

PROGETTO DI PREVENZIONE E INTERVENTO PRECOCE PER IL RISCHIO DI DEPRESSIONE POST PARTUM

Gabriella Palumbo

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha avviato nel marzo 2012 e concluso nel marzo 2015 il progetto "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum", finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute. Il progetto ha avuto i seguenti obiettivi:

1. valutare la fattibilità e l'efficacia nella pratica dell'intervento psicologico, di provata efficacia sperimentale, messo a punto da Milgrom e collaboratori, di intervento precoce e prevenzione delle complicanze della DPP (Milgrom *et al.*, 2003);
2. mettere a punto modalità di sensibilizzazione e informazione per le donne a rischio di DPP (e dei loro familiari) sull'importanza del disturbo in questione e sull'opportunità di un intervento precoce;
3. definire modalità di screening praticabili e accettabili nella realtà italiana per individuare le donne a rischio di DPP.

Per la realizzazione di questi obiettivi sono state coinvolte tre Unità Operative (UO):

- Azienda Ospedaliera di Treviglio, Bergamo;
- Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 9 (ULSS) di Oderzo, Treviso;
- Azienda Sanitaria Regionale Molise (ASReM), Campobasso;

Nel maggio 2013, 3 presidi ospedalieri di Roma hanno manifestato il loro interesse ad essere coinvolti nel progetto:

- Policlinico Universitario Agostino Gemelli (Unità Operativa Complessa di consultazione psichiatrica; Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e della Vita nascente, del Bambino e dell'Adolescente; Centro per la Sorveglianza Gestionale (Sor.Ge.); Centro HERA (HEalth human caRe and social intercultural Assessment);
- Ospedale Fatebenefratelli (Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia; Unità Operativa Semplice di Psicologia Clinica);
- Presidio Ospedaliero GB Grassi, ASL Roma D (Area Tutela della Donna e del Bambino; Unità Operativa Semplice di Ginecologia e Ostetricia; Dipartimento Salute Mentale; Unità Operativa Semplice SPDC; Unità Operativa Semplice di Psicologia Ospedaliera).

Essendo già in una fase avanzata del progetto, si è deciso di avvalersi della loro collaborazione limitatamente al raggiungimento degli obiettivi 2 e 3 su menzionati, non per la raccolta dei dati utili per lo studio di efficacia di cui all'obiettivo 1.

Ogni UO ha formato un gruppo di coordinamento con rappresentanti di Dipartimenti di Salute Mentale, Dipartimenti Materno-Infantile, pediatri di base e altri attori coinvolti nei distretti sanitari competenti.

Lo studio ha previsto le seguenti fasi:

- messa a punto del materiale informativo di sensibilizzazione;
- formazione degli operatori sanitari;

- sensibilizzazione delle puerpere al problema della DPP;
- screening delle puerpere;
- approfondimento diagnostico-clinico;
- intervento psicologico, se indicato;
- valutazione degli esiti dell'intervento.

Messa a punto del materiale informativo di sensibilizzazione

Il Reparto Salute Mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'ISS in collaborazione con le UO ha realizzato il materiale informativo di sensibilizzazione al problema della DPP, in particolare:

- un poster pubblicitario di invito alla partecipazione allo studio per le diverse UO;
- un opuscolo informativo *Come prevenire la depressione post partum e sentirsi nuovamente se stesse* (Appendice A1).

La prima stesura dell'opuscolo, da distribuire alle donne nei corsi di preparazione al parto e nei reparti di ostetricia e ginecologia, è stata sottoposta, da ogni UO, a un piccolo gruppo di puerpere (focus group di 7-8 puerpere) per valutarne la comprensione e l'accettabilità della veste grafica.

In seguito alla valutazione dei focus group, lo stile utilizzato è stato reso più divulgativo e sono stati aggiunti alcuni disegni e vignette.

Lo scopo dell'opuscolo è quello di fornire piccoli consigli pratici su come affrontare il periodo della gravidanza e del post partum e, in particolare, sensibilizzare e informare le donne sul rischio di depressione post partum e i loro familiari sulla opportunità di un intervento precoce.

I contenuti, trattati in forma sintetica e semplice sono i seguenti:

- falsi miti sull'amore materno;
- gravidanza;
- cambiamento;
- rapporto con il bambino;
- consigli pratici per la mamma;
- consigli pratici per il papà;
- campanello d'allarme;
- approfondimenti su cosa è la depressione post partum.

Vengono illustrati alcuni degli errori più comuni che spesso si commettono a livello sociale: intorno alla maternità ruotano tanti falsi miti, in conseguenza dei quali si alimentano stereotipi, sensi di colpa e condotte di comportamento disfunzionali.

Di taglio molto pratico e diretto è poi la sezione dedicata ai consigli pratici per le mamme. Altro aspetto da non sottovalutare è il mantenimento del giusto equilibrio nel rapporto di coppia, spesso offuscato da risentimenti, frustrazioni e incomprensioni.

Consigli anche per i papà i quali, molto spesso, sono tenuti in disparte e soffrono silenziosamente di tutti i cambiamenti che riguardano la “nuova” dimensione della “famiglia”. L'ultima sezione è rivolta alla descrizione della depressione post partum, di quelli che sono i sintomi “campanello d'allarme”, il cui riconoscimento tempestivo può consentirne una valutazione precoce approfondita.

All'interno dell'opuscolo erano stati inseriti i recapiti delle strutture coinvolte nel progetto alle quali le donne potevano fare riferimento. L'opuscolo è uno stimolo per tutte le donne a non dimenticare se stesse e le proprie esigenze.

Formazione degli operatori sanitari

È stato svolto un corso di formazione della durata di 2 giorni rivolto agli operatori che nei diversi servizi coinvolti avrebbero effettuato la sensibilizzazione al problema della DPP, lo screening e l'intervento psicologico della Milgrom.

Il corso è stato organizzato e svolto in ISS per gli operatori delle UO della Regione Lombardia, Veneto e Molise. Sono stati formati complessivamente 12 operatori (psichiatri, psicologi, ostetriche):

- 3 operatori per l'UO Azienda Ospedaliera Treviglio (Bergamo);
- 4 operatori per l'UO ULSS 9 di Oderzo (Treviso);
- 5 operatori per l'UO Distretto Sanitario di Campobasso.

Nell'approccio qui proposto, l'ostetrica, l'infermiere, lo psicologo, lo psichiatra, il ginecologo, il pediatra, il medico di base possono essere chiamati in causa per la sensibilizzazione e lo screening con lo scopo di individuare le donne a rischio o già sofferenti di DPP; le figure professionali indicate per l'effettuazione dell'approfondimento clinico-diagnostico e il trattamento sono gli psicoterapeuti (psicologi clinici e psichiatri).

La formazione degli operatori dei presidi ospedalieri del Lazio è stata organizzata nelle rispettive sedi: Policlinico Gemelli, Ospedale Fatebenefratelli, Ospedale Grassi di Ostia ed hanno avuto la durata di una giornata riguardando esclusivamente le fasi di sensibilizzazione e di effettuazione dello screening. Ha fatto eccezione solo il Policlinico Gemelli in cui la formazione è durata 2 giorni perché ha incluso anche l'insegnamento del trattamento. Negli altri presidi, in caso di positività allo screening le donne erano seguite nelle unità di psicologia e di consultazione psichiatrica coinvolte e, se il caso, assistite con i trattamenti in uso di routine in quelle unità.

Complessivamente in questi presidi la formazione ha riguardato 19 operatori (psicologi, ostetriche, ginecologi e infermieri).

Sensibilizzazione delle puerpere al problema della DPP

La sensibilizzazione al problema della DPP è avvenuta prevalentemente prima del parto. Il progetto è stato presentato nella maggior parte dei casi in occasione di corsi di preparazione al parto, in un incontro ad hoc sul tema. Per i restanti casi, presso le unità ospedaliere di ginecologia, nei giorni successivi al parto. Solo l'UO di Treviso, che di routine effettua la visita ostetrica a domicilio nei primi giorni dopo il parto, ha sensibilizzato le donne anche in quella occasione.

Nei centri clinici del Lazio, la sensibilizzazione è avvenuta presso le unità ospedaliere di ginecologia e di ostetricia.

Agli incontri sono state fornite informazioni sulla natura della depressione post partum, sulle cause e sui campanelli d'allarme cui prestare attenzione. Gli incontri erano aperti anche ai partner delle donne in gravidanza e ai familiari interessati. A tutte le donne è stato consegnato l'opuscolo informativo e chiesto di partecipare al progetto e, in caso di assenso, di fornire il loro

nome e cognome, numero di telefono e data presunta del parto, per essere ricontattate tra la 6^a e la 12^a settimana dopo il parto.

Screening delle puerpere

Tra la 6^a e la 12^a settimana dopo il parto le puerpere che hanno aderito al progetto sono state ricontattate telefonicamente e sono state invitate a sottoporsi allo screening. In quell'occasione le donne hanno compilato e firmato il modulo del consenso informato e della privacy.

Lo screening ha previsto un colloquio individuale e la somministrazione del test di screening.

La fase dello screening è stata anche importante per accertare se la donna presentava pensieri suicidari in modo da poterla tempestivamente inviare al servizio psichiatrico competente per una presa in carico. Spesso al colloquio di screening era presente anche il partner.

Per lo screening della DPP è stata utilizzata l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), (Cox *et al.*, 1987) che è lo strumento più usato a livello internazionale, per le sue soddisfacenti caratteristiche di accuratezza e riproducibilità (Gibson *et al.*, 2009).

Per questo studio è stata adottata la versione italiana validata da Benvenuti e collaboratori (Benvenuti *et al.*, 1999). Il punteggio *cut-off* scelto è stato di 12 o superiore (Milgrom *et al.*, 2003).

Assieme all'EPDS sono stati somministrati:

- *Modulo di valutazione psico-sociale e clinica*, una scheda sui fattori di rischio psico-sociali predisposta *ad hoc* dall'ISS (Appendice A2);
- *Positivity Scale* (P-Scale) (Caprara *et al.*, 2012) per valutare la tendenza di base a guardare e prendere in considerazione gli aspetti positivi della vita e del proprio futuro.

Per tutte le donne, lo screening è stato effettuato tra la 6^a e la 12^a settimana dopo il parto.

La sede dello screening è stata solitamente la struttura dove la donna aveva già fatto il corso di preparazione al parto nei consultori familiari o in uno degli ambulatori dell'ospedale e in alcuni casi negli ambulatori dei dipartimenti di salute mentale.

Approfondimento diagnostico-clinico

Le donne positive allo screening in base allo strumento EPDS sono state invitate per un colloquio di approfondimento diagnostico entro 1 settimana dall'effettuazione dello screening. Alle donne che hanno accettato di sottoporsi all'approfondimento sono stati somministrati i seguenti strumenti:

- *Mini International Neuropsychiatry Interview* (MINI) per la conferma di episodio di depressione maggiore in atto (Lecrubier *et al.*, 1997);
- *Beck Depression Inventory* (BDI-II) per la valutazione della gravità della sintomatologia depressiva (Beck *et al.*, 1996);
- *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), per la valutazione dell'ansia di stato (Spielberger, 1989);
- *Short-Form Health Survey-36 Items* (SF-36), per la valutazione dello stato di salute generale fisica e mentale (Ware *et al.*, 1994);
- *Psychological Well-Being scales* (PWB), per la valutazione del benessere psicologico (Ruini *et al.*, 2003).

Intervento psicologico

Tutte le donne positive allo screening e all'approfondimento diagnostico sono state invitate a sottoporsi ad un trattamento psicologico. Il trattamento consiste nell'applicazione del modello d'intervento elaborato dalla professoressa Milgrom (Milgrom *et al.*, 2003) al Parent-Infant Research Institute (PIRI®) dell'Heidelberg Repatriation Hospital di Melbourne.

Si tratta di un intervento psicologico ad impronta cognitivo-comportamentale per la depressione adattata allo specifico della depressione post partum. Il trattamento è stato dimostrato essere efficace e prevede l'insegnamento di abilità comportamentali, per il superamento di problemi di organizzazione quotidiana (Problem Solving), di comunicazione (Assertività), di gestione dell'ansia (Tecniche di rilassamento), e abilità cognitive (lavoro di ristrutturazione dei pensieri disfunzionali legati alla depressione). Il trattamento su indicazione della stessa Milgrom, può essere applicato sia in gruppo che individualmente. Il trattamento di gruppo prevede incontri settimanali della durata di un'ora e mezza ciascuno per un totale di nove, più un incontro di verifica dei risultati raggiunti qualche settimana dopo; il trattamento individuale prevede una decina di colloqui di un'ora ciascuno, segue poi un incontro di follow-up con la somministrazione dei test.

Inoltre sono previsti 2 moduli aggiuntivi, ciascuno composto da 3 incontri, uno con la presenza anche del partner e uno con la presenza del neonato.

Valutazione degli esiti dell'intervento

I test somministrati alle donne in fase di screening e approfondimento (Pre-Trattamento) sono stati riproposti all'ultimo incontro dell'intervento (Post-Trattamento) e a sei mesi dalla fine dell'intervento (follow-up).

L'elaborazione dei dati derivanti dalla somministrazione dei test è stata effettuata dall'ISS e i risultati dello studio nelle varie fasi sono riportati nel capitolo "Efficacia nella pratica dei servizi italiani dell'intervento psicologico di J. Milgrom per puerpere con depressione post partum".

Va segnalato che i risultati si riferiscono esclusivamente ai dati forniti dalle 3 UO ufficiali incluse nel Progetto ministeriale (delle Regioni Lombardia, Veneto e Molise) e non ai presidi ospedalieri laziali che a queste si sono aggiunti informalmente e comunque in una fase successiva, per conoscere l'approccio e per valutazione interna.

I risultati conseguiti dalle UO del Progetto suggeriscono che l'intervento, complessivamente, è stato efficace a breve-medio termine per la maggior parte delle puerpere che lo hanno effettuato, e sono coerenti con diversi studi che hanno valutato, anche mediante studi controllati randomizzati, in altri Paesi, lo stesso intervento o interventi analoghi rivolti alle puerpere basati su tecniche cognitive comportamentali (O'Connor *et al.*, 2016; Milgrom *et al.*, 2011).

Bibliografia

- Beck AT. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper e Row; 1967.
- Caprara GV, Alessandri G, Eisenberg N, Kupfer A, Steca P, Caprara MG, Yamaguchi S, Fukuzawa A, Abela J. The Positivity Scale. *Psychol Assess* 2012;24:701-12.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.

- Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:350-64.
- Lecrubier Y, Sheehan DV. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997;12:224-31.
- Milgrom J, Holt CJ, Gemmill AW, Ericksen J, Leigh B, Buist A, Schembri C. Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling. *BMC Psychiatry* 2011;27:11:95. doi: 10.1186/1471-244X-11-95.
- Milgrom J, Martin PR, Negri LM. (Ed.) *Depressione Postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento: Edizioni Erickson; 2003.
- 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;26:388-406.
- Ruini C, Ottolini F, Ravanelli C, Ryff C, Fava G. La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Riv Psichiatr* 2003;38:117-30.
- Spielberger CD. *STAI State-Trait Anxiety Inventory - Forma Y. Adattamento italiano a cura di Luigi Pedrabissi e Massimo Santinello*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali; 1989.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. *SF 36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1994.