



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)



In schizofrenia, come fai a cambiare



da così...



... a così?

Xeplion, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg
Sospensione iniettabile a rilascio prolungato ⁽¹⁾

1. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto
fare click sul logo di prodotto per accedere all'RCP





SOMMARIO

Anno XXVI • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:

Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Comitato Scientifico:

Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)
Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)
Arcadio Erlicher (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)
Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabriella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

Segreteria di Direzione:

Giancarlo Cerveri

Art Director:

Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le
opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere
comunicazioni sulla pubblicazione
del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter
attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

3 Che paese è mai questo
di Giannelli A.

9 Lettera all'Assessore
alla Salute al Presidente
della Commissione Sanità
della Regione Lombardia
di Clerici M., Rabboni M.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

11 Influenza del deficit
neurocognitivo sul
funzionamento personale,
sociale e lavorativo della
schizofrenia: uno studio
sperimentale
*di Bechi M., Cocchi F., Bianchi L.,
Bosia M., Buonocore M., Guglielmino C.,
Pigoni A., Spangaro M., Smeraldi E.,
Cavallaro R.*

21 Un programma innovativo
di individuazione e trattamento
della depressione in gravidanza
e nel post partum presso
l'Ospedale San Carlo Borromeo
di Milano
*di Bo F., Tallarico L., Grecchi A.,
De Isabella G., Biffi G.*

30 L'intervento in adolescenza
e sugli esordi psicopatologici:
complessità cliniche e criticità
organizzative
di Grecchi A., Migliarese G.

41 Disturbo bipolare
o malattia globale
di Zarattini F.

49 L'attualità di Jaspers
di Schiavone M.

54 Sogno ed esistenza
di Borgna E.

NOTE DAI CONVEGNI

58 Percezione soggettiva
ed effetto contesto
nel trattamento farmacologico
infusivo dell'episodio
depressivo maggiore resistente
*di Galimberti C., Bosi M.F., Tirelli A.,
Truzoli R., Viganò C., Ba G.*

61 Asenapina nel trattamento
del paziente con disturbo
bipolare di tipo II: uno studio
retrospettivo
*di Genova C., Galimberti C., Viganò C.,
Truzoli R., Bassetti R., Bosi M., Ba G.*

64 Valutazione delle dinamiche
familiari nei pazienti con
disturbi Psichiatrici maggiori:
il test di Brem Graser
*di Bottarini F., Beltrami M.M.,
Truzoli R., Galimberti C., Mattone C.,
Viganò C., Ba G.*

66 Gravità e gravosità: studio
nel contesto dei centri diurni
dell'Azienda Ospedaliera
di Varese
Berto E., Caselli I., Bonalumi C., Vender S.

71 Depressione e rischio di
mortalità in soggetti affetti
da stroke: revisione sistematica
e meta-analisi
*Lax A., Bartoli F., Lillia N., Crocamo C.,
Carrà G., Clerici M.*

IN COPERTINA: *Tavolo surrealista,*

Alberto Giacometti (1933)

Musee national d'art moderne, Centre Georges Pompidou, Paris

Un programma innovativo di individuazione e trattamento della depressione in gravidanza e nel post partum presso l’Ospedale San Carlo Borromeo di Milano

Bo Franca*, Tallarico Loredana*,
Grecchi Alessandro**, De Isabella Giorgio***,
Biffi Giuseppe****

“L’individuazione di queste patologie non è un fine in sé, l’essenziale è tentare di riportare nelle pratiche un’umanità e un rigore sufficienti affinché ciascuno trovi il suo posto”

Missioner, 2005

Il programma innovativo per l’individuazione e il trattamento della depressione nella gravidanza e nel post-partum TR-46 nasce dalla collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale dell’Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo e l’ASL Milano 1 già nel triennio 2009-2011 e successivamente è stato prorogato tramite il finanziamento della Regione Lombardia (Decreto n. 3308 del 16 aprile 2013) a tutto l’anno 2013.

INTRODUZIONE

Sappiamo dalla letteratura che la depressione ha una variabilità tra il 15 e il 20% in gravidanza e tra il 10 e 15% nel post partum (1;2). Va considerato, inoltre, che chi soffre di depressione in gravidanza nel 40% svilupperà una depressione post partum e che chi ha sofferto di depressione nel post partum svilupperà nel 40% un episodio depressivo nelle gravidanze successive (3).

Sull’assunto che “per poter attuare una buona prevenzione precoce in campo perinatale, è necessario sostituire

una cultura basata sulla riparazione del danno con una che miri ad anticipare e creare le competenze genitoriali” (4), il progetto innovativo vuole impostare l’attività con l’obiettivo di prevenire, per quanto possibile, lo strutturarsi di presupposti psichici che possano rendere problematica l’esperienza della maternità, ridurre il senso di precarietà della donna in gravidanza sul doppio registro del biologico e del mentale, intervenire precocemente ed in maniera competente nel prevenire o comunque rimodulare l’eventuale disregolazione della relazione madre-bambino.

Per raggiungere tale obiettivo è parsa centrale l’esigenza di sviluppare una rete di Servizi in grado di garantire una prevenzione del disturbo depressivo nella gravidanza e nel post partum.

È nel corso della gravidanza, infatti, che la donna ha maggiori opportunità di entrare in contatto con il personale sanitario che, se opportunamente formato, può essere in grado di intervenire sui fattori di rischio al fine, se possibile, di ridurre la patologia perinatale e di intervenire, inviando ai Servizi specialistici, in caso di psicopatologia conclamata.

Una riduzione della prevalenza e dell’incidenza della depressione nella gravidanza e nel post partum, infatti, con valori lievemente inferiore ai dati presenti in letterature è stata riscontrata in un recente studio italiano suggerendo come questi dati possano riflettere il trattamento multidisciplinare offerto alle pazienti già nel corso dello studio (5).

STRUMENTI DI SCREENING

Lo screening viene effettuato attraverso la somministrazione, da parte di personale formato, della Edinburgh Postnatal Depression Scale (6) nella versione validata per la lingua italiana (7) e attraverso colloqui clinici volti a confermare la diagnosi.

La scala EPDS è un questionario composto da 10

quesiti che vengono posti alla donna a cui si chiede di segnare la risposta che più si avvicina a come si è sentita nell'ultima settimana.

Ad ogni risposta viene attribuito un punteggio attraverso la griglia di correzione, che varia da 0-3; con la somma dei punteggi ottenuti nei singoli item si rileva il punteggio totale.

Il cut-off è individuato a 12.

CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Vengono incluse nel progetto diagnosi di episodio depressivo lieve, moderato e grave senza sintomi psicotici, sindromi depressive ricorrenti. Sono diagnosi di esclusione episodi depressivi "gravosi" che si verificano in contesti familiari particolarmente problematici e in storie che richiedono interventi multidisciplinari, disturbi di personalità di cluster A e B, doppia diagnosi, ritardo mentale, comorbidità psichiatriche gravi e preesistenti.

EQUIPE E TIPOLOGIA DI INTERVENTO

La composizione dell'equipe si è venuta a modificare nel corso degli anni. Inizialmente, nel primo triennio, erano coinvolti uno psichiatra, uno psicologo psicoterapeuta referente e due consulenti psicologi.

Ad oggi la composizione del gruppo è di uno psichiatra referente e due consulenti psicologi.

Le pazienti inserite nel progetto ricevono sia psicoterapia individuale che di gruppo (cognitivo-comportamentale), counselling di coppia e psicoeducazione (8;9;10).

Qualora venga riscontrata la necessità di un intervento farmacologico, le stesse vengono inviate al CPS di competenza (nel primo triennio la prescrizione farmacologica era di competenza dello psichiatra del progetto).

SINTESI DELL'ATTIVITÀ SVOLTA

La prima decisiva parte del lavoro inerente il programma innovativo ha visto nel triennio 2009-2011 un lavoro di costruzione della rete integrata di Servizi (fig. 1) che potesse permettere la valutazione e il trattamento del maggior numero di donne possibile coinvolgendo diverse figure professionali.

Sono state coinvolte l'ASL 1 e alcune associazioni sul territorio e, all'interno del nostro presidio ospedaliero, il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento Materno Infantile con le UOC di Psichiatria, Psicologia Clinica, Ginecologia ed Ostetricia e Pediatria.

Gli operatori sono stati contestualmente formati attraverso i canali ufficiali dell'ASL, riunioni organizzative ed eventi formativi. Sono stati coinvolti i Pediatri di Libera Scelta, i Medici di Medicina Generale, i punti Vaccinali, i Consultori, le Ostetriche e i Pediatri neonatologi.

È stata inoltre fornita una brochure informativa da consegnare agli utenti (fig. 2).

Nel progetto si è considerata l'opportunità di inserire anche i padri nel percorso terapeutico.

Solo dopo aver costituito questa rete integrata è stato possibile iniziare la fase operativa del progetto.

Tale lavoro ha permesso di effettuare, nel triennio 2009-2011, uno screening su 144 madri di cui 37 hanno avuto accesso al programma specifico per la depressione perinatale. Le 37 mamme che hanno avuto accesso al programma hanno dapprima effettuato uno screening psicodiagnostico che ha visto la somministrazione di scale specifiche per la depressione in aggiunta all'E.P.D.S., sempre somministrata, a cui si è aggiunto un percorso psicoterapeutico sia individuale sia di gruppo. Talvolta si è avuta difficoltà nel far accedere le neo mamme al percorso grupale, difficoltà che vengono spesso concretizzate nella paura di doversi assentare per diverse

ore dal proprio figlio e nella paura che quest'ultimo possa sentire la loro mancanza.

Altra criticità che si è presentata in modo rilevante nel primo triennio di attività del programma innovativo è stata quella di coinvolgere la figura paterna all'interno delle attività della famiglia.

Dal 2012 è stato possibile investire prevalentemente sul trattamento delle madri intervenendo preventivamente, grazie alla collaborazione con il reparto di Ostetricia e Ginecologia, nei corsi di preparazione alla nascita.

Nel corso di questi incontri è stato possibile sviluppare le tematiche seguenti:

1. Conoscere gli eventi legati alla gravidanza e al parto
2. Il rapporto con il proprio corpo durante la gravidanza, il travaglio e il parto
3. Conoscere le esigenze del neonato e favorire l'imprinting neonatale
4. Aspetti psicologici dell'allattamento: allattare non è solo nutrire
5. Aspetti psicologici della relazione madre-bambino: il bambino immaginario e il bambino reale
6. I cambiamenti nella coppia: aspetti relazionali e sessualità
7. Dalla coppia alla famiglia
8. Baby blues e Depressione post-partum

La possibilità di "entrare" nell'osservatorio privilegiato dei corsi di preparazione alla nascita ha permesso attivare lo screening su un campione di madri molto più ampio rispetto ai numeri del triennio precedente. Nel corso del 2012 sono stati effettuati 6 incontri di preparazione alla nascita, 10 nel 2013.

Nel solo 2012, infatti, sono state oggetto di screening 243 donne reclutate all'interno del reparto o dei corsi di preparazione alla nascita, di cui 23 sono state prese in carico con apertura di cartella clinica presso l'ambulatorio.

Delle utenti prese in carico 3 erano di nazionalità straniera (fig. 3 e 4).

La media dei punteggi EPDS è stato di 6,95 mentre

per le madri prese in carico il punteggio medio era di 18,48 (fig. 5).

Nel medesimo contesto è stato possibile somministrare la EPDS anche a 12 tra futuri padri e padri, nessuno dei quali ha raggiunto la soglia per la presa in carico.

L'età media del campione preso in carico era di 34 anni (fig.6).

Lo stato civile delle pazienti in carico al programma vedeva 13 coniugate e 10 nubili con una scolarità così suddivisa: 9 con un diploma di scuola media inferiore, 10 di scuola media superiore e 4 laureate.

All'interno del campione le madri avevano avuto precedenti gravidanze senza sintomi in 13 casi con 5 interruzioni di gravidanza di 1 terapeutica. Nell'unico caso di fecondazione assistita si è avuto un parto trigemino.

Di questo campione in 9 hanno abbandonato dopo una serie da 1 a 3 incontri e, alla fine dell'anno 1 sola aveva terminato la terapia positivamente.

Nel 2013 sono state sottoposte a screening 177 madri tra i corsi di preparazione al parto e in reparto. Tra queste ne sono state prese in carico 20 di cui 6 straniere (fig. 3 e 4). La media dei punteggi EPDS è stata di 7,76 mentre tra le prese in carico è stato di 15,05 (fig.5).

Nel medesimo contesto è stato possibile somministrare la EPDS anche a 11 tra padri e futuri padri nessuno dei quali ha raggiunto la soglia per la presa in carico.

La media dell'età per le donne prese in carico è stata di 32,9 anni (fig.6). Per quanto riguarda lo stato civile 7 donne risultano nubili e 13 coniugate, mentre rispetto alla scolarizzazione 10 donne possiedono un diploma di scuola media superiore e 10 la laurea.

Si rilevavano 3 gravidanze precedenti all'insorgenza dei sintomi depressivi, 4 aborti precedenti l'insorgenza dei sintomi e 2 gravidanze gemellari. In nessun caso si è ricorso alla fecondazione assistita.

Del campione 8 hanno abbandonato dopo una serie da 1 a 3 colloqui e, alla fine di novembre 2013, 3 pazienti avevano terminato positivamente il percorso.

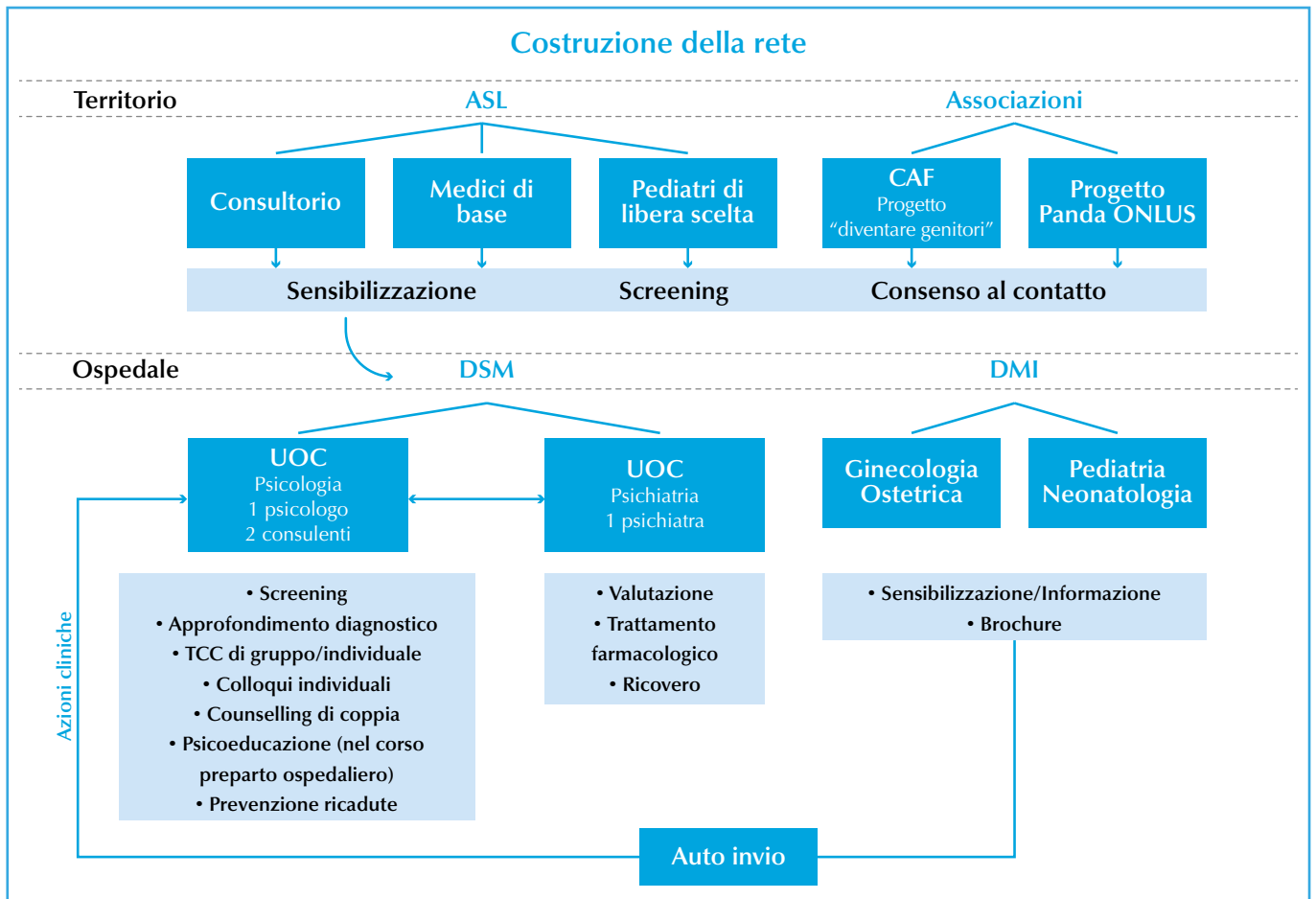


Fig. 1 - la costruzione di una rete integrata di Servizi in grado di valutare e trattare il maggior numero di donne possibili ha rappresentato la prima decisiva parte del lavoro del Programma Innovativo nel triennio 2009-2011

Finalità del Progetto

Diventare mamma rappresenta una esperienza entusiasmante ma anche molto complessa che comporta la costruzione di un nuovo equilibrio psicologico e con il compagno, non sempre facile da realizzare.

Per questo è normale che accanto alle prevedibili emozioni positive la neo-mamma viva anche momenti di sconforto e paura.

Se durante la gravidanza o dopo il parto la donna non si sente in forma e pensa di avere un problema di depressione post-partum può rivolgersi a del personale specializzato presente in ospedale con il quale potrà confrontarsi.



Come prendere appuntamento

Contattare:

Tel. 02-4022.2832
dal lunedì al venerdì
dalle 8.30 alle 13.00
e dalle 14.00 alle 16.00

Chiedendo del
PROGRAMMA
PER LA DEPRESSIONE POST-PARTUM

Verrete ricontattati
per fissare la data
del primo appuntamento

IL PROGRAMMA È TOTALMENTE GRATUITO

Progetto finanziato dalla Regione Lombardia
Decreto n° 3308 del 16 aprile 2013

Programma Innovativo TR37:
Trattamento integrato della depressione

Responsabile scientifico:
Dott. Giuseppe Biffi
Referente del Progetto:
Dott. Alessandro Grecchi
Collaborano al Progetto:
Dott.ssa Franca Bo
Dott.ssa Loredana Tallarico



Sistema Sanitario Regione Lombardia
OSPEDALE
SAN CARLO BORROMEO
ASPIRATA OSPEDALIERA

Dipartimento di Salute Mentale
Direttore: Dott. Giuseppe Biffi

PROGRAMMA INNOVATIVO per l'individuazione e il trattamento della depressione in gravidanza e nel post-partum

Unità Operativa Complessa di Psichiatria
Direttore: Dott. Giuseppe Biffi

Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica
Direttore: Dott. Giorgio De Isabella

Fig. 2 - Brochure informativa

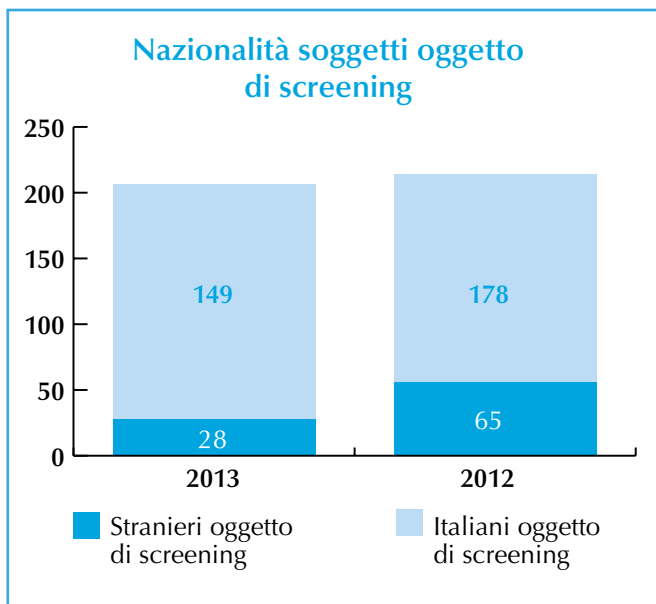


Fig. 3 - Sono state sottoposte a screening 243 donne nel 2012 e 177 nel 2013 a seguito della possibilità di intervenire all'interno dei corsi di preparazione alla nascita con una netta prevalenza di italiane

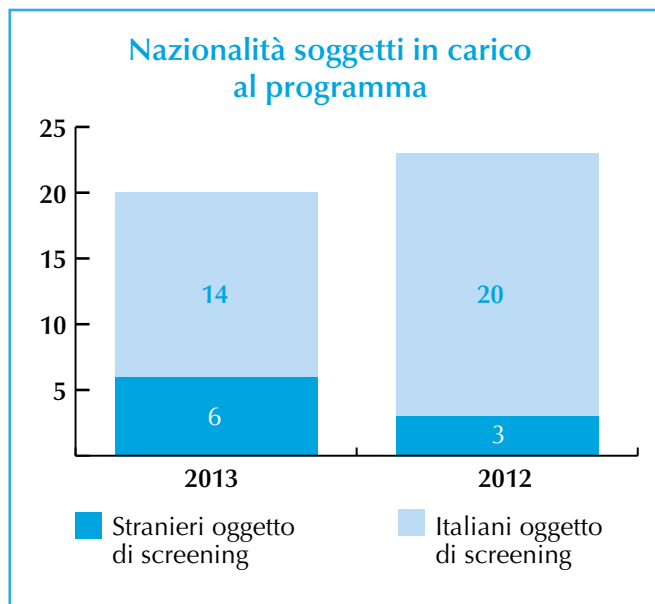


Fig. 4 - sono state prese in carico dal Programma Innovativo 23 donne nel 2012 e 20 nel 2013

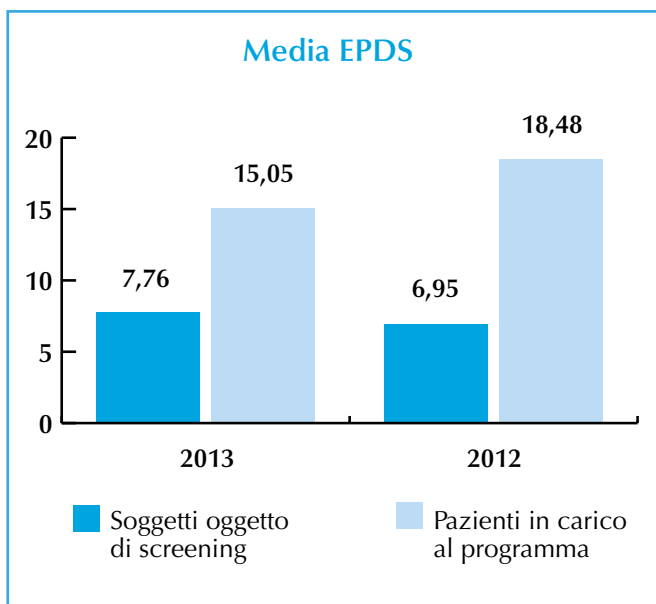


Fig. 5 - nel campione di donne in carico al programma sia nel 2012 che nel 2013 il punteggio medio della EPDS risultava superiore al cut off di 12

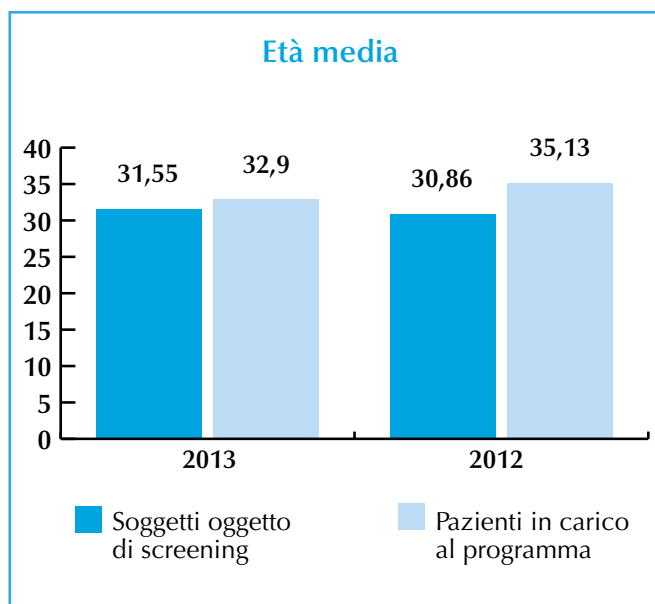


Fig. 6 - le pazienti prese in carico sia nel 2012 che nel 2013 presentano mediamente un'età maggiore rispetto all'intero campione sottoposto a screening

RIFLESSIONI SUL PROGETTO

Scrive Marinopoulos (2005):

“Un bambino può nascere solo dopo la nascita di sua madre. Prendersi cura della nascita significa prendersi cura della nascita della madre e di quella del bambino”.

Se un bambino può nascere solo dopo la nascita di sua madre e di suo padre, possiamo affermare che anche un programma innovativo può nascere solo dopo aver intessuto relazioni tra istituzioni che lavorano nell'ambito della maternità, relazioni che possono permettere ai futuri genitori di entrare in un “campo psichico” in cui i diversi specialisti e le diverse istituzioni collaborano insieme in un clima di stima e fiducia reciproca. Ecco perché la prima decisiva parte del lavoro inerente il programma innovativo ha visto nel triennio 2009-2011 un lavoro di costruzione della rete.

Tante volte durante i colloqui individuali le mamme che afferisco al programma innovativo parlano di fatica, di senso di responsabilità che le angoscia: *“Un conto è essere soli, decidere per sé, un conto è quando sai che c'è qualcuno che dipende da te. E se si comporterà male è perché lo faccio io?”*.

Queste tra le paure più grandi: *“Sarò capace?; Sarò perfetta?; Ce la farò?”*. Ecco che lavorando con le mamme che soffrono di depressione post partum si fa pressante il bisogno di confrontarsi con le proprie emozioni, talvolta anche molto intense, con la propria fragilità interiore, con la legittimità di certe emozioni che non possono trovare posto neppure nei pensieri ma che, talvolta nei casi più gravi, trovano posto negli agiti. *“Ma se voglio bene al mio bambino come posso anche solo pensare di scaraventarlo dalla finestra o di fargli del male? Solo che piange tanto e questo mi fa impazzire!”*.

Le mamme evidenziano come il pianto dei loro neonati, quel suono potente che penetra nel cervello come fosse un ultrasuono e che tiene sempre sveglia e angosciata senza sapere cosa fare sia un elemento inquietante e

difficile da tollerare. Quanta fatica nell'accompagnare il proprio figlio durante un pianto e nel comprendere che non c'è sempre una risposta per tutto e che talvolta ciò di cui il bambino ha bisogno è “semplicemente” la presenza dell'altro, ma non di un altro qualunque ma di qualcuno che gli cammina accanto e lo aiuta a trasformare gli elementi più primitivi in pensieri pensabili e a dare un nome alle cose proprio come le mamme da millenni fanno con i loro bambini.

Come riportato da Missonnier (4) i fattori di rischio materno per la depressione post partum riconosciuti sono numerosi: attesa “idealizzata” di essere genitori, difficoltà nell'accettare la notizia della gravidanza, disturbi psicosomatici della gravidanza, intensità della sindrome premenstruale, relazione povera e conflittuale con la madre, difficoltà familiari e separazioni precoci nell'infanzia, mancanza di supporto sociale, insufficienza di sostegno coniugale. Tra i numerosi indicatori gli eventi con potenzialità traumatica assumono un valore particolare come ad esempio la morte di un familiare, l'abbandono del padre del bambino e lo sradicamento dovuto all'immigrazione o l'annuncio di handicap o di malattia grave del bambino.

La fatica di queste mamme spesso è proprio quella di essere o di sentirsi sole e abbandonate durante la gravidanza o di aver concepito senza un reale progetto di famiglia, senza un bambino nella testa, trovandosi in quella che Veglia (11) definisce la dimensione riproduttiva tipica del cervello rettiliano e non la dimensione procreativa (neocorteccia) in cui il figlio rappresenta un progetto che i due futuri genitori hanno deciso di realizzare come segno tangibile della propria relazione affettiva.

Tutte le mamme che hanno preso parte al programma innovativo per l'individuazione e il trattamento della depressione in gravidanza e nel post partum, 23 nel 2012 e 20 nel 2013, presentano umore depresso per la maggior parte del tempo e una marcata diminuzione di interesse o di piacere per tutte o quasi le attività per la maggior parte del giorno. Hanno spesso idealizzato il loro futuro

bambino e in quasi la metà dei casi non hanno veramente desiderato questo figlio che è arrivato, inaspettato e inatteso, in alcuni casi accettato perché già era stata provata l'esperienza dell'aborto che aveva lasciato un senso di sofferenza molto grande nella donna che lo aveva vissuto.

Rispetto alla relazione di coppia e con il partner la maggioranza delle pazienti che afferiscono al progetto giudicano per lo più la relazione con il proprio compagno carente e insoddisfacente, poiché si sentono poco supportate emotivamente: in molti casi (circa un terzo del campione) sembra che la depressione post natale esaspera i problemi di coppia già presenti durante la gravidanza.

Nel nostro campione purtroppo, i padri sembrano avere poco presenti nei loro pensieri i propri figli e le mogli, che vengono lasciate, per lo più sole ad affrontare un percorso di psicoterapia individuale o di gruppo. Infatti solo tre padri hanno partecipato al lavoro di gruppo nel 2012 e tre al lavoro di coppia nel 2013. I padri spesso forniscono motivazioni pratiche (ad es. gli orari lavorativi) per giustificare la propria impossibilità a prendere parte al progetto, impossibilità che spesso le neo mamme riferiscono sentire, in realtà, come un bisogno di fuggire da una situazione angosciante e sconosciuta quale è quella della maternità e paternità.

Solo in un caso si è potuto effettuare un percorso di psicoterapia individuale sia del padre che della madre, unitamente ad un percorso di terapia di coppia e una parte di gruppo di psicoeducazione. Tale lavoro di terapia individuale avvenuto in parallelo per i coniugi tuttavia ha preso le mosse da gravi problematiche di salute fisica di entrambi i coniugi affetti da patologia organica piuttosto grave.

Complessivamente quattro donne si sono trovate a vivere la propria gravidanza in completa solitudine perché abbandonate durante la gestazione con profondi sentimenti di angoscia e isolamento. In due casi, inoltre, la gravidanza è stata gemellare, elemento che ha ulteriormente acuito le difficoltà di gestione, anche pratica dei figli essendosi trovate le madri ad affrontare la

situazione gemellare in completa solitudine a partire dal quinto e dal sesto mese di gestazione. Si è inoltre seguita una mamma con gravidanza multipla che ha sofferto di depressione post partum anche a causa della gravidanza trigemina avvenuta in concomitanza con la perdita della propria madre.

In generale appare abbastanza evidente la reticenza delle future mamme a parlare di depressione post partum sia che questo avvenga durante il percorso di preparazione alla nascita, sia che i dati vengano raccolti durante i giorni di degenza successivi al parto.

Il lavoro di prevenzione e individuazione precoce effettuato nell'ambito del Programma innovativo ha visto la somministrazione della Scala di Edinburgo (EPDS) ad un vasto campione ma nonostante ciò è risultato piuttosto difficile prendere in carico, fin da subito, le situazioni il cui punteggio all'EPDS fosse superiore al cut off. Inoltre, dato su cui potrebbe aprirsi una riflessione, l'età media delle donne prese in carico è superiore a quella dello screening. Dalla nostra esperienza appare maggiormente possibile occuparsi con una presa in carico psicologica delle future mamme in quei casi in cui le stesse hanno avuto un contatto privilegiato con gli operatori, ad esempio attraverso una conoscenza diretta della psicologa all'interno del percorso di preparazione alla nascita o su invio e segnalazione di operatori che hanno seguito l'intero percorso della nascita.

Tali difficoltà sembrano essere elevate sia nel caso di donne italiane sia straniere le quali sembrano poter accedere al programma se sollecitate dal partner o se inviate dal Centro di Salute e di Ascolto per le Donne Immigrate, presente in ospedale, a cui le neo mamme si rivolgono principalmente per problematiche legate alla lingua oltre che a situazioni di disagio sociale. Con gli operatori del Centro di Salute e di Ascolto per le Donne Immigrate così come con gli operatori del Servizio Soccorso Rosa, attivo in ospedale, adibito ad accogliere le situazioni di violenza, nel 2013 è stato possibile stringere una collaborazione e seguire quattro casi di depressione

peri e postnatale legate a condizioni di vita disagiate e a isolamento sociale ed affettivo.

La situazione migratoria, come è noto, riattiva in modo drammatico la perdita del punto di riferimento rappresentato dal gruppo di base e tale elemento può fortemente influire sulla realizzazione del progetto di maternità che spesso accade in modo inconsapevole. L'assenza di una condizione sociale e familiare stabile, oltre alle difficoltà connesse alla propria storia di rifugiata politica sono stati gli elementi che hanno portato una paziente del programma a riflettere circa le proprie difficoltà ad assumersi un ruolo attivo e consapevole nella propria maternità e a confrontarsi con l'immagine reale e fantasmatica dei propri genitori di cui si è dovuto elaborare il lutto poiché tutto il villaggio in cui la paziente africana risiedeva è stato distrutto in un attacco di guerriglia tra bande rivali. Statisticamente le mamme straniere non accedono al programma innovativo: solo nove sono infatti gli accessi di mamme non italiane nel biennio appena concluso.

Tra le criticità rilevate rispetto allo svolgimento del programma sottolineiamo la difficoltà a favorire l'accesso di mamme straniere così come la difficoltà dei padri di partecipare alle attività.

CONCLUSIONI

Data la difficoltà a reclutare le neo mamme che mostrano di avere ancora molti stereotipi, appare evidente stringere maggiormente relazioni con quelle figure professionali che quotidianamente si trovano ad interagire con le neo mamme e i neo papà. Risulta, infatti, a nostro avviso molto importante coinvolgere i Pediatri di Libera Scelta e i medici della UOC di Pediatria, al fine di sensibilizzarli all'individuazione precoce dei fattori di rischio per la depressione post partum e all'invio tempestivo al programma innovativo.

Altro elemento che ci pare cruciale nel proseguo del

progetto potrebbe essere la validazione della scala EPDS per i padri. Tale ipotesi affonda le sue radici nella possibilità di strutturare una scala volta a rilevare una effettiva necessità di interventi nei confronti dei padri. Questi, infatti, dalla nostra esperienza sembrano mostrare delle difficoltà che sarebbe utile indagare per discriminare tra umana condizione e condizioni meritevoli di attenzione clinica.

**U.O.C. Psicologia Clinica, **U.O.C. Psichiatria,*

**** Direttore U.O.C. Psicologia Clinica,*

*****Direttore DSM A.O. "Ospedale San Carlo Borromeo" Milano*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Muzik M., Markus S.M., Heringhausen J.E., Flynn H., *When depression complicates childbearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care.* *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2009; 36(4):771-88.
2. Yonkers K.A., Wisner K.L., Stewart D.E., Oberlander T.F., Dell D.L., Stotland L., Ramin S., Chaudron L., Lockwood C., *The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists.* *Gen Hosp Psychiatry*, 2009; 31(5): 403-413.
3. Austin M.P., *Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: where to from here?* *Arch Womens Ment Health*, 2004; 7(1):1-6.
4. Missionnier S., *La consultazione terapeutica perinatale. Psicologia della genitorialità, della gravidanza e della nascita.* ed. Cortina, 2005.
5. Banti S. Mauri M., Oppo A., Borri C., Rambelli C., Ramacciotti D., Montagnani M.S., Camilleri V., Cortopassi S., Rucci P., Cassano G.B., *From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study.* *Compr Psychiatry*, 2011; 52 (4), 343-351.
6. Cox, J.L., Holden J. M., Sagowsky R., *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale.* *British Journal of Psychiatry*, 1987;150: 782-786.
7. Carpiniello B., Pariente C.M., Serri F., Costa G., Carta M.G., *Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy.* *J Psychosom ObstetGynaecol.* 1997;18(4):280-285.
8. Piacentini D. et al., *Prevalenza dei fattori di rischio nella depressione post partum.* In "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" vol. 18 n.3, luglio-settembre 2009.
9. Piacentini D et al., *Risultati di un intervento cognitivo comportamentale manualizzato nella depressione post partum.* In "Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale" vol. 15 n.3, 2009 pag. 379-389.
10. Piacentini D et al., *Efficacia di un intervento cognitivo comportamentale manualizzato nella depressione post partum.* In "Rivista di Psichiatria", 2011,46,3, pag.187-194.
11. Veglia F., *C'era una volta la prima volta*, Erickson, Trento, 2003.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio: I. Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986. Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Andrea Materzanini (*Iseo*)

Costanzo Gala (*Milano*)

Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)

Claudio Cetti (*Como*)

Giuseppe De Paoli (*Pavia*)

Nicola Poloni (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Ettore Straticò (*Mantova*)

Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)

Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)

Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)

Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)

Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)

Giacomo Deste (*Brescia*)

Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati

Angelo Cocchi,

Arcadio Erlicher,

Claudio Mencacci,

Emilio Sacchetti

Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli

Simone Vender

Antonio Vita

Giuseppe Biffi