2020.

16. Approvazione, diffusione, valutazione, revisione

Il GdL valuterà l'opportunità o meno di una revisione del presente Protocollo in riferimento a quanto emergerà annualmente dai diversi criteri di accettazione adottati in questa sede.

17. Identificazione modifiche

Il presente Protocollo viene redatto nella prima versione con il carattere Calibri corpo 12; le parti revisionate saranno evidenziate utilizzando il carattere Calibri corpo 12 in corsivo fino alla successiva revisione, quando alle ulteriori modifiche il corsivo precedente sarà trasformato nel corpo 12 normale per lasciare in corsivo solo le ultime modifiche intervenute.

18. Note di approfondimento

(1)

Anche l'assetto strutturale di personalità di una donna può contenere elementi di rischio come tratti di perfezionismo e di controllo che possono rendere complessa la gestione di una gravidanza vissuta come elemento nuovo da imparare a gestire senza perdere l'equilibrio e la stabilità ormai raggiunta ed assestata da tempo oppure una bassa autostima, una scarsa considerazione delle proprie abilità e risorse nel saper affrontare una nuova esperienza.

Inoltre anche l'ambiente, il contesto nel quale vive e si confronta una donna è importante perché capace di modularne il suo assetto biopsichico.

Così eventi di vita accaduti nell'anno prima della gravidanza e individuati dalla futura madre come particolarmente stressanti o negativi possono essere predittori di depressione pre e postnatale. Anche uno scarso supporto sociale in modo particolare quello del proprio partner sembra incidere come fattore di rischio sullo sviluppo di una psicopatologia in maternità. Altri fattori ambientali sono sicuramente da contestualizzare rispetto al contesto socio culturale vissuto dalle donne oggi, così a fronte di dati di letteratura che ancora evidenziano i livelli socioeconomici più disagiati come a rischio patologico vi sono sottogruppi di puerpere depresse che appartengono ad un livello scolastico ed economico di medio-alto profilo, con partner e con un'attività lavorativa. È verosimile che anche questo nuovo modello di vita proponga elementi disadattivi e di *stressor* da rivisitare o meglio da prendere in considerazione non più come fattori protettivi ma come condizioni di rischio alla patologia.

Si dimostra un intervento **preventivo assai funzionale nella gravidanza** la gestione dell'ansia primaria e dei suoi correlati somatici.

- La gravidanza è accompagnata spesso da sintomi fisici, particolarmente evidenti nel primo trimestre. In questo periodo, infatti, la nausea e il vomito sono molto frequenti (50-70% delle gravide), ma se perdurano o assumono una particolare gravità divengono oggetto anche di interesse psicologico. Lo stato d'ansia aumenta progressivamente con il progredire della gravidanza con valori più alti nel 3° trimestre. Soprattutto, la presenza di ansia alla 32° settimana, predice un significativo aumento della depressione nel periodo post-natale;
- Anche la depressione, soprattutto quella in fase attiva, può influire negativamente sul decorso della gravidanza e sulla salute del nascituro: possono essere alterate le capacità di autogestione della madre (cura di sé, alimentazione), possono essere messi in atto comportamenti rischiosi (abuso di alcool e di sostanze, comportamenti incontrollati) o francamente autodistruttivi, e la perdita di energia e di volontà possono provocare uno scarso interesse alla gestione della gravidanza con una trascuratezza verso la propria salute e quello del nuovo nato, sindrome del bambino scosso fino a episodi di infanticidio. Per tali motivi la presente Procedura ha messo in Rete tutti i Servizi coinvolti dal momento del concepimento alla nascita e nel primo anno del bambino (i 1000 giorni che segneranno il futuro del nascituro).

(2)

Il dato sulla prevalenza della depressione postpartum risente delle diverse tipologie di studio reperibili in letteratura. In particolare, studi su casi provenienti da centri clinici, successivi all'applicazione di strumenti screening auto-somministrati, riportano dati di prevalenza elevati. Dall'altra parte, studi di popolazione area-based, che si basano su casi diagnosticati e non solo sottoposti a screening e seguiti dai servizi ospedalieri e territoriali, presentano prevalenze più contenute.

Studi empirici riportano una prevalenza di depressione postpartum del 10% (7-15% antepartum), ma con range molto ampi: da 1.9% a 82.1%. Altri studi, area-based, sulle donne diagnosticate e seguite, riportano una prevalenza con un range di 2.8-6.2 su 1.000 donne che hanno partorito.

La depressione post partum rappresenta un rilevante e prevalente problema di salute nella nostra società, che necessita un percorso ad hoc di diagnosi precoce e presa in carico. Un aspetto importante da considerare nel programmare tali percorsi è la modalità di accesso delle donne ai servizi. Studi dimostrano che le donne sono riluttanti nel chiedere aiuto, a causa di una difficoltà nel riconoscere i segnali di depressione, anche da parte del partner e dei familiari. Interventi di informazione ed educazione delle donne e dei familiari e della popolazione in genere possono aumentare il ricorso ai servizi quando necessario.

(3)

Questa supporta la decisione di utilizzare strumenti di screening per preselezionare le donne a rischio psichiatrico e concentrare su questo sottogruppo azioni e attenzioni, pur con la consapevolezza dei limiti di tale strumento.”

Secondo i dati resi noti durante il **Congresso Nazionale di Ginecologia e Ostetricia**, il suicidio è al **secondo posto tra le cause tardive di mortalità**, ovvero entro un anno dall'esito della gravidanza.

Si registrano oltre 2 casi ogni 100.000 nati vivi, con un'incidenza maggiore nel Nord-Est (4,5 casi ogni 100.000 nati vivi), rispetto al Nord-Ovest (1,8 casi), al Centro (2,3 casi) e al Sud e Isole (1,9 casi). Differenze significative si osservano anche in base all'età: una maggiore percentuale di suicidi dopo il parto si riscontra infatti tra le donne over 40.

Del progetto in particolare ci interessa l'**Ob. Specifico 3: Implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno alle donne a rischio al fine di ridurre l'incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale, anche favorendo positive competenze genitoriali al fine di assicurare al bambino un ambiente adeguato a sostenere lo sviluppo psichico.**

Sulla base del profilo di rischio, articolato per prevalenza e consistenza dei diversi indicatori, alle donne può essere proposto un intervento multidimensionale personalizzato, con azioni diversificate a bassa ed alta intensità, sviluppate dalla fase prenatale fino al compimento del primo anno di vita del bambino, valutando in quali casi somministrare interventi di sostegno alla genitorialità, nell'intento di promuovere positivi stili di *parenting*.

(4)

Nonostante queste limitazioni, molti studi empirici negli ultimi anni si sono focalizzati sui disturbi affettivi perinatali paterni, allo scopo di valutarne le manifestazioni cliniche, l'epidemiologia, la relazione con la depressione materna e l'influenza sullo sviluppo psicofisico del figlio (Baldoni e Ceccarelli, 2010, 2013; Baldoni e Agostini, 2013; Baldoni, 2015, 2016).

È stato riscontrato che i padri, durante il periodo perinatale, possono manifestare disturbi affettivi di tipo depressivo o ansioso con una frequenza quasi tre volte maggiore rispetto alla popolazione generale (Fletcher, Garfield e Matthey, 2015).

Alcune indagini condotte in Inghilterra hanno evidenziato il **grande impatto economico di questi disturbi in termini di spesa sanitaria**, in particolare nell'anno successivo alla nascita del bambino (Edoka, Petrou e Rachmandani, 2011).

Si è scoperto, inoltre, che durante il periodo perinatale gli stati emotivi dei genitori si influenzano reciprocamente e molte ricerche longitudinali hanno evidenziato una correlazione significativa tra disturbi affettivi perinatali paterni e materni (Paulson e Brazermore, 2010; Musser et al., 2013; Baldoni, 2015, 2016). Considerata la frequente comorbidità dei disturbi d'ansia con quelli depressivi, la corretta definizione diagnostica dovrebbe essere quella di **Disturbo Affettivo Perinatale Paterno** (Paternal Perinatal Affective Disorder).

Come si è detto, inoltre, i disturbi affettivi sono spesso accompagnati da alterazioni del comportamento di malattia, acting-out comportamentali, disturbi del controllo degli impulsi e dipendenze patologiche.

A presentarsi con maggiore frequenza sono: crisi di rabbia e agiti violenti nei confronti di madre e figli, relazioni extraconiugali, disinteresse o evitamento nei confronti della vita familiare, attività compulsive fisiche o sessuali e dipendenza da internet (Madsen e Jhul, 2007; Baldoni e Ceccarelli, 2010, 2013; Baldoni e Landi, 2015; Baldoni 2015, 2016).

L'utilizzo di regolatori esterni per regolare la tensione emotiva può spingere i padri depressi a comportamenti rischiosi per la salute come fumare eccessivamente, bere alcolici, assumere droghe o farmaci, mangiare eccessivamente o troppo poco.

Queste modalità si sostituiscono a processi psicologici di tipo riflessivo e possono esporre il soggetto a gravi pericoli per la propria salute e incolumità, considerando che il rischio suicidario nei disturbi depressivi maschili è maggiore rispetto a quelli femminili (Baldoni, 2010, 2014, 2016).

19. Allegati

In allegato:

- Delibera del Direttore Generale n° 214 del 19\02\2020;
- Protocollo ISS;
- Protocollo Università di Brescia sul Lutto Perinatale.