

APPENDICE 2

Modello Pensare Positivo: implementare e valutare l'attività di *home visiting*

Il modello Pensare Positivo

Il manuale *Pensare Positivo*, traduzione e adattamento al contesto culturale italiano del manuale *Thinking Healthy* dell'OMS, è un supplemento operativo al progetto mhGAP-IG (10), che l'OMS ha attivato per il trattamento dei disturbi psichici in servizi sanitari non specialistici. Questo progetto intende adottare un'ottica di *task-shifting* (11), cioè di passaggio di competenze tecniche specifiche sui disturbi psichici da operatrici sanitarie con qualificazione formale nel campo della salute mentale ad altri operatori con qualificazione differente dalla salute mentale, ma specificamente formati. La maggioranza delle donne - durante il periodo della gravidanza e anche subito dopo il parto - ha occasioni di contatto prevalentemente con le operatrici sanitarie dei consultori, dei punti nascita e in particolare con le ostetriche.

Il manuale *Pensare Positivo* descrive in modo dettagliato un intervento psicosociale evidence-based di natura psicoeducativa specificamente sviluppato per situazioni di depressione nel periodo perinatale (12). I principi teorici, i passaggi operativi e le relative esercitazioni del manuale fanno riferimento alla terapia cognitivo-comportamentale, una forma di psicoterapia evidence-based strutturata (step by step) per modificare il ciclo di pensieri negativi (cognizioni) che producono emozioni disfunzionali e conseguenti azioni inadeguate. Il principio ispiratore dell'approccio, volto a condurre un intervento mirato a domicilio, è quello di "saper sostenere e non sostituirsi alle mamme con sintomatologia depressiva". Affinché quest'intervento domiciliare sia efficace nel modificare la complessa sintomatologia della depressione perinatale è necessario che le operatrici abbiano conoscenze specifiche sulla salute mentale della donna in gravidanza e puerperio, cioè come vive una donna che soffre di questo disturbo, quali sono i pensieri, le emozioni, le paure e i problemi che quotidianamente deve affrontare.

Corso di formazione

Il progetto BLUES ha attivato 7 corsi di formazione rivolti alle ostetriche dei consultori familiari sulla metodologia *Pensare Positivo* con l'obiettivo di ampliare le conoscenze di base sulla salute mentale della donna nel periodo perinatale e di generare un cambiamento negli atteggiamenti e nelle pratiche dei professionisti sanitari, perfezionando così le modalità di presa in carico e gestione di situazioni di depressione perinatale medio-lieve.

Nella fase di progettazione dei corsi è stato considerato come punto di partenza la necessità di sensibilizzare i discenti sul riconoscimento dei fattori di vulnerabilità personale della madre, oltre che dei punti di forza, sulla qualità dell'interazione con il neonato e

sulle possibili difficoltà socioculturali. La formazione ha permesso di identificare obiettivi strutturati e ha fornito tecniche d'intervento da implementare nei servizi. In particolare, l'approccio proposto è stato centrato su "come fare", cioè come affrontare in modo pratico eventuali problemi psicosociali e sintomi depressivi che una donna potrebbe incontrare nel periodo perinatale.

Pensando ai due componenti complementari dell'apprendimento (psico-educativo e relazionale), il corso prevede la presenza di due formatori (ostetrica e psicologo) con competenze e ruoli distinti, ma ambedue fondamentali e sinergici. L'apporto del formatore ostetrico aiuta le operatrici sanitarie a identificarsi empaticamente in un percorso psicosociale, mirato a sostenere comportamenti depressivi perinatali, che amplia e integra la competenza dell'ostetrica acquisita nella formazione accademica di base. La presenza del formatore psicologo invece sostiene le abilità dei partecipanti nelle dinamiche del gruppo di lavoro, facilita le esperienze nel mettersi in gioco nelle attività di role-playing, aggiunge riflessioni emotive e relazionali per saper dare significato emotivo ai pensieri e ai comportamenti delle donne.

Una prerogativa indispensabile nella progettazione e realizzazione del corso di formazione riguarda il coinvolgimento e la collaborazione a livello istituzionale, poiché questi due elementi rappresentano uno snodo fondamentale rispetto alla possibilità di gestire i casi di depressione perinatale attraverso un'équipe multidisciplinare e, a volte, in un assetto interdipartimentale (dipartimento materno-infantile e dipartimento di salute mentale e dipendenze). La partecipazione istituzionale determina anche ruoli, compiti e responsabilità differenti del personale che viene formato e introdotto nell'attivazione degli interventi psicoeducativi domiciliari secondo il modello *Pensare Positivo*.

Ogni azienda sociosanitaria presenta delle procedure operative e prassi consolidate di cui è necessario tenere conto, anche in virtù dei cambiamenti che il percorso formativo ingenera. Va sempre previsto, pertanto, un incontro preliminare (almeno quattro ore) con i dirigenti e coordinatori dei servizi ospedalieri e territoriali interessati. Lo scopo è di conoscere i modelli d'intervento multidisciplinare in atto, mappando le strutture sanitarie dell'area materno-infantile esistenti sul territorio, le prassi istituzionali e le modalità di screening previste nei percorsi di prevenzione della sindrome depressiva perinatale. L'incontro è finalizzato anche ad approfondire alcuni temi, quali le competenze professionali integrate (ad esempio, chi fa cosa), che vanno ripresi e utilizzati nell'attività di formazione. È necessario, inoltre, individuare e condividere con i dirigenti e coordinatori tutti quegli elementi che

possano facilitare la programmazione e la progressiva implementazione dell'attività di *home visiting* all'interno dell'organizzazione complessiva delle azioni dei servizi (ad esempio, le situazioni più frequentemente difficili da gestire, gli strumenti operativi, le criticità a livello operativo, l'utilizzo efficiente delle risorse, l'informazione agli altri professionisti che operano nel servizio ecc.). Inoltre, è indispensabile prevedere che il professionista sanitario, che dovrà svolgere il programma di *home visiting*, sia supportato da un lavoro di équipe e/o da un'attività di screening e di valutazione clinico-psicologica del caso, poiché da questi punti di snodo principali passa l'opportunità di realizzare interventi integrati efficaci.

Un elemento indispensabile per il successo del metodo Pensare Positivo è l'integrazione con gli psicologi. Da un lato all'inizio del trattamento è necessario effettuare sempre una valutazione clinico-psicologica per confermare la diagnosi ed evitare interventi rischiosi, legati al mancato riconoscimento di disturbi mentali gravi. Il programma di *home visiting* secondo il modello Pensare Positivo non è applicabile, infatti, nei casi di grave psicopatologia: disturbi psicotici, disturbi di personalità, disturbi del comportamento alimentare e problematiche legate all'uso di sostanze o altre dipendenze con sintomatologia attiva. Successivamente, durante la conduzione dell'attività di *home visiting* il ruolo dello psicologo è indispensabile per integrare la professionalità ostetrica nel momento in cui sorgessero difficoltà cliniche non risolvibili con la tecnica psicoeducativa e per lo svolgimento delle attività di supervisione sui casi in trattamento. A questo fine, il processo formativo prevede una sessione informativa riservata agli psicologi che lavorano nei consultori, perché possano comprendere appieno le finalità del progetto, le tecniche usate e gli aspetti di integrazione all'interno del consultorio.

La metodologia del corso prevede la presentazione degli argomenti teorici da apprendere, approfondendoli attraverso esempi esperienziali.

La programmazione del lavoro formativo è stata suddivisa in sei giornate: due giornate introduttive (16 ore) sulla salute mentale della donna in gravidanza; sulle dinamiche di coppia e familiari; sulla relazione madre-bambino; sullo screening e sull'approccio relazionale con la donna con depressione; sulle credenze, i miti sulla maternità e l'influenza degli aspetti socioculturali e infine sul trattamento farmacologico della depressione.

Successivamente sono state condotte altre quattro giornate (48 ore) d'insegnamento e di esercitazioni pratiche, mirate all'acquisizione della metodologia relativa ai cinque moduli del manuale Pensare Positivo, che coprono il periodo compreso tra la 14^a settimana di gravidanza e il primo anno di vita del bambino, per un totale massimo di 16 interventi domiciliari. L'intervento è articolato sulla gestione di tre specifiche aree considerate particolarmente a rischio a seguito di diagnosi di depressione perinatale: i) la salute della madre; ii) la relazione della madre con il bambino; iii) la relazione della madre con le persone che la circondano. Inoltre, un interessante apporto che completa il percorso psicoeducativo del manuale è il Calendario della salute, in cui sono allegati utili tabelle (ad esempio, umore, sonno, alimentazione) da utilizzare come strumenti a supporto delle tappe e/o degli ostacoli nello sviluppo dell'intervento di *home visiting*.

Il corso formativo è considerato completato dopo altre 16-20 ore di supervisione dei casi presi in carico, suddivisibili in mezza giornate. Un importante aspetto da valutare nel corso della supervisione riguarda il lavoro di équipe, inteso come prerequisito indispensabile per l'applicazione del programma psicoeducativo domiciliare proposto dal metodo Pensare Positivo. È quindi necessaria, all'interno di questi incontri di supervisione, la presenza degli psicologi che operano nei consultori.

Durante ogni corso (non più di 15 ostetriche), sono proposti sistematicamente casi clinici, role-playing e filmati riguardanti la relazione madre/bambino per consolidare l'apprendimento teorico.

La finalità del corso di formazione - secondo la metodologia Pensare Positivo - è quella di sviluppare le abilità specifiche nell'attività di *home visiting*, integranti le competenze e l'assistenza ostetrica, affinando la capacità di riconoscere i passaggi importanti per la donna e la sua famiglia e di saperli utilizzare al momento giusto (già durante i role-playing). In tal modo viene acquisita progressivamente una competenza propria e un'empatia relazionale su un metodo strutturato ed evidence based, utile e integrabile nella professionalità quotidiana.

Complessivamente sono state formate 110 operatrici dei servizi consultoriali (ostetriche 80%, infermiere 20%), per complessive 400 ore di corso. Il livello di gradimento è stato elevato, oscillando tra 3,4/4 per le sessioni del 2019 a 3,9/4 per quelle del 2020.

Riferimenti bibliografici

1. Regione Lombardia. Documento finale del Gruppo di Approfondimento Tecnico Percorso di diagnosi e cura per la depressione perinatale in Lombardia. 2016 (documento non accessibile).
2. 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. doi: 10.1192/bjp.150.6.782
3. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>; ultimo accesso 8/3/2022.
4. Clinical Evidence Mental Health. *The international source of the best available evidence for mental health care*. London: BMJ Publishing Group; 2004.
5. Morrell CJ, Sutcliffe P, Booth A, Stevens J, Scope A, Stevens M, et al. A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health Technol Assess* 2016;20(37):1-414. doi: 10.3310/hta20370
6. The Royal College of Midwives. *Caring for Women with Mental Health Problems. Standards and Competency Framework for Specialist Maternal Mental Health Midwives*. 2015. <https://maternalmentalhealthalliance.org/wp-content/uploads/Caring-for-Women-with-Mental-Health-Problems-Standards-and-Competency-Framework-for-SMHMs-2015.pdf>; ultimo accesso 9/3/2022.
7. World Health Organization. *Thinking Healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression*. Geneva: World Health Organization; 2015.
8. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1991;59(1):12-9. doi: 10.1037//0022-006x.59.1.12
9. Matthey S. Calculating clinically significant change in postnatal depression studies using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord* 2004;78(3):269-72. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00313-0
10. World Health Organization. *mhGAP Intervention Guide - Version 2*. Geneva: World Health Organization; 2010.
11. World Health Organization. *Task shifting. Global recommendations and guidelines*. Geneva: World Health Organization; 2008.
12. Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008;372(9642):902-9. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61400-2