



Intervento per il riconoscimento del
disagio psichico perinatale ed il sostegno
alla maternità fragile nel Distretto di
Bologna

Bologna 10 maggio 2018

Responsabile scientifico del Progetto Dott.ssa Stefania Guidomei

Progetto CCM 2015: Intervento per il riconoscimento del disagio psichico perinatale e sostegno alla maternità e paternità fragile da parte della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie



ISS

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.
Responsabili scientifici: Dott.ssa Serena Donati, Dott.ssa Ilaria Lega

Unità Operativa di Coordinamento: Regione Emilia-Romagna

Responsabile scientifico: Dott.ssa Silvana Borsari

• Unità Operativa Azienda USL di Bologna

Responsabile scientifico: Dott.ssa Stefania Guidomei

•Unità Operativa Regione Piemonte

Responsabili scientifici: Dott.ssa Luisa Mondo, Dott.ssa Paola LaRosa

•Unità Operativa Regione Lazio e ASL Roma B

Responsabili scientifici: Dott. Domenico Di Lallo, Dott.ssa Patrizia Auriemma

•Unità Operativa Regione Sicilia

Responsabili scientifici: Dott.ssa Gabriella Dardanoni, Dott. Roberto Licenziato

•Unità Operativa Regione Toscana

Responsabile scientifico: Dott. Fabio Voller

•Unità Operativa Regione Campania

•Responsabile scientifico : Dott. Renato Pizzuti

Razionale scientifico

I **disturbi d'ansia** e quelli **depressivi** durante la gravidanza colpiscono rispettivamente circa il **13%** e il **12%** delle donne (Gavin et al., 2005; Vesga-Lopez et al., 2008).

Nel **primo anno dopo il parto** la prevalenza del **disturbo depressivo** è stimata **fra il 10% e il 15%** (Brockington, 1996; Nonacs & Cohen, 1998).

Oltre il 50% dei casi non viene riconosciuto (Ramsay, 1993).

Difficoltà di riconoscimento dovuta anche alla **riluttanza ad ammettere il disagio** (non conformità allo stereotipo, sentirsi un genitore inadeguato) (NCC-MH, Antenatal and postnatal mental health, 2014; updated 2017)

Razionale scientifico

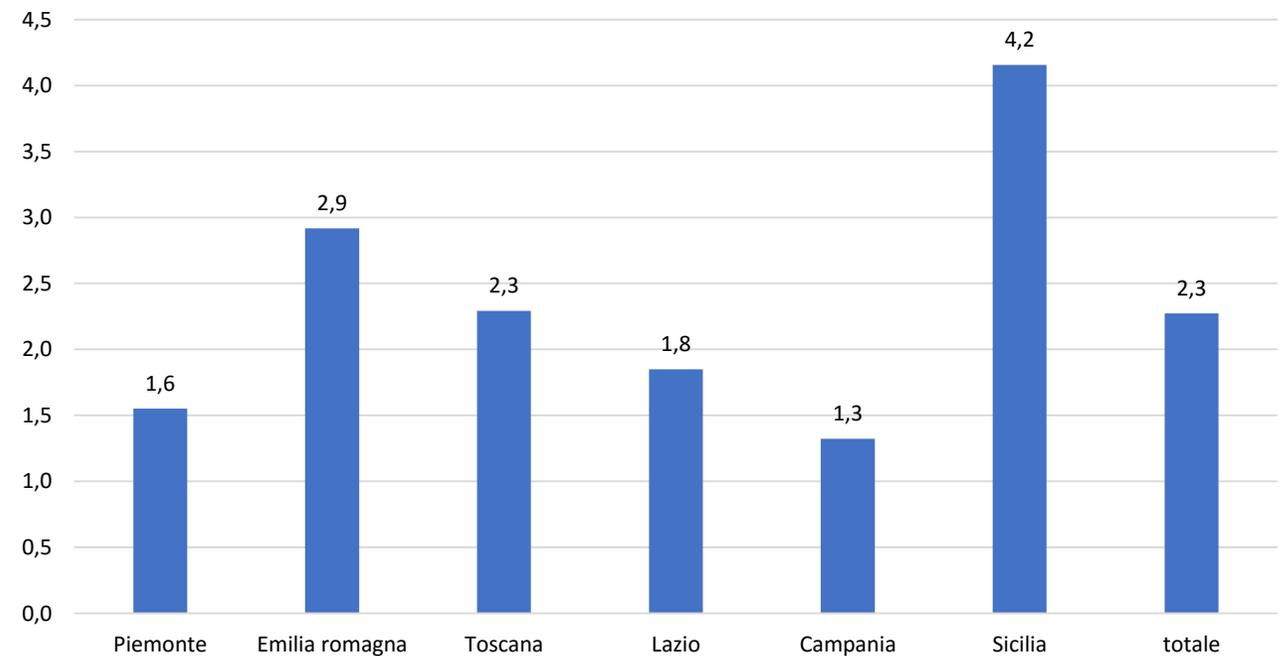
I disturbi mentali materni possono avere un impatto significativo sugli altri membri della famiglia

Anche i **padri** possono avere un disagio psichico perinatale, con una **prevalenza meta-stimata del 10%, che sale al 25,6% tra i 3 e i sei mesi dopo il parto**; c'è una correlazione positiva moderata tra depressione materna e paterna (NCC-MH, Antenatal and postnatal mental health, 2014; updated 2017).

In **Italia** il sistema di sorveglianza della mortalità materna dell'ISS ha rilevato **33 decessi per suicidio, pari al 12,2% del totale delle morti materne** rilevate entro un anno dall'esito della gravidanza, tra il 2006 e il 2012, nelle Regioni Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia.

REGIONI	N TOTALE MORTI MATERNE PER SUICIDIO	N TOTALE MORTI MATERNE PRECOCI	N TOTALE MORTI MATERNE TARDIVE	N TOTALE MORTI MATERNE	NATI VIVI 2006-2012	% MORTI PER SUICIDIO SUL TOTALE DELLE MORTI MATERNE	RAPPORTO SPECIFICO DI MORTALITÀ PER SUICIDIO PER 100.000 NATI VIVI
Piemonte	3	14	11	25	193.475	12,0	1,6
Emilia romagna	6	17	10	27	205.634	22,2	2,9
Toscana	3	6	13	19	130.884	15,8	2,3
Lazio	7	41	43	84	378.551	8,3	1,8
Campania	4	35	26	61	302.679	6,6	1,3
Sicilia	10	29	25	54	240.581	18,5	4,2
totale	33	142	128	270	1.451.804	12,2	2,3

Rapporto specifico per 100.000 nati vivi



Obiettivo generale

- Promuovere l'attenzione al tema del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto per il precoce riconoscimento e la presa in carico della maternità e paternità fragile da parte della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie.

Disegno dello studio

- **Studio osservazionale prospettico:** realizzazione di un intervento per la promozione dell'attenzione al tema del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto e per il riconoscimento del disagio psichico perinatale da parte dei professionisti della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie.
- **Studio retrospettivo:** record-linkage di flussi informativi sanitari relativi ai casi di morte materna per suicidio, omicidio, tossicodipendenza già identificati dal sistema di sorveglianza della mortalità materna ISS-Regioni.

Studio osservazionale prospettico metodologia

Attività preliminari alla realizzazione dell'intervento

- Mappatura della rete dei servizi per il disagio psichico perinatale
- Analisi dei bisogni formativi e organizzativi dei professionisti coinvolti (ostetriche, medici, psicologi, assistenti sociali ed educatori delle equipe consultoriali; medici e ostetriche ospedalieri; professionisti della salute mentale e delle cure primarie) tramite focus group
- Analisi dei bisogni assistenziali delle donne e delle loro famiglie tramite focus group



Studio osservazionale prospettico metodologia

Intervento per il riconoscimento precoce e la presa in carico del disagio psichico e la maternità e la paternità fragile da parte dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie.

1. Valutazione anamnestica per **fattori di rischio** che richiedono il coinvolgimento di un **servizio specialistico di salute mentale**

- pregressa diagnosi di disturbi mentali gravi attuali o pregressi
- trattamenti attuali o pregressi per disturbi mentali
- familiarità di primo grado (madre, sorella, figlia) per disturbi mentali gravi dopo il parto
- uso di alcool o droghe

2. Valutazione anamnestica per **fattori di rischio psicosociale** che richiedono interventi di equipe o attivazione delle reti locali sociosanitarie

- abitazione inadeguata o assente
- difficoltà economiche rilevanti/assenza del lavoro
- immigrazione recente/non conoscenza della lingua italiana
- ruolo di *caregiver* di familiari non autosufficienti
- assenza di un partner/conflittualità di coppia importante
- partner con storia di disturbi mentali gravi attuali o pregressi e/o da dipendenze patologiche
- violenza domestica attuale o pregressa
- assenza di una rete familiare/amicale

3. Valutazione dello stato emotivo della donna tramite **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?

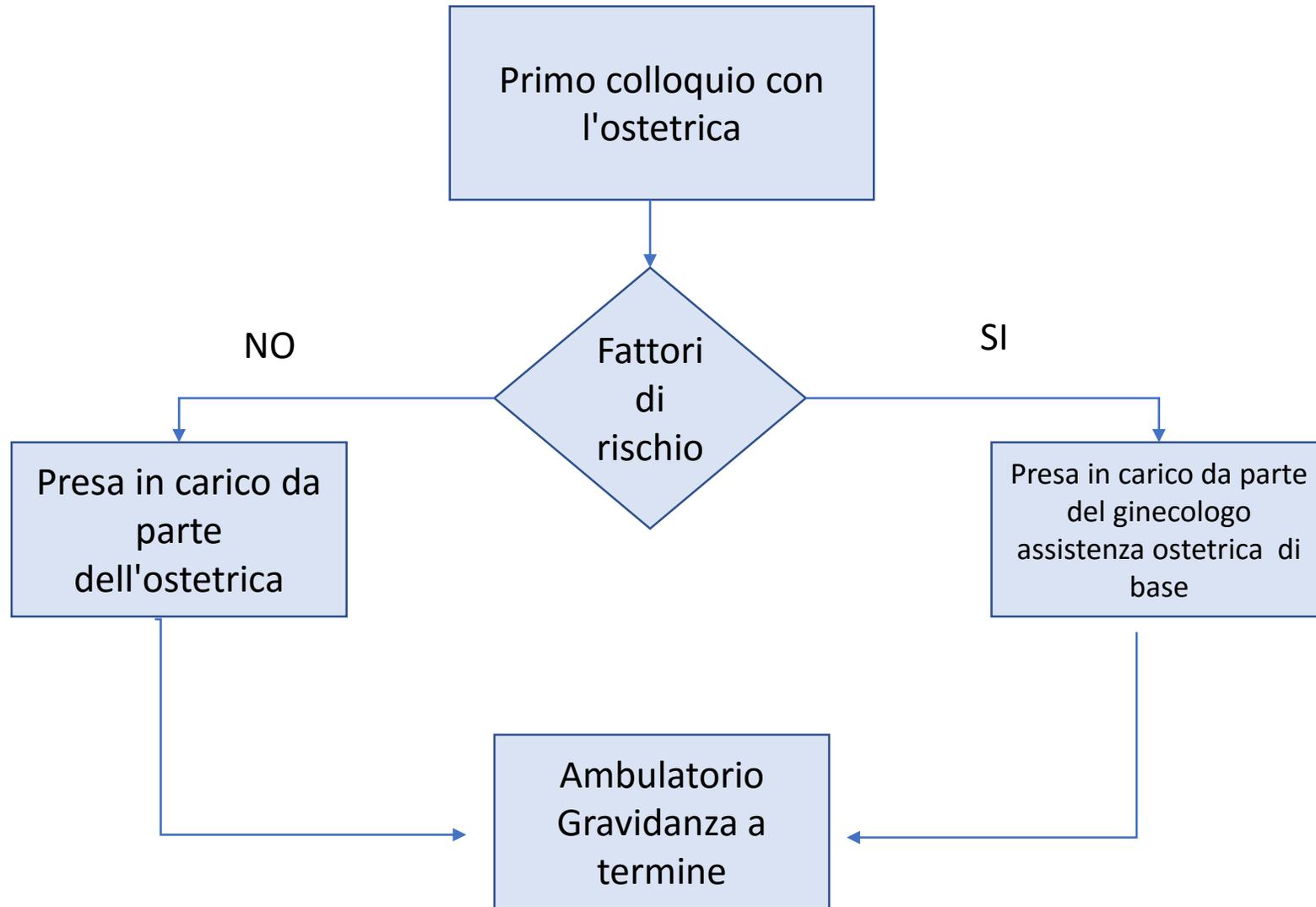
Il contesto aziendale

- Due Punti Nascita:
 - Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi - 3.028 parti (anno 2017)*
 - AUSL Bologna Ospedale Maggiore – 3.019 parti (anno 2017)*
- 6 Consultori Familiari – 2.252 donne assistite (anno 2017)

* Fonte: CedAP



Percorso Nascita



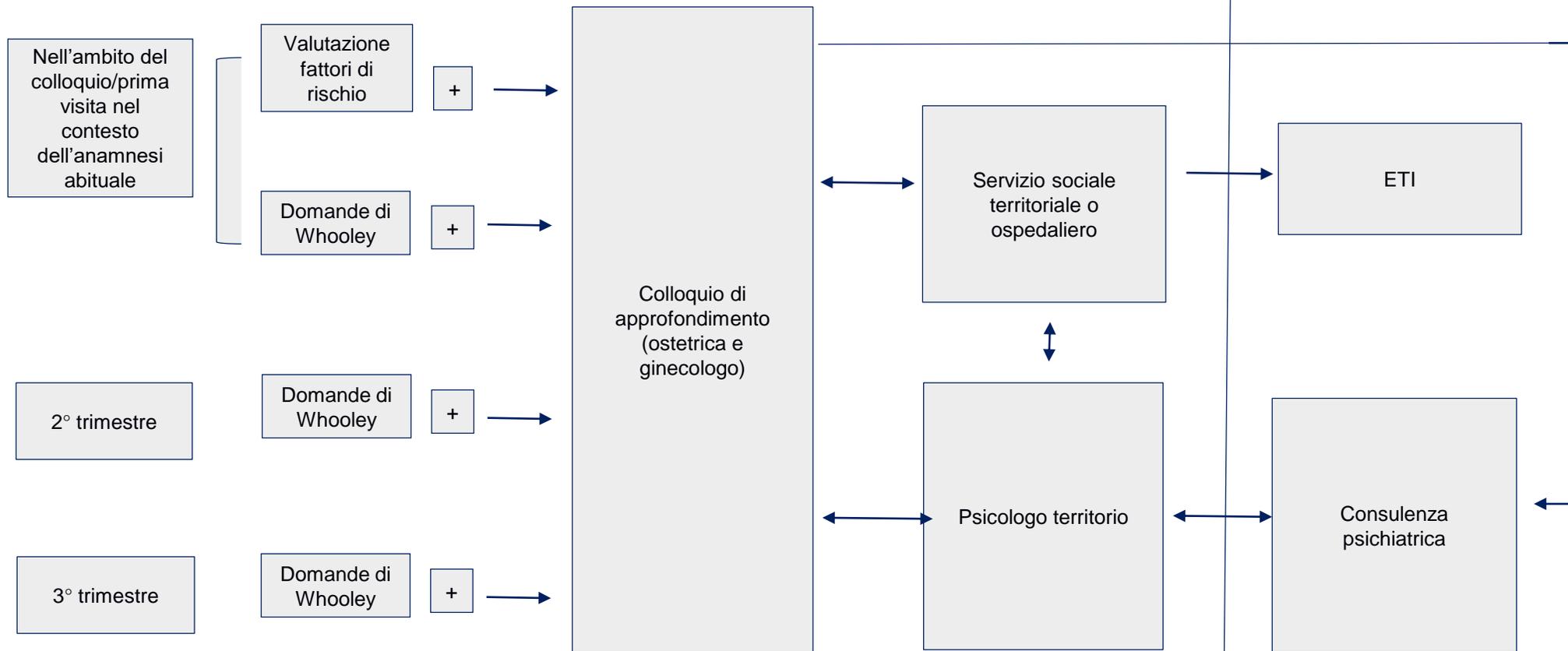
Target

- Donne gravide e puerpere, domiciliate a Bologna, prese in carico dai Consultori Familiari del Distretto di Bologna e dall'ambulatorio della gravidanza a termine del Punto Nascita dell'Ospedale Maggiore.



IN GRAVIDANZA IN CONSULTORIO

Secondo livello: SERVIZI DI
SALUTE MENTALE



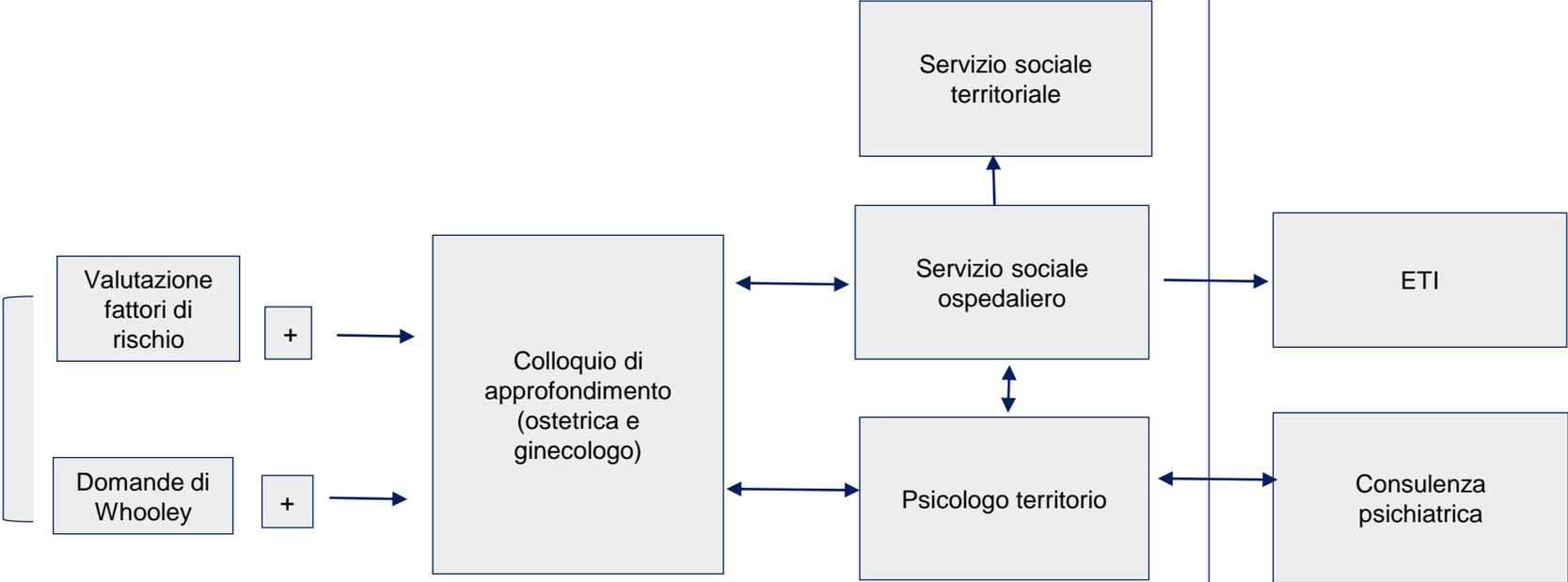
**PRESSO IL PUNTO
NASCITA**

Secondo livello: SERVIZI DI
SALUTE MENTALE

GAT
(donne seguite da
ginecologi libero-
professionisti)

GAR
(tutte le donne, in
qualsiasi epoca
gestazionale)

**AMBULATORIO
PRECHIRURGICO**
(donne seguite da
ginecologi libero-
professionisti)



DOPO IL PARTO
(Dopo 40 giorni – in
consultorio)

Visita in
puerperio

Domande
di Whooley

+



Colloquio di
approfondimento
(ostetrica e
ginecologo)



Servizio sociale
territoriale



Psicologo territorio



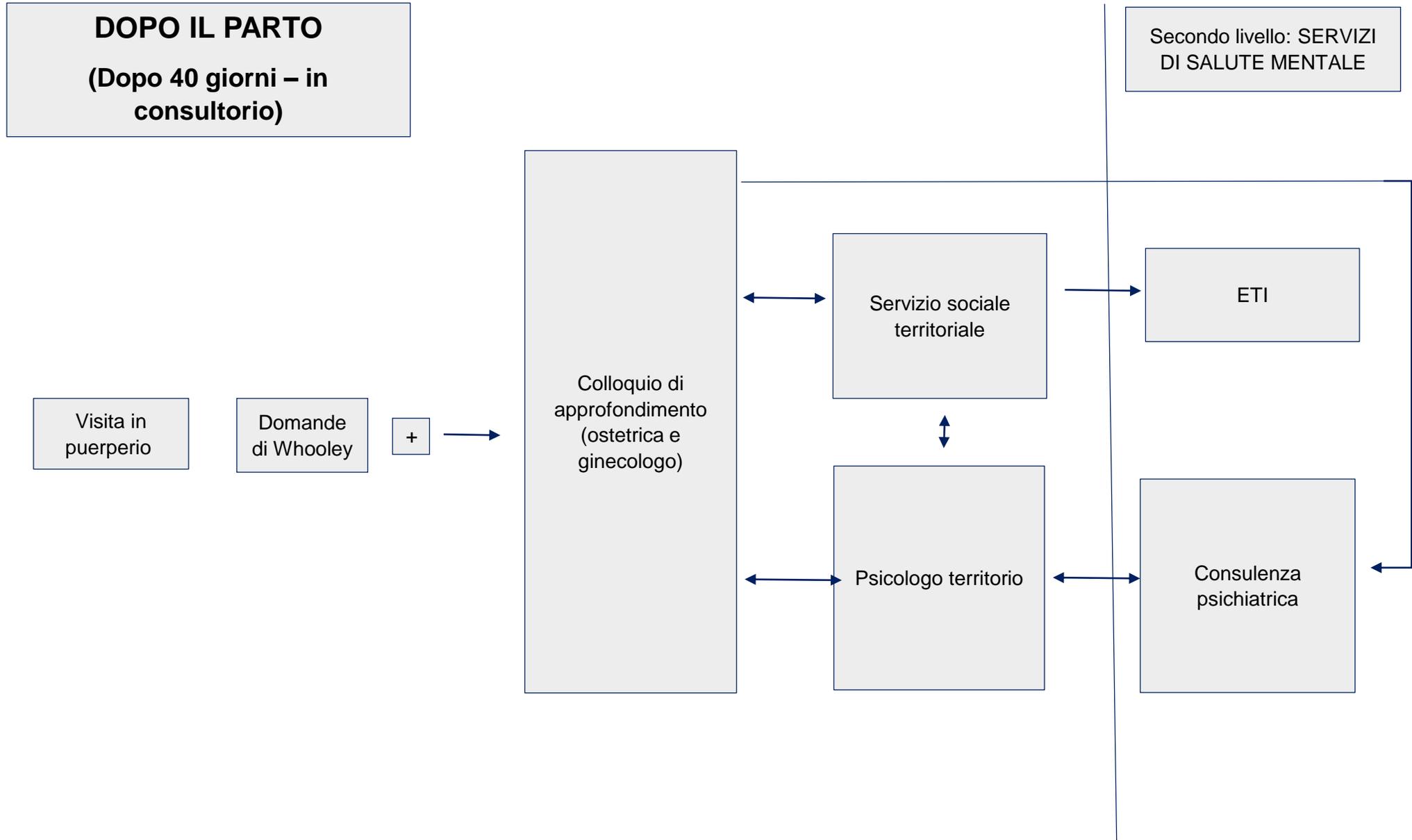
Consulenza
psichiatrica



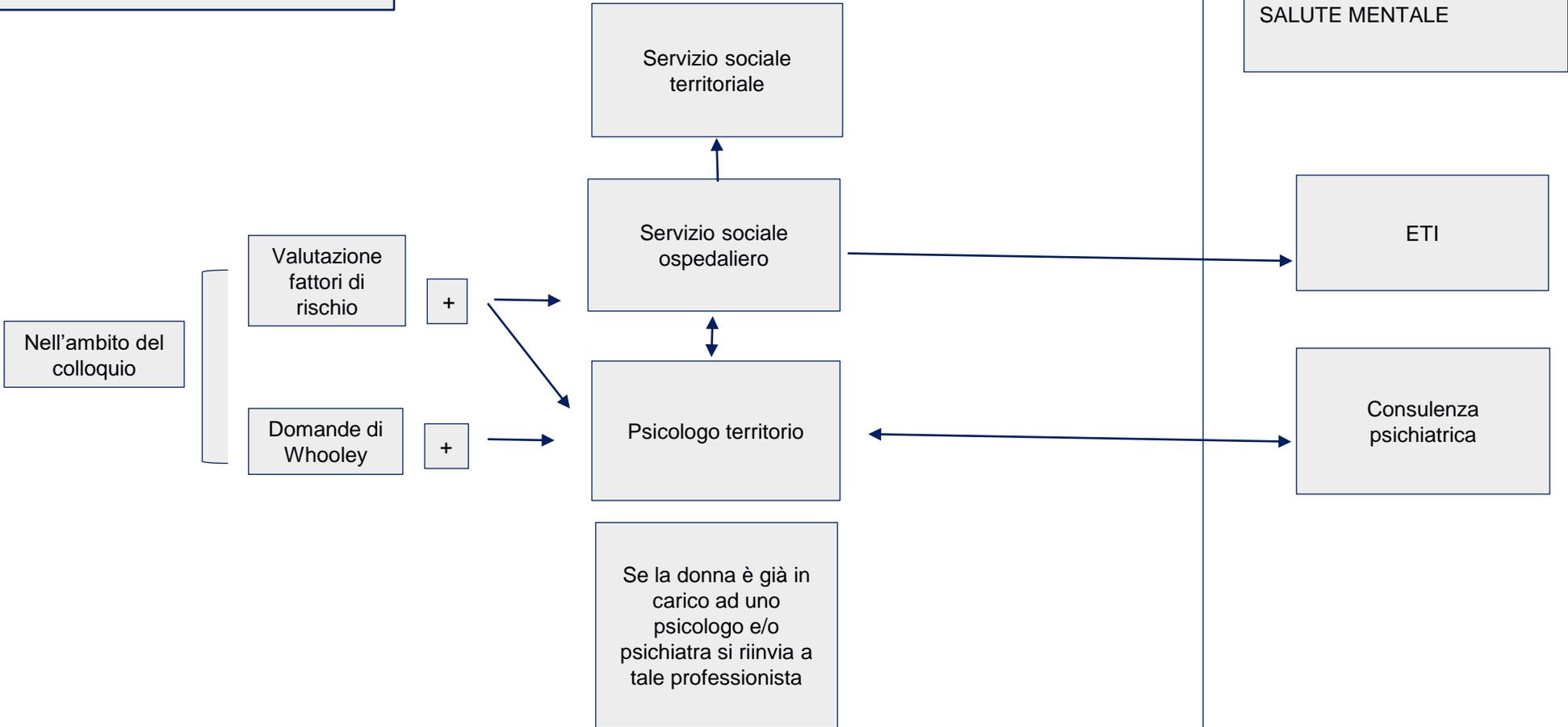
ETI



Secondo livello: SERVIZI
DI SALUTE MENTALE



**DOPO IL PARTO
(dopo 4 mesi)**



Stato dell'arte

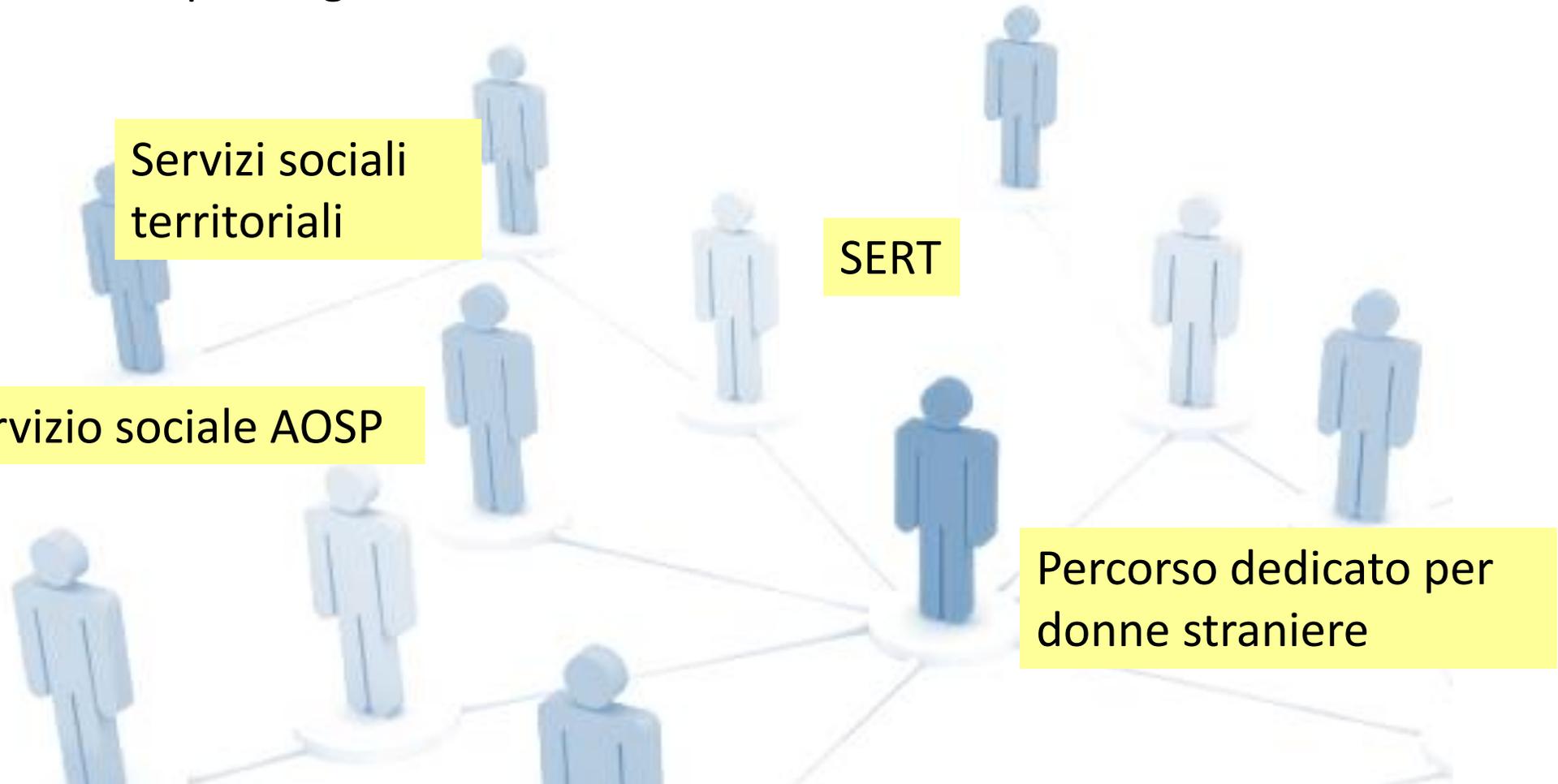
- Attualmente il protocollo è attivo in tutti i setting previsti:
- **consultori**: tre trimestri di **gravidanza** e in **puerperio**;
- ambulatori **GAT, GAR e Prechirurgico** dell'OM;
- 40 giorni dopo il parto;
- colloquio al **quarto mese dopo il parto**.



Bologna 30/01/2004. Ospedale Maggiore. Inaugurazione nuovo reparto di maternità'.
Archivio AUSL Bologna- foto Rodolfo Giuliani/Meridiana Immagini

Implementazioni

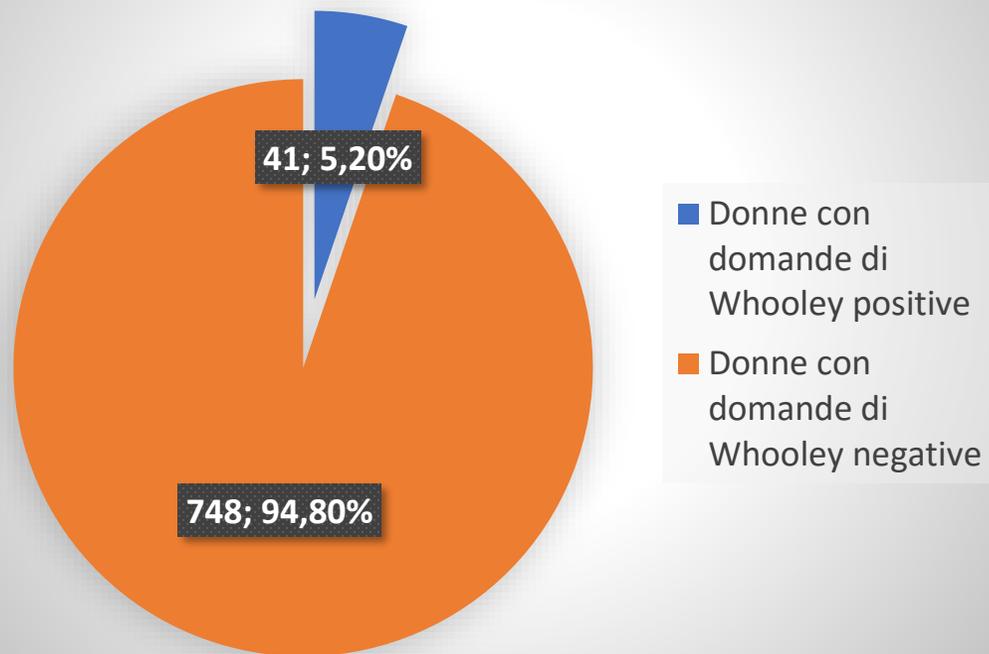
- Si sta lavorando per migliorare la rete dei servizi.



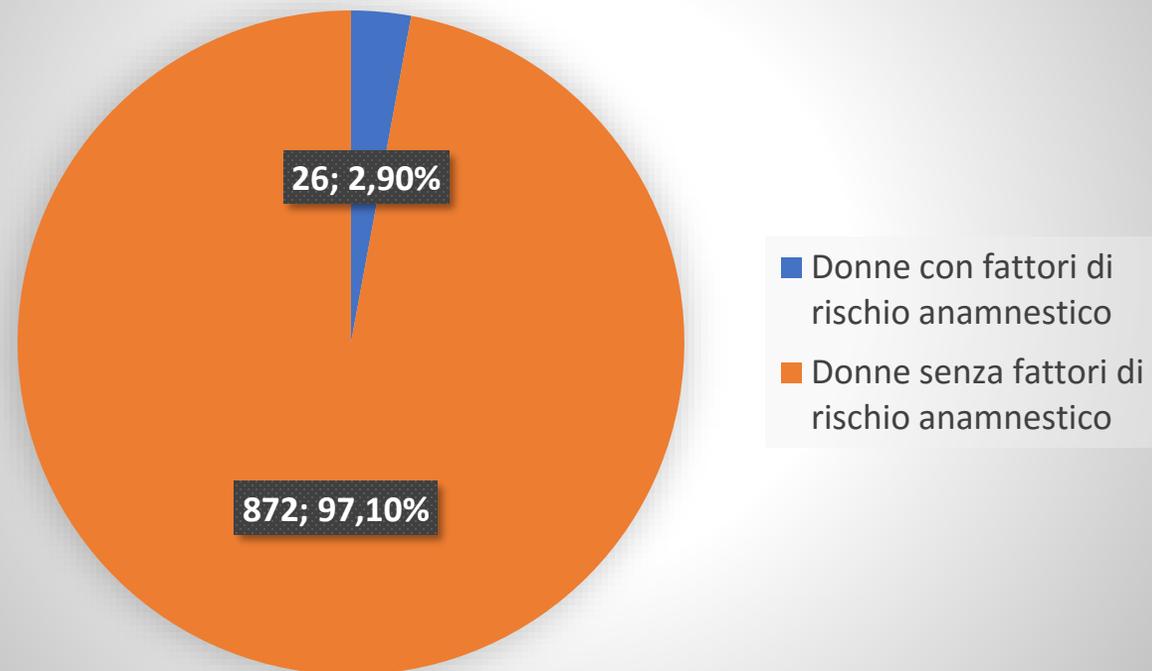
Consultorio

(Dati relativi 1.10.2017 al 31.12.2017)

Donne con domande di Whooley positive sul totale di donne a cui sono state poste



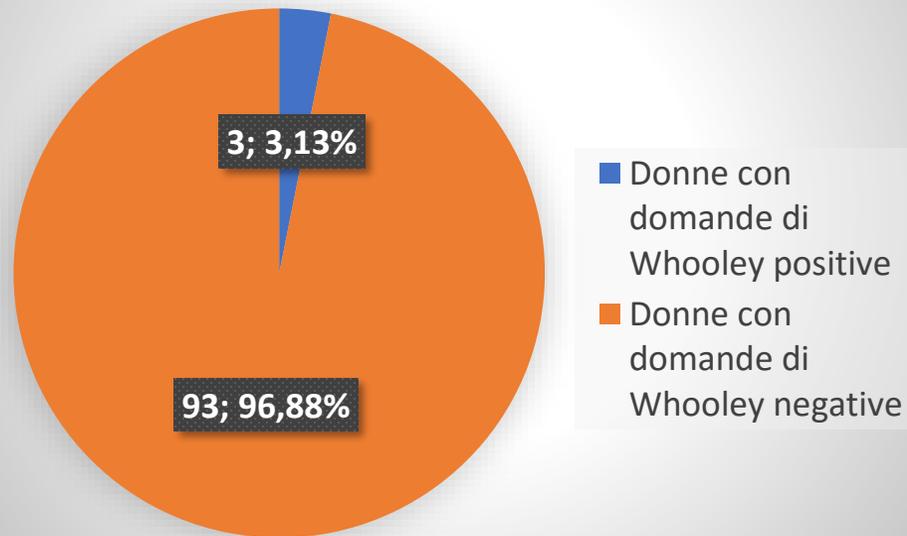
Donne con fattore di rischio anamnestico sul totale delle donne target



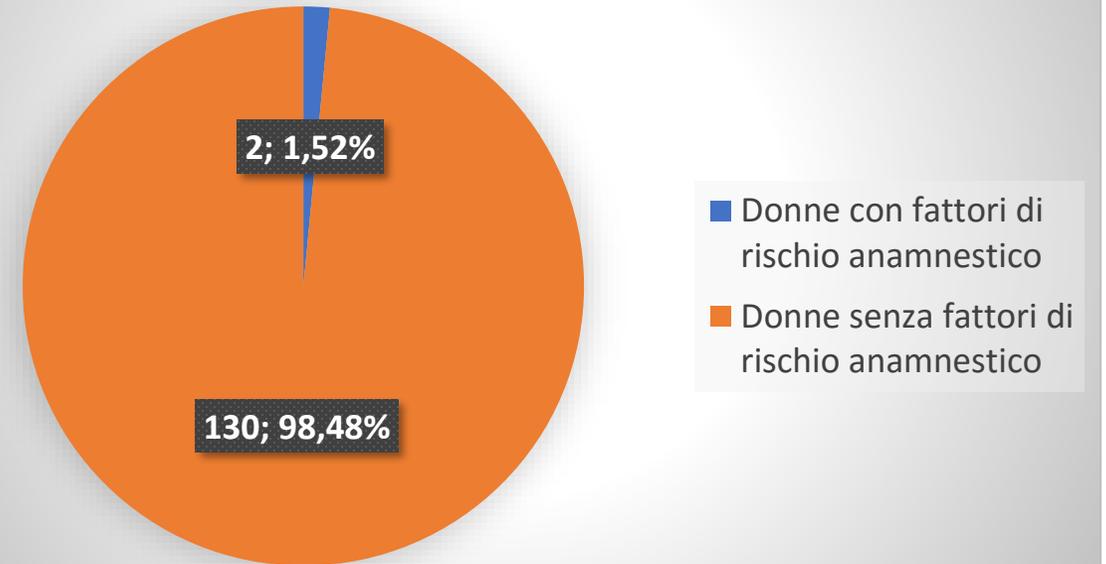
Ambulatori OM

(Dati relativi 1.10.2017 al 31.12.2017)

Donne con domande di Whooley positive
sul totale di donne a cui sono state poste



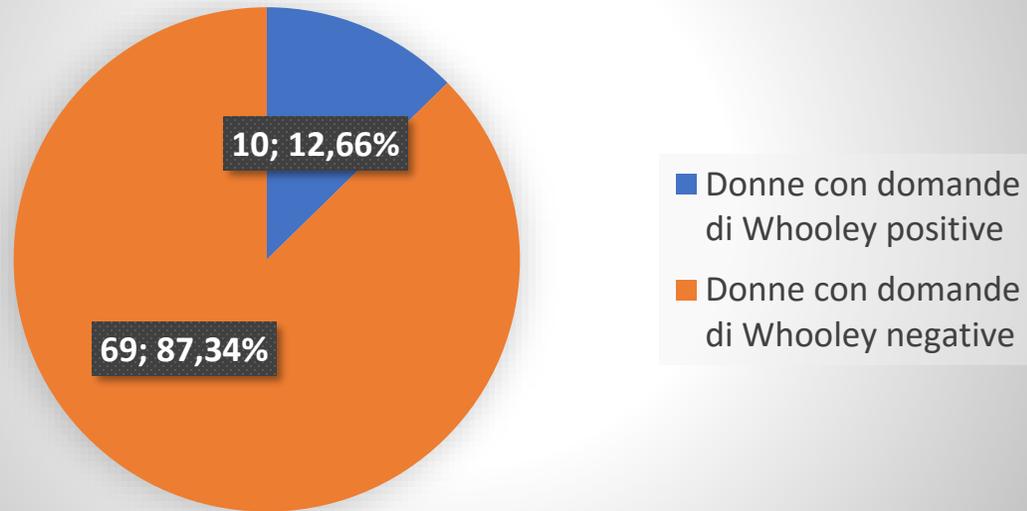
Donne con fattore di rischio anamnestico sul
totale delle donne target



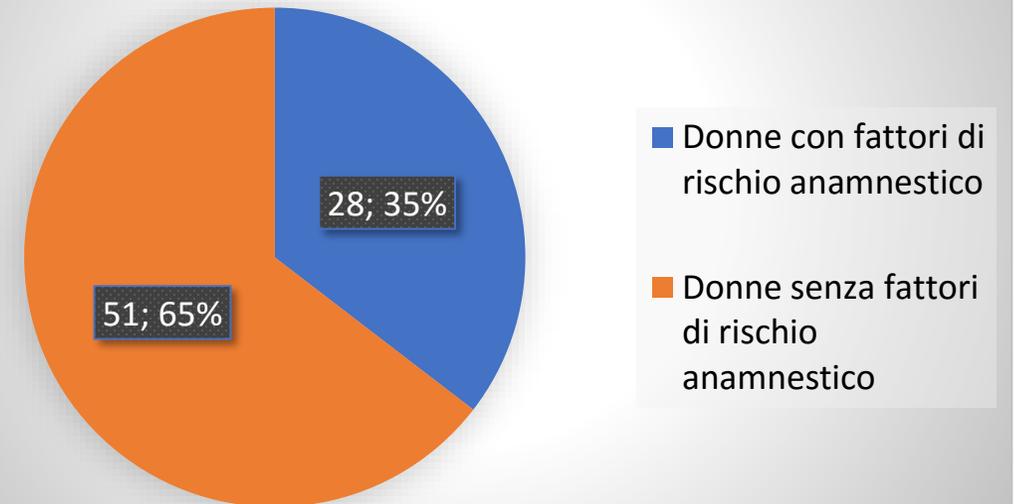
Quarto mese dopo il parto

(Dati relativi 1.10.2017 al 31.12. 2017)

Donne con domande di Whooley positive sul totale delle donne a cui sono state poste



Donne con fattore di rischio anamnestico sul totale delle donne target



Conclusioni

La positiva esperienza del Distretto di Bologna nella realizzazione del progetto CCM 2015 ci consente di progettare la sua riproducibilità con la consapevolezza che le **possibili criticità** sono da ricercare nella:

- disomogeneità dell'organizzazione dei servizi sociali sul territorio
- difficoltà allo sviluppo della rete che coinvolge servizi differenti
- persistenza trasversale del tabù sul disagio psichico anche da parte degli operatori

.....che i **punti di forza** sono rappresentati da :

- Lavoro in equipe
- Consolidamento integrazione ospedale-territorio
- Sostegno a interventi integrati che coinvolgono le diverse opportunità territoriali, sviluppati da differenti settori
- Consapevolezza di aver intrapreso un'azione concreta per combattere lo svantaggio socioculturale coerentemente con quanto previsto dal PSSR 2017-2019 - Scheda 15 - Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi



Grazie per l'attenzione