



Pensieri in libertà su un progetto di ONDA

NoGraziePagoIo (<http://www.nograziepagoio.it/>) si occupa di conflitti d'interesse in ambito sanitario con uno sguardo critico. Dato che ONDA (<http://www.ondaosservatorio.it/>) è un osservatorio le cui iniziative potrebbero essere soggette a tale tipo di conflitti (vedere in allegato la scheda che abbiamo preparato), abbiamo pensato di fare un'analisi critica di una sua recente iniziativa. Abbiamo scelto a questo scopo il progetto su “La depressione in gravidanza e nel post-partum”, che prevede tra i suoi interventi una campagna di comunicazione e attività territoriali. Il lettore interessato a leggerlo per approfondire lo può scaricare liberamente all'indirizzo <http://www.ondaosservatorio.it/allegati/Progettiattivitvita/Altri%20Progetti/2010/pdfneltesto/PROGETTODEPRESSIONEGRAVIDANZA.pdf>.

Sintesi del progetto:

Gli obiettivi specifici della **campagna di comunicazione** sono:

1. veicolare il messaggio “non sei sola, uscirne si può”;
2. stimolare i medici e l'opinione pubblica a confrontarsi e ad essere più consapevoli della grande vulnerabilità psichica di ogni futura mamma, aiutando la donna ad uscire dallo stato di solitudine in cui spesso si trova.

Il piano di comunicazione prevede una campagna multicanale realizzata attraverso sms, web e TV. Gli strumenti utilizzati sono: timspot, mini sito dedicato, You tube, Facebook, reti televisive nazionali. Il target è la popolazione femminile, soprattutto donne in età compresa tra i 25 e i 35 anni. La campagna è partita nell'autunno 2010 con copertura nazionale.

Gli obiettivi delle **attività territoriali** sono:

1. la creazione e il coordinamento di una rete regionale di centri di riferimento preposti all'assistenza e alla cura delle donne in gravidanza e nel post-partum;
2. la realizzazione di una pubblicazione divulgativa sul tema della depressione in gravidanza e nel post-partum per informare le donne, siano esse madri o desiderino diventarlo, fornendo loro indicazione sui principali disturbi dell'umore in gravidanza e sulla possibilità di prevenirli o curarli. La veicolazione della pubblicazione sarà sotto forma di allegato ad un periodico femminile a copertura nazionale.

Il comunicato stampa di ONDA del 1 dicembre 2010, diffuso in occasione della partenza della campagna e ampiamente ripreso dai media nazionali, presenta la campagna come patrocinata dalla Presidenza del Consiglio e dal Ministero della Salute. Il comunicato riporta una prevalenza della depressione perinatale pari al 16% a livello nazionale (90.000 donne all'anno). Descrive gli

interventi previsti, i centri coinvolti e annuncia le prime linee guida sulla prevenzione di questa malattia messe a punto dai professionisti di questi centri. Annuncia inoltre l'approvazione all'unanimità in Senato, in data 18 novembre, della mozione a firma della Senatrice Baio sulla depressione che impegna il governo a:

- sensibilizzare la popolazione sulla depressione come patologia curabile;
- promuovere iniziative volte a sostenere la donna depressa affinché si sdrammatizzi questa malattia e si superi lo stato di vergogna e di paura, aiutandola a rivolgersi al medico di medicina generale e allo specialista;
- migliorare l'appropriatezza della diagnosi e della cura su tutto il territorio nazionale;
- potenziare una rete, su tutto il territorio nazionale, tra i medici di medicina generale e i centri plurispecialistici per la cura della depressione, da individuare anche al di fuori dei consueti percorsi diagnostico-terapeutici della sola psichiatria;
- promuovere corsi di aggiornamento sulla depressione per i medici di medicina generale;
- migliorare l'accessibilità alla cura attraverso la disponibilità del supporto psicologico come necessaria integrazione della terapia farmacologica su tutto il territorio nazionale, la possibilità di usare farmaci innovativi, già approvati a livello europeo e il potenziamento degli ambulatori di supporto psicologico convenzionati con il SSN.

Analisi critica del progetto

Per quanto attiene alla complessa problematica della depressione post-partum, riteniamo che il fenomeno richieda un approccio integrato nell'ambito della normale assistenza al percorso nascita, compreso il puerperio e il sostegno all'allattamento al seno. Prediligiamo una lettura "socio-culturale" più che "biologico/ormonale" del fenomeno e temiamo che sostenere l'origine ormonale dei disturbi dell'umore in gravidanza e in puerperio rischi di configurarsi quale un'azione di *disease mongering* (invenzione di malattie al fine di promuovere l'uso di farmaci) a favore, appunto, di un maggiore ricorso ad interventi di natura farmacologica.

I professionisti sanitari che entrano in contatto con le donne in gravidanza, al parto e in puerperio dovrebbero sempre dedicare molta attenzione alla promozione delle competenze delle donne con adeguata attività di counselling e comunicazione e, nel caso dovessero riconoscere particolari fragilità, dovrebbero promuovere, ove opportuno, la presa in carico da parte di servizi competenti. Le condizioni psicologiche generali delle donne in gravidanza e nel post-partum possono essere influenzate negativamente dalla qualità dell'assistenza ricevuta, che oggi tende a favorire l'ansia a causa di un eccesso di medicalizzazione. Al contrario, interventi attivi di sostegno, messi in atto da personale socio-sanitario qualificato e incentrati sulla presa in carico (richiamo alle strutture, counselling, visite domiciliari) e sulle relazioni interpersonali (inclusi gruppi di auto-mutuo-aiuto), risultano associati ad esiti positivi e a migliore soddisfazione da parte delle donne. Questo approccio, che rientra nel sostegno al post-partum offerto dai servizi territoriali, si avvale di competenze multiprofessionali con specifica expertise in ambito relazionale e comunicativo, e rappresenta a nostro avviso l'unico intervento efficace in grado di raggiungere la totalità delle donne a rischio. Rappresenta inoltre una protezione dal rischio di stigmatizzazione delle donne e di medicalizzazione del fenomeno.

La Linea Guida sulla gravidanza fisiologica, commissionate dal Ministero della Salute al Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, disponibili dal dicembre 2010 sul sito www.snlg.iss.it, alla luce della letteratura disponibile sull'argomento ha predisposto le seguenti raccomandazioni:

- Non ci sono i criteri per intraprendere uno screening della depressione in gravidanza poiché non esistono prove dell'accuratezza dei test disponibili, né prove a supporto del miglioramento di esiti clinici rilevanti.
- I professionisti che assistono la donna in gravidanza devono prestare attenzione nel corso degli incontri a rilevare condizioni di disagio psicosociale, utilizzando, con domande aperte, le comuni modalità di comunicazione medico-paziente e offrendo attivamente sostegno, se necessario.
- Nel caso in cui il professionista riscontrasse un disturbo mentale nel corso della gravidanza o dopo il parto, dopo averne parlato con la donna e con il medico di famiglia, deve pianificare una consultazione con uno specialista.
- Al primo appuntamento, sia nel periodo prenatale sia dopo il parto, i professionisti che assistono la donna in gravidanza devono raccogliere informazioni circa:
 - Grave disturbo mentale passato o presente, come schizofrenia, disturbo bipolare, psicosi puerperale e depressione grave.
 - Eventuali trattamenti farmacologici e/o ricoveri per disturbi mentali.
 - Storia familiare (primo e secondo grado parentale) di gravi disturbi mentali come schizofrenia, disturbo bipolare, psicosi puerperale e depressione grave.

Condividiamo con ONDA il fatto che il disagio e la sofferenza psicologica perinatale (raramente si tratta di vera depressione) rappresentino una condizione meritevole di maggiore e migliore attenzione da parte del SSN, ma anche – a nostro parere - da parte della società civile. Riteniamo tuttavia che le modalità di intervento proposte dal progetto offrano scarse probabilità di incidere efficacemente su questa problematica per i seguenti motivi:

- adottano un approccio allarmistico riportando una prevalenza della depressione più alta di quella reale;
- promuovono l'idea che la gran parte delle future mamme siano "psichicamente vulnerabili" e a rischio di depressione in gravidanza o nel post partum;
- non tengono conto delle cause sociali dell'eventuale sofferenza emotiva e/o fisica delle donne, e non indicano gli strumenti per analizzare e modificare tali cause;
- non prendono in considerazione figure di sostegno a domicilio per offrire alle donne un aiuto materiale dopo il parto (accudimento dei bambini più grandi, cucina, spesa, lavaggio della biancheria ...), previsto in altri paesi occidentali;
- utilizzano, nel materiale divulgativo rivolto alle donne, un linguaggio tecnico con contenuti non sostenuti da prove di efficacia e costantemente privi di riferimenti bibliografici;
- si rivolgono a tutta la popolazione femminile, soprattutto donne di età compresa tra i 25 e i 35 anni, ma le vie di diffusione prescelte tendono ad escludere le persone a maggior rischio di deprivazione sociale;
- adottano strumenti quali il forum on-line che eludono la relazione interpersonale che, specie in caso di vera patologia, rappresenta un elemento insostituibile per il successo degli interventi;
- non delineano percorsi che possano agevolare l'identificazione delle donne con bisogno di sostegno né interventi integrati multidisciplinari in grado di prenderle in carico;
- riducono l'obiettivo di creare una rete regionale di centri di riferimento alla segnalazione di 5 centri universitari di riferimento localizzati in 5 regioni del Paese, e non esplicitano alcuna strategia di intervento comune da parte degli stessi centri;
- non prevedono alcun indicatore di monitoraggio e valutazione dell'intervento eludendo a priori la possibilità di verificarne l'impatto e misurarne l'eventuale beneficio.

Proponiamo alcune riflessioni a sostegno delle critiche mosse al progetto utilizzando la documentazione di ONDA relativa alle attività programmate e in corso, disponibile on-line.

1) La prevalenza della depressione in gravidanza e nel post-partum

I documenti di ONDA riportano una prevalenza complessiva del 16% e nell'opuscolo rivolto alle donne riportano che la depressione post-partum insorge nel 13% delle donne durante le prime settimane dopo il parto, nel 14.5% nei primi 3 mesi e nel 20% nel primo anno di vita del bambino. Queste percentuali vengono attribuite ad un'indagine del 2008 di cui non è rintracciabile alcuna informazione in merito né alcun riferimento bibliografico.

Per quanto attiene alla prevalenza di questa condizione, occorre sottolineare che essa presenta discreta variabilità in letteratura e risente fortemente delle definizioni adottate per distinguere la depressione minore dalla maggiore, dei metodi utilizzati per identificare i casi, e della metodologia degli studi. La più recente revisione sistematica della letteratura sull'argomento è stata realizzata dall'Agenzia for Healthcare Research and Quality (AHRQ) statunitense nel 2005.(2) Esaminando 30 studi, il rapporto conclude che per la sola depressione maggiore la stima della prevalenza puntuale ha valori compresi tra 3,1% e 4,9% durante la gravidanza, e tra 1.0% e 5.9% nel primo anno dopo il parto. Per la prevalenza complessiva della depressione maggiore e minore, le stime di prevalenza puntuale presentano un range compreso tra 8.5% e 11% durante la gravidanza e tra 6.5% e 12.9% durante il primo anno di vita del neonato, sovrapponibili a quella del resto della popolazione.

2) La pubblicazione divulgativa rivolta alle donne

- A fronte dell'asserzione della campagna finalizzata a sostenere le competenze della donna, i messaggi contenuti nell'opuscolo sono talora colpevolizzanti come nel paragrafo delle conseguenze dove si legge: *questi comportamenti da parte della futura mamma sono indicatori di una scarsa adesione al "progetto gravidanza" con manifestazioni che possono arrivare fino a aborti e complicanze neonatali.*
- Il linguaggio è spesso tecnico e di difficile comprensione per il grande pubblico (es. disturbo disforico premenstruale, deflessione timica).
- Non si fa chiaro riferimento alla distinzione tra la depressione minore e maggiore.
- I contenuti non forniscono riferimenti bibliografici e sono spesso allarmanti. Già nel primo paragrafo si raccomanda di non sottovalutare sensazioni di tristezza e ansia in gravidanza perché ciò *potrebbe compromettere il decorso della gravidanza con ricadute che vanno dalla scarsa cura di sé all'abuso di sostanze, fino al coinvolgimento dello sviluppo del feto e ai processi di attaccamento madre-neonato.*
- Nel paragrafo relativo alle conseguenze della depressione in gravidanza si legge che *l'ansia, specie alla 32esima settimana in gravidanza, è un probabile fattore predittivo di depressione nel periodo post-natale e se sottovalutata potrebbe portare anche a una serie di patologie a carico del feto e del neonato tra cui difetti fisici del bambino.*
- Nel paragrafo relativo alla depressione post partum, oltre ad un'elevata prevalenza, si riportano dei criteri diagnostici, suggeriti alla donna, che paiono di dubbia interpretazione oltre che di incerto valore predittivo.
- Nel paragrafo relativo a come curare la depressione post-partum si fa riferimento in prima battuta al ricorso a terapie farmacologiche sotto controllo medico. Le ditte farmaceutiche che sostengono finanziariamente il progetto sono Teva, Ratiopharm, GSK e Lundbeck. Tutte producono ansiolitici e antidepressivi.

3) Il forum

Non riteniamo che questo strumento sia appropriato per affrontare la tematica della depressione post-partum. E' oggettivamente difficile offrire un adeguato counselling mediante risposte on line da parte di uno "specialista", e anche leggendo i pochi messaggi ricevuti nella sezione "l'esperto risponde" si finisce sempre per consigliare una consulenza con uno specialista. Riteniamo invece che siano i professionisti del Sistema Sanitario Nazionale ad avere, assistendo la donna in gravidanza, al parto e dopo la nascita, la possibilità di identificare i soggetti a potenziale rischio e di indirizzarli ai servizi competenti.

In merito agli specialisti coinvolti nel forum, il curriculum della ginecologa appare complessivamente povero e privo di competenze specifiche relative al tema della depressione post-partum. La dott. Tacchinardi risulta inoltre impegnata in attività esclusivamente libero-professionali presso uno studio privato di cui si riporta, inappropriatamente, l'indirizzo.

Per chi desidera approfondire:

1. Waraich P, Goldner EM et al. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2004;49:124-38.
2. Gaynes BN, Gavin N et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Summary. Evidence Report/Technology Assessment No. 119. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, 2005.
3. Del Piccolo L, Saltini A, Zimmermann C. Which patients talk about stressful life events and social problems to the general practitioner? *Psychol Med* 1998;28:1289-99.
4. Raine R, Lewis L et al. Patient determinants of mental health interventions in primary care. *Br J Gen Pract* 2000;50:620-5.
5. Meltzer H, Bebbington P et al. The reluctance to seek treatment for neurotic disorders. *J Ment Health* 2000;9:319-27.
6. Binkin N, Gigantesco A et al. Depressive symptoms among adults 18–69 years in Italy: results from the Italian behavioural risk factor surveillance system 2007. *Int J Public Health* 2010;55:479-88.
7. Goldberg DP, Huxley PJ. *Common Mental Disorders: A Bio-Social Model*. Tavistock/Routledge, London, 1992.
8. Üstün TB, Sartorius N, editors. *Mental illness in general health care: an international study*. Wiley, Chichester, 1995.
9. Pignone M, Gaynes BN et al. Screening for depression: systematic evidence review. Systematic Evidence Review No. 6. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, 2002.
10. Pignone MP, Gaynes BN et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765-76.
11. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression in adults: Recommendation Statement. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, 2009.
12. Shakespeare J, Blake F, Garcia J. A qualitative study of the acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Gen Pract* 2003;53:614-9.
13. Cubison J, Munro J. Acceptability of using the EPDS as a screening tool for depression in the postnatal period. In Henshaw C, Elliot S editors. *Screening for perinatal depression*. Jessica Kingsley Publishers, London, 2005.
14. Whooley MA, Avins AL et al. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439-45.

15. Arroll B, Goodyear-Smith F et al. Effect of the addition of a “help” question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005;331:884.
16. Gilbody S, Sheldon T, Wessely S. Should we screen for depression? *BMJ* 2006;332:1027-30.
17. Palmer SC, Coyne J C. Screening for depression in medical care. Pitfalls, alternative and revised priorities. *Journal of Psychosomatic Research* 2003;54:278-83.
18. Gilbody S, House A, Sheldon T. Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD002792.
19. National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal postnatal mental health. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, London, 2007.
20. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal depression and puerperal psychosis. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Edinburgh, 2002.