

La depressione post-partum: i pediatri come protagonisti

Un'esperienza nell'AUSL di Cesena

Carlotta Farneti*, Massimo Farneti**, Fosca Marrone**

*Medico frequentatore, Pediatria di Comunità, AUSL di Cesena; **Pediatria di Comunità, Pediatria di Comunità, AUSL di Cesena

Abstract

Postnatal depression: the pediatricians as actors. An experience in AUSL of Cesena

Background Postnatal depression is a frequent but often underestimated pathology (8-15%). It can have serious consequences on the health of both the mother and the child.

Objectives To assess if a standardized test (EPDS), given by family paediatricians during well child visits, is able to detect mood disorders in post partum women. Furthermore to estimate if family paediatricians can become network coordinators in support of mothers with positive EPDS.

Materials and methods EPDS test during well-child visits between 2007-2008. Evaluation of the interventions for post partum women with an EPDS score ≥ 10 .

Results The feasibility of an approach based on the use of EPDS test has been confirmed. While family paediatricians' interventions were satisfactory, the involvement of other professionals (general practitioner, midwife, nurse, psychologist) appeared weak.

Conclusions The family paediatrician may be the central figure in a series of interventions supporting post partum women with depression. Nevertheless a coordinator, as a community paediatrician seems necessary. Interventions for early diagnosis and support of post-partum depression remain difficult to assess, and this activity must be carefully planned during the design phase.

Quaderni acp 2010; 17(2): 58-63

Key words Postnatal depression. EPDS test. Assistance network. Family pediatrician

Background La depressione post-partum rappresenta una patologia piuttosto frequente (8-15%), ma spesso misconosciuta. Essa può avere gravi ripercussioni sulla salute sia della madre che del bambino.

Obiettivi Valutare se sia possibile intercettare i disturbi dell'umore nelle puerpere utilizzando un test standardizzato (EPDS) somministrato dai pediatri di famiglia (PdF) nel corso dei bilanci di salute e valutare se possa divenire il coordinatore di una rete assistenziale a sostegno delle puerpere con EPDS positivo.

Materiali e metodi Utilizzo del test EPDS nel corso dei bilanci di salute nel periodo 2007-2008 e valutazione degli interventi effettuati nei confronti delle puerpere con punteggio EPDS ≥ 10 .

Risultati Il Progetto ha confermato la fattibilità di un approccio basato sull'utilizzo del test EPDS nel corso dei bilanci di salute. Sono risultati soddisfacenti gli interventi direttamente effettuati dal PdF, mentre sono apparsi carenti gli interventi basati sul coinvolgimento di altre figure professionali (medico di medicina generale, ostetrica, infermiera, psicologo).

Conclusioni Il PdF può rappresentare la figura centrale di una serie di interventi di sostegno per le puerpere depresse, ma appare necessaria una "regia" che, ove esiste, può essere affidata alla Pediatria di Comunità. Interventi di diagnosi precoce e sostegno della depressione post-partum rimangono di difficile valutazione e tale attività va attentamente programmata nella fase di progettazione degli interventi.

Parole chiave Depressione post-partum. EPDS test. Rete assistenziale. Pediatria di Famiglia

La gravidanza e il puerperio sono due momenti di vita delle donne in cui sono particolarmente frequenti disturbi dell'umore. Questi sono stati suddivisi in tre

quadri clinici: il cosiddetto maternity blues (o baby blues), la depressione post-partum (DPP) e la psicosi puerperale. Accanto a questi è da considerare anche

il disturbo post-traumatico da stress successivo al parto, di recente descritto su questa rivista [1].

Il *maternity blues* colpisce fino al 70% delle donne nei 10 giorni successivi al parto. È un lieve disturbo emozionale [2-3] che tende a diminuire spontaneamente e a scomparire dopo poche settimane, senza particolari conseguenze per la madre e il bambino [4].

La *psicosi post-partum* si presenta all'estremità opposta dello spettro di gravità. È un disturbo psichiatrico, relativamente raro (0,2%-0,3%), caratterizzato da deliri, allucinazioni e notevole compromissione delle capacità psichiche della donna [5]. Si tratta di una grave patologia in termini di rischi potenziali per la salute della madre e del bambino con un elevato rischio di suicidio e/o di infanticidio [6].

La DPP è un episodio depressivo, non psicotico, che inizia o si estende nel periodo post-partum [4-7-8], la prevalenza è di circa l'8-15% delle puerpere. La durata media degli episodi di DPP sembra essere di almeno alcuni mesi [4]. La depressione materna può avere effetto sullo sviluppo cognitivo e comportamentale del bambino [9-10-11-12]. Studi neurobiologici hanno dimostrato che la disregolazione affettiva derivante dalla relazione con la madre depressa è in grado di provocare alterazioni nello sviluppo dei bambini, predisponendoli a una maggiore vulnerabilità verso rischi psicopatologici successivi [13-14]. La DPP è frequentemente subclinica, spesso non riconosciuta né sospettata ed è difficile da riconoscere nel corso di una visita non mirata. Una delle difficoltà diagnostiche è legata alla reticenza delle pazienti a parlare del proprio disagio e al richiedere aiuto poiché i segnali depressivi suscitano un senso di profonda vergogna. La madre cerca di dissimulare il suo stato di malessere poiché si sente lontana dallo stereotipo dell'immagine collettiva della "mamma felice" che

Per corrispondenza:

Carlotta Farneti

e-mail: carlotta.farneti@student.unife.it

research letters

invece si aspettava di essere e che tutti attorno a lei sembrano attribuirle ed esigere. La DPP, poi, non è una patologia omogenea e regolare nel tempo; pur mantenendo una prevalenza tutto sommato costante, presenta grandi differenze d'incidenza. Diventa allora importante riuscire a offrire alla donna una finestra relazionale continua attraverso cui rendere esprimibile ciò che le è inesprimibile altrimenti. Due approcci sono possibili per questo obiettivo.

Il primo si basa sull'osservazione della madre e degli stili relazionali mamma-bambino e sull'utilizzo di una serie di domande mirate, le domande di Whooley che possono indirizzare all'evidenziazione del problema [15-16]. Questo approccio può essere gestito solo da personale specificamente addestrato.

Il secondo può essere effettuato anche senza la necessità di uno specifico addestramento e si basa sull'utilizzo di test che possono essere somministrati alle madri anche durante le visite routinarie al neonato. Fra questi test ricordiamo: Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS), Bromley Postnatal Depression Scale (BPDS) e Postpartum Depression Checklist (PDC). Sono tutti validi strumenti per evidenziare l'eventuale disturbo emozionale nella puerpera, anche se non sono ritenuti strumenti diagnostici e necessitano perciò di una conferma diagnostica successiva. Il più validato è l'EPDS.

Il personale utilizzabile per intercettare le puerpere depresse può essere vario: ostetriche, infermiere o assistenti sanitarie, psicologi, medici. Nel SSN la figura professionale più adatta sembra essere il PdF che ha l'occasione di incontrare tutte le puerpere dei suoi assistiti più volte nel primo anno durante i bilanci di salute.

Obiettivi

Gli obiettivi della indagine che descriveremo sono stati due.

Il primo: valutare la fattibilità di un intervento per intercettare i disturbi dell'umore nelle puerpere, basato sull'uso di un test standardizzato (EPDS), somministrato dai PdF nel corso dei bilanci di salute (BdS).

Il secondo: valutare la possibilità che il PdF somministrasse il test e divenisse coordinatore di una rete assistenziale a sostegno delle puerpere con EPDS positivo.

Materiali e metodi

Premessa

L'assistenza materno-infantile nella AUSL di Cesena è caratterizzata da una buona integrazione delle varie strutture e dei professionisti che operano sul versante ospedaliero e territoriale. In particolare a livello distrettuale operano, in coordinamento funzionale, Pediatria di Comunità (PdC), Pediatria di Famiglia, Neuropsichiatria Infantile e Consultori Familiari (CF) che si interessano principalmente dell'assistenza alla gravidanza e al puerperio.

Questa relazione interprofessionale ha contribuito a dare ai PdF un interesse anche verso l'area psico-relazionale. L'interesse è stato coltivato attraverso un costante lavoro di formazione e confronto con formazione comune e corsi di counselling sistemico e di pediatria dello sviluppo. Nel 2005, alla presentazione dei dati di una ricerca sulla DPP effettuata in Romagna [17] e che riportava una prevalenza del 15-18%, vi fu una generale reazione di sorpresa. Nei gruppi di studio svolti successivamente per commentare i risultati della ricerca, i PdF avevano sottolineato la loro scarsissima sensibilità nella intercettazione delle puerpere depresse tanto che, rianalizzando i dati delle loro cartelle, era emerso che le uniche segnalazioni di disturbi emozionali nelle madri erano stati i rari casi di psicosi post-partum. Si decise allora di intraprendere un percorso che comportasse, da una parte, il miglioramento della capacità di intercettare precocemente e prendere in carico le puerpere depresse e, dall'altra, la necessaria costruzione di una rete di sostegno che coinvolgesse le varie figure operanti nell'assistenza materno-infantile.

Il lavoro, per giungere ad affrontare la DPP, è partito con due momenti formativi che hanno approfondito:

- gli aspetti clinici nella madre e le possibili ripercussioni sul bambino;
- i fattori di rischio e le possibili strategie di approccio e presa in carico con un taglio epidemiologico-organizzativo.

La fase sperimentale

Da questa fase formativa è nata una ipotesi operativa sperimentale basata sull'uso del test EPDS da eseguire nel corso

dei BdS del primo anno di vita (nascita, 2-3 mesi, 4-5 mesi, 10-11 mesi) da parte di un ristretto gruppo di pediatri.

La scelta di adottare uno strumento standardizzato è derivata dalla convinzione che un approccio basato sulla osservazione della madre e degli stili relazionali mamma-bambino con le domande di Whooley avrebbe richiesto una lunga formazione specifica e un periodo di training e supervisione che poteva essere effettuato solo da un gruppo ristretto e motivato di professionisti. Questo li avrebbe resi sicuramente competenti, ma il modello difficilmente avrebbe potuto essere riproposto a tutti i PdF mentre l'obiettivo rimaneva quello di affrontare il problema con un orientamento di popolazione e di sanità pubblica.

La prima fase sperimentale ha coinvolto 5 pediatri con la supervisione di uno psicologo dei CF. Si è conclusa con un incontro con tutti i PdF in cui è emerso che:

- l'approccio con il test EPDS è risultato facile e ha dimostrato di essere accettato dalle puerpere italiane o che comunque parlavano italiano;
- una parte degli "sperimentatori" ha abbinato al test EPDS anche le domande di Whooley, rilevando "una piacevole sorpresa delle madri all'attenzione del pediatra verso il loro vissuto", come riferiva una pediatra nel corso dell'incontro;
- vi era stata una buona risposta e attenzione sia dei partner che dei Medici di Medicina Generale (MMG) che avevano in carico le madri, alla segnalazione da parte del pediatra del sospetto di patologia depressiva della puerpera.

Il progetto esecutivo: il test

I risultati positivi della fase sperimentale hanno reso possibile l'avvio di un "Progetto aziendale di diagnosi precoce e sostegno dei disturbi emozionali in puerperio", inserito nel contratto integrativo aziendale per la pediatria di famiglia a costi invariati. Nel progetto erano coinvolti la PdC con funzioni di coordinamento e sostegno tramite il personale infermieristico deputato alle visite domiciliari, tutti i PdF e i CF nelle figure delle ostetriche e degli psicologi. La UO Materno-infantile della AUSL ha anche attuato alcune iniziative di riorganizzazione interna e di rafforzamento dei ser-

vizi dedicati alla gravidanza e al puerperio e rendere più efficaci le offerte di sostegno. In particolare:

- il potenziamento dei corsi di preparazione alla nascita dei CF in modo di intercettare un maggior numero di gravide;
- l'apertura di "ambulatori per il puerperio" gestiti dalle ostetriche;
- il superamento della suddivisione per territorio (aree subdistrettuali) del personale di area infermieristica della PdC per "assegnare" a ogni PdF una AS/IP di riferimento per costituire una sorta di micro équipe stabili (PdF/personale infermieristico) per una collaborazione più stretta sulle situazioni complesse.

Si è confermato, come nella fase sperimentale, la somministrazione dell'EPDS come metodo per porre il sospetto diagnostico (*tabella 1*) a tutte le puerpere italiane o che parlavano l'italiano: il tempo scelto è stato il BdS del 2°-3° mese. Il cut off prescelto è stato di 10 punti. La scelta del 2°-3° mese dopo il parto è legata al fatto che in più ricerche è risultato questo il momento a più alta prevalenza [7-8-18].

Il pediatra era libero di utilizzare il test EPDS o le domande di Whooley anche nelle altre occasioni di contatto nel corso del primo anno di vita del bambino. I risultati del test, nel corso del BdS del 2°-3° mese, dovevano essere riportati nella scheda clinica del bilancio di salute che viene inviata alla PdC e quindi inserita nel già esistente database aziendale dei bilanci di salute.

La presa in carico della puerpera

Al PdF era affidato il compito di creare e coordinare attorno alla puerpera con test positivo una rete di sostegno collaboran-

do con il MMG per completare e rafforzare gli interventi necessari. Non sono stati decisi livelli di intervento diversi a seconda del punteggio al test EPDS, rimanendo implicita una maggior attenzione per le puerpere con punteggio più elevato (≥ 12). Il primo passo del sostegno era la ricerca dell'alleanza terapeutica con la puerpera alla quale dovevano essere spiegati il significato e i limiti del test effettuato per poi giungere alla condivisione delle scelte assistenziali se accettate.

Immediatamente dopo, con il consenso della puerpera, il PdF doveva informare e coinvolgere il partner ed eventualmente altre figure significative per attivare un sostegno "intrafamiliare" che può avere un importante effetto protettivo sul bambino. L'intervento seguente, sempre in accordo con la puerpera, era la segnalazione al MMG con un contatto personale telefonico, per informarlo del sospetto avanzato e per cercare una collaborazione per la presa in carico.

Il PdF poteva poi utilizzare alcuni "servizi di supporto" attivabili a sua discrezione:

- le visite domiciliari delle assistenti sanitarie e infermiere (AS/IP) della PdC;
- i corsi di massaggio per i neonati dei CF, gratuiti per le madri con test positivo;
- in caso di richiesta di aiuto ad altri professionisti (psicologo del CF e/o psichiatra del Dipartimento di salute mentale) doveva essere evitato un invio senza "accompagnamento";
- gli eventuali passaggi in cura dovevano essere effettuati con attenzione poiché sono segnalati in letteratura come momenti particolarmente delicati e ad alto rischio di fallimento.

Il pediatra in ogni caso rimaneva a disposizione della famiglia non solo per i controlli del bambino ma anche per rivalutare periodicamente la situazione della puerpera e sostenerla offrendole spazi idonei di consultazione.

La elaborazione dei dati

I risultati dei primi due anni del Progetto riguardano le madri dei nati negli anni

TABELLA 1: EDINBURG POSTNATAL DEPRESSION SCALE

L'Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) è un questionario di autovalutazione costituito da 10 domande che esplorano i sintomi depressivi caratteristici del periodo del post-partum (senso di colpa, sentimenti di incomprensione e di fallimento, tristezza e pianti improvvisi senza causa apparente, ansia e intense preoccupazioni per se stessa e per gli altri, disturbi del sonno). Ogni domanda comprende quattro possibili risposte, la puerpera deve scegliere quella che meglio corrisponde allo stato d'animo provato negli ultimi sette giorni. A ogni risposta corrisponde un punteggio da 0 a 3, il punteggio globale varia da 0 a 30. La somma dei punteggi offre uno score di probabilità: <10 normale, $\geq 10 < 12$ dubbio, ≥ 12 patologico.

TABELLA 2: EPDS AL Bds DEL 2°-3° MESE. DISTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI

Punteggi	Puerpere	%
<10	944	88,7
$\geq 10 < 12$	77	7,3
≥ 12	43	4,0

TABELLA 3: INTERVENTI EFFETTUATI PER LE PUERPHERE CON EPDS ≤ 10

Distribuzione dei punteggi	Presa in carico del PdF e rivalutazione periodica N e (%)	Colloquio con il partner N e (%)	Segnalazione al MMG N e (%)	Sostegno richiesto all'ostetrica del CF N e (%)	Intervento richiesto all'AS/IP della PdC N. e (%)	Invio allo psicologo N. e (%)
≥ 10 e <12:77	70 (90,9)	26 (33,7)	5 (6,5)	0	1 (1,3)	8 (10,4)
≥ 12 : 43	41 (95,3)	24 (55,8)	10 (23,3)	3 (6,9)	5 (11,6)	10 (23,2)
Totale ≥ 10 : 120	111 (92,5)	50 (41,6)	15 (12,5)	3 (2,5)	6 (5)	18 (15)

2007 e 2008 e sono stati elaborati utilizzando i dati immessi nel database aziendale dei bilanci di salute e attraverso una ricerca ad hoc su tutte le puerpere con EPDS ≥ 10 eseguita da una delle autrici di questo lavoro in collaborazione con i PdF che avevano segnalato le puerpere "positive" al test.

Risultati

Anno 2007

Il questionario è stato compilato da 1064 puerpere pari al 57,8% delle madri i cui bambini hanno eseguito il bilancio di salute del 2°-3° mese. I risultati sono riportati nella **tabella 2**.

I test "positivi" sono risultati pari all'11,3%. Il dato può essere ritenuto accettabile perché rientra nel range di quelli segnalati dalle più importanti ricerche internazionali (8-15%).

L'analisi del tipo di approccio e di sostegno attivati è riassunta nella **tabella 3** dove sono riportati gli interventi svolti.

Le azioni di supporto sono state naturalmente più intense e strutturate nei casi a più alto punteggio. Si deve segnalare che sia il coinvolgimento del partner che quello del MMG appaiono molto più limitati rispetto a quanto si era ipotizzato nella fase di costruzione del Progetto. Anche il coinvolgimento del personale di area ostetrica e infermieristica è risultato limitato evidenziando una difficoltà dei PdF a integrarsi con il personale sanitario non medico.

La valutazione degli interventi svolti si è poi concentrata sulle 18 puerpere (**tabella 3** colonna 7) alle quali è stato consigliato da parte del PdF un colloquio e/o una presa in carico da parte dello psicologo. Le 18 puerpere sono state seguite nel loro "iter specialistico" e i risultati non sono apparsi soddisfacenti: 9 hanno

rifiutato questo tipo di intervento, solo una è stata presa in carico dallo psicologo del CF, 5 hanno scelto uno psicologo privato, una è stata ricoverata per una confermata DPP, mentre 2, già seguite dai servizi di igiene mentale, hanno continuato il loro iter assistenziale. Di quelle che non hanno ritenuto di seguire i consigli del pediatra non si hanno informazioni.

Non è stato possibile estrapolare i singoli percorsi attuati dalle puerpere (es. quante sono state prese in carico dal PdF e sono state "segnalate" al MMG ecc.).

Anno 2008

Il questionario è stato compilato da 1438 puerpere pari al 79,2% (+21,4% rispetto al 2007) delle madri i cui bambini hanno eseguito il BdiS del 2°/3° mese.

I risultati dei punteggi dei questionari eseguiti sono riportati nella **tabella 4**.

I test "positivi" sono risultati pari all'8,6%, leggermente inferiori ai risultati dell'anno precedente ma ancora all'interno del range segnalato dalle più importanti ricerche internazionali (8-15%). Significativo il fatto che i questionari con punteggio ≥ 12 sono rimasti praticamente costanti rispetto all'anno precedente (3,7% vs 4,0%) mentre sono diminuiti considerevolmente quelli con punteggio ≥ 10 e < 12 . Si tratta, molto probabilmente di fluttuazioni casuali. L'analisi del tipo di approccio e di sostegno attivati è riportata nella **tabella 5**.

I risultati del secondo anno confermano un maggior impegno assistenziale per i casi più a rischio. Vi è una migliore presa in carico da parte del pediatra (99,2% vs 92,5%). Si registra un aumento dei casi in cui è stato coinvolto il partner (58,8% vs 50%), anche il coinvolgimento del personale ostetrico e infermieristico è in leggero aumento ma ancora lontano dal

livello desiderabile. Delle 13 puerpere (colonna 7) cui è stata suggerita la consulenza psicologica 6 hanno rifiutato tale intervento, una è stata presa in carico dallo psicologo del CF, una ha scelto uno psicologo privato, mentre 5, già seguite dai servizi di igiene mentale hanno continuato il loro iter.

Discussione

L'indagine conferma che il problema della DPP nel nostro territorio è presente anche se con dati leggermente inferiori a quelli della ricerca eseguita nel 2006 [17]. Difficile avanzare ipotesi sulle cause di tale difformità. La differenza metodologica più significativa è che l'indagine pubblicata nel 2006 era stata effettuata da psicologi in un setting non ambulatoriale.

La nostra indagine solleva alcuni punti che meritano una discussione.

- Il Progetto è scaturito dalla esigenza di tutti gli operatori dell'area materno-infantile di valutare la presenza di un problema rilevante secondo la letteratura e di verificare la fattibilità di un intervento del PdF. L'attenzione si è concentrata nella fase di preparazione, sulla organizzazione dell'intervento: formazione all'uso dell'EPDS, rilevazione ed elaborazione dei dati con sistema informativo/informatico, co-

TABELLA 4: EPDS AL BDIS DEL 2°-3° MESE. DISTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI

Punteggi	Puerpere	%
<10	1314	91,4
≥ 10 <12	71	4,9
≥ 12	53	3,7

TABELLA 5: INTERVENTI EFFETTUATI PER LE PUERPHERE CON EPDS ≥ 10

Distribuzione dei punteggi	Presa in carico del PdF e rivalutazione periodica N e (%)	Colloquio con il partner N e (%)	Segnalazione al MMG N e (%)	Sostegno richiesto all'ostetrica del CF N e (%)	Intervento richiesto all'AS/IP della PdC N. e (%)	Invio allo psicologo N. e (%)
≥ 10 e < 12 : 71	70 (98,6)	38 (53,5)	3 (4,2)	6 (8,4)	1 (1,4)	2 (2,8)
≥ 12 : 53	53 (100)	35 (66)	7 (13,2)	3 (5,6)	6 (11,3)	11 (20,7)
Totale ≥ 10 : 124	123 (99,2)	73 (58,8)	10 (8,1)	9 (7,2)	7 (5,6)	13 (10,5)

struzione di una rete territoriale di sostegno per le madri con punteggi EPDS elevati.

Questa parte del progetto ha dato risultati soddisfacenti.

È stata carente invece l'attenzione alla valutazione di efficacia degli interventi che venivano programmati nei singoli casi (presa in carico del pediatra, coinvolgimento del partner ecc.) e sui loro risultati di salute. La mancanza, nella progettazione iniziale, della fase di valutazione rende difficile e per alcuni versi non pienamente attuabile una valutazione a posteriori sui risultati di salute. Non è però etico, ora, una volta avviato un progetto di intervento, sospenderlo per svolgere una indagine "controllata" in cui una parte della popolazione, selezionata come "positiva" all'EPDS, non è sottoposta ad alcun trattamento per utilizzarla come confronto.

Va anche detto che la valutazione dei risultati di interventi nel campo della DPP è particolarmente complessa per la presenza di non pochi ostacoli metodologici: la variabilità della DPP, la guarigione spontanea di una parte consistente di casi. I dati di prevalenza della DPP nei vari studi coincidono discretamente, mentre quelli sulla incidenza nei vari mesi dopo il parto sono pochi e riportano tassi variabili dal 3,6% al 63,7% [19].

Alla luce di queste considerazioni il Progetto del 2010 sarà indirizzato alla verifica dei risultati, almeno a breve-medio termine. A causa dei problemi metodologici sovrariportati, in parte insormontabili, la valutazione potrà essere effettuata solo con indicatori proxy. Così al 10° mese si somministrerà nuovamente il test EPDS a tutte le madri che lo hanno già ricevuto al 2°-3° mese e si valuterà longitudinalmente il punteggio che sarà confrontato andando a valutare la prevalenza di DPP e la si rapporterà con la prevalenza di DPP in un campione di puerpere allo stesso mese postpartum di una AUSL limitrofa che non ha un programma strutturato di identificazione e sostegno alle puerpere depresse. Se il programma è efficace dovremmo trovare una minor frequenza di depressione nelle puerpere che partecipano al Progetto.

► Scendendo nel dettaglio si deve osservare che in relazione al numero di nati nelle due annate (1894 nel 2007 e 1899 nel 2008) la copertura "grezza" del test nel primo anno è stata del 56,2% e del 75,2% nel secondo. La non altissima copertura è dovuta, almeno in parte, alla scelta di non proporre il test alle donne straniere che non parlano italiano. Queste, in un campione di straniere, sono risultate essere il 35% del totale. Da tale stima risulta dunque che le puerpere eleggibili al test erano stimabili quindi in 1734 nel primo anno e 1739 nel secondo: la copertura può quindi essere stimata del 61,4% nel 2007 e del 82,7% nel 2008. Non sono stati valutati invece gli ulteriori momenti in cui i PdF hanno utilizzato il test o le domande di Whooley. Si può quindi valutare come buona la compliance dei PdF al sistema adottato. La "copertura" del test nella popolazione non ha differenze significative fra i vari PdF. Tali buoni risultati sono legati anche al fatto che il test viene utilizzato sfruttando una tappa (i BdiS) già presente nell'offerta di servizi di tutta la popolazione pediatrica nel territorio sede della indagine.

► Un dato significativo riguarda la dimostrazione della fattibilità di questo intervento quando venga affidato al PdF: la somministrazione del test e la presa in carico delle situazioni problematiche da parte del pediatra, si sono dimostrate possibili. È significativo che già nel secondo anno gli indicatori siano migliorati, segno evidente che con l'esperienza è cresciuta la capacità di gestire le prime due fasi del Progetto. Lo stesso non si può dire per la capacità di attivare gli altri operatori della rete. Insoddisfacenti sono le percentuali di attivazioni del MMG, della ostetrica del CF e dell'assistente sanitaria/infermiera della PdC. Si ha l'impressione di un gruppo di professionisti preparati che si sono impegnati personalmente nel Progetto ma che ancora hanno difficoltà a "fare rete" con gli altri operatori sanitari. Alla luce di queste considerazioni il Progetto del 2010 prevede di attivare un audit che dovrà analizzare questi dati, spiegarne le motivazioni ed eventualmente suggerire azioni correttive. Per

coinvolgere maggiormente i MMG (altro punto di sofferenza) saranno attivati incontri con i Nuclei di Cure Primarie (le strutture funzionali che a livello distrettuale organizzano l'assistenza primaria).

► Un limite importante del Progetto sta nella scarsa accoglienza da parte delle puerpere delle proposte di consulenza/presa in carico da parte dei servizi di 2° livello (solo 16 su 31 *tabelle 3 e 5*). È nota la "resistenza" ad accettare servizi di secondo livello che sono vissuti come una stigma negativa [15]. Un risultato così deludente non era però nelle previsioni. Si era ipotizzato che l'utilizzo, in prima istanza, di psicologi del CF invece che del dipartimento di salute mentale e l'invio "accompagnato" potessero compensare la naturale diffidenza delle puerpere nei confronti dei servizi di salute mentale. Ciò porta a rafforzare l'ipotesi, di cui si terrà conto nel 2010, che il metodo più efficace per aiutare le puerpere depresse sia quello della costruzione di una rete di sostegno a cui partecipino i familiari in stretto rapporto con gli operatori professionali dell'area delle cure primarie a partire dal PdF e dal MMG che sono più noti e di solito considerati più vicini alle famiglie.

Conclusioni

L'esperienza maturata presenta, accanto agli evidenti limiti, alcuni aspetti positivi che potrebbero utilmente essere presi come spunto per programmi di interventi analoghi o anche più estesi.

► Il PdF è in grado di utilizzare l'EPDS con una buona affidabilità. Risulta quindi possibile inserire nella assistenza primaria alla famiglia aspetti che vanno oltre la semplice assistenza al bambino per abbracciare interventi più ampi di sostegno alla salute della famiglia.

► La PdC, ove esiste, è in grado di funzionare da regista di progetti aziendali che si esplicano nel territorio e che necessitano del coinvolgimento di più professionisti e servizi e che richiedano costanti attività di "manutenzione" e valutazione. Ove non esiste è necessario individuare altri strumenti organizzativi che si occupino della regia.

Grazie a questa regia e alla utilizzazione dei professionisti già presenti, un intervento come quello descritto non richiede ulteriori risorse ma solo un maggior coordinamento degli operatori e la loro crescita professionale. ♦

Ringraziamenti

Questa ricerca è stata resa possibile grazie alla partecipazione e all'impegno dei PdF della AUSL di Cesena a cui va un sincero ringraziamento. Altrettanto vale per tutto il personale della UO Materno-infantile che ha dimostrato quanto possa essere importante "il lavoro di squadra" in un'area così delicata come il sostegno alle puerpere con disturbi emozionali.

Bibliografia

- [1] Bonapace S, Ciotti F. Il disturbo post-traumatico da stress successivo al parto. *Quaderni acp* 2009;16:161-5.
- [2] Kennerley H, Gath D, Maternity Blues I. Detection and measurement by questionnaire. *Br J Psychiatry* 1989;155:356-62.
- [3] O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, et al. Prospective study of postpartum blues: biological and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:801-6.
- [4] O'Hara MW. Postpartum Depression: Causes and Consequences. New York: Springer-Verlag, 1994.
- [5] Brockington IF, Cernik KF, Schofield EM, et al. Puerperal Psychosis. Phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:829-33.
- [6] Davidson J, Robertson E. A follow-up study of postpartum illness, 1946-1978. *Acta Psychiatr Scand* 1985;71:451-7.
- [7] Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993;163:27-31.
- [8] Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, et al. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry* 1984;144:453-62.
- [9] Williams H, Carmichael A. Depression in mothers in a multi-ethnic urban industrial municipality in Melbourne: aetiological factors and effects on infants and preschool children. *J Child Psychol Psychiatry* 1985;26:277-88.
- [10] Cutrona CE, Troutman BR. Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development* 1986;57:1507-18.
- [11] Field T, Healy B, Goldstein S, et al. Infants of depressed mothers show 'depressed' behaviour even with nondepressed adults. *Child Development* 1988;59:1569-79.
- [12] Whiffen VE, Gotlib IH. Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *J Abnorm Psychol*; 1989;98:274-79.
- [13] Schore AN. The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 1996;8:59-87.
- [14] Lewis M, Granic I. The self-organization of the right brain and the neurobiology of emotional development. In *Emotion, Development, and Self-organization, Dynamic Systems Approaches to Emotional Development* Cambridge University Press 2000.
- [15] Whooley M, Avins A, Miranda J, et al. Case-finding instruments for depression: two questions as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439-45.
- [16] Garrone G, Levi P, Luzzatto L, et al. Anche il pediatra se ne deve occupare? *Medico e Bambino* 2009;28:297-302.
- [17] Monti F, Agostini F. La depressione postnatale. Roma: Carocci Editore, 2006.
- [18] Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:35-47.
- [19] Agency for Healthcare Research and Quality US Department of Health and Human Services. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. AHRQ Publication 2005;5:E006-2 (www.ahrq.gov).

NO COMMENT

La mutua agli animali – Un disegno di legge, come si suol dire bipartisan, delle senatori Sivana Amati del PD e Laura Bianconi del PDL, prevede cure gratuite per gli animali domestici. Sotto gli auspici del sottosegretario al Welfare, Francesca Martini, ci sarà anche un disegno di legge del governo; la Martini afferma che il problema è quello di trovare i fondi. Un tempo, prima si trovavano i fondi e poi si facevano le leggi.

Mamma al Martini – Questa è veramente una buona notizia! Una nuova bevanda "naturale" americana: il "MaMatini", crasi tra Mamma e Martini. L'idea è venuta a Erica Duignan Minnihan, 3 figli, che stufa di preparare litri e litri di latte caldo in pieno agosto per sostenere la sua produzione di latte (sic!) ha chiesto aiuto alla madre, pediatra (sic al quadrato!): possibile non ci sia un modo più divertente, gustoso ed efficiente per farlo? Due bottiglie di "MaMatini" al giorno leniscono anche il dolore per le coliche nei piccoli! I prezzi? Una scatola con 12 bottigliette costa 40 dollari. Per informazioni: fo@drinkmammatini.com.

La linea Dentini – Plasmon lancia la linea Dentini, omogeneizzati con pezzetti morbidi di carne studiati per favorire la masticazione dei bambini cui sono spuntati i primi denti da latte e poi Happy milk (modificatore di latte al cacao).

GLI ARGONAUTI 2010

(vedi pag. 91)

CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA"

Terza edizione

Regolamento

Le foto dovranno avere come tema i bambini in riferimento ai temi del Convegno.

Dovranno essere accompagnate da didascalia, nome, cognome, recapito postale, telefono, e-mail e qualifica dell'autore, e dalla liberatoria firmata dal soggetto eventualmente fotografato.

Le foto potranno essere fornite o in formato a stampa (in 2 copie) o in formato digitale.

Le foto in formato a stampa dovranno essere inviate al seguente indirizzo postale:

CONCORSO FOTOGRAFICO
PASQUALE CAUSA
c/o Defla organizzazione eventi
Via del Parco Margherita 49/pal. 3
80121 Napoli.

Le foto in formato digitale dovranno essere inviate al seguente indirizzo e-mail: congressi@defla.it specificando in oggetto: CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA".

Il giudizio di qualità sulle foto sarà compito di una giuria scelta dagli organizzatori del Convegno.

Questi individueranno un vincitore e segnaleranno 5 foto meritevoli. Le foto partecipanti al concorso dovranno pervenire entro e non oltre il **9 aprile 2010**.