

Progetto regionale

MISURE AFFERENTI ALLA DIAGNOSI, CURA E ASSISTENZA DELLA SINDROME DEPRESSIVA POST PARTUM

Silvana Borsari Elena Castelli

Regione Emilia-Romagna

Progetto regionale

Premesse

Il disagio psichico perinatale
Bologna, 17 settembre 2018



Suicidio materno: i risultati dello studio retrospettivo

Ilaria Lega, Alice Maraschini, Silvia Andreozzi,
Paola D'Aloja, Laura Lauria, Claudia Ferraro,
Serena Donati e il Gruppo di lavoro regionale
della mortalità materna

Reparto Salute della donna e dell'Età evolutiva - Centro
Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione
della Salute - Istituto Superiore di Sanità



Conclusioni



- Il suicidio materno è una causa importante di mortalità materna in Italia
- Nella popolazione in studio l'effetto protettivo della gravidanza e della maternità nei confronti del suicidio sembra assente nelle donne che partoriscono ≥ 40 anni
- Nelle donne che effettuano una IVG il numero di suicidi per 100.000 IVG è più elevato sotto i 25 anni che nelle altre fasce di età
- Una storia di disturbo mentale precedente è frequente nelle donne che si suicidano entro un anno dal termine della gravidanza
- Nonostante i frequenti contatti con servizi e professionisti sanitari durante la gravidanza e nel periodo perinatale, spesso disturbi mentali anche gravi non vengono registrati/riconosciuti. I professionisti della salute mentale e del percorso nascita devono essere consapevoli del problema
- L'ideazione suicidaria entro un anno dalla gravidanza deve essere presa molto seriamente, particolarmente durante il puerperio



Raccomandazioni per la prevenzione del suicidio materno

Criticità:

- mancanza di comunicazione e di continuità delle cure fra medicina generale, servizi per la maternità e per le IVG e servizi per la salute mentale
- mancanza di valutazione anamnestica dei problemi di salute mentale
- sottostima della gravità del problema

Raccomandazioni e azioni chiave:

- la comunicazione tra servizi e l'integrazione delle diverse professionalità è essenziale per prestare cure di buona qualità alle donne con problemi di salute mentale
- la valutazione dello stato di salute mentale, ripetuta nel tempo, deve essere parte integrante della presa in carico della donna durante la gravidanza, dopo il parto e dopo IVG



“Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM”

Fattibilità e criticità dello screening della salute psichica in gravidanza e in puerperio

Silvana Borsari Elena Castelli

Regione Emilia-Romagna

Clara Cicconetti Stefania
Guidomei

Burlo Garofalo

Azienda USL di Bologna

Il disagio psichico perinatale. Bologna, 17 settembre 2018

Criticità

- Per i professionisti:
- Difficoltà ad aderire a un protocollo che modifica le prassi assistenziali (resistenze al cambiamento)
- Resistenza ad indagare su un tema “nuovo” sul quale permangono «*pregiudizi*»
- Difficoltà a mettere in campo una risposta adeguata anche in relazione ai tempi di lavoro (se individuo il problema, devo dare una risposta)

Criticità

- Per le donne:
- Difficoltà a richiedere aiuto su queste tematiche sensibili con i sanitari ed in particolare coi medici
- Resistenza a comunicare il disagio per paura di giudizi rispetto alle proprie capacità genitoriali
- Stereotipi della «gravidanza felice» e della «brava mamma» rendono difficile dichiarare il malessere e richiedere aiuto

Criticità e fattibilità

- Percorsi di presa in carico
- Necessariamente standardizzati non specifici sui bisogni:
 - casi gravi, inviati allo Psichiatra
 - casi meno gravi, inviati allo Psicologo o al Servizio Sociale

Si è resa evidente la necessità di **attivazione dell'equipe specifica multiprofessionale su ogni caso**, costituita dai professionisti della rete coinvolti di volta in volta

Criticità e fattibilità

- La valutazione a distanza (6 mesi- 1 anno) dell'efficacia degli interventi non era prevista
- Mancanza di comunicazione e di continuità delle cure fra medicina generale, servizi per la maternità e servizi per la salute mentale nonostante il lavoro effettuato di mappatura della rete e di definizione delle modalità di relazione tra i vari punti

La **comunicazione fra servizi** è essenziale per prestare cure di buona qualità alle donne con problemi di salute mentale e psico-sociali, pertanto andranno individuati ulteriori strumenti e strategie di relazione tra i vari punti della rete

Punti di forza del progetto

- È stato definito un protocollo d'intervento per l'intercettazione precoce del disagio psichico perinatale basato sulle evidenze ed è stata dimostrata la sua fattibilità in realtà assistenziali differenti
- Abbiamo fornito ai professionisti, strumenti per individuare e affrontare bisogni sempre più complessi e più frequenti, in particolare la capacità di analisi delle reti locali per migliorarne il funzionamento
- È stata individuata una modalità di lavoro tra i soggetti coinvolti nella rete e di ascolto dei bisogni delle donne che attraverso momenti condivisi di valutazione può determinare un miglioramento continuo dell'assistenza

La prevalenza della violenza in gravidanza

I dati Istat del 2014 evidenziano come il fenomeno della violenza in gravidanza sia aumentato passando dal 10,2% (2006) all' 11,8%.

Per le donne che l' hanno subita in questo periodo, l' intensità della violenza è rimasta costante nel 57,7% dei casi , per il 23,7% è diminuita, per l' 11,3% è aumentata e per il 5,9% è iniziata.

da Paola Picco

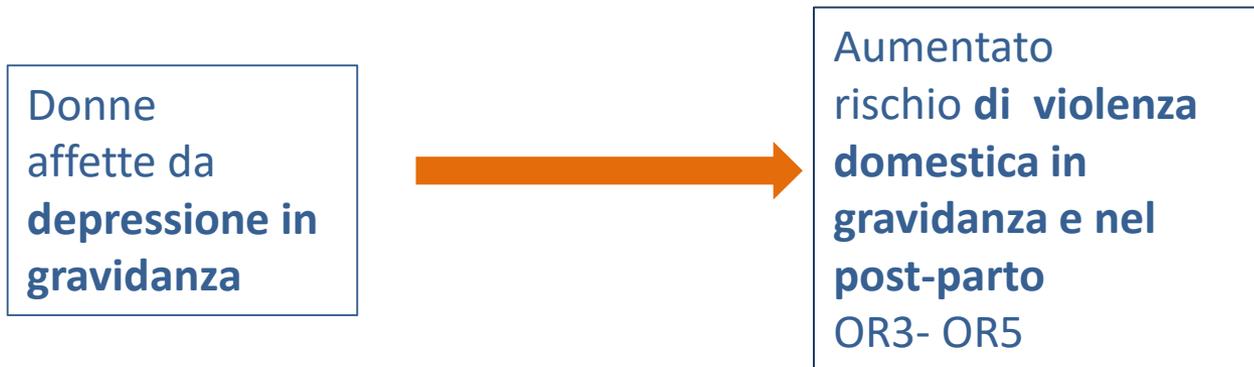
«Violenza domestica in gravidanza e salute perinatale»

Bologna 17 settembre 2018



Conseguenze della violenza in gravidanza e puerperio

Salute mentale



da Paola Picco

«Violenza domestica in gravidanza e salute perinatale»

Bologna 17 settembre 2018



**IL PIANO SOCIALE
E SANITARIO
DELLA REGIONE
EMILIA-ROMAGNA
2017-2019**



- 1. *Case della salute e Medicina d'iniziativa*
- 2. *Riorganizzazione rete ospedaliera e territoriale integrata*
- 3. *Cure intermedie e sviluppo Ospedali di comunità*
- 4. *Budget di salute*
- 5. *Riconoscimento ruolo caregiver*
- 6. *Progetto di vita, Vita indipendente, Dopo di noi*
- 7. *Rete cure palliative*
- 8. *Salute in carcere, umanizzazione e reinserimento*



- 9. *Medicina di genere*
- 10. *Contrasto dell'esclusione sociale (povertà estrema,...)*
- 11. *Equità: metodologie e strumenti*
- 12. *Inclusione persone straniere neo-arrivate*
- 13. *Fondi integrativi extra LEA*
- 14. *Pari opportunità e differenze di genere, generazione, cultura, (dis)abilità....*
- 15. *Potenziamento interventi nei primi 1000 giorni di vita*
- 16. *Sostegno alla genitorialità*
- 17. *Progetto Adolescenza*
- 18. *Salute sessuale e riproduttiva, prevenzione sterilità*
- 19. *Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico*
- 20. *Invecchiamento attivo in salute e tutela fragilità*
- 21. *Innovazione rete per anziani nell'ambito del FRNA*

- 30. *Aggiornamento di strumenti e procedure sociosanitarie*
- 31. *Riorganizzazione/miglioramento assistenza alla nascita*
- 32. *Equità d'accesso a prestazioni sanitarie*
- 33. *Miglioramento accesso in emergenza-urgenza*
- 34. *Metodologie per innovare organizzazioni e pratiche professionali*
- 35. *ICT strumento per nuovo modello e-welfare*
- 36. *Consolidamento e sviluppo Servizi sociali territoriali*
- 37. *Qualificazione accoglienza/tutela 0-18 anni e neomaggiorienni con bisogni sociosanitari complessi*
- 38. *Nuovo calendario vaccinale e miglioramento coperture*
- 39. *Livelli essenziali delle prestazioni sociali*

- 22. *Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)*
- 23. *Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (Lr 14/2015)*
- 24. *La casa come fattore di inclusione e benessere sociale*
- 25. *Contrasto alla violenza di genere*

- 26. *Empowerment e partecipazione di comunità (PRP)*
- 27. *Capirsi fa bene alla salute (Health literacy)*
- 28. *Valorizzazione conoscenze esperienziali e Aiuto tra pari*
- 29. *Partecipazione civica e collaborazione tra pubblico ed Enti del terzo settore*



Progetto regionale

**MISURE AFFERENTI ALLA
DIAGNOSI, CURA E ASSISTENZA
DELLA SINDROME DEPRESSIVA
POST PARTUM**

Responsabile del progetto

Dott. Luca Barbieri

Responsabile Servizio Assistenza Territoriale, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna

Unità operative partecipanti

Regione Emilia-Romagna (ruolo di coordinamento e monitoraggio)

Ausl Piacenza Ausl Parma Ausl Reggio Emilia

Ausl Modena Ausl Bologna Ausl Ferrara

Ausl Imola Ausl Romagna

Il progetto **coinvolgerà il 25 % delle donne in gravidanza** in ogni azienda USL e a livello regionale . Ogni azienda sperimenterà il progetto in uno o più distretti con i relativi punti nascita di riferimento coinvolgendo le **aziende ospedaliere**, qualora presenti con punti nascita nei distretti coinvolti nel progetto

I servizi coinvolti

- **punti nascita**
- **rete territoriale dei servizi sanitari :**
 - consultori famigliari** -spazi giovani , consultori donne straniere, centri LDV-
 - cure primarie** –MMG, PdLS-
 - pediatria di comunità,**
 - dipartimento di salute mentale e tossicodipendenze**
- **rete territoriale dei servizi sociali ed educativi** centri per le famiglie, sportelli sociali , tutela minori, servizi sociali ospedalieri, centri stranieri, nidi, centri gioco ,
- **Associazioni di volontariato , terzo settore :**
 - Case delle donne contro la violenza, gruppi di auto-aiuto , gruppi di sostegno allattamento ..

Obiettivo generale

**promuovere l'attenzione al disagio
psichico perinatale e favorire il
precoce riconoscimento, la presa in
carico e il follow-up della genitorialità
fragile da parte della rete dei servizi**

OBIETTIVO SPECIFICO 1

offrire attivamente alla donna e ai familiari, nell'ambito del percorso nascita, **materiale informativo** e di sensibilizzazione sull'importanza del disagio psichico e sull'opportunità di un intervento precoce

Attività 1: sviluppo di una *app* per cellulare/tablet sul Percorso Nascita comprendente informazioni sul tema del disagio psichico perinatale.

Attività 2: produzione di un video dedicato e successiva proiezione nelle sale d'aspetto dei Punti Nascita, Consultori Familiari e Pediatrie Territoriali.

Attività 3: aggiornamento e diffusione della scheda regionale cartacea dedicata al disagio psichico perinatale contenuta nella cartella della gravidanza *Non da sola*

OBIETTIVO SPECIFICO 2

Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati, anche prevedendo - nei punti nascita o attraverso i servizi sanitari territoriali - l'offerta attiva, sia alla donna che alla coppia, di colloqui psicologici che favoriscano il superamento del disagio, l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione

Attività 1: formare tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza al percorso nascita e della salute mentale al riconoscimento e gestione delle patologie mentali perinatali

Attività 2: aggiornare e condividere con tutte le U.O. il protocollo di screening sperimentato

Attività 3: diffusione, in tutti i Distretti partecipanti, dello screening tramite lo strumento delle domande di Whooley e l'anamnesi per fattori di rischio

OBIETTIVO SPECIFICO 3

implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno alle donne a rischio, al fine di ridurre l'incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale, anche favorendo positive competenze genitoriali, allo scopo di assicurare ai bambini e alle bambine un ambiente adeguato a sostenere lo sviluppo psichico.

Attività 1: favorire la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita e ai gruppi post parto, offrire attivamente *home visiting* e visita precoce in consultorio dopo il parto con ostetrica

Attività 2: offerta differenziata in base al livello di rischio di una varietà di interventi (psicoterapia individuale, di coppia o di gruppo, consulenza psichiatrica, *home visiting*, spazi mamma, consulenze allattamento e cure neonatali, massaggio del neonato, gruppi di auto-mutuo-aiuto) in integrazione con i servizi, anche del privato-sociale, già presenti sul territorio. In particolare, prevedere nei gruppi a rischio moderato il monitoraggio periodico al III, VI, IX, XII mese di vita del bambino, con una valutazione che tenga conto di: stato emotivo materno, andamento dei fattori di rischio e della relazione madre-bambino e nei gruppi a rischio elevato un approfondimento diagnostico, con un piano di trattamento e una valutazione periodica al III, VI, IX, XII mese di vita del bambino.

OBIETTIVO SPECIFICO 4

misurare, con una post-valutazione effettuata mediante la somministrazione dei medesimi strumenti di valutazione utilizzati nella fase iniziale, **l'efficacia del trattamento-intervento messo in atto.**

attività 1: monitorare attivamente i piani assistenziali delle donne a medio ed alto rischio al III, VI, IX, XII mese di vita del bambino.

Attività 2: sperimentare l'utilizzo dello strumento CORE-OM per la valutazione degli interventi psicologici

Progetto regionale

LAVORI IN CORSO

- Individuati in ogni azienda i distretti che parteciperanno alla sperimentazione (con l'obiettivo di coinvolgere almeno il 25% delle gravidanze)
- Individuati i referenti aziendali del progetto
- Individuati i gruppi di lavoro regionali per il sostegno all'implementazione delle azioni regionali e di quelle aziendali