

MODELLO DI INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE DEDICATO ALL'ASSISTENZA DELLE COPPIE CHE RICORRONO ALL'INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA DOPO DIAGNOSI DI ANOMALIA FETALE RILEVANTE.

Claudia Boaretti**, Lorenza Todero*, Sonja Perentaler **, Irene Sciacovelli*, Maria Carmen Carbone*, Alessandro Demattè*, Valentina Chiarelli **, Claudia Paoli*, Silvana Selmi **, Elena Bravi ** e Fabrizio Taddei*

*U.O. Ginecologia e Ostetricia – Ospedale S. Maria del Carmine – Ospedale di Rovereto

**UO di Psicologia Azienda Provinciale per Servizi Sanitari - Provincia Autonoma di Trento

RAZIONALE

La diagnosi prenatale e la Legge 194 del 1978 possono modificare le aspettative e vissuti delle coppie in attesa di avere un bambino, in quanto permettono di cambiare, anche in modo radicale, la scelta rispetto alla gravidanza in atto.

La decisione che le coppie devono prendere è spesso accompagnata da un vissuto di tristezza, angoscia, rabbia, dolore ma anche confusione, paura e senso di colpa e di responsabilità. Questi sentimenti possono essere di difficile gestione anche per il personale dell'equipe curante che deve assicurare una comunicazione chiara e comprensibile garantendo una presa in carico individualizzata.

Recenti studi dimostrano come l'approccio multidisciplinare ed interdisciplinare rappresentino il modello di presa in carico più efficace della donna e del suo partner. L'intervento, soprattutto psicologico, strutturato nel tempo, fornisce, inoltre, l'opportunità di mantenere un monitoraggio costante dell'efficacia terapeutica e dell'andamento della salute psico-fisica della coppia

OBIETTIVO

Il presente lavoro ha l'obiettivo di descrivere il lavoro d'equipe multidisciplinare pensato per le coppie che ricevono una diagnosi di anomalia fetale.

Nello specifico, si vuole mostrare l'intervento della consulenza psicologica volto a offrire il miglior supporto alla donna e al suo partner nel percorso diagnostico e nella scelta sulla gravidanza, nell'intento di prevenire e/o contenere eventuali sintomi psicopatologici derivanti da una decisione non consapevole.

L'intervento dello psicologo non entra infatti nel merito della scelta, ma rassicura la donna e il suo partner sulla loro capacità di decidere e sostiene la consapevolezza della scelta e dei suoi significati emotivi e psicologici.

METODO

Nel 2016 l'U.O. di Ginecologia e Ostetricia e l'U.O. di Psicologia, hanno attivato un modello assistenziale multidisciplinare dedicato alle donne e ai loro partner che incorrono in una diagnosi di anomalia fetale.

Nello specifico, nel momento in cui la coppia viene inviata dal medico ginecologo del ambulatorio di Medicina Materno-fetale e Diagnosi Prenatale allo psicologo ospedaliero presso l'Ospedale S. Maria del Carmine, l'intervento psicologico si articola su:

- colloqui psicologici a sostegno alla consapevolezza della diagnosi da parte dei genitori e affiancamento dei medici durante la comunicazione della diagnosi;
- sostegno psicologico durante il ricovero, nel momento in cui la donna sceglie di interrompere la gravidanza e lavoro d'equipe con gli operatori coinvolti;

- sostegno psicologico e accompagnamento alle coppie che scelgono di proseguire la gravidanza;
- percorso di elaborazione lutto (individuale, di coppia, e/o in gruppo);
- presenza alla comunicazione degli esiti dell' autopsia.

Lo psicologo che svolge il primo colloquio con la coppia garantisce la presa in carico continuativa affinché alla donna e il suo partner venga assicurata la stabilità assistenziale.

RISULTATI

L'analisi si basa su un campione di 35 donne (33%) su un totale di 106 gestanti con feto affetto da patologia malformativa diagnosticata presso l'Ambulatorio di Medicina Materno-fetale e Diagnosi Prenatale nel periodo che va dal 2016 al 30 giugno 2018 (Tabella 1). Per queste 35 donne è stato richiesto il coinvolgimento attivo dello psicologo.

Feti con anomalie = 106 (periodo 2016 - giugno 2018)					
Anomalie genetiche	IVG	Anomalie strutturali con genetica normale	IVG	Anomalie strutturali, no genetica	IVG
32	29	36	16	38	0

Tabella 1

L'età delle 35 donne ha un *range* compreso tra 19 e 46 anni; il 66% (23 donne) ha età compresa tra i 35 e i 41 anni.

8 donne hanno deciso di proseguire la gravidanza dopo la diagnosi di anomalia fetale (la maggior parte dei feti presentava malformazioni a prognosi favorevole), solo in una circostanza, il proseguimento di gravidanza ha riguardato un feto con Trisomia 21.

27 donne (77%) hanno scelto di interrompere la gravidanza: per 2 di loro, con diagnosi entro il 90° giorno di gestazione, si è ricorso ad una IVG in base all'art. 4 della Legge 194. Per tutte le altre è stato applicato l'art. 6 (par. b) della Legge 194. Per 4 donne la procedura è stata eseguita con metodica di isterosuzione (media settimane gestazionali al momento dell'interruzione di 13SG + 3gg), con un intervallo di tempo medio dedicato agli accertamenti tra il momento del sospetto diagnostico e la procedura di interruzione di 2 SG+ 3gg. Per le restanti 21 si è ricorso a parto indotto (media settimane gestazionali al momento dell'interruzione di 18SG + 2gg). Per quest'ultime, il tempo medio trascorso dal momento del sospetto diagnostico a quello della procedura di interruzione, è stato di circa 5 settimane. Solo 8 donne hanno atteso un tempo maggiore ed ha riguardato i casi in cui il feto non presentava anomalie genetiche note ma anomalie organiche complesse per cui la diagnosi ha richiesto accertamenti più prudenti e consulenze specialistiche multidisciplinari.

Rispetto al supporto psicologico:

tra le 7 donne (età media 33 anni e 6 mesi, *range* tra 19 anni e 39 anni) che hanno scelto di proseguire la gravidanza:

- 6 hanno scelto di avere una consulenza psicologica nel momento della scelta;
- 4 hanno optato per una consulenza di coppia;

tra le 27 donne che hanno optato per l'interruzione:

- 2 (età media 36 anni) che hanno avuto accesso all'IVG, non hanno chiesto nessun intervento psicologico;
 - 4 (età media 37 anni) sono state sottoposte ad isterosuzione: il 50% ha chiesto una presa in carico psicologica di coppia dal momento della diagnosi fino al post ricovero. Per la maggior parte di loro i feti presentavano una anomalia incompatibile con la vita;
 - 21 (età media 36 anni, *range* tra 21 e 46 anni) sono state sottoposte a parto indotto. Per 11 di loro, i feti presentavano anomalie complesse con prognosi *quoad vitam* incerta mentre per 10, i feti presentavano Trisomia 21 senza patologie extra associate.
- 9 donne (43%) hanno chiesto consulenza psicologica nella fase decisionale: di queste, tutte hanno chiesto una consulenza di coppia e 4 hanno domandato una presa in carico continuativa collegata anche al momento del ricovero.
- In generale, dei 21 casi, il 60% ha usufruito di un supporto psicologico di coppia che si è concluso a distanza di tempo dalla dimissione dal reparto.
- Per le 12 donne che non hanno voluto una consulenza psicologica nella fase decisionale, il 67% lo ha richiesto nel momento del ricovero. La consulenza psicologica rivolta alla donna ha riguardato il 62% dei casi.
- Circa il 20% non ha mai richiesto presso il nostro servizio, una consulenza psicologica per elaborare l'esperienza dell'interruzione di gravidanza oltre le 16 SG.

DISCUSSIONE

Questo modello di presa in carico ha permesso di rispondere in ottica multidisciplinare ai bisogni emotivi e psicologici delle coppie che si trovano a dover affrontare la diagnosi prenatale a sostegno di un percorso di scelta consapevole e condivisa al fine di contenere eventuali esiti psicologici negativi della rinuncia e perdita di un figlio.

Il nostro approccio ha permesso di rilevare alcuni comportamenti dell'utenza e di cogliere meglio l'importanza dell'intervento psicologico:

- il momento decisionale non è destabilizzante unicamente per la donna e la consulenza psicologica viene richiesta per una riflessione di coppia rispetto alle responsabilità decisionali. A prescindere dall'esito delle considerazioni, il 51% delle coppie ha riferito come importante la condivisione delle riflessioni con lo psicologo l'essere stati accompagnati nel percorso di scelta;
- per coloro che hanno vissuto nell'intimità la propria scelta, la maggior parte, circa il 67%, ha ritenuto, invece, importante avere un confronto psicologico in sede di ricovero per elaborare la perdita di un figlio, reputata più importante della scelta di interruzione. In tale circostanza la richiesta è stata di supporto individuale piuttosto che di coppia;
- delle donne che hanno usufruito di un supporto continuativo iniziato nella fase decisionale, il 67% ha preferito un percorso di coppia che si è concluso a distanza di tempo dalla dimissione dall'ospedale. Per queste coppie il percorso psicologico non si è protratto oltre gli 8 colloqui;
- non ci sono state richieste di consulenza psicologica da parte dei partner delle donne.

CONCLUSIONI

Una qualsiasi scelta da parte della donna e del suo partner, ha mostrato di non essere "perfetta" o la "migliore" in assoluto, ma la migliore possibile per quella specifica coppia e in quelle particolari circostanze.

La multidisciplinarietà e la tempestività con cui la rete di collaborazione si attiva presso la nostra struttura, si è rivelata una efficace opportunità di aiuto per queste coppie in un momento ritenuto di vulnerabilità. Dalla nostra osservazione emerge che più è precoce la presa in carico di una donna che riceve una diagnosi di anomalia fetale, maggiore è la possibilità di coinvolgere il partner, quindi di accrescere quelle risorse affettive e cognitive tipiche di una relazione di coppia. Questo permette agli operatori sanitari di sviluppare un atteggiamento maggiormente inclusivo nei confronti dei partners accompagnatori, contribuendo a valorizzare il loro rapporto e a riconoscere i bisogni spesso sottostimati della paternità.

Inoltre il lavoro di equipe ha rappresentato una risorsa importante anche nell'elaborazione di eventuali vissuti emotivi correlati degli operatori sanitari coinvolti.

Bibliografia (parte psicologica)

1. Bellieni CV., Buonocore G.: "Abortion and subsequent mental health: Review of the literature." *Psychiatry Clin. Neurosc.* 67 (5): 301-10. (2013)
2. Bradshaw Z, Slade P.: "The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature." *Clin. Psych. Rev* 23: 929–58. (2003)
3. Broen AN., Moum T., Bodtke AS, Ekeberg O. "Reason for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study." *Gen Hosp Psychiatry* 27: 36-43. (2005)
4. Broen AN., Moum T., Bodtke AS, Ekeberg O. "Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: a longitudinal five-year follow-up study." *Acta Obstet Gynecol Scand* 85 (3): 317-23. (2006)
5. Coleman PK. "Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009." *Br J Psychiatry* 199 (3): 180-6. (2011)