

 <b>ASL ROMA 1</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>ASL ROMA I</b> <b>DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE</b> <b>DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE</b> <b>DISTRETTI: COORDINAMENTO LOCALE PER I PROGRAMMI DI PREVENZIONE, PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>	
		<b>Rev. I del</b> <b>06/05/2025</b>	<b>Pag. I di 44</b>
	<b>PERCORSO-INTERVENTO</b> <b>"SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP</b> <b>ROMA I</b>		<b>PRO_18 DSM_4</b> Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Distretti _12/13/14/15/16/17

REVISIONE	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
1 (integrazione ADDENDUM)	06/05/2025	GdL	Dott. G. Ducci Direttore Dir. Dipartimento di Salute Mentale <small>Firma digitale di GIUSEPPE DUCCI            Organizzazione ASL ROMA I 11714271104            Data: 20/05/2025 10:11:27</small> Dott. ssa M.G. Colella Dir. Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dott. ssa L. Anelli Distretti Coordinamento Locale per i Programmi di Prevenzione, Promozione e Tutela Della Salute Dott.ssa M. Quintili Dir. UOC SQRM	Direttore Generale Dott. G. Quintavalle Direttore Sanitario Aziendale Dott. G. D'Agostino Direttore Amministrativo Dott. F. Quagliarello
REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
0 (emissione)	10/11/2022	GdL	UOC SQRM DIRETTORE DOTT. SSA M. QUINTILI	DOTT. G. DUCCI DIRETTORE DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DOTT. SSA M.G. COLELLA DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE DOTT. SSA L. ANELLI DISTRETTI: COORDINAMENTO LOCALE PER I PROGRAMMI DI PREVENZIONE, PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE DATA: 17/11/2022

**Gruppo di lavoro:**

**Coordinatore del gruppo:** Valeria Trincia Dirigente medico psichiatra Responsabile UOSD Governo Clinico

Giulia Lisi Dirigente medico psichiatra UOC SM 3, UOSD Governo Clinico

Cecilia Fusco Dirigente medico psichiatra UOC SM 14

Giuseppe Ducci Direttore DSM-SPDC PO SFN

Maria Giovanna Colella Direttore Dipartimento di Salute della donna e Fisiopatologia della Riproduzione-Neonatologia PO-SSP e SFN

Laura Ligi Dirigente Medico UOC Neonatologia SFN

Christiana Fornari Dirigente medico UOC Neonatologia SFN

Laura Anelli Dirigente medico specialista in Ostetricia e Ginecologia, Responsabile Consultori Asl Roma I

Dott.ssa Lorella Fiorani, F.O. Coordinamento Ostetriche Territoriali

Domenica Sposato Staff Direzione Generale

## Sommario

1. Introduzione: il Percorso-Intervento SaMeP della ASL Roma 1 .....	3
2. Screening e individuazione precoce dei casi .....	4
2.1 Screening di primo livello .....	4
2.2 Screening di secondo livello .....	5
3. Valutazione psichiatrica specialistica .....	6
4. Strumenti di lavoro: Scheda 1 e Scheda 2 .....	8
5. Discriminazione del livello di rischio e attivazione del percorso SaMeP 1, 2 o 3 in base all'intensità assistenziale necessaria .....	9
6. Schema riassuntivo processo di screening e di valutazione .....	11
7. Procedura di Screening di primo e secondo livello attiva presso Punti Nascita ASL Roma 1 .....	14
8. Segnalazione e gestione dei casi già in carico presso il DSM .....	15
a) Consulenza preconcezionale .....	16
b) Consulenza specialistica in gravidanza o nel postpartum (fino a 12 mesi dal parto) .....	18
c) Consulenza specialistica e PMA .....	19
9. Peripartum management plan .....	20
10. Pazienti con uso di alcol perinatale .....	21
11. Pazienti "gravi e complesse" secondo le procedure Progetto Roma 1.0 .....	23
12. Trattamento psicofarmacologico in gravidanza e nel postpartum, evidenze scientifiche .....	23
12.1 Baseline .....	23
12.2 Quali rischi bisogna considerare in associazione al trattamento? .....	24
12.3 Farmaci in gravidanza .....	24
12.4 Farmaci durante l'allattamento .....	28
13. Interventi di Home visiting .....	29
14. Invio alla Linea Nascita a rischio della Asl Roma 1 .....	30
15. Richiesta di IVG nel secondo trimestre per patologia psichiatrica in atto: applicazione della Legge 194/78 .....	31
16. ALLEGATI .....	31
17. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA .....	31
18. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI .....	32
Allegato 1: EPDS Edinburgh Perinatal Depression Scale .....	33
Allegato 2: SCL 90 Symptoms Checklist 90 Items .....	34
Allegato 3: SCHEDA 1- SCHEDA 1 SaMeP .....	36
Allegato 4: SCHEDA 2 SCHEDA SaMeP (DA INTEGRARE ALLA SCHEDA 1) .....	37
Allegato 5 ADDENDUM percorso-intervento Salute Mentale Perinatale SAMEP della ASL Roma 1 .....	39

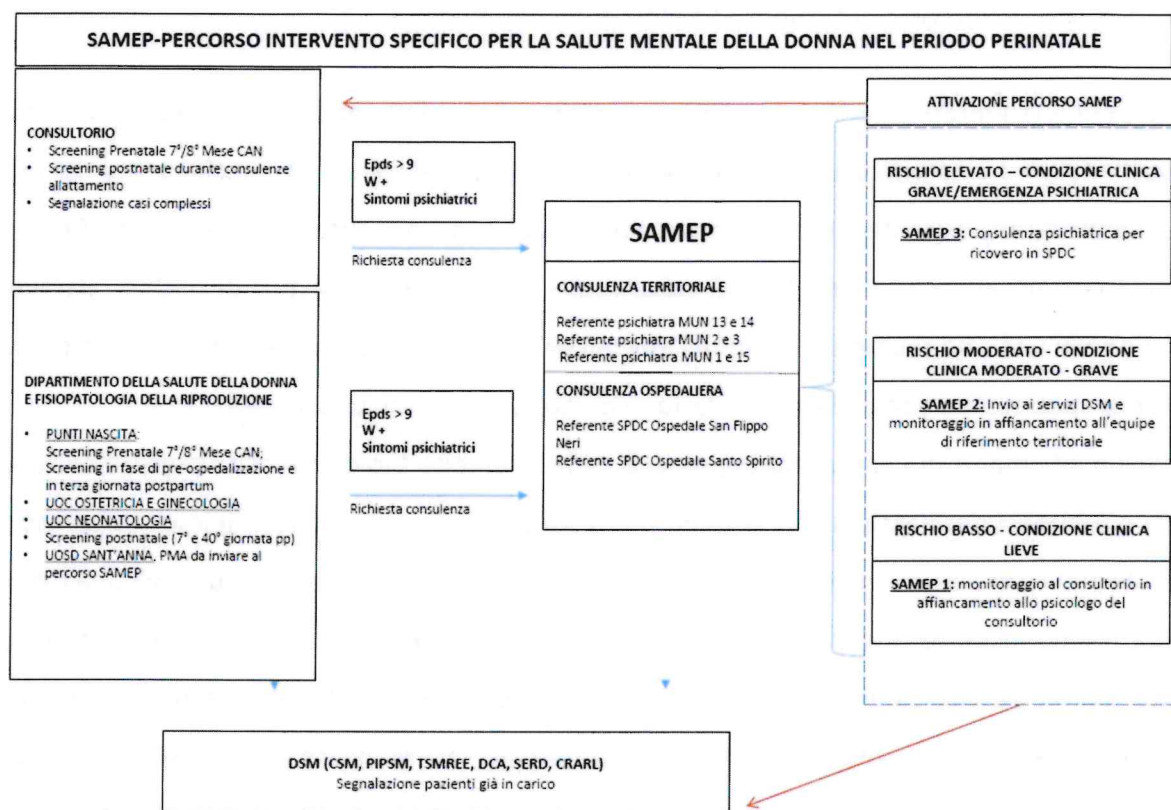
## 1. Introduzione: il Percorso-Intervento SaMeP della ASL Roma 1

Il **SaMeP**, percorso-intervento *“Salute Mentale Perinatale”* -SaMeP- della ASL Roma1, stabilisce una rete operativa tra i servizi esistenti, definendo un percorso-intervento specifico per la salute mentale delle donne durante l'intero peripartum, dal pre-concepimento, alla gravidanza, fino ai 12 mesi postpartum, attraverso una fase di screening e rilevazione dei fattori di rischio, attraverso l'attivazione di una rete multidisciplinare all'interno della ASL Roma 1, fino alla messa in atto di una consulenza specialistica volta alla strutturazione di interventi terapeutici mirati.

Il passaggio alla maternità comporta importanti sfide in ambito biologico, psicologico e sociale e i disturbi psichiatrici perinatali rappresentano una vera e propria emergenza clinica: la depressione perinatale può interessare fino a 1 donna su 5 ed è una delle cause più frequenti di mortalità precoce materna. Ciononostante, purtroppo, la maggioranza delle donne in gravidanza e puerperio, in contatto con i servizi sanitari, non riceve informazioni strutturate sul rischio di patologie psichiatriche perinatali e sulle possibilità di trattamento. La mancanza di queste informazioni compromette in molti casi la possibilità di un intervento precoce ed efficace. Dovere clinico, scientifico e morale della nostra ASL è quello di intercettare questo *unmet need* della moderna psichiatria clinica mediante l'implementazione di interventi multidisciplinari, in un'ottica di collaborazione e di rete.

PERCORSO-INTERVENTO “SALUTE MENTALE PERINATALE” SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 3 di 44
---	---	----------------------	--------------





## 2. Screening e individuazione precoce dei casi

### 2.1 Screening di primo livello

#### Chi svolge lo screening di primo livello?

- Psicologo (consultorio, ospedale)
- Ostetrica (consultorio, ospedale)
- Ginecologo (consultorio, ospedale)
- Pediatra (consultorio, ospedale, visita neonatologica in 7° e 40° giornata postpartum)

#### Strumenti

- *Domande di Whooley*

Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?

Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?

#### Valutazione dello screening di primo livello

- a) Se la donna ha risposto "SI" ad una o ad entrambe le domande di Whooley > **Screening di secondo livello**

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 4 di 44
---	---	----------------------	--------------



**N.B. Il passaggio allo Screening di secondo livello deve essere effettuato anche in tutti quei casi in cui la valutazione di Screening di primo livello ha dato esito NEGATIVO, ma è presente un DUBBIO CLINICO.**

### **Tempistiche di screening**

La valutazione di screening di primo livello deve essere effettuata ***almeno una volta nell'arco della gravidanza e, successivamente, almeno una seconda volta, nel primo periodo postpartum*** (early postnatal period) (Nice 2020).

Idealmente, la prima valutazione di screening va effettuata il più precocemente possibile, in occasione del primo contatto della donna con i servizi sanitari, nell'ambito del primo trimestre.

I professionisti che hanno contatti regolari con la donna in gravidanza e nel postpartum, dovrebbero successivamente considerare di ripetere la valutazione di screening in occasione di ciascun contatto della donna con i servizi sanitari fino a 12 mesi postpartum.

#### **BOX 1: Quali sono le occasioni in cui la donna più probabilmente entra in contatto con i servizi sanitari nel periodo perinatale?**

##### **GRAVIDANZA**

- Prima visita ostetrico-ginecologica;
- Ecografia ostetrica a 6-8 settimane;
- Ecografia ostetrica a 20 settimane;
- Ecografia ostetrica a 30 settimane;
- Ecografia con translucenza nucale (consigliata tra l'11ma e la 14ma settimana);
- Ecografia morfologica (intorno alla 20ma settimana);
- Corsi di accompagnamento alla nascita CAN
- Pre-ospedalizzazione

##### **POSTPARTUM**

Appuntamenti di controllo neonatologico o pediatrico; visita ginecologica di controllo postpartum. Tutte le donne dovrebbero effettuare una **visita di controllo postpartum a circa 6 settimane** dalla nascita del bambino/a.

## **2.2 Screening di secondo livello**

### **Chi svolge lo screening di secondo livello?**

- Psicologo (consultorio, ospedale)

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 5 di 44
---	---	----------------------	--------------

## Strumenti di screening

- Colloquio psicologico clinico
- *EPDS Edinburgh Perinatal Depression Scale (Allegato 1)*
- *SCL-90 Symptoms Checklist 90 items (Allegato 2)*

## Valutazione dello screening di secondo livello

- Se la donna ha totalizzato un punteggio maggiore di 9 al questionario self-report EPDS > **Valutazione psichiatrica specialistica**
- Se la donna ha totalizzato un punteggio medio superiore a 1 in almeno un'area clinica valutata dal questionario self-report **SCL-90 > Valutazione psichiatrica specialistica**

**N.B. Il passaggio alla Valutazione psichiatrica specialistica deve essere effettuato anche in tutti quei casi in cui la valutazione di Screening di secondo livello ha dato esito NEGATIVO, ma è presente un DUBBIO CLINICO.**

Particolare attenzione va prestata in questo senso, ad esempio, alle donne che totalizzano un **punteggio uguale a 9 al questionario EPDS**, l'invio in consulenza viene, in questi casi effettuato in base alle considerazioni cliniche dell'operatore che ha svolto lo screening di secondo livello.

## 3. Valutazione psichiatrica specialistica

### Chi svolge la valutazione psichiatrica specialistica?

- Psichiatra SaMeP
- In caso di valutazione in PS la consulenza verrà effettuata dallo psichiatra di guardia in ospedale che discriminerà:
  1. Condizioni cliniche a basso rischio: contatto con referente SaMeP territoriale e invio al CSM di riferimento;
  2. Condizioni cliniche ad alto rischio: ricovero in SPDC e attivazione referente SaMeP ospedaliero.

### Quando deve essere richiesta la valutazione psichiatrica specialistica?

- Quando viene rilevata una positività alla valutazione di screening di secondo livello
- Quando non è stata rilevata una positività alla valutazione di screening di secondo livello, ma è presente un dubbio clinico
- Quando è presente una segnalazione da parte di un Assistente Sociale

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 6 di 44
---	---	----------------------	--------------

- Quando, nell'ambito dei contatti della donna con i servizi sanitari (es. ginecologo, MMG, ecc.), emerge la presenza di una diagnosi psichiatrica attuale o un'anamnesi positiva per un disturbo psichiatrico grave
- Quando si sospetta una psicosi postpartum (la valutazione, in questi casi, deve essere urgente) (Nice 2020, CANMAT 2025, Europee 2023)

Nell'ambito del colloquio clinico valutativo, lo psichiatra effettuerà una valutazione dello status psicopatologico della donna e raccoglierà importanti informazioni anamnestiche, non dimenticando in particolare di indagare i seguenti ambiti:

- Eventuale presenza di un'anamnesi positiva per un disturbo mentale
- Eventuali precedenti trattamenti psichiatrici e la risposta a questi
- Eventuale presenza di precedenti episodi psichiatrici verificatisi nel periodo perinatale
- Familiarità per disturbi psichiatrici (parenti di primo grado)
- Stato di salute fisica della donna (compreso il suo peso, l'attitudine al fumo di sigaretta, le abitudini alimentari e il livello di attività fisica eventualmente svolta)
- La presenza di patologie somatiche (attuali o pregresse)
- Eventuale storia di poliabortività o procreazione medicalmente assistita PMA
- Eventuale uso di alcol o sostanze
- Eventuale presenza di un Disturbo del Comportamento Alimentare DCA
- L'atteggiamento che la donna ha nei confronti della gravidanza (es. negazione, ripugnanza, angoscia, paura, disorientamento, cura, serenità)
- L'esperienza che la donna ha della gravidanza e l'eventuale presenza di problematiche che riguardano la donna, il feto, il bambino o il partner complicità specifica
- La qualità della relazione madre-bambino
- Qualità delle relazioni sociali presenti con valutazione di presenza/assenza di una solida rete sociale di supporto o eventuali condizioni di isolamento sociale
- Eventuale presenza di una storia di trauma (es. Eventi traumatici, traumi relazionali, violenza interpersonale, violenza domestica, storia di abuso fisico, storia di abuso sessuale, maltrattamento o trascuratezza infantile, etc.)
- Condizioni abitative e condizioni economiche/aspetti psicosociali
- Impiego lavorativo



- Nazionalità (eventuale condizione di migrante)
- Presenza di responsabilità di cura verso altri soggetti (bambini, adolescenti o adulti) 1 o altra gravidanza

Una particolare attenzione dovrà essere rivolta a eventuali aspetti di *self-harm* (autolesionismo, ideazione di morte, ideazione auto o etero aggressiva, ideazione suicidaria) e ad eventuali aspetti di *child-maltreatment* (maltrattamento infantile).

#### 4. Strumenti di lavoro: Scheda 1 e Scheda 2

Per praticità sono state messe a punto due schede, strumenti di lavoro utili nelle fasi di screening e di valutazione specialistica.

La Scheda 1 (Allegato 3) prevede la raccolta di dati sociodemografici, di notizie relative alla gravidanza e al parto e comprende le Whooley questions, elemento cardine per lo screening di primo livello.

La Scheda 2 (Allegato 4) indaga la presenza di precedenti episodi psicopatologici, eventuali pregressi trattamenti psicofarmacologici, familiarità per episodi psicopatologici con particolare riferimento al periodo perinatale, precedenti ricoveri, utilizzo di sostanze, tentativi di suicidio o episodi di autolesionismo, eventi traumatici, *child maltreatment*.

Nella compilazione della Scheda 2 è necessario, inoltre indicare il punteggio rilevato ai questionari di valutazione EPDS (con particolare riferimento all'item 10) e SCL 90. Una sezione è, infine, dedicata alla specifica del tipo di percorso SaMeP eventualmente attivato.

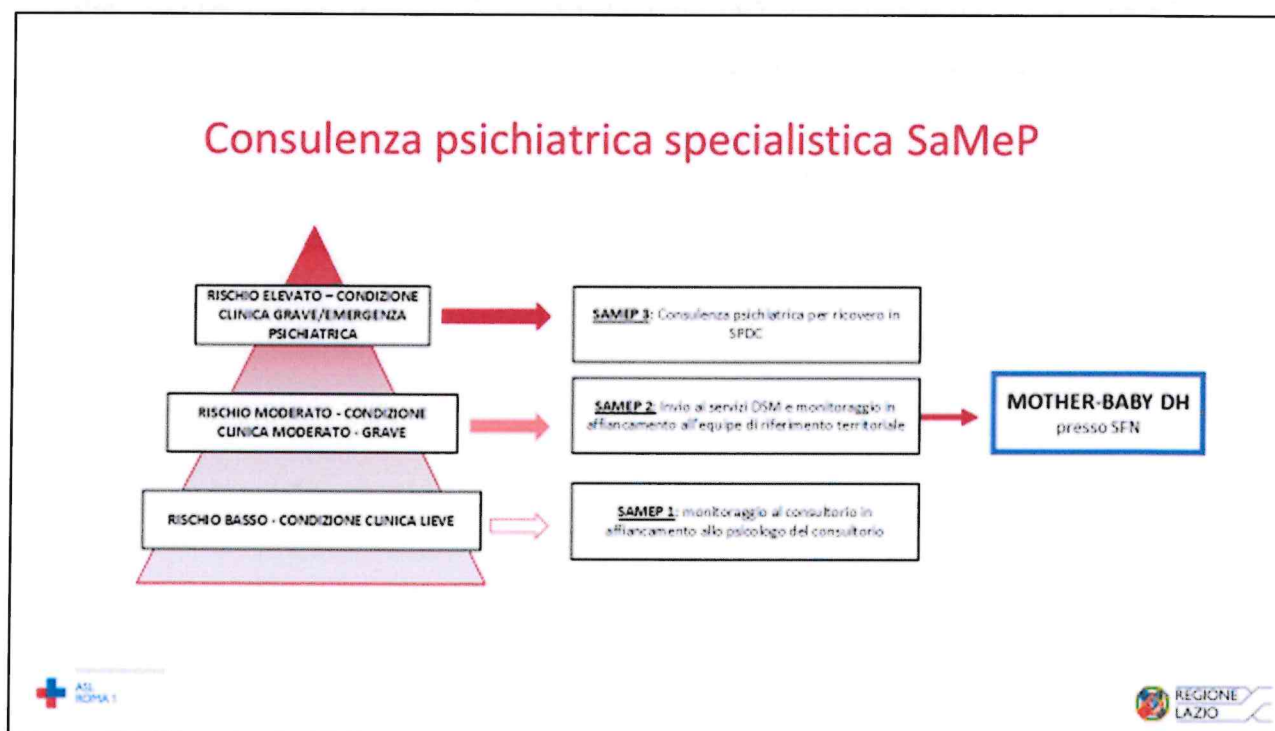
5. Discriminazione del livello di rischio e attivazione del percorso SaMeP 1, 2 o 3 in base all'intensità assistenziale necessaria

Sarà necessaria, da parte del professionista, la formulazione di un progetto terapeutico specifico per la paziente, secondo i livelli di gravità, in presenza di quest'ultima e, ove possibile, di un familiare. Il progetto terapeutico preciserà gli obiettivi del trattamento, le strategie terapeutiche, la modalità di monitoraggio, la rete operativa degli specialisti coinvolti nel percorso.

La valutazione psichiatrica specialistica avrà come prima finalità quella di definire il "Livello di rischio" associato alla situazione clinica che si presenta. In particolare, lo psichiatra SaMeP individuerà condizioni cliniche (cfr. Diagramma SaMeP)

- a) **Lievi (basso rischio)**
- b) **Moderato-gravi (rischio moderato)**
- c) **Gravi - Emergenze psichiatriche (rischio elevato)**

In base alla condizione clinica rilevata sarà possibile attivare il percorso SaMeP più adatto (cfr Addendum Day Hospital Madre Bambino).



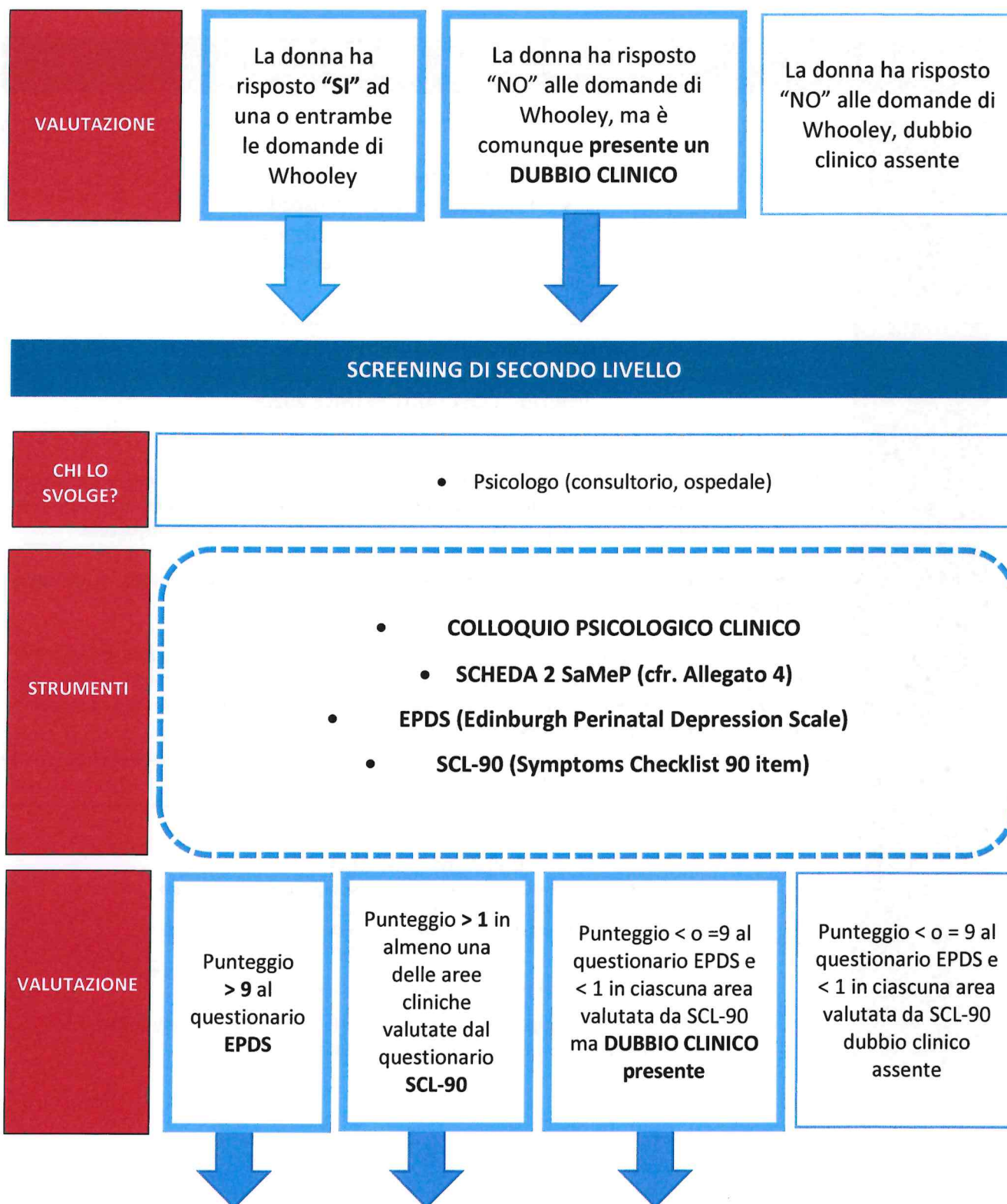
I percorsi SaMeP si differenziano in base al livello di intensità assistenziale offerta e presentano le seguenti caratteristiche:

- 1) **SaMeP 1:** per le condizioni cliniche lievi (rischio basso) lo psichiatra SaMeP potrà considerare di fornire un'attività di consulenza e di monitoraggio della paziente presso il consultorio familiare di riferimento, in affiancamento allo psicologo del consultorio;
- 2) **SaMeP 2:** per le condizioni cliniche moderato-gravi (rischio moderato) si provvederà all'invio, qualora la paziente non fosse ancora conosciuta dal DSM, ai servizi di salute mentale territoriali con necessità di individuazione di un Case Manager, strutturazione di interventi specifici e mirati, definizione ove necessario del peripartum management plan entro la 32esima settimana di gravidanza, attivazione della consulenza specialistica ospedaliera. Per le pazienti già in carico al DSM, potranno inoltre essere forniti interventi di supervisione, monitoraggio e affiancamento alle equipe di riferimento territoriali e potranno essere strutturati e supervisionati interventi di Home visiting nel postpartum. (cfr Addendum Day Hospital Madre-Bambino).
- 3) **SaMeP 3:** in caso di condizioni cliniche gravi o di emergenze psichiatriche sarà inviata la paziente in PS con attivazione di consulenza psichiatrica urgente e dello psichiatra SaMeP di riferimento ospedaliero per valutazione di ricovero in SPDC.



## 6. Schema riassuntivo processo di screening e di valutazione

SCREENING DI PRIMO LIVELLO	
CHI LO SVOLGE?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ostetrica (consultorio, ospedale)</li> <li>• Psicologo (consultorio, ospedale)</li> <li>• Ginecologo (consultorio, ospedale) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neonatologo (ospedale)</li> </ul> </li> </ul>
QUANDO?	<p><b>ALMENO UNA VOLTA NELL'ARCO DELLA GRAVIDANZA, IDEALMENTE IL PRIMA POSSIBILE (1 TRIM) E, SUCCESSIVAMENTE, UNA SECONDA VOLTA, NEL PRIMO PERIODO POSTPARTUM (NICE 2020).</b></p> <p>I professionisti che hanno contatti regolari con la donna in gravidanza e nel postpartum, dovrebbero successivamente considerare, ove possibile, di ripetere la valutazione di screening in occasione di ciascun contatto della donna con i servizi sanitari fino ai 12 mesi postpartum.</p> <p><b>Occasioni in cui più probabilmente la donna entra in contatto con i servizi sanitari nel periodo perinatale:</b></p> <p><i>Prima visita ostetrico-ginecologica, ecografie di controllo nei 3 trim, translucenza nucale, ecografia morfologica, corso di accompagnamento alla nascita CAN, contatto con servizio sociale, pre-ospedalizzazione, ricovero in ginecologia per il parto, appuntamenti di controllo neonatologico o pediatrico, visita ginecologica postpartum.</i></p>
STRUMENTI	<p><b>SCHEDA 1 SaMeP (cfr. Allegato 3)</b></p> <div> <p><b>DOMANDE DI WHOOLEY:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di umore, depressa o senza speranze?"</li> <li>• "Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?"</li> </ul> </div> <p>* Eventuale possibilità di aggiungere GAD-2 (Questionario Generalized Anxiety Disorder a 2 item) così come suggerito da Linee guida internazionali</p>



## VALUTAZIONE PSICHIATRICA SPECIALISTICA

### QUANDO?

- Screening di secondo livello con esito positivo
- Condizioni in cui è presente un dubbio clinico
- Segnalazione dell'Assistente sociale
- Condizioni per le quali si viene a conoscenza di diagnosi psichiatrica attuale o anamnesi positiva per un disturbo psichiatrico grave

### PRINCIPALI ATTIVITÀ SaMeP

IDENTIFICAZIONE  
CONDIZIONI DI ALTO MEDIO  
E BASSO RISCHIO CON  
ATTIVAZIONE DI PERCORSO  
SaMeP 1, 2 o 3 (cfr. Figura 1  
Diagramma SaMeP)

ATTIVITÀ DI CONSULENZA E  
MONITORAGGIO PAZIENTI  
SEGNALATE

RETE CON SERVIZI DSM (csm,  
pipsm, tsmree, crarl, serD,  
DCA) E SUPERVISIONE  
EQUIPE DI RIFERIMENTO

INTEGRAZIONE  
MULTIDISCIPLINARE:  
RETE CON GINECOLOGIA  
OSPEDALIERA E CON ALTRI  
SERVIZI ASL RM1

GESTIONE IN RETE DI  
CONDIZIONI PARTICOLARI  
(poliabortività, uso di  
sostanze, PMA)

DEFINIZIONE *PERIPARTUM  
MANAGEMENT PLAN* OVE  
NECESSARIO

STRUTTURAZIONE E  
COORDINAMENTO  
INTERVENTI DI HOME  
VISITING OVE NECESSARIO

SUPERVISIONE CONSULENZE  
PRECONCEZIONALI



## 7. Procedura di Screening di primo e secondo livello attiva presso Punti Nascita ASL Roma 1

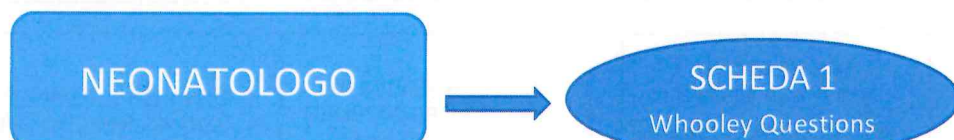
### PREOSPEDALIZZAZIONE



Se la scheda 1 è positiva\*:



### POSTPARTUM 7a giornata e 40esima giornata (Ambulatorio di neonatologia)



Se la scheda 1 è positiva\*:



N.B. In caso di scheda 1 positiva e mancato consenso della donna a proseguire la procedura di screening (SCHEDA 2) il pediatra organizzerà un nuovo incontro ambulatoriale in presenza della psicologa con la finalità di promuovere l'adesione della donna al percorso.

### INTERVENTO

1. **SCHEDA 1 positiva\* + SCHEDA 2 negativa** → invio allo psicologo del consultorio di riferimento
2. **SCHEDA 1 positiva\* + SCHEDA 2 positiva\*\*** → invio allo psicologo del consultorio di riferimento + attivazione psichiatra SaMeP di riferimento territoriale
3. In caso se ne rilevi la necessità → consulenza psichiatrica urgente per eventuale ricovero in SPDC

\*SCHEDA 1 positiva: ha risposto "SI" ad una o ad entrambe le domande di Whooley;

\*\*SCHEDA 2 positiva: ha totalizzato un punteggio > 9 al questionario self-report EPDS e/o ha totalizzato un punteggio medio > 1 in almeno un'area clinica valutata dal questionario self-report SCL-90

## 8. Segnalazione e gestione dei casi già in carico presso il DSM

I colleghi del Dipartimento di Salute Mentale possono segnalare casi di pazienti già in carico che:

- a) Pianificano una gravidanza
- b) Sono nel periodo perinatale (gravidanza fino ai primi 12 mesi postpartum)
- c) Necessitano di una consulenza per una questione inerente alla gravidanza (es. PMA, poliabortività, ecc)

Il SaMeP offre un servizio di consulenza specialistica e di monitoraggio dei casi segnalati, in affiancamento all'equipe di riferimento della paziente, fornendo interventi finalizzati alla strutturazione di interventi specifici mirati, alla programmazione del parto e al sostegno/monitoraggio successivo al parto mediante, ad esempio, la strutturazione e il coordinamento di interventi di *home visiting*. Il SaMeP si offre, inoltre, come strumento di integrazione multidisciplinare all'interno dei diversi servizi della ASL Roma 1.

Nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale, le segnalazioni dei casi possono giungere indifferente da:

- a) Centri di Salute Mentale *CSM*
- b) Presidio territoriale Prevenzione Interventi Precoci Salute Mentale *PIPSM*
- c) Servizi di Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva *TSMREE*
- d) Servizi per le Dipendenze *SerD*
- e) Centro di Riferimento Alcolico della Regione Lazio *CRARL*
- f) Centro Disturbi del Comportamento Alimentare *DCA*
- g) Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura *SPDC*

### Quali situazioni possono presentarsi?

Donne con una diagnosi psichiatrica, in carico presso il Dipartimento Salute Mentale

- a) In trattamento farmacologico/ Non in trattamento farmacologico
- b) Condizioni di acuzie/Condizioni di stabilità clinica
- c) Donne che progettano una gravidanza/Donne in stato di gravidanza/Donne nel postpartum/  
Donne con esperienza di poliabortività, Donne con esperienza di (o che desiderano effettuare) PMA

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 15 di 44
---	---	----------------------	---------------

### Quali tipologie di consulenza specialistica possono essere richieste?

- a) Consulenza preconcezionale
- b) Consulenza specialistica in gravidanza o nel postpartum (fino a 12 mesi dal parto)
- c) Consulenza specialistica in condizioni particolari (es. poliabortività, PMA, ecc.)

### Chi la svolge?

- Specialista psichiatra SaMeP in qualità di consulente, in affiancamento all'equipe curante, con il compito di fornire informazioni e formazione

#### a) Consulenza preconcezionale

Le decisioni che riguardano l'uso di farmaci psichiatrici in gravidanza possono essere molto complesse. Molte donne interrompono improvvisamente i farmaci dopo aver scoperto di essere incinta, aumentando drasticamente il rischio che si verifichi una ricaduta psicopatologica. In altri casi, invece, è necessario modificare un trattamento farmacologico in corso prima dell'avvio di una gravidanza, modificare alcuni trattamenti farmacologici solo successivamente all'avvio di una gravidanza, implicherebbe infatti comunque un'esposizione dell'embrione a questi nella fase di organogenesi (fino all'8°/9° settimana) e, dunque, il persistere di un rischio sostanziale per il manifestarsi di un eventuale danno fetale.

Il rischio di ricaduta nel periodo perinatale dipende in gran parte dalla diagnosi psichiatrica, dall'anamnesi psichiatrica e dal trattamento psicofarmacologico in corso. Le donne che interrompono i farmaci hanno tassi di ricaduta molto elevati, che arrivano fino al 70%.

Se da un lato alcune donne cercano autonomamente consigli/indicazioni prima di rimanere incinta, è necessario tenere in considerazione che oltre il 50% delle gravidanze, invece, non è pianificato, in particolare se riguardano donne con una diagnosi psichiatrica.

Nel caso in cui una donna abbia una diagnosi (pregressa o attuale) di disturbo mentale e stia pianificando una gravidanza, è sempre buona pratica programmare una consulenza preconcezionale in merito.

Nell'ambito del SaMeP, gli psichiatri della ASL Roma 1 specializzati in psichiatria perinatale possono offrire attività di formazione in tal senso. Tale attività di formazione è indirizzata ai servizi territoriali del Dipartimento di Salute Mentale che ne fanno richiesta.

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 16 di 44
---	---	----------------------	---------------



### Indicazioni generali per qualunque professionista abbia in cura la donna:

- Chiedere regolarmente a tutte le donne con problemi di salute mentale i loro piani rispetto ad una gravidanza e eventuale strategia contraccettiva in corso
- Informare le donne sull'impatto che la gravidanza e la nascita di un figlio possono avere sulla loro salute mentale in gravidanza e nel postpartum
- Assicurarsi che le donne a cui sono prescritti farmaci psichiatrici siano ben informate sui potenziali rischi di questi sulla gravidanza e sul feto, qualora dovessero rimanere incinta
- Nessun trattamento psicofarmacologico è indicato per l'utilizzo in gravidanza o durante l'allattamento al seno, ma è sempre sbagliato suggerire alla donna di interrompere qualsiasi trattamento solo per questo motivo. È necessario aiutare la donna a valutare con consapevolezza, sulla base di una consulenza specialistica, i rischi e i benefici dell'eventuale prosecuzione, interruzione o modifica dello specifico trattamento in corso.
- È sbagliato prescrivere dosaggi farmacologici sub-terapeutici. Si esporrebbe in quel caso il feto ad un doppio rischio, quello derivante dalla sostanza farmacologica e quello derivante dal disturbo psichiatrico non adeguatamente trattato. È estremamente importante trattare adeguatamente il disturbo mentale presente.
- Fornire alla donna rassicurazione, è molto comune che emerga, rispetto alla tematica gravidanza/genitorialità, una preoccupazione legata allo stigma che accompagna i disturbi mentali.

### L'obiettivo di una consulenza preconcezionale è quello di:

- **informare la donna** sulle possibili conseguenze che il proprio stato di salute o il proprio eventuale trattamento in corso può avere sulla gravidanza e sul feto
- effettuare un'attenta **valutazione del rischio di riacutizzazione psicopatologica**
- mettere in atto eventuali necessari interventi clinico-terapeutici idealmente **prima** dell'avvio di una gravidanza

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 17 di 44
---	---	----------------------	---------------

- b) Consulenza specialistica in gravidanza o nel postpartum (fino a 12 mesi dal parto)

**Per quanto riguarda le consulenze specialistiche preconcezionali e le consulenze specialistiche in gravidanza o nel postpartum, di seguito alcuni tra i principali punti da tenere presenti:**

- a) Assicurare attenta revisione dell'**anamnesi psichiatrica** (cfr. paragrafo su assessment);
- b) Eventuale revisione\ridefinizione della **diagnosi psichiatrica** (ci dà indicazioni sulla tipologia di trattamento necessario e sul rischio di ricaduta);
- c) **Counselling sulla salute generale** della donna (chiarifica la presenza di eventuali abitudini che possono contribuire al manifestarsi di problematiche ostetriche e neonatali –es. fumo di sigaretta, uso di alcol o sostanze; può chiarire ad es. la necessità di una valutazione preconcezionale focalizzata su specifiche problematiche mediche –es. diabete o epilessia);
- d) **Valutare eventuale necessità di invio al CRARL** per approfondimento su possibili condizioni di rischio correlate all'uso di alcol (sindrome feto-alcolica) o eventuale necessità di attivazione di **rete con altri servizi** interni o esterni al DSM;
- e) Attenta valutazione dell'**anamnesi ostetrica** (precedenti aborti, precedenti parti traumatici, problematiche relative alla fertilità; può indirizzare ad esempio sulla necessità di effettuare prima degli specifici interventi terapeutici come interventi psicoterapici per tocofobia, PTSD, elaborazione del lutto);
- f) **Fornire indicazioni** sulla eventuale necessità di avvio/prosecuzione/modifica/interruzione del **trattamento farmacologico** (cfr BOX 3);
- g) **Fornire indicazioni** su un eventuale **trattamento psicoterapico** (è in genere preferibile, quando questo è possibile, fare riferimento a terapie psicoterapiche prima di una gravidanza per assicurarsi che ci sia tempo sufficiente per apportare cambiamenti);
- h) **Identificare i punti di forza e di supporto**, rimandare alla donna la presenza di questi: presenza di una rete sociale/familiare di sostegno, rete di servizi coinvolti nella presa in carico, punti di forza/ risorse caratteriali.
- i) Offrire possibilità di un **monitoraggio nel tempo**, in affiancamento a equipe di riferimento.

La valutazione rischi e benefici dell'assunzione di un trattamento psicofarmacologico in gravidanza o nel postpartum deve includere una discussione sui seguenti ambiti:

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 18 di 44
---	---	----------------------	---------------

RISCHIO LEGATO AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	RISCHIO LEGATO ALLA MALATTIA PSICHIATRICA NON TRATTATA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dati aggiornati sui rischi associati all'assunzione di specifici farmaci durante gravidanza o allattamento, incluse aree di incertezza</li> <li>Rischio di base di malformazione congenita</li> <li>Discussione su possibile impatto di alcuni farmaci sulla fertilità (es. farmaci che determinano un aumento della PRL)</li> <li>Necessità e importanza di evitare la somministrazione di dosaggi sub-terapeutici o di interrompere improvvisamente i trattamenti psicofarmacologici</li> <li>Informazione su eventuale necessità di specifico monitoraggio dei dosaggi farmacologici durante il periodo perinatale (es. Litio)</li> <li>Informazione su eventuale necessità di effettuare ulteriori esami medici legati all'assunzione di una terapia farmacologica (es. ecocardiografia fetale)</li> <li>Informazione sulla possibilità di insorgenza di effetti collaterali (es. sedazione) e sulla possibile interferenza di questi sulla quotidianità della donna nel periodo perinatale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementato rischio di autolesionismo o tentativi suicidari</li> <li>Self neglect (alimentazione non adeguata, defezione agli appuntamenti di valutazione medica prenatale, incapacità di prendersi cura adeguatamente del bambino in assenza di supporto)</li> <li>Uso di alcol o sostanze</li> <li>Necessità successiva di dover assumere dosaggi psicofarmacologici più elevati o polifarmacoterapie</li> <li>Necessità successiva di dover ricorrere a trattamenti in urgenza/emergenza</li> <li>Necessità successiva di dover ricorrere a ospedalizzazione</li> <li>Possibili complicanze ostetriche e neonatali</li> </ul>

**BOX 3: Rischi associati al trattamento farmacologico vs rischi associati alla patologia psichiatrica non trattata**

### c) Consulenza specialistica e PMA

La consulenza specialistica SaMeP può essere richiesta anche nei casi in cui è in corso di valutazione o è stata avviata una procedura di PMA Procreazione Medicalmente Assistita.

In tali casi, nell'ambito della consulenza, sarà necessario tenere conto di ulteriori ambiti, quali i vissuti relativi alla diagnosi di infertilità e agli eventuali insuccessi del periodo precedente la richiesta di PMA o le aspettative della coppia riguardo al percorso, alla gravidanza e alla genitorialità.

Sarà importante, a questo proposito, offrire sostegno e informazione sui risvolti emotivi e relazionali implicati nella decisione di intraprendere il percorso di PMA, offrire sostegno nel corso dei trattamenti di fecondazione assistita cercando il più possibile di creare uno spazio di condivisione e confronto che potenzi le risorse presenti.



## 9. Peripartum management plan

Per le donne che sono state valutate durante la gravidanza lo psichiatra SaMeP in qualità di consulente, in collaborazione con il servizio DSM presso cui è in carico la donna, può predisporre un **peripartum management plan**, idealmente **entro la 32esima settimana** di gravidanza. Tale piano dovrà essere condiviso con la donna e, possibilmente, qualora appropriato, con uno o più familiari, con il MMG, con l'equipe ginecologica di riferimento e con altri professionisti eventualmente coinvolti.

Il *peripartum management plan* dovrebbe includere:

- Informazioni circa la diagnosi e il trattamento in corso;
- Riferimenti dei professionisti che fanno parte della rete che ha in carico la paziente;
- Programma di monitoraggio condizione clinica nel pre e postpartum, in particolare per le donne con una diagnosi psichiatrica grave;

Importante il contatto con il reparto di ostetricia e ginecologia presso cui è previsto il parto e, eventualmente, ove indicato, il contatto con gli specialisti psichiatri del medesimo ospedale.

È consigliato, soprattutto per le donne che assumono un trattamento farmacologico durante la gravidanza, partorire in una struttura ospedaliera dotata di Maternità di II Livello e, ove necessario, partorire in un ospedale dotato di servizio di psichiatria, almeno in consulenza, ma meglio in un ospedale dotato di SPDC.

La Regione Lazio con il DCA 257/2017 completa la riorganizzazione della Rete Perinatale, articolata su due livelli di cura dove il II livello si distingue dal I livello per l'assistenza alla donna e al neonato che necessitano di cure intensive.

### Punti Nascita I Livello

- Presidio Ospedaliero Sandro Pertini
- Casa di Cura accreditata Fabia Mater
- Ospedale Classificato Madre Giuseppina Vannini
- Presidio Ospedaliero Giovan Battista Grassi
- Casa di Cura accreditata Città di Roma
- Presidio Ospedaliero San Filippo Neri
- Casa di Cura accreditata Cristo Re

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 20 di 44
---	---	----------------------	---------------

- Casa di Cura accreditata Santa Famiglia
- Presidio Ospedaliero Santo Spirito

#### Punti Nascita II Livello

- Azienda Universitaria Policlinico Umberto I
- **Ospedale Classificato** Ospedale Isola Tiberina - Gemelli Isola
- Casa di Cura accreditata Policlinico Casilino
- Presidio Ospedaliero Sant'Eugenio
- Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata
- Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
- Azienda Universitaria Policlinico Gemelli
- Ospedale Classificato San Pietro Fatebenefratelli

I punti nascita degli Ospedali Santo Spirito e San Filippo Neri sono collegati con i reparti di Neonatologia di II Livello del Policlinico Gemelli e dell'Ospedale Fatebenefratelli. Il rischio e l'eventuale necessità di ricovero presso un Punto Nascita di II Livello andrà valutato caso per caso di concerto con i ginecologi.

#### 10. Pazienti con uso di alcol perinatale

Il progetto di integrazione SaMeP-CRARL prevede un percorso di screening integrato di 1 livello e due successivi percorsi paralleli di approfondimento clinico, rivolti a tutte le donne in gravidanza o nel postpartum che risiedono nel territorio della ASL Roma 1 e che accedono al Consultorio Familiare.

Lo screening integrato di 1 livello si svolge all'interno dei locali del Consultorio Familiare, considerando questo un punto cruciale per l'individuazione precoce delle condizioni di rischio, e viene condotto dal personale ostetrico; i successivi approfondimenti clinici vengono svolti, per ciò che concerne i disturbi psichici perinatali dallo psicologo del Consultorio Familiare e dagli psichiatri SaMeP afferenti al DSM, per ciò che concerne la valutazione dell'uso di alcol dal personale CRARL. I due percorsi paralleli di approfondimento clinico potranno essere attivati indipendentemente l'uno dall'altro o parallelamente, nel caso in cui vengano riscontrate condizioni di comorbidità.

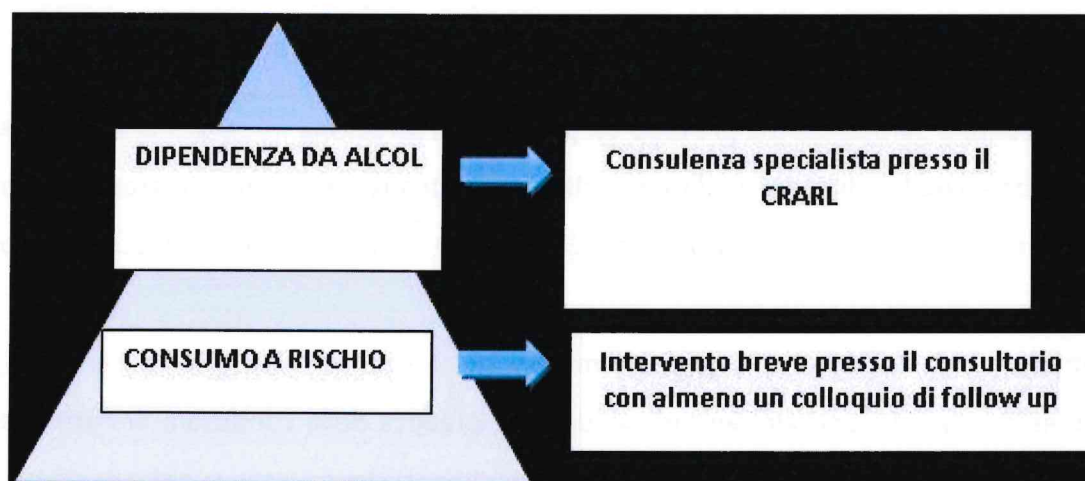
Gli operatori SaMeP e CRARL provvederanno all'attivazione precoce, ove necessario, di trattamenti integrati con crescenti livelli di assistenza a seconda della complessità clinica rilevata.

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 21 di 44
---	---	----------------------	---------------

In particolare, sono stati definiti, tre percorsi assistenziali SaMeP in base all'individuazione di una condizione di basso, medio o alto rischio.

Relativamente all'uso di alcol in gravidanza, per le donne che risultano positive allo screening integrato di 1 livello, è previsto un intervento breve presso il consultorio, finalizzato a: 1) verificare e confermare il consumo di alcol in gravidanza già evidenziato con il diario alimentare; 2) valutare il livello di rischio di quel consumo; 3) fornire informazioni sulle conseguenze del consumo di alcol in gravidanza; 4) valutare i livelli di motivazione del cambiamento dello stile di vita legato al bere. Auspicabile sarebbe fissare un colloquio di follow up per monitorare i cambiamenti. Qualora, durante il colloquio, le informazioni raccolte siano indicative della presenza di una dipendenza di varia gravità, si motiva la donna a contattare il CRARL per un intervento specialistico e più strutturato.

Il trattamento specialistico della dipendenza da alcol prevede un intervento su più fronti (medico, psichiatrico, psicologico e sociale). In particolare, l'intervento psicologico è solitamente strutturato in modo da sostenere la motivazione a smettere di bere, individuare le situazioni a rischio di bevuta e prevenire le ricadute.





## 11. Pazienti “gravi e complesse” secondo le procedure Progetto Roma 1.2

Tutte le pazienti in carico al DSM con patologia perinatale devono essere considerate pazienti “gravi e complesse” secondo le procedure del Progetto Roma 1.2.

Sarà in questi casi necessario accertarsi della presenza di un’equipe multiprofessionale di riferimento territoriale con individuazione, al suo interno, di un Case Manager.

L’Equipe multiprofessionale dovrà, per tempo, redigere un PTI, un Piano di Gestione del Rischio Clinico e un Piano Gestione Urgenza/Emergenza e si avvale di specifici strumenti di valutazione (cfr. Procedure Progetto Roma 1.2).

Il Case Manager, nominato attraverso la “Scheda di Attribuzione funzione CM” (cfr Procedure Progetto Roma 1.2) e dovrà svolgere le funzioni di Accompagnamento, Facilitazione, Orientamento e consulenza, Advocacy, Educazione sanitaria e promozione della salute psicofisica, Coordinamento funzionale.

Assicurarsi della presenza, nel servizio di riferimento, del nominativo della paziente nella specifica Scheda Elenco Pazienti in Case Management.

Per quanto riguarda le condizioni relative alle pazienti “Non Collaborative” o “Perse di vista”, assicurarsi che le Equipe di riferimento si siano attivate per contattare la paziente e/o i familiari di questa e che, in caso di reiterata non collaborazione sia stato definito un Piano Gestione Urgenza/Emergenza.

Sarà necessario valutare le opzioni possibili (Accertamento Sanitario Obbligatorio ASO, Trattamento Sanitario Obbligatorio TSO) e attivare, ove necessario (emergenza/stato di necessità) la procedura Ares 118.

## 12. Trattamento psicofarmacologico in gravidanza e nel postpartum, evidenze scientifiche

### 12.1 Baseline

Nella popolazione generale che non è esposta a farmaci:

- Il 3-5 % dei neonati ha delle malformazioni che impattano sul funzionamento e necessitano di intervento chirurgico;
- Il 12% dei neonati ha delle malformazioni comuni.

## 12.2 Quali rischi bisogna considerare in associazione al trattamento?

**a. Teratogenicità:** ha a che vedere con esposizione al trattamento durante il 1 trimestre e in particolare durante le prime 8 settimane di gestazione (organogenesi) e può riguardare:

### MALFORMAZIONI MAGGIORI:

- spina bifida
- labio-palatoschisi
- microcefalia
- malformazioni cardiache
- malformazioni urinarie

Le malformazioni maggiori richiedono un intervento chirurgico

### MALFORMAZIONI MINORI

- scheletriche
- pieghe palmari
- epicanto o altre anomalie facciali

Le malformazioni minori non richiedono un intervento chirurgico ma determinano un'alterazione estetica

**b. Tossicità neonatale:** ha a che vedere con esposizione nel terzo trimestre di gravidanza o prima del parto. Possono verificarsi, così come avviene anche nei soggetti adulti, sindromi da sospensione o tossicità da sovradosaggio alla nascita

**c. Tossicità a lungo termine o teratogenesi comportamentale:** ha a che vedere con modificazioni cognitive o comportamentali che possono manifestarsi alcuni mesi dopo l'esposizione o anche alcuni anni dopo l'esposizione al farmaco.

## 12.3 Farmaci in gravidanza

Nel caso in cui si riscontri necessità di avviare un trattamento psicofarmacologico in gravidanza, ove possibile, di scegliere il farmaco con il profilo di maggiore sicurezza per la donna e per il feto, tenendo in considerazione le precedenti risposte ai trattamenti psicofarmacologici nella storia clinica della paziente.

È, inoltre, necessario prescrivere e utilizzare la minor dose efficace possibile, in particolare nei casi per cui è noto un possibile aumentato rischio di effetti collaterali dosaggio dipendenti, tenendo però sempre in considerazione il fatto che i dosaggi sub-terapeutici sono assolutamente da evitare esponendo questi a possibili ricadute e rappresentando, in ogni caso, un rischio per il feto che viene comunque esposto alla sostanza farmacologica.

Sono da preferire monoterapie anziché politerapie, ove possibile.

Considerare che per alcuni farmaci, i dosaggi in gravidanza vanno ridotti o aumentati proprio a causa dello stato di gravidanza e delle alterazioni metaboliche a questo connesse.

### *12.3.1 Antidepressivi*

Nella valutazione e nella scelta di utilizzo di un TCA, SSRI o SNRI occorre sempre tenere in considerazione:

- L'eventuale precedente risposta della donna al trattamento
- Lo stadio della gravidanza
- I dati disponibili sulla sicurezza del farmaco in questione
- L'eventuale incremento del rischio di insorgenza di problematiche a carico del feto o della gravidanza non è attribuibile con certezza all'uso del farmaco
- Rischio di comparsa di sintomi da sospensione nella madre
- Rischio di comparsa di sintomi da sospensione nel neonato (in particolare riportati in seguito a utilizzo di paroxetina, venlafaxina o fluoxetina. Possibile insorgenza di una sindrome da sospensione neonatale; in genere ad evoluzione favorevole entro 7-10 giorni dopo il parto.

Gli SSRI sono considerati di scelta nel trattamento della depressione in gravidanza rispetto ad altri AD; per ciò che concerne i farmaci antidepressivi triciclici (TCA), gli studi sulla sicurezza in gravidanza sono più datati e meno consistenti rispetto a quelli che riguardano gli SSRI. Nelle donne in terapia con farmaci antidepressivi TCA si riscontra un rischio di suicidio in gravidanza più elevato rispetto alle donne in terapia con SSRI. Viene riportato, inoltre, un maggior numero di effetti indesiderati e un maggior numero di casi di tossicità da sovradosaggio rispetto a quanto riportato per le donne in terapia con SSRI.

### *12.3.2 Antipsicotici*

Nel valutare il rapporto rischi-benefici rispetto alla prescrizione di un antipsicotico in gravidanza considerare la condizione psicopatologica attuale e contestualizzarla nell'ambito del quadro

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 25 di 44
---	---	----------------------	---------------



anamnestico che riguarda la paziente. Se la donna si trova in una condizione di stabilità psicopatologica e, in base alla storia clinica, ha una consistente probabilità di andare incontro a ricadute in seguito alla sospensione della terapia antipsicotica, è bene consigliare di proseguire la terapia farmacologica in corso.

I dati disponibili escludono un aumentato rischio di malformazioni congenite o di malformazioni cardiache, soprattutto per gli antipsicotici di seconda generazione. I dati disponibili, seppur limitati, escludono inoltre un'associazione con aborto spontaneo, parto pretermine o basso peso alla nascita.

Nei casi in cui si prosegue una terapia antipsicotica in gravidanza, è necessario tenere in considerazione, soprattutto nel caso in cui la donna assuma un antipsicotico di seconda generazione, il possibile aumentato rischio per insorgenza di diabete gestazionale con conseguente macrosomia fetale e maggiore aumento di peso. Consigliare, ove necessario, regime alimentare in gravidanza e attività fisica.

Come nella stragrande maggioranza dei casi in cui la paziente assuma una terapia psicofarmacologica, è descritto in un certo numero di studi un aumentato rischio di insorgenza di PNAS.

Secondo le Linee guida più recenti, non dovrebbe essere proposta una terapia depot a pazienti che pianificano una gravidanza, sono incinta o decidono di allattare al seno, a meno che la donna non stia già assumendo una terapia depot e abbia una storia clinica significativa per non aderenza alla terapia orale.

### *12.3.3 Stabilizzanti dell'umore*

Tra i farmaci stabilizzatori dell'umore, non è consentito proporre, durante la gravidanza o più in generale in età fertile, un trattamento con il Valproato o con Carbamazepina. Nel caso in cui non vi siano alternative possibili alla terapia con valproato, è necessario assicurarsi dell'uso da parte della paziente, in età fertile, di una terapia contraccettiva. Nel caso in cui la donna stia già assumendo una terapia con valproato o con carbamazepina, è necessario consigliare alla paziente di interrompere gradualmente la terapia in corso e illustrare i possibili, consistenti rischi di malformazioni congenite e disturbi del neurosviluppo associati, questi ultimi, in particolare, all'assunzione di valproato.

Una terapia con il Litio richiede una gestione complessa dei dosaggi farmacologici a causa della caratteristica farmacocinetica fluttuante e dello specifico range di efficacia terapeutica. Una condizione di disidratazione materna può rapidamente aumentare i dosaggi del litio e un'aumentata clearance del farmaco può ridurre i dosaggi plasmatici e dunque l'efficacia terapeutica.

Le linee guida più recenti suggeriscono di non proporre una terapia con il litio ad una donna che pianifica una gravidanza o a una donna incinta, a meno che, non sia stato già fatto un tentativo terapeutico con farmaci antipsicotici che si è, però, rivelato non efficace.

<b>NEL CASO IN CUI LA DONNA STIA ASSUMENDO UNA TERAPIA CON IL LITIO E RIMANE INCINTA VALUTARE SE:</b>	
1.	effettuare uno <b>switch</b> graduale ad un farmaco antipsicotico;
2.	<b>interrompere il litio e ricominciario</b> dopo la 9° settimana di gravidanza (se la paziente accetta di non allattare al seno e se la paziente ha risposto clinicamente al litio meglio di ogni altra terapia assunta in passato)
3.	<b>interrompere gradualmente</b> la terapia con litio nell'arco di 4 settimane (se la donna è stabile in una condizione di benessere psichico), spiegando però che interrompere la terapia quando la gravidanza è in corso non elimina il rischio di insorgenza di malformazioni fetali e che c'è un rischio sostanziale di ricaduta psicopatologica che sarà necessario monitorare attentamente;
4.	<b>proseguire</b> la terapia con litio nel caso in cui si valuti un elevato rischio di ricaduta e un farmaco antipsicotico ha scarse possibilità di essere efficace; in questo caso assicurarsi che la donna sia informata sulla possibile insorgenza di malformazioni congenite se il litio viene assunto nell'arco del primo trimestre, sull'incompatibilità della terapia con litio e l'allattamento al seno considerato il rischio di tossicità per il neonato, sulla necessità di monitorare frequentemente i livelli di litiemia durante l'intero periodo perinatale; utile in questo caso un frazionamento della dose per evitare picchi plasmatici.

<b>LE PRINCIPALI INDICAZIONI DA SEGUIRE NEL CASO IN CUI SI PROSEGUA UNA TERAPIA CON IL LITIO NEL PERIODO PERINATALE SONO LE SEGUENTI:</b>	
1.	Valutare la litiemia ogni 3 settimane, poi ogni settimana dopo la 36esima settimana di gravidanza e aggiustare in base a questa i dosaggi terapeutici;
2.	Assicurarsi che la donna mantenga un livello adeguato di idratazione;
3.	Assicurarsi che la donna partorisca in un ospedale dotato di neonatologia di secondo livello;
4.	Assicurarsi che l'equipe di ginecologia e ostetricia monitori anche durante il parto i livelli di litiemia e di idratazione della partoriente a causa del possibile rischio di tossicità;
5.	Considerare di interrompere la terapia con litio 24/36 ore prima del parto e assicurarsi che sia valutata la litiemia a distanza di 12 ore dall'ultima somministrazione di litio
6.	Evitare allattamento al seno
7.	Preferire una posologia frazionata nell'ambito della giornata in 2-3 somministrazioni (es.8-14-20)

#### 12.3.4 Benzodiazepine

Secondo le Linee guida più recenti non è indicato proporre un trattamento con benzodiazepine alle donne nel periodo perinatale, a meno che non si evidenzi una condizione psicopatologica caratterizzata da ansia severa o agitazione e a meno che il trattamento non sia a breve termine.

È necessario valutare, ove possibile, la possibilità di una sospensione graduale delle eventuali benzodiazepine in corso, nel caso in cui la paziente pianifichi una gravidanza, sia incinta o abbia deciso di allattare al seno.

#### 12.4 Farmaci durante l'allattamento

Non è possibile incoraggiare l'allattamento al seno nei casi in cui la paziente è in trattamento con:

- Carbamazepina
- Clozapina
- Litio



In tutti gli altri casi va valutata con attenzione la terapia in corso facendo un ragionamento di valutazione rischi-benefici in base alla terapia in corso considerando il passaggio di questa nel latte materno.

Effettuare, sempre, un attento monitoraggio del neonato allattato al seno in corso di terapia psicofarmacologica della madre per la possibile insorgenza di effetti collaterali

### 13. Interventi di Home visiting

#### Chi effettua l'intervento di home visiting?

- Ostetrica
- Psicologo
- Se necessario l'ostetrica o la psicologa che effettua home visiting può richiedere la presenza in visita domiciliare dello psichiatra SaMeP

Lo scopo dei programmi di *home visiting* è quello di fornire sostegno concreto e qualificato alla triade familiare direttamente a domicilio, nel periodo subito successivo al parto. Non esiste un'unica metodologia chiaramente definita per questo intervento e il termine *home visiting* è stato utilizzato in modo diverso in vari contesti.

I programmi di *home visiting* forniscono sostegno rispetto all'allattamento al seno, alla cura del bambino, all'accesso, ove necessario, ai servizi sanitari. Con un atteggiamento non giudicante, supportivo, in alcuni casi maggiormente direttivo, il personale specializzato può sostenere la coppia genitoriale nell'allattamento, nella promozione del contatto skin-to-skin con il neonato, nell'attenzione all'igiene del neonato (lavaggio delle mani, attenzione alla qualità dell'acqua con cui si effettua il lavaggio), nella cura e successivo distacco del cordone ombelicale, nella cura della pelle del neonato. I programmi di home visiting possono, inoltre, avere l'importante compito di intercettare l'eventuale ulteriore necessità di ulteriori interventi sanitari per la triade genitoriale, valutando l'eventuale presenza di difficoltà su un piano fisico o psichico che meritano una presa in carico. Alcuni programmi di *home visiting* si sono rivelati particolarmente utili per i gruppi ad alto rischio, come le donne che subiscono abusi domestici o le famiglie che presentano una condizione economicamente o socialmente svantaggiata.

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev. I del 06/05/2025	Pag. 29 di 44
---	---	-----------------------	---------------

#### 14. Invio alla Linea Nascita a rischio della Asl Roma 1

È presente, nell'ambito dei servizi TSMREE della Asl Roma 1, un servizio di follow up dello sviluppo dei bambini nati con delle caratteristiche di vulnerabilità che ha la finalità di individuare precocemente le condizioni caratterizzate da alterazioni dello sviluppo neuropsicomotorio o quelle condizioni che presentano una predisposizione in questo senso, con l'obiettivo di fornire un intervento il più tempestivo possibile.

Studi epidemiologici suggeriscono che l'esposizione a fattori ambientali prenatali o caratteristici delle prime fasi di vita, può indurre alterazioni persistenti nel feto inducendo l'espressione di profili epigenetici differenti che possono esitare in una maggiore o minore suscettibilità a varie patologie croniche in età adulta.

Dati di letteratura suggeriscono che, a questo proposito, la relazione con le figure genitoriali, la loro modalità di cura, tutto ciò che si verifica nel periodo perinatale ha un ruolo determinante in termini di alterazioni epigenetiche.

I bambini esposti a maltrattamenti hanno maggiori probabilità di sviluppare una serie di problematiche sociali, emotive e comportamentali, tra cui ansia, depressione, problematiche di condotta e iperattività (Cecil et al., 2017; de Oliveira et al., 2018; Keyes et al., 2012; Ouyang et al., 2008). Molti di questi effetti non sono limitati all'infanzia, ma possono estendersi anche successivamente, in età adulta. Il maltrattamento infantile (*Child maltreatment*) è un solido predittore di disturbi psichiatrici nelle diverse età della vita (Caspi et al., 2014), associandosi non solo all'insorgenza di problematiche di salute mentale, ma anche ad un'età di insorgenza precoce di queste, ad un più elevato tasso di comorbidità, ad una maggiore gravità dei sintomi e ad una maggiore resistenza al trattamento farmacologico.

È stata attivata una collaborazione tra SaMeP e Linea nascita a rischio del TSMREE della Asl Roma 1 che prevede l'invio tempestivo (entro il 3° mese di vita) dei bambini nati da donne con patologia psichiatrica perinatale all'attenzione dei neuropsichiatri infantili dedicati alla valutazione precoce attraverso l'osservazione neurocomportamentale, valutazione e colloquio con i genitori, programmazione di interventi specifici e follow up con stesura del profilo di sviluppo.

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 30 di 44
---	---	----------------------	---------------

## 15. Richiesta di IVG nel secondo trimestre per patologia psichiatrica in atto: applicazione della Legge 194/78

Uno degli aspetti di particolare complessità dell'agire psichiatrico riguarda il ruolo dello psichiatra nelle procedure inerenti l'interruzione di gravidanza, una tematica che, a sua volta, rinvia a tutta una serie di specifici problemi gravati da serie implicazioni etico-deontologiche e medico-legali in cui lo psichiatra viene chiamato ad esprimere la sua valutazione come consulente.

Secondo la Legge 194/78, dopo i primi 90 giorni di gestazione, l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) può essere praticata: "a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna" (art. 6).

Cfr. Addendum **Procedura IVG** (Si rimanda al Paragrafo 11.1.3 pag 24 del "Percorso IVG ASL Roma 1" pubblicato in data 04.07.2024)

## 16. ALLEGATI

Allegato 1: EPDS Edinburgh Perinatal Depression Scale

Allegato 2: SCL 90 Symptoms Checklist 90 Items

Allegato 3: SCHEDA 1- SCHEDA 1 SaMeP

Allegato 5 ADDENDUM percorso-intervento Salute Mentale Perinatale SAMEP della ASL Roma 1

## 17. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA

Il presente Percorso è disponibile in forma cartacea nelle UU.OO e disponibile in formato digitale nell'applicativo intranet aziendale Risk Management SGLS a cui è possibile accedere con le proprie credenziali di dominio.

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 31 di 44
---	---	----------------------	---------------



## 18. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

La revisione del documento dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e/o cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 32 di 44
---	---	-------------------------	------------------

## Allegato 1: EPDS Edinburgh Perinatal Depression Scale

### EPDS (Cox *et al.*, 1987)

La preghiamo di segnare con una crocetta il numero corrispondente alla risposta che meglio descrive come si è sentiti nei sette giorni appena trascorsi e non soltanto come si sente oggi:

- |   |   |
|---|---|
| 1. Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose.                |   |
| Come facevo sempre  | 0 |
| Adesso, non proprio come al solito  | 1 |
| Adesso, decisamente un po' meno del solito  | 2 |
| Per niente  | 3 |
| 2. Ho guardato con gioia alle cose future.  |   |
| Come ho sempre fatto  | 0 |
| Un po' meno di quanto ero abituata a fare   | 1 |
| Decisamente meno di quanto ero abituata a fare                                      | 2 |
| Quasi per nulla   | 3 |
| 3. Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male.                     |   |
| Sì, il più delle volte  | 3 |
| Sì, qualche volta   | 2 |
| Non molto spesso  | 1 |
| No, mai   | 0 |
| 4. Sono stata preoccupata o in ansia senza un motivo valido.                        |   |
| No, per niente  | 0 |
| Quasi mai   | 1 |
| Sì, qualche volta   | 2 |
| Sì, molto spesso  | 3 |
| 5. Ho avuto momenti di paura e di panico senza un valido motivo.                    |   |
| Sì, moltissimi  | 3 |
| Sì, qualche volta   | 2 |
| No, non molti   | 1 |
| No, mai   | 0 |
| 6. Mi sentivo sommersa dalle cose.  |   |
| Sì, il più delle volte non sono stata affatto capace di far fronte alle cose        | 3 |
| Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito | 2 |
| No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose bene                               | 1 |
| No, sono riuscita a fronteggiare le situazioni bene come sempre                     | 0 |
| 7. Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire.                      |   |
| Sì, il più delle volte  | 3 |
| Sì, qualche volta   | 2 |
| Non molto spesso  | 1 |
| No, per nulla   | 0 |
| 8. Mi sono sentita triste ed infelice   |   |
| Sì, il più delle volte  | 3 |
| Sì, abbastanza spesso   | 2 |
| Non molto spesso  | 1 |
| No, per nulla   | 0 |
| 9. Sono stata così infelice che ho perfino pianto.                                  |   |
| Sì, il più delle volte  | 3 |
| Sì, abbastanza spesso   | 2 |
| Solo di quando in quando  | 1 |
| No, mai   | 0 |
| 10. Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente.                        |   |
| Sì, molto spesso  | 3 |
| Qualche volta   | 2 |
| Quasi mai   | 1 |
| Mai   | 0 |

## Allegato 2: SCL 90 Symptoms Checklist 90 Items

Paziente: .....

Data: .....

**ISTRUZIONI:** Nella lista che segue sono elencati problemi e disturbi che spesso affliggono le persone. La legga attentamente e cerchi di ricordare se ne ha sofferto NELL'ULTIMA SETTIMANA, OGGI COMPRESO, e con quale intensità tenendo conto che:

**0** = Per niente   **1** = Un poco   **2** = Moderatamente   **3** = Molto   **4** = Moltissimo

metta una crocetta sul numero corrispondente all'intensità del disturbo, senza saltarne nessuno

### QUANTO HA SOFFERTO DI:

01. Mal di testa .....	0	1	2	3	4
02. Nervosismo o agitazione interna.....	0	1	2	3	4
03. Pensieri spiacevoli che non si riesce a scacciare .....	0	1	2	3	4
04. Sensazione di svenimento o di vertigini .....	0	1	2	3	4
05. Perdita dell'interesse o del piacere sessuale .....	0	1	2	3	4
06. Tendenza a criticare gli altri .....	0	1	2	3	4
07. Idea che qualcuno possa controllare i suoi pensieri .....	0	1	2	3	4
08. Sensazione che gli altri siano responsabili dei suoi disturbi .....	0	1	2	3	4
09. Difficoltà a ricordare le cose .....	0	1	2	3	4
10. Preoccupazione per la sua negligenza o trascuratezza .....	0	1	2	3	4
11. Sentirsi facilmente infastidito o irritato .....	0	1	2	3	4
12. Dolori al cuore o al petto .....	0	1	2	3	4
13. Paura degli spazi aperti o delle strade .....	0	1	2	3	4
14. Sentirsi debole o fiacco .....	0	1	2	3	4
15. Idee di togliersi la vita .....	0	1	2	3	4
16. Udire voci che le altre persone non sentono .....	0	1	2	3	4
17. Tremori .....	0	1	2	3	4
18. Mancanza di fiducia negli altri .....	0	1	2	3	4
19. Scarso appetito .....	0	1	2	3	4
20. Facili crisi di pianto .....	0	1	2	3	4
21. Sentirsi intimidito nei confronti dell'altro sesso .....	0	1	2	3	4
22. Sensazione di essere preso in trappola .....	0	1	2	3	4
23. Paure improvvise senza ragione .....	0	1	2	3	4
24. Scatti d'ira incontrollabili .....	0	1	2	3	4
25. Paura di uscire da solo .....	0	1	2	3	4
26. Rimproverarsi per qualsiasi cosa .....	0	1	2	3	4
27. Dolori alla schiena .....	0	1	2	3	4
28. Sensi di incapacità a portare a termine le cose .....	0	1	2	3	4
29. Sentirsi solo .....	0	1	2	3	4
30. Sentirsi giù di morale .....	0	1	2	3	4
31. Preoccuparsi troppo per qualunque cosa .....	0	1	2	3	4
32. Mancanza di interessi .....	0	1	2	3	4
33. Senso di paura .....	0	1	2	3	4
34. Sentirsi facilmente ferito o offeso .....	0	1	2	3	4
35. Idea che gli altri percepiscano i suoi pensieri .....	0	1	2	3	4
36. Sensazione di non trovare comprensione e simpatia .....	0	1	2	3	4
37. Sensazione che gli altri non li siano amici o l'abbiano in antipatia.....	0	1	2	3	4
38. Dover fare le cose molto lentamente per essere sicuro di farle bene.....	0	1	2	3	4
39. Palpitazioni o sentirsi il cuore in gola .....	0	1	2	3	4
40. Senso di nausea o mal di stomaco .....	0	1	2	3	4
41. Sentimenti di inferiorità .....	0	1	2	3	4
42. Dolori muscolari .....	0	1	2	3	4



43. Sensazione che gli altri la guardino o parlino di lei .....	0	1	2	3	4
44. Difficoltà ad addormentarsi .....	0	1	2	3	4
45. Bisogno di controllare ripetutamente ciò che fa .....	0	1	2	3	4
46. Difficoltà a prendere decisioni .....	0	1	2	3	4
47. Paura di viaggiare in autobus, in treno o nella metropolitana .....	0	1	2	3	4
48. Sentirsi senza fiato .....	0	1	2	3	4
49. Vampate di calore o brividi di freddo .....	0	1	2	3	4
50. Necessità di evitare certi oggetti, luoghi o attività perché spaventano.....	0	1	2	3	4
51. Senso di vuoto mentale .....	0	1	2	3	4
52. Intorpidimento o formicolio in qualche parte del corpo .....	0	1	2	3	4
53. Nodo alla gola .....	0	1	2	3	4
54. Guardare al futuro senza speranza .....	0	1	2	3	4
55. Difficoltà a concentrarti .....	0	1	2	3	4
56. Senso di debolezza in qualche parte del corpo .....	0	1	2	3	4
57. Sentirsi teso e sulle spine .....	0	1	2	3	4
58. Senso di pesantezza alle braccia o alle gambe .....	0	1	2	3	4
59. Pensieri di morte o di morire .....	0	1	2	3	4
60. Mangiare troppo .....	0	1	2	3	4
61. Senso di fastidio quando la gente la guarda o parla di lei .....	0	1	2	3	4
62. Avere pensieri che non sono suoi .....	0	1	2	3	4
63. Sentire l'impulso di colpire, di ferire o di fare del male a qualcuno.....	0	1	2	3	4
64. Svegliarsi presto al mattino (senza riuscire a riaddormentarsi) .....	0	1	2	3	4
65. Aver bisogno di ripetere lo stesso atto come toccare, contare, lavarsi le mani.....	0	1	2	3	4
66. Sonno inquieto o disturbato .....	0	1	2	3	4
67. Sentire l'impulso di rompere gli oggetti .....	0	1	2	3	4
68. Avere idee o convinzioni che gli altri non condividono .....	0	1	2	3	4
69. Sentirsi molto imbarazzato in presenza di altri .....	0	1	2	3	4
70. Sensazione di disagio fra la folla, come nei negozi o al cinema .....	0	1	2	3	4
71. Sensazione che tutto richiede uno sforzo .....	0	1	2	3	4
72. Momenti di terrore o di panico .....	0	1	2	3	4
73. Sentirsi a disagio quando mangia o beve in presenza degli altri .....	0	1	2	3	4
74. Ingaggiare frequenti discussioni .....	0	1	2	3	4
75. Sentirsi a disagio quando è solo .....	0	1	2	3	4
76. Idea che gli altri non apprezzino il suo lavoro .....	0	1	2	3	4
77. Sentirsi solo anche in compagnia .....	0	1	2	3	4
78. Senso di irrequietezza tanto da non poter star seduto.....	0	1	2	3	4
79. Sentimenti di inutilità .....	0	1	2	3	4
80. Sensazione che sta per succederle qualcosa di brutto .....	0	1	2	3	4
81. Urlare o scagliare oggetti .....	0	1	2	3	4
82. Aver paura di svenire davanti agli altri .....	0	1	2	3	4
83. Impressione che gli altri possano approfittare di lei o delle sue azioni .....	0	1	2	3	4
84. Pensieri sul sesso che la affliggono .....	0	1	2	3	4
85. Idea di dovere scontare i propri peccati .....	0	1	2	3	4
86. Pensieri o immagini che fanno paura .....	0	1	2	3	4
87. Pensiero di avere una grave malattia .....	0	1	2	3	4
88. Non sentirsi mai vicino agli altri .....	0	1	2	3	4
89. Sentirsi in colpa .....	0	1	2	3	4
90. Idea che qualcosa non vada bene nella sua mente.....	0	1	2	3	4

#### Osservazioni:

Allegato 3: SCHEDA 1- SCHEDA 1 SaMeP

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Luogo intervista \_\_\_\_\_ Operatore \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_;

Titolo di studio: Elementari Licenza media Diploma Laurea o superiore;

Impiego lavorativo SI NO specificare quale \_\_\_\_\_;

**DOMANDE DI WHOOLEY**

*Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?* SI NO

*Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?* SI NO

Composizione del nucleo familiare (segnare con "X" chi vive nella stessa abitazione della Sig.ra):

Compagno / Marito ; Madre ; Padre ; Figli (N.\_\_\_\_); Fratelli (N.\_\_\_\_); Sorelle (N.\_\_\_\_); Altro  
(specificare \_\_\_\_\_)

Relazione di coppia: Coniugata Convivente Separata Vedova Relazione conflittuale

È presente un supporto familiare/sociale? SI , SCARSO , NO specificare \_\_\_\_\_

Settimana di gravidanza \_\_\_\_\_ Trimestre I, II, III Data ultima mestruazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Gravidanza Pianificata, Accidentale; A quante settimane ha scoperto di essere incinta? \_\_\_\_\_

La gravidanza procede bene? SI NO (eventuali problematiche \_\_\_\_\_)

Precedenti gravidanze? SI NO (quante? \_\_\_\_\_) Precedenti aborti? SI NO (quanti? \_\_\_\_\_)

La gravidanza è insorta con Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)? SI NO

Precedenti PMA? SI NO (quante? \_\_\_\_\_)

Notizie relative al parto: Data \_\_\_\_\_ Eutocico Distocico Parto operativo Cesareo  
programmato Cesareo d'urgenza; Complicanze \_\_\_\_\_

Soffre di una o più patologie somatiche? SI NO specificare \_\_\_\_\_

Assume una terapia farmacologica? SI NO specificare nome o classe ( psicofarmaci, antiaggreganti,  
antiaritmici, antibiotici, anticoagulanti, antidolorifici, antinfiammatori, antipertensivi, antistaminici, antivirali,  
cortisonici, diuretici, farmaci antiacido, statine) \_\_\_\_\_

Ha un'invalidità? SI NO

Ha avuto precedenti contatti con servizi di salute mentale? SI NO



Allegato 4: SCHEDA 2 SCHEDA SaMeP (DA INTEGRARE ALLA SCHEDA 1)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Luogo della visita \_\_\_\_\_ Operatore \_\_\_\_\_

Inviante \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Et  \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Nazionalit  \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_;

Paziente gi  in carico al DSM? SI NO CSM di riferimento \_\_\_\_\_

Assume una terapia farmacologica? SI NO ; specificare nome o classe ( antidepressivi, bdz, antipsicotici, stabilizzanti, ipnotici, antiaggreganti, antiaritmici, antibiotici, anticoagulanti, antidolorifici, antinfiammatori, antipertensivi, antistaminici, antivirali, cortisonici, diuretici, farmaci antiacido, statine) \_\_\_\_\_

Precedenti episodi psicopatologici? SI NO

Specificare \_\_\_\_\_

Precedenti trattamenti psicofarmacologici? SI NO

Specificare \_\_\_\_\_

Precedenti episodi psicopatologici nel periodo perinatale? SI NO

Precedenti ricoveri in ambiente psichiatrico? SI NO Quanti? \_\_\_\_\_

Familiarit  per disturbi psichiatrici (parenti di I grado)? SI NO

Specificare \_\_\_\_\_

Familiarit  per disturbi psichiatrici nel peripartum (parenti di I grado)? SI NO

Specificare \_\_\_\_\_

  presente una storia di trauma? SI NO ;

Il trauma   pregresso recente (ultimi 12 mesi)

Specificare: Fisico, Relazionale, Sessuale, Lutto, Separazione, Child-maltreatment, Child-neglect, Altro

Sono presenti in anamnesi episodi di autolesionismo? SI NO

Specificare \_\_\_\_\_

Anamnesi positiva per TS? SI NO

Specificare \_\_\_\_\_

  presente uso di sostanze? SI NO

L'uso di sostanze   pregresso recente (ultimi 12 mesi)

Specificare tipo di sostanza/e \_\_\_\_\_



EPDS: Pt tot \_\_\_\_\_ Item 10 \_\_\_\_\_ SCL-90: Pt tot \_\_\_\_\_

Ipotesi diagnostica: \_\_\_\_\_

**INTERVENTO / PERCORSO (A COMPILAZIONE DELLO PSICHIATRA SAMEP):**

Invio allo psicologo del consultorio di riferimento;

SaMeP 1 (invio allo psicologo del consultorio di riferimento + psichiatra SaMeP territoriale);

SaMeP 2 (presa in carico DSM + consulenza psichiatra SaMeP);

SaMeP 3 (consulenza psichiatrica per ricovero in SPDC);

Ho impostato una terapia psicofarmacologica? SI NO

Quale? \_\_\_\_\_

Ho confermato una terapia psicofarmacologica già presente? SI NO

Quale? \_\_\_\_\_

Consultorio familiare attivato: \_\_\_\_\_

Psichiatra di riferimento SaMeP (ove presente): \_\_\_\_\_

Psichiatra di riferimento al CSM (ove presente): \_\_\_\_\_

## **Allegato 5 ADDENDUM Percorso-intervento Salute Mentale Perinatale SAMEP della ASL Roma 1**

- I. Il Day Hospital Madre-Bambino
- II. Procedura IVG

### **I. Day Hospital Madre-Bambino**

#### **1. Razionale**

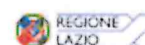
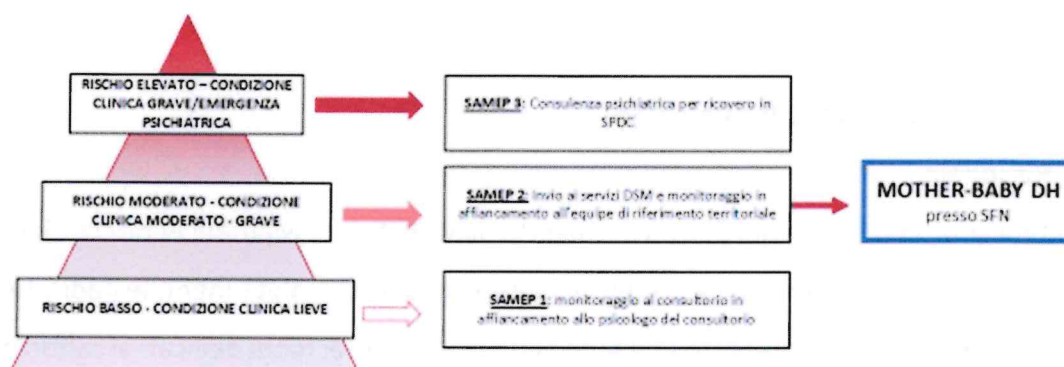
Negli ultimi anni, con l'avvio nel 2021 del progetto SaMeP (Salute Mentale Perinatale), la ASL Roma 1 ha intrapreso una trasformazione significativa nel campo della salute mentale dedicata al periodo perinatale. Il 2023 ha rappresentato una tappa cruciale, grazie ai fondi dedicati al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale. Tali risorse hanno consentito non solo l'organizzazione di giornate di formazione dedicate agli operatori, ma anche di incontri di manutenzione della rete degli operatori coinvolti, con l'obiettivo di garantire una continuità assistenziale efficace e una comunicazione costante tra i servizi.

L'azione più significativa è stata però la creazione del Day Hospital Madre-Bambino, un servizio altamente specializzato che rappresenta un unicum nel panorama nazionale. In Italia, infatti, non esistono ancora strutture analoghe alle Mother-Baby Units (MBU) presenti in altri paesi. Da qui nasce l'urgenza di costruire servizi perinatali specialistici che offrano un livello assistenziale intensivo, superiore rispetto a quello dei servizi territoriali, e che si rivolgano all'intero nucleo familiare — madre, padre e bambino. Il Day Hospital risponde a questa esigenza, prendendosi cura in particolare delle donne che, durante il periodo perinatale, presentano condizioni psicopatologiche medio-gravi (Livello SaMeP 2, vedi Fig. 1)

*Fig. 1 Stratificazione del rischio e popolazione target Day Hospital Madre-Bambino*

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 39 di 44
---	---	----------------------	---------------

## Consulenza psichiatrica specialistica SaMeP



### 2. Il Servizio di DH MB

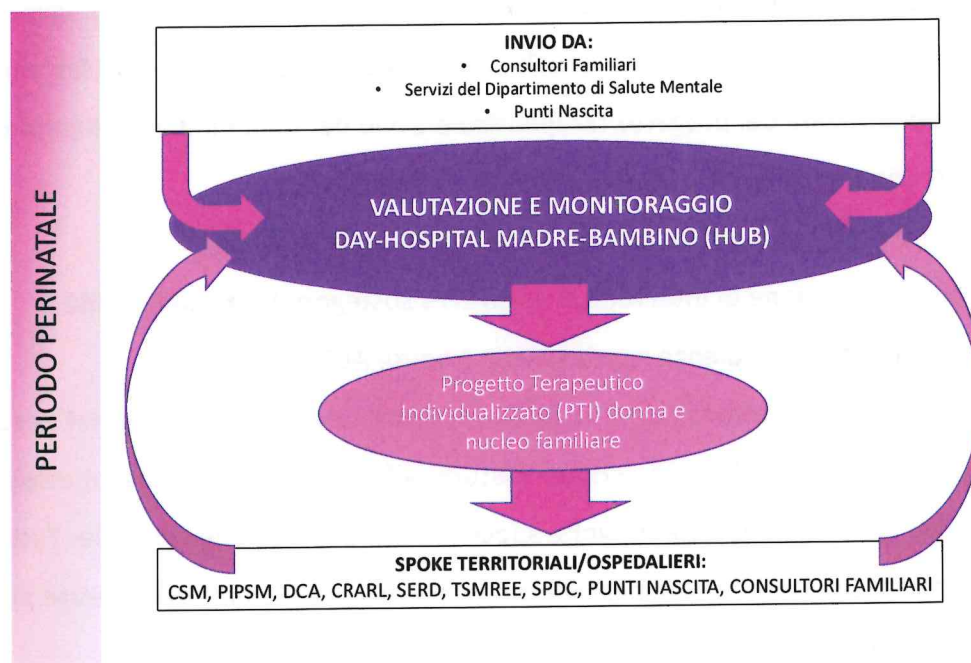
Il servizio, situato all'interno dell'Ospedale San Filippo Neri, è adiacente al SPDC e direttamente collegato ai servizi di Ginecologia, Ostetricia e Neonatologia. L'aspetto innovativo del Day Hospital Madre-Bambino risiede nel suo modello integrato di cura, che unisce interventi psichiatrici, psicoterapeutici, riabilitativi, sociali e consulenze specialistiche (ginecologiche, ostetriche, neonatologiche), ponendo al centro la relazione madre-padre-bambino.

Il servizio è rivolto alle donne, residenti nel territorio della ASL Roma 1, che presentano una problematica psichiatrica moderato-grave nel periodo perinatale, dal periodo preconcezionale alla gravidanza, ai primi 12 mesi post-partum.

Il Day Hospital Madre-Bambino consente una risposta rapida ai bisogni assistenziali, facilitando al tempo stesso l'integrazione tra tutti i servizi coinvolti nella rete perinatale. La struttura rappresenta infatti il cuore (Hub) di un sistema organizzato secondo il modello Hub-Spoke, dove i servizi territoriali e/o ospedalieri del DSM (UOC SM, PIPSM, DCA, SerD, CRARL, TSMREE, SPDC) e i Consultori Familiari dei 6 distretti della ASL costituiscono i poli territoriali (Spoke) (vedi Fig.2). Questo assetto consente una presa in carico capillare, flessibile e personalizzata, costruita sulle reali esigenze cliniche e relazionali della triade madre-padre-bambino.



Fig. 2 Modello Hub-Spoke della Salute Mentale Perinatale nella ASL Roma 1



### 3. Attività del Servizio DH MB

Il DH MB è attivo, un pomeriggio a settimana, il giovedì dalle ore 14 alle ore 19. L'équipe multidisciplinare è composta da psicologi, psichiatri, assistenti sociali, infermieri e terapisti della riabilitazione per la salute mentale. Le prestazioni offerte includono valutazioni multidisciplinari, valutazioni psicometriche, consulenze preconcezionali, terapie infusionali, esami clinici, trattamenti riabilitativi, gruppi psicoeducativi e psicoterapici, osservazione delle dinamiche relazionali, light therapy. Ogni intervento è inserito all'interno di un Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI), calibrato in base ai bisogni specifici della triade e al livello assistenziale necessario.

Il percorso clinico si articola in diverse fasi:

1. Colloquio clinico individuale per la donna nel periodo perinatale (preconcepimento, gravidanza, postpartum fino ai 12 mesi di vita del bambino);
2. Colloquio clinico di coppia e/o familiare;
3. Valutazione psicometrica estesa anche alla figura paterna:
  - la valutazione della madre prevede *Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)*, *Symptom Check List – 90 (SCL-90)*, *Family Adaptivity and Cohesion Evolution Scale (FACES IV)*; *Dyadic Adjustment Scale (DAS)*, *Problem Gambling Severity Index PGSI*; *Trail Making test A-B*; *Stroop test ridotto*;

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 41 di 44
---	---	----------------------	---------------

- la valutazione del padre prevede *Family Adaptivity and Cohesion Evolution Scale (FACES IV)*; *Dyadic Adjustment Scale (DAS)*; *Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA)*; *Problem Gambling Severity Index PGSI*; *Trail Making test A-B*; *Stroop test ridotto*
- 4. Definizione rapida del progetto terapeutico e avvio del piano individualizzato coordinando l'interfaccia tra i Servizi territoriali e ospedalieri coinvolti;
- 5. Follow-up strutturati di monitoraggio e continuità assistenziale;
- 6. Eventuale attivazione di interventi domiciliari a sostegno della genitorialità.
- 7. Attivazione delle consulenze specialistiche tramite ADT dal DH SPDC.

Un aspetto innovativo è l'attenzione alla figura paterna, spesso trascurata nei percorsi di cura tradizionali. Studi recenti evidenziano come i disturbi affettivi perinatali paterni colpiscano circa il 9-10% dei padri, con una frequenza tre volte superiore alla popolazione generale. Tuttavia, a causa di barriere culturali e della difficoltà maschile a esprimere il disagio emotivo, queste problematiche risultano spesso sottostimate.

Nei padri, le alterazioni affettive tendono a presentarsi in comorbidità con:

- Disturbi d'ansia (disturbo d'ansia generalizzato, attacchi di panico, fobie);
- Alterazioni del comportamento di malattia (disturbi di somatizzazione, sindromi mediche funzionali, preoccupazioni ipocondriache);
- Agiti comportamentali (crisi di rabbia, condotte violente, attività fisica o sessuale compulsiva, relazioni extraconiugali, fughe);
- Abuso di sostanze;
- Dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, dipendenza da internet).

#### 4. Modalità di accesso al DH MB

L'accesso al Day Hospital Madre-Bambino può avvenire attraverso diverse modalità, a seconda del contesto clinico e del servizio di provenienza:

- **Dai Servizi Territoriali del DSM** (UOC SM, PIPSM, DCA, SERD, CRARL, TSMREE), per le pazienti già in carico ai servizi del DSM l'invio avviene tramite il referente SaMeP territoriale attivato dalle equipe territoriali di riferimento per la paziente;
- **Dai Consultori Familiari:** effettuato lo screening di I e di II livello, è il referente SaMeP territoriale a raccogliere, in seguito a segnalazione, le informazioni cliniche e, sulla base della valutazione effettuata, decidere se proporre una consulenza all'interno del consultorio

PERCORSO-INTERVENTO "SALUTE MENTALE PERINATALE" SAMEP- ROMA I	PRO_18 DSM_4 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione_12/13/14/15/16/17Distretti	Rev.I del 06/05/2025	Pag. 42 di 44
---	---	----------------------	---------------

stesso o attivare l'invio diretto della paziente al Day Hospital Madre-Bambino, qualora sia necessaria una presa in carico più intensiva, in base alla stratificazione del rischio (SaMEP 2);

- **Dai Punti Nascita ospedalieri:** effettuato lo screening di I e di II livello, il referente SaMeP ospedaliero può scegliere di coinvolgere il referente SaMeP territoriale e indirizzare la paziente a una consulenza presso il Consultorio Familiare oppure direttamente al Day Hospital Madre-Bambino, in base alla stratificazione del rischio (SaMEP 2);
- **Da SPDC:** l'invio avviene tramite il referente SAMEP ospedaliero che effettua la stratificazione del rischio (SAMEP 2);
- **Dal DEA:** l'invio avviene tramite il referente SAMEP ospedaliero che effettua la stratificazione del rischio (SAMEP 2).

Questo sistema flessibile e articolato garantisce un accesso rapido e mirato, permettendo una presa in carico tempestiva delle situazioni più delicate e assicurando continuità tra i diversi livelli di assistenza. Nella Tabella 1 sono riportati i Referenti SAMEP territoriali e ospedalieri del DSM della ASL Roma 1.

REFERENTI SAMEP DSM ASL ROMA 1	
DISTRETTO 1	STELLA DE MARCO Psichiatra
DISTRETTO 2	MARZIA NICOLI Psichiatra
DISTRETTO 3	GIULIA LISI Psichiatra
DISTRETTO 13	ILARIA CUOMO Psichiatra MARIAGRAZIA LAISO Psicologa
DISTRETTO 14	CECILIAFUSCO Psichiatra
DISTRETTO 15	GERMANA MORETTI Psichiatra
PIPSM	CORINNA PANCHERI Psichiatra
SERD	DONATA CAIRA Psichiatra
SPDC S. SPIRITO	VALENTINA CORIGLIANO Psichiatra
SPDC S. FILIPPO NERI	MANUELA TREVISI Psichiatra
PSICOLOGIA Ospedaliera S. FILIPPO NERI SANTO SPIRITO	LAURA CIANCI MICHELA BARBATO



## II. Procedura IVG

Si rimanda al Paragrafo 11.1.3 pag 24 del “Percorso IVG ASL Roma 1” pubblicato in data 04.07.2024.

### Bibliografia

- Lisi G, Fusco C, Trincia V, et al. Perinatal mental health in ASL Roma 1: preliminary data from SaMeP, a specific pathway for healthcare in pregnancy and postpartum. *Evidence-based Psychiatric Care* 2022;8:87-93
- Fusco C, Trincia V, Lisi G, Coriale G, Gencarelli S, Solombrino S, Por-rari R, Scamporrino M, Attilia M, Pelo F, Dolci C, Di Stefano P, Per-petuini M, Piatti M, Rinaldi I, Anelli L, Ducci G. Dati preliminari per l'individuazione precoce di disturbi psichiatrici perinatali, dell'uso di alcol in gravidanza e per la prevenzione della sindrome feto-alcolica: un progetto integrato della ASL Roma 1 (aprile-agosto 2022). *Boll Epidemiol Naz* 2022;3(3):30-37.
- Battle CL, Howard MM. A mother-baby psychiatric day hospital: History, rationale, and why perinatal mental health is important for obstetric medicine. *Obstet Med.* 2014 Jun;7(2):66-70. doi: 10.1177/1753495X13514402. Epub 2014 Jan 10. PMID: 27512426; PMCID: PMC4934950.
- NICE (2014, aggiornato 2020). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE guideline CG192. Disponibile su: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Fonseca, A., Ganho-Ávila, A., Canavarro, M. C., & Riseup-PPD COST Action CA18138. (2023). *Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression.* Coimbra University Press.
- Vigod SN, Frey BN, Clark CT, Grigoriadis S, Barker LC, Brown HK, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Perinatal Mood, Anxiety, and Related Disorders. *Can J Psychiatry.* 2025 Feb 12:7067437241303031. doi:10.1177/07067437241303031.