

Linee guida per la salute mentale della donna in gravidanza e dopo il parto

Antonino Cartabellotta^{1*}, Antonio Simone Laganà², Valeria D'Amico³, Tommaso Alterio⁴, Fabrizio Starace⁵

¹Medico, Fondazione GIMBE, ²Medico in Formazione Specialistica, U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia, Università di Messina, ³Medico Specialista in Neuropsichiatria Infantile, ⁴Medico in Formazione Specialistica, U.O.C. di Pediatria, Università di Messina, ⁵Medico, Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Azienda USL Modena

Le linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) del 2007¹ si focalizzano sull'identificazione e il trattamento di un ampio range di disturbi psichiatrici quali depressione, disturbi d'ansia, disturbi dell'alimentazione, disturbi da uso di alcol e droghe e alcune malattie mentali gravi (psicosi, disturbo bipolare, depressione grave), che possono verificarsi nel corso della gravidanza o dopo il parto. Ad esempio, le donne con disturbo bipolare hanno un aumentato rischio di ricaduta nell'immediato post partum e le psicosi insorte dopo il parto (nelle donne con disturbo bipolare o meno) si caratterizzano per l'inizio rapido e la particolare gravità². Il trattamento di queste condizioni durante la gravidanza e dopo il parto è diverso in considerazione dell'impatto che i disturbi psichiatrici e il loro trattamento (es. uso di farmaci psicotropi) possono avere sul feto e sul neonato^{3,4}.

Questo articolo riassume l'aggiornamento delle linee guida NICE sul trattamento delle patologie psichiatriche della donna in gravidanza e dopo il parto⁵. Le raccomandazioni del NICE sono basate su revisioni sistematiche delle migliori evidenze disponibili e sul rapporto costo-efficacia degli interventi sanitari. Quando le evidenze sono limitate, le raccomandazioni si basano sull'esperienza e l'opinione del gruppo che ha prodotto la linea guida — *Guidelines Development Group* (GDG) — e sulle norme di buona pratica clinica. I livelli di evidenza delle raccomandazioni cliniche sono indicati in corsivo tra parentesi quadre.

1. Raccomandazioni generali per le donne in età fertile

- Discutere con le donne in età fertile che presentano un problema di salute mentale nuovo, già noto o pregresso su:
 - contraccezione ed eventuale pianificazione della gravidanza;
 - come gravidanza e parto possono influenzare i problemi di salute mentale, compreso il rischio di recidive (es. almeno un quinto delle donne con disturbo bipolare ha una ricaduta grave dopo il parto);
 - impatto dei disturbi psichiatrici e del loro trattamento sulla donna, sul feto e/o il neonato e sulla genitorialità.

[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]

- Nelle donne in età fertile non prescrivere il valproato per il trattamento acuto o a lungo termine dei disturbi

psichiatrici, a causa del rischio elevato di gravi malformazioni congenite (7-10% vs 3% della popolazione generale) e della compromissione dello sviluppo neurologico dei figli (riduzione media di 9 punti del QI). *[Raccomandazione basata su evidenze di moderata qualità da studi osservazionali e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

2. Identificazione dei problemi di salute mentale durante la gravidanza e dopo il parto

- In occasione della prima visita con il medico di famiglia o con lo specialista e nell'immediato post partum, come parte integrante della valutazione del benessere psicofisico, alla donna dovrebbero essere poste le seguenti domande per identificare eventuali disturbi depressivi:
 - durante l'ultimo mese è stata spesso disturbata dal sentirsi giù, depressa o senza speranza?
 - durante l'ultimo mese è stata spesso disturbata dal sentirsi senza interesse o piacere per le attività svolte?
- Considerare inoltre le due domande della scala per i disturbi d'ansia generalizzata (GAD-2):
 - durante l'ultimo mese si è sentita spesso nervosa, ansiosa o irrequieta?
 - durante l'ultimo mese le è capitato di non essere in grado di fermare o controllare le sue preoccupazioni?
- In caso di risposta affermativa a una qualunque di queste domande, o di sospetto clinico, è necessario un approfondimento diagnostico. Considerare l'utilizzo di strumenti standardizzati — come il questionario di valutazione della salute del paziente (PHQ-9)⁶, la scala Edinburgh per la depressione post partum (EPDS)⁷ o il GAD-7⁸ — e indirizzare la donna al medico di famiglia o a professionisti della salute mentale.

Citazione. Cartabellotta A, Laganà AS, D'Amico V. et al Linee guida per la salute mentale della donna in gravidanza e dopo il parto. *Evidence* 2015;7(8): e1000117.

Publicato 28 agosto 2015

Copyright. © 2015 Cartabellotta. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

* E-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

[Raccomandazioni basate su una meta-analisi, un modello economico e sulla revisione della linea guida NICE sui disturbi psichiatrici comuni⁹]

- Valutare entro due settimane tutte le donne con disturbo psichiatrico, sospetto o accertato, avviate a un trattamento durante la gravidanza o nel post partum e fornire un intervento psicologico entro un mese dalla valutazione iniziale.

- Nel corso di tutte le visite in gravidanza e nel primo anno dopo il parto, tutti i professionisti sanitari che hanno contatti regolari con la donna dovrebbero considerare la possibilità di usare le due domande per la depressione e il GAD-2, così come l'EPDS ed il PHQ-9 come parte integrante del monitoraggio clinico.

[Raccomandazioni basate sull'esperienza e l'opinione del GDG]

- Se si sospetta l'uso problematico di alcool, utilizzare il test per l'identificazione dei disturbi da uso di alcool (AUDIT). *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG e sulla revisione della linea guida NICE sui disturbi da utilizzo di alcool¹⁰]*

- Se si sospetta l'uso di stupefacenti, seguire le raccomandazioni per l'identificazione e la valutazione sull'abuso di droghe-interventi psicosociali. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG e sulla revisione della linea guida NICE sull'abuso di droghe¹¹]*

- Al momento di presa in carico della donna, indagare la presenza di patologie psichiatriche gravi o trattamenti attuali o pregressi e la presenza di familiarità di primo grado per disturbi psichiatrici post partum. Tutte le donne con un disturbo psichiatrico grave, quelle con sospetto diagnostico e quelle con un'anamnesi positiva per disturbi psichiatrici gravi devono essere inviate a un servizio di salute mentale di secondo livello (preferibilmente un centro specialistico per disturbi psichiatrici perinatali) per una valutazione ed eventuale terapia, assicurandosi che il medico di medicina generale ne venga a conoscenza.

- In caso vengano identificati disturbi psichiatrici gravi attuali o pregressi, oppure una storia familiare di patologie psichiatriche gravi prenatali o postnatali in un parente di primo grado, fare attenzione nelle prime due settimane dopo il parto a possibili sintomi di psicosi post partum.

- In caso di comparsa improvvisa di sintomi che suggeriscono psicosi post partum, inviare la donna a un servizio di salute mentale di secondo livello (preferibilmente un centro specialistico per disturbi psichiatrici perinatali) per una valutazione immediata entro quattro ore. *[Raccomandazioni basate sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

3. Principi per l'assistenza

3.1. Assistenza integrata

- Sviluppare un piano di assistenza integrata per la donna con un problema di salute mentale che:

- includa il trattamento e l'assistenza per il problema di salute mentale
- definisca i ruoli di tutti gli operatori sanitari, precisando chi è responsabile di:
 - coordinare il piano di assistenza integrato
 - definire il programma di monitoraggio
 - erogare gli interventi e definire gli outcome

[Raccomandazione basata su evidenze dalla ricerca qualitativa di qualità medio-alta e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

3.2. Valutazione

- La valutazione e la diagnosi di un sospetto problema di salute mentale dovrebbero includere:

- anamnesi personale e familiare per problemi di salute mentale
- benessere fisico e storia di ogni eventuale problema di salute fisica
- uso problematico di alcol e uso di droghe
- atteggiamento della donna e esperienza della gravidanza
- rapporto madre-bambino
- ogni eventuale trattamento attuale o pregresso per un disturbo psichiatrico e relativa risposta terapeutica
- rete sociale, condizioni di vita e isolamento sociale
- abusi e violenza domestica, abusi sessuali, traumi o maltrattamento infantile
- abitazione, occupazione, condizione economica e status di immigrazione
- responsabilità come persona di riferimento per altri bambini e giovani o altri adulti.

[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]

4. Consigli sul trattamento per le donne con problemi di salute mentale durante la gravidanza e nel post partum (o per le donne che stanno pianificando una gravidanza)

- I professionisti della salute mentale, che forniscono consigli dettagliati sui possibili rischi derivati dai disturbi psichiatrici o sui benefici e i rischi del trattamento, dovrebbero discutere, a seconda delle circostanze individuali, i seguenti punti:

- incertezza su benefici, rischi e danni dei trattamenti per disturbi psichiatrici durante la gravidanza e il post partum
- probabili benefici di ciascun trattamento e risposta della donna a ogni eventuale terapia precedente
- rischio basale di danni per la donna, il feto o il bambino associati al disturbo psichiatrico e rischio associato all'assenza di trattamento
- rischi o danni alla donna, al feto o al bambino associati a ciascuna opzione terapeutica
- possibilità di improvvisa insorgenza di sintomi psichiatrici, soprattutto nelle prime settimane dopo il

parto (es. nel disturbo bipolare)

- necessità di un tempestivo trattamento a causa dei potenziali effetti di un disturbo psichiatrico non trattato sul feto o sul bambino
- rischio o danno alla donna, al feto o al bambino associato all'interruzione o alla modifica di un trattamento.

[Raccomandazione basata su evidenze epidemiologiche, su studi osservazionali di qualità da bassa a moderata e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

5. Avviare, utilizzare e interrompere il trattamento

- Prima di iniziare ogni eventuale trattamento durante la gravidanza e nel post partum, discutere con la donna la soglia più elevata per iniziare una terapia con psicofarmaci tenendo conto del rapporto rischio-beneficio durante questi periodi (impatto sul feto o sul bambino e sulla madre) e dei probabili benefici di un intervento psicologico. *[Raccomandazione basata su trial controllati randomizzati su interventi psicologici e farmacologici e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*
- Se una donna ha assunto uno o più psicofarmaci a comprovato rischio teratogeno in qualsiasi momento del primo trimestre di gravidanza:

- confermare al più presto la gravidanza
- spiegare che, in caso di gravidanza confermata, la sospensione/sostituzione del farmaco non elimina il rischio di malformazioni fetali
- proporre screening per anomalie fetali e counselling sull'opportunità di proseguire la gravidanza
- spiegare la necessità di un monitoraggio supplementare e i rischi a cui può andare incontro il feto se l'assunzione del farmaco viene protratta.

[Raccomandazione basata su evidenze di qualità bassa e moderata da studi osservazionali e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

- Richiedere un consulto specialistico se vi è incertezza sui rischi connessi con specifici farmaci. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

6. Antidepressivi triciclici, inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, inibitori della ricaptazione della (serotonina)-noradrenalina

- Nella scelta dei farmaci antidepressivi considerare le seguenti variabili:
 - risposta terapeutica pregressa
 - epoca della gravidanza
 - evidenze relative al profilo di sicurezza (es. eventuale rischio di anomalie cardiache fetali e di ipertensione polmonare persistente nel neonato)
 - incertezza se l'eventuale aumento di rischio di anomalie fetali o di altri problemi per la donna o il neonato può essere attribuita a questi farmaci o causata da

altri fattori

- rischio di sintomi da interruzione del trattamento in corso nella donna e sindrome di adattamento neonatale nel lattante (generalmente effetti avversi neuro-comportamentali lievi e autolimitati come irritabilità, disturbi del sonno o ipoglicemia) con la maggior parte degli antidepressivi, in particolare paroxetina e venlafaxina.

[Raccomandazione basata su evidenze di qualità bassa e moderata da studi osservazionali e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

7. Considerazioni per le pazienti che hanno sperimentato una nascita traumatica, una morte fetale o un aborto

- Discutere con la donna che ha perso il bambino in utero o appena nato, e con il partner e i familiari, la possibilità di vedere una fotografia del neonato, avere suoi ricordi, vederlo, tenerlo in braccio. Questo dovrebbe essere facilitato da un professionista sanitario qualificato, e alla donna, al suo partner e alla sua famiglia dovrebbe essere offerto un appuntamento di follow-up in un setting primario o secondario. In caso di morte endouterina, questa discussione dovrebbe avvenire prima del parto. *[Raccomandazione basata su evidenze di bassa qualità da studi di coorte, su evidenze di qualità da moderata ad alta da studi osservazionali e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

8. Potenziali ostacoli all'implementazione

La linea guida enfatizza l'importanza del riconoscimento dei problemi di salute mentale da parte di tutti i professionisti sanitari durante la gravidanza e nel post partum¹². Inoltre, sottolinea la necessità di includere i disturbi d'ansia e depressione¹³, di identificare tempestivamente i disturbi psichiatrici gravi, di comprendere la loro natura e la loro rapida insorgenza. Una migliore capacità di riconoscimento si otterrà mediante la formazione del personale e la revisione dei percorsi assistenziali standard al fine di fornire un accesso tempestivo ad ulteriori valutazioni, compresa quella da parte di servizi specialistici per disturbi psichiatrici perinatali. Inoltre, occorre fornire informazioni di salute pubblica facilmente accessibili al fine di:

- migliorare la capacità di riconoscere il problema
- modificare le errate, ma comprensibili, preoccupazioni delle donne che rivelare la presenza di un disturbo mentale possa determinare la presa in carico del proprio figlio.
- prevenire i rischi associati alla decisione delle donne di interrompere il trattamento con psicofarmaci (senza consulto medico) quando scoprono di essere gravide¹⁵.

La mancanza di conoscenze e competenze costituiscono un ostacolo all'erogazione di trattamenti efficaci. Ad esempio, nonostante le raccomandazioni negative delle linee guida precedenti¹, il valproato di sodio conti-

nua ad essere prescritto alle donne in età fertile. Inoltre, esiste uno scarso coordinamento tra cure primarie, servizi per la maternità, assistenza sociale e servizi specialistici di salute mentale. La linea guida raccomanda un minore utilizzo di psicofarmaci per alcuni disturbi (es. ansia o depressione di grado lieve o moderato) sottolineando l'importanza delle terapie psicologiche. Questo richiede una più ampia e tempestiva disponibilità di interventi psicologici in grado di soddisfare le esigenze delle donne gravide e delle neomamme.

9. Quali raccomandazioni per la ricerca futura?

Il GDG ha identificato le seguenti priorità per la ricerca futura:

- Quali metodi possono migliorare l'identificazione delle donne a rischio di psicosi post partum e ridurre il rischio di insorgenza?
- Quanto sono sicuri i farmaci utilizzati per il trattamento del disturbo bipolare in gravidanza e nel periodo postnatale?
- Nelle donne con diagnosi di disturbo psichiatrico, gli interventi mirati a migliorare la qualità della relazione madre-bambino entro il primo anno dopo il parto sono efficaci?
- La gestione clinica strutturata per i disturbi della personalità moderati e gravi in gravidanza e nel post partum è efficace per migliorare gli esiti nelle donne e nei loro bambini?
- Gli interventi psicologici in gravidanza sono efficaci per il trattamento dei disturbi d'ansia moderati e gravi, tra cui il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo di panico e il disturbo d'ansia sociale?

BIBLIOGRAFIA

1. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. (Clinical Guideline 45.) February 2007. Disponibile a: <http://guidance.nice.org.uk/CG45>. Ultimo accesso: 28 agosto 2015
2. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Perinatal mental health 2: bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet* 2014;384:1789-99.
3. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Perinatal mental health 3: effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014;384:1800-19.
4. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Perinatal mental health 1: non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* 2014;384:1775-88.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance (update). (Clinical Guideline 192.) December 2014. Disponibile a: <http://guidance.nice.org.uk/CG192>. Ultimo accesso: 28 agosto 2015
6. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW; for the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility

of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999;282:1737-44.

7. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.

8. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166:1092-7.

9. National Institute for Health and Care Excellence. Common mental health disorders: identification and pathways to care. (Clinical Guideline 123.) May 2011. Disponibile a: <http://guidance.nice.org.uk/CG123>. Ultimo accesso: 28 agosto 2015

10. National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. (Clinical Guideline 115.) February 2011. Disponibile a: <http://guidance.nice.org.uk/CG115>. Ultimo accesso: 28 agosto 2015

11. National Institute for Health and Care Excellence. Drug misuse: opioid detoxification. (Clinical Guideline 52.) July 2007. Disponibile a: <http://guidance.nice.org.uk/CG52>. Ultimo accesso: 28 agosto 2015

12. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005;106:1071-83.

13. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:805-15.

14. Dolman C, Jones I, Howard LM. A systematic review and meta-synthesis of the experience of motherhood in women with severe mental illness. *Arch Womens Ment Health* 2013;16:173-96.

15. Petersen I, Gilbert RE, Evans SJW, Man SL, Nazareth I. Pregnancy as a major determinant for discontinuation of antidepressants: an analysis of data from the health improvement network. *J Clin Psychiatry* 2011;72:979-85.

16. Jones SC, Melville J, McDonald L. Prescribing sodium valproate to women of childbearing age. Royal College of Psychiatrists' International Congress 24-27 June 2014; London, UK.