**PROGETTO DEPRESSIONE POST-PARTUM**

1. **Titolo**
2. **Modello Teorico**

Nel DSM-5 il disturbo depressivo maggiore viene descritto come la presenza, per almeno due settimane, di umore depresso, perdita di piacere o interesse, disturbi del sonno, agitazione o rallentamento psicomotorio, mancanza di energia, ridotta capacità di concentrazione, diminuzione o aumento dell’appetito, sentimenti di autosvalutazione e di colpa eccessivi. Questo quadro sintomatologico crea un disagio clinicamente significativo nella vita dell’individuo, provocando compromissioni in molte aree importanti come quella affettiva, sociale e lavorativa. Sono compromesse anche aspetti quali la motivazione, le autonomie personali e la cura di sé.

Il disturbo depressivo maggiore può insorgere per la prima volta a qualsiasi età, ma la probabilità di esordio aumenta marcatamente con la pubertà. Il decorso del disturbo depressivo maggiore è abbastanza variabile, in quanto alcuni individui non raggiungono mai, o solo raramente, la remissione. La cronicità, così come la gravità, dei sintomi depressivi aumenta spesso con l’età, riducendo la probabilità di una risoluzione completa della sintomatologia.

Il DSM-5 utilizza lo specificatore “con **esordio nel peripartum**” per descrivere l’episodio depressivo con esordio durante la gravidanza o nelle quattro settimane successive al parto. Secondo il DSM il 50% degli episodi depressivi maggiori nel “post-partum” inizia prima del parto. Pertanto, questi episodi sono definiti collettivamente come episodi peripartum. Le donne con esordio della sintomatologia peripartum, spesso presentano anche grave ansia e attacchi di panico. Studi prospettici hanno dimostrato che i sintomi dell’umore e dell’ansia durante la gravidanza, così come il “*baby blues*” (malinconia passeggera nei giorni che seguono il parto), aumentano il rischio per un episodio depressivo maggiore post-partum. Molti di questi casi non giungono neppure alla consultazione medica, perché spesso le neomamme sono in difficoltà a manifestare il loro disagio in un momento che culturalmente è assunto come gioioso e sereno. Si sentono spesso in colpa, anche nei confronti del loro bambino. La depressione post-partum non è soltanto uno stato di disagio per la madre, ma si ripercuote anche sulla salute del bambino, con modalità ed esiti non prevedibili, in quanto la depressione stessa comporta una fluttuazione dell’umore materno e delle modalità d’interazione col bambino. È quindi necessaria non solo assistenza, ma anche una prevenzione, al fine di informare le neomamme e sostenerle; in vista della tendenza del disturbo a divenire cronico e strutturato. Indispensabile risulta il ruolo del partner o della famiglia, che possono offrire un supporto fiducioso.

1. **Destinatari**

DIRETTI: 20 donne dall’ultimo trimestre di gravidanza ai primi 5 mesi di vita del neonato, afferenti al Consultorio Famigliare.

INDIRETTI: neonati, famiglie, intera comunità che beneficia di mamme in salute.

1. **Obiettivo generale**

L’obiettivo generale è quello di prevenire la depressione post-partum nelle puerpere *(donna che ha appena*[*partorito*](https://it.wiktionary.org/wiki/partorire)*e vive il periodo di puerperio. Con****puerperio****si è soliti indicare il periodo di tempo necessario all'apparato genitale femminile per riprendere la sua normale funzionalità dopo un parto. Lo si comprende normalmente tra le due ore dopo il parto e la ricomparsa del ciclo mestruale),* fornendo informazioni sulle varie forme di depressione, incoraggiandole ad esprimere il loro eventuale disagio senza timore di essere giudicate, evitando che esso possa strutturarsi e aggravarsi.

**Obiettivi Specifici:**

1) Screening di prevenzione e individuazione dei casi a rischio;

2) illustrare le diverse forme della depressione post-partum e fornire indicazioni alle madri su cosa fare e a chi rivolgersi se dovessero avvertire sintomi depressivi nel periodo dopo il parto attivando una rete di sostegno:

3) stimolare le abilità trasversali che sono sociali, emotive e relazionali, di comunicazione, di problem-solving, di decision-making e di regolazione delle emozioni.

4)stimolare la creatività per apprendere a riconoscere e gestire le proprie emozioni.

1. **Metodologia**

L’impostazione del progetto sarà psicoeducativa; lo psicologo seguirà pertanto un programma di incontri di gruppo finalizzati a fornire informazioni inerenti la problematica e attività di gruppo, che utilizza semplici tecniche di modifica e miglioramento degli atteggiamenti e dei comportamenti, non per obiettivi terapeutici, bensì di abilitazione, riabilitazione e promozione del benessere, poiché questi sono gli interventi a cui lo psicologo è autorizzato (Legge 56/89). Saranno svolti anche incontri di gruppo in presenza di uno psichiatra e di un’ostetrica, così da rispondere ad eventuali quesiti prettamente medici e per monitorare la situazione clinico-internistica delle mamme.

1. **Attività** (fasi, tempi, strumenti)

**1’ fase: PRESENTAZIONE DEL PROGETTO** da parte dello psicologo alle mamme durante un incontro nel quale sarà presente anche lo psichiatra, l’ostetrica e il tecnico della riabilitazione psichiatrica/educatore. Alle mamme viene somministrato un questionario utile alla valutazione dei bisogni e delle aspettative, al fine di adattare ed integrare eventualmente l’intervento.

Alle mamme, viene somministrato loro, inoltre, uno strumento specifico: il CAME (Contextual Assessment of Maternity Experience), nella sua versione preparto, per valutare fattori di rischio psicosociale per lo sviluppo di disturbi dell’umore durante la gravidanza e nel post-partum così da fare uno screening.

**Strumenti:** pc, slide, videoproiettore, materiale cartaceo, questionario esplorativo appositamente predisposto e il CAME, uno strumento sviluppato da Bernazzani e colleghi nel 2005, che valuta i fattori di rischio psicosociale per lo sviluppo di disturbi dell’umore durante la gravidanza e nel post-partum; esistono due versioni: una caratterizzata da un’intervista da somministrare prima e dopo il parto, e una versione solo post-partum. In entrambi i casi, lo strumento indaga tre aree molto rilevanti per la maternità: recenti difficoltà o stress legati alla vita, supporto sociale e relazioni sociali, emozioni connesse alla gravidanza, maternità e bambino.

**Tempi:** assemblea di 2 ore più 3 ore di raccolta dati e di stesura della relazione.

**2’ fase: INFORMAZIONE:** Lo psicologo fornice informazioni alle mamme sulla depressione e sulla sua forma post-partum, sulle modalità di intervento e l’evoluzione nel tempo. In questa fase lo psicologo riveste un ruolo più direttivo, fornisce spiegazioni e risponde ai quesiti, ai dubbi delle pazienti fornendogli anche un supporto attraverso l’ascolto attivo.

Questa fase prevedrà tre sessioni: una con lo psicologo affiancato dallo psichiatra, una con psicologo e ostetrica e un’ultima con psicologo e assistente sociale al fine di fornire indicazioni alle madri su cosa fare e a chi rivolgersi se dovessero avvertire sintomi depressivi nel periodo dopo il parto e attivare una rete di sostegno.

**Strumenti:** dispense cartacee, pc, slide e video proiettore. **Tempi:** un incontro di due con psicologo e psichiatra, un altro di 2 ore con psicologo e ostetrica e 2ore con psicologo e psichiatra. I tre incontri si svolgeranno una volta ogni due settimane.

**3’ fase: UMORE, EMOZIONI, PARTO, TRAINING SULLE ABILITA’ TRASVERSALI:** lo psicologo condurrà degli incontri di gruppo che prevedranno attività di apprendimento esperienziale, per sviluppare abilità trasversali, come la comunicazione efficace, il problem-solving, il decision-making, che consentono di gestire lo stress, le emozioni e di relazionarsi efficacemente. In questa fase il ruolo dello psicologo è semi-direttivo: lo psicologo predispone il gruppo e assume il ruolo di facilitatore; stimolando la discussione, il confronto sulle difficoltà e sul disagio offrendo un sostegno rispetto al problema. Aiuta le partecipanti ad attivare le loro risorse, a condividere le emozioni e a trovare nuove modalità di affrontare il problema stesso, che siano flessibili e non rigide. **Strumenti:** materiale cartaceo. **Tempi: 1 incontro alla settimana di 2ore, per 8 mesi (32ore).**

**4’ fase: STIMOLAZIONE CREATIVA ED EMOTIVA:** il tecnico della riabilitazione psichiatrica condurrà laboratori creativi, come collage, disegno, manipolazione della creta, da svolgere sia individualmente che in gruppo, così da stimolare la cooperazione e il supporto reciproco tra le mamme, superando l’isolamento sociale e lavorando anche sulle proprie emozioni, inoltre, creare, dare forma, realizzare qualcosa di concreto e visibile rafforza il senso di autoefficacia, recuperando fiducia in sé stessi e nelle proprie abilità costruttive.

**Strumenti:** materiali cartacei, colori, creta. **Tempi:** 2 laboratori al mese di 1ora ciascuno (per un totale di 16ore).

**5’ fase: CONCLUSIONE DEL PROGETTO.** Lo psicologo terrà un incontro conclusivo con i pazienti, per dare una valutazione dei risultati del progetto e per fare un bilancio del percorso. Somministrazione di un questionario di valutazione del percorso.

**Strumenti:** questionario, pc, slide, videoproiettore**. Tempi:** incontro di 2ore, 2ore per la raccolta dati e stesura della relazione finale.

**Durata totale del progetto:** 8 mesi**.**

1. **Risorse materiali:** materiale cartaceo e per i laboratori (materiale malleabili, colori).

**Risorse Umane:** uno psicologo, uno psichiatra, un’ostetrica, un assistente sociale e un tecnico della riabilitazione.

1. **Budget**

Psicologo: 47x50=2350euro

Psichiatra: 2x70=140euro

Ostetrica: 2x40=80euro

Assistente Sociale: 2x25=50euro

Tecnico della riabilitazione psichiatrica:16x25=400euro

Materiali:200euro

**Totale**=3220euro

1. **Rischi** (criticità): atteggiamento non collaborativo e scarsa compliance da parte delle mamme; stereotipi e pregiudizi nei confronti della malattia mentale; drop-out; peggioramento delle condizione di salute dei pazienti/ricadute acute; burn-out operatori.
2. **Valutazione** (metodi di verifica dell’intervento)
* **“iniziale”:** somministrazione di un questionario appositamente elaborato per esplorare aspettative e bisogni, al fine di adattare flessibilmente il progetto; e uno strumento specifico: il CAME (Contextual Assessment of Maternity Experience).
* **“in-itinere”:** diari di bordo degli operatori e dei professionisti in cui vengono annotate osservazioni, valutazioni, ostacoli e andamento del progetto, griglie di osservazione dei partecipanti; resoconti mensili.
* **“finale”:** questionario appositamente elaborato per valutare il progetto; rilevazioni dell’assistente sociale.