



IL TRATTAMENTO DEL DISAGIO PSICHICO PERINATALE

Il caso di Larisa (43 aa)

Alberto Monici

UOC Servizi Psichiatrici Ospedalieri a
Direzione Universitaria, AUSL Parma
almonici@ausl.pr.it

Carla Verrotti

Direttore della UOC Salute Donna, AUSL
Parma
cverrotti@ausl.pr.it

Maria Laura Vicari

Ostetrica, UOC Salute Donna, AUSL
Parma
mvicari@ausl.pr.it

Valentina Moglia

Psicologa e Psicoterapeuta, UOC
Psicologia clinica e di Comunità/Salute
Donna, AUSL Parma
vmoglia@ausl.pr.it

Monica Manfredi

Centro per le famiglie, Comune di Parma
m.manfredi@comune.parma.it

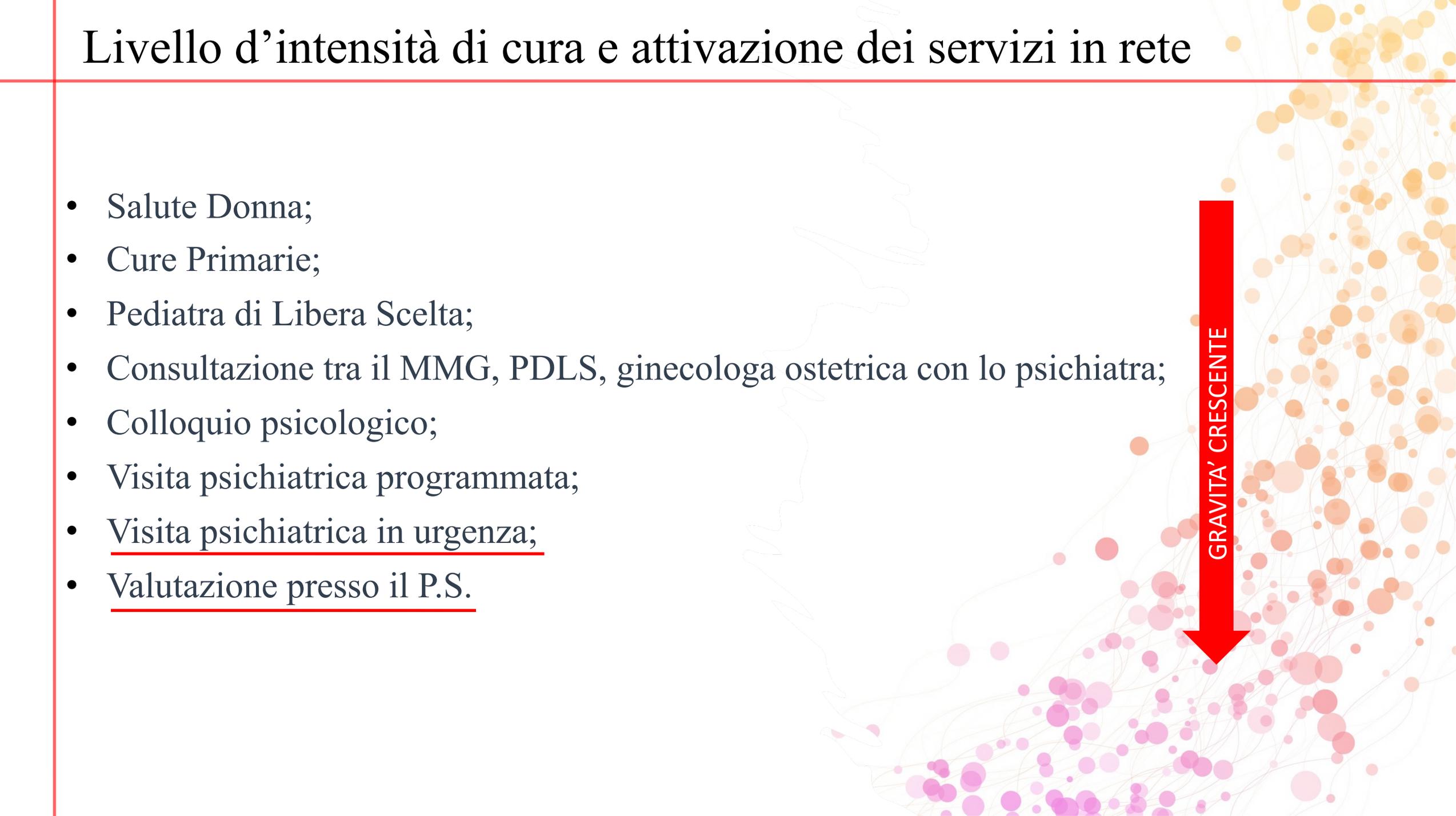
Come abbiamo conosciuto Larisa?



- 27/8/13 il figlio (9 mesi) per polmonite ab ingestis, è ricoverato presso U.O. di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Maggiore di Parma;
- In data 2/9/13 verbalizza idee di morte al compagno;
- Stato di ingravescente angoscia rilevato dal compagno e dal personale sanitario che aveva in cura il figlio;
- Invitata a recarsi in PS per valutazione psichiatrica (rifiuto);
- Attivata direzione sanitaria e CSM per organizzare in data 03/9/13 visita domiciliare;
- Su sollecitazione del compagno accetta di recarsi al CSM dove a seguito di valutazione viene posta indicazione al ricovero urgente in ambiente psichiatrico;
- 3/09/13 ricovero presso il Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo (SPOI) dell'Ospedale Maggiore di Parma.

Livello d'intensità di cura e attivazione dei servizi in rete

- Salute Donna;
- Cure Primarie;
- Pediatra di Libera Scelta;
- Consultazione tra il MMG, PDLS, ginecologa ostetrica con lo psichiatra;
- Colloquio psicologico;
- Visita psichiatrica programmata;
- Visita psichiatrica in urgenza;
- Valutazione presso il P.S.



GRAVITA' CRESCENTE

Ingresso in reparto



- Colloquio di ingresso;
- Acquisizione del consenso informato;
- Raccolta anamnestica (presenza del compagno);
- Parametri vitali ed ECG;
- Peso corporeo/BMI;
- Esami ematochimici;
- Impostazione di una terapia farmacologica.



Stato clinico all'ingresso

- Vigile ed orientata nel t/s/p;
- Parzialmente collaborante all'indagine (oppositività);
- Mimica ipoespressa;
- Marcata inibizione sul piano ideo-motorio;
- Severa abulia con difficoltà a tradurre il pensiero in azione;
- flessione timica;
- Intensa angoscia;
- Iporessia;
- Insonnia;
- Vissuti di colpa;
- Idee di morte strutturate.

Terapia farmacologica



Clorimipramina 75 mg
Olanzapina 10 mg
Lorazepam 3 mg

Peripartum e le patologie psichiatrica: Come e cosa cercare?

- Anamnesi familiare e personale;
- L'importanza dell'ambiente (famiglia di origine, partner, famiglia del partner, rete sociale);
- Gravidanza voluta o no;
- Il percorso della gravidanza (nella maggior parte dei casi sembra normale ma indagando si scoprono i primi segnali prima del parto);
- Come ha vissuto la donna il ruolo materno prima e dopo il parto.

Anamnesi familiare



negativa per patologie psichiatriche

Atmosfera nella **famiglia d'origine**:

- Originaria di un paese estero, Larisa si trasferiva a Parma nel 1996 (26 aa) per motivi lavorativi. L'atmosfera nella famiglia di origine è descritta come supportiva e acudente sia durante l'adolescenza (trascorsa nel paese di origine) che durante gli anni trascorsi in Italia. Tuttavia nonostante i buoni rapporti, data la lontananza la famiglia di origine sarà poco presente.

Atmosfera nella **famiglia acquisita**:

- Vive con il compagno (60 aa). Si conoscono nel 2006 e da allora inizia una convivenza discontinua, stabilizzatasi nel 2012 (a casa del compagno) in prossimità della nascita del figlio (Novembre 2012). La relazione con il compagno viene descritta serena e supportiva, caratterizzata da una buona intesa, nonostante il poco tempo passato insieme.

Anamnesi familiare



Atmosfera familiare del compagno:

- Il compagno ha da un precedente matrimonio due figli grandi; ha un rapporto conflittuale con la precedente famiglia acquisita e con la famiglia di origine. Non sostengono la relazione con Larisa, motivo per cui hanno sempre fatto pressione per la separazione. Entrambi i nuclei familiari reagiscono negativamente alla notizia della gravidanza. Inoltre svalutano il ruolo di Larisa come madre.

Rete sociale:

- In Italia Larisa non costruirà una solida rete sociale. In base alla sua struttura personologica si è sempre concentrata sull'attività lavorativa in modo rigido, dedicandosi poco al tempo libero e alle amicizie. Non essendo presente la famiglia di origine, principale fonte di sostegno affettivo, a tutti gli effetti Larisa non ha una rete sociale se non il supporto del compagno.

Anamnesi fisiologica



- **Nascita:** a termine
- **Parto:** eutocico
- **Allattamento:** al seno
- **Sviluppo Psicofisico:** nei tempi e nei modi fisiologici eccetto difficoltà dell'acquisizione del linguaggio.
- **Menarca e Mestruazioni:** menarca all'età di 11 anni. Cicli mestruali sempre regolari.
- **Scolarità:** ha conseguito una laurea sanitaria
- **Attività Lavorativa:** lavora come operatore sanitario dalla fine degli studi. Ha prestato servizio prima 4 anni nel paese di origine e successivamente si è trasferita a Parma (1996) dove ha lavorato in diversi reparti.

Anamnesi fisiologica



- **Figli:** un figlio, Matteo, di 9 mesi, che all'ingresso in reparto della paziente versa in gravi condizioni a seguito di asfissia per ingestione di latte artificiale (importanti sequele cerebrali). Larisa avrebbe sempre voluto avere un figlio ma data l'età e le condizioni relazionali non se lo aspettava. Il compagno non era desideroso di un terzo figlio, da una relazione duramente criticata dalla famiglia di origine. Matteo viene descritto con un bambino irrequieto e con alterazioni del sonno
- **Abitudini alimentari:** dieta libera e varia
- **Alvo e Diuresi:** regolari
- **Abitudini voluttuarie:** non fumatrice. Inizialmente saltuario consumo di alcolici (vino) limitato unicamente alle occasioni sociali. Dall'esordio psicopatologico (2011), **utilizzo di alcolici** a scopo di automedicazione (ansia), in associazione a **benzodiazepine** (Alprazolam).
- In sede di raccolta anamnestica la paziente ammette di aver sempre minimizzato/negato l'abuso di alcool e benzodiazepine e il compagno ammette di non aver mai dato importanza a tale abuso.

Personalità premorbossa

- Emerge una buona capacità descrittiva di Sé ma contemporaneamente una certa reticenza a raccontarsi;
- Si definisce determinata e ostinata, non facilmente condizionabile;
- Coerenza e stabilità negli obiettivi intrapresi con capacità di portarli a termine;
- Struttura rigida, tendenza alla perfezione e dedizione al lavoro;
- Tendenzialmente apprensiva;
- Autostima apparentemente solida e non dipendente dall'approvazione altrui;
- Parziali capacità di empatia e intimità relazionale. Relazioni stabili sia in Italia che all'estero con buon livello di integrazione sociale soprattutto a livello lavorativo.

Anamnesi psicopatologica

Esordio psicopatologico a 41 aa (qualche mese prima della gravidanza)

- Quadro clinico insorto gradualmente contestualmente a problematiche lavorative;
- Flessione timica;
- Calo delle energie psicofisiche;
- Vissuti di inadeguatezza e autosvalutazione;
- Difficoltà di concentrazione;
- Incremento dei livelli di ansia;
- Insonnia iniziale.



Iniziale abuso
di alcool e
benzodiazepine



Esordio psicopatologico a 41 aa (qualche mese prima della gravidanza)

- Si rivolge al MMG che consiglia visita psichiatrica (inizialmente rifiutata);
- In seguito accetta ed effettua una prima visita al CSM di competenza dove viene posta diagnosi di «*Episodio depressivo di entità moderata*» e impostata terapia con Duloxetina, Mirtazapina e Lorazepam;
- La paziente si presenta solo ad una visita di controllo dopo un mese, dove subito emerge scarsa adesione alle terapie per timori farmaco-fobici, ed in seguito interrompe autonomamente trattamenti e controlli;
- Nei mesi successivi riferisce il raggiungimento di un buon stato di compenso psicopatologico anche in relazione al sopraggiunto stato di gravidanza ed al trasferimento presso l'abitazione del compagno.

Anamnesi ostetrica

- Decorso fisiologico della gravidanza
- Lieve ipotiroidismo
- Ha effettuato 6 visite ostetriche
- Ha effettuato screening (cromosomopatie, diabete)
- Ha eseguito esami ed ecografie di routine
- Effettua visite anche privatamente
- Non si è presentata a 2 appuntamenti
- Ha perso la cartella della gravidanza
- Non riferiti pregressi accessi al CSM e terapie intraprese

Cure inadeguate?

- Più del 50% dei casi di depressione del post parto non viene diagnosticato;
 - meno del 20% delle donne con depressione post partum ha riferito i sintomi;
 - sintomi confusi con disturbi legati alla gravidanza : cambiamenti del sonno, appetito, libido;
 - non si apprezza gravità del problema anche per difficoltà operatori;
- Mancanza di comunicazione e continuità tra i servizi nonostante i frequenti contatti della donna con i servizi sanitari;
- Trattamento: terapia non noto, sospensioni, autosomministrazione....
- Stereotipi, stigma, vergogna, paure, senso di colpa, non dire....



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

ACOG COMMITTEE OPINION

Number 757

(Replaces Committee Opinion No. 630, May 2015)

Screening for Perinatal Depression

- Raccomanda screening almeno una volta durante il periodo perinatale utilizzando metodi standardizzati e validati;
- Particolare attenzione alle donne con storia di disturbi preesistenti la gravidanza, fattori di rischio o attuale depressione o ansia;
- I migliori risultati sono correlati a un sistema assistenziale che permetta trattamento e/o invio a centri di riferimento di salute mentale e follow-up.

Screening and Diagnosis of
Mental Health Conditions
During Pregnancy and
Postpartum

Clinical Practice Guideline ⓘ

Number 4

June 2023

Schede Obiettivi

- Obiettivo 1** realizzare una razionalizzazione delle metodiche invasive utilizzate per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche, mediante l'uso di metodologie finalizzate alla ridefinizione del rischio e all'aumento dell'efficienza della diagnosi prenatale pag. 8
- Obiettivo 2** predisporre un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire gli opportuni approfondimenti diagnostici finalizzati ad una migliore definizione della prognosi e alla offerta di un adeguato e tempestivo counselling alla donna pag. 9
- Obiettivo 3** applicare le linee di indirizzo regionale per la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita (gravidanza, parto e puerperio), con la costruzione di modelli assistenziali che vedano al centro la donna e la sua famiglia pag. 10
- Obiettivo 4** promuovere e consolidare l'adozione della linea guida sul "Controllo del benessere fetale in travaglio di parto" per la valutazione e la modifica delle prassi assistenziali al travaglio di parto in termini di appropriatezza degli interventi, di definizione dei ruoli professionali, introducendo criteri di migliore pratica clinica basati su prove di efficacia pag. 12
- Obiettivo 5** migliorare l'assistenza ai disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino anche sperimentando interventi di prevenzione e terapeutici che completino l'assistenza al percorso nascita pag. 14
- Obiettivo 6** attuare interventi di supporto alla relazione madre-bambino e di promozione e sostegno all'allattamento al seno pag. 15

Progetto Ministeriale

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

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

Coinvolte tutte le Aziende USL della Regione

INIZIO DEL PROGETTO

settembre 2018

OBIETTIVI SPECIFICI

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.
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.
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 al bambino un ambiente adeguato a sostenere lo sviluppo psichico.
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.**

Offerta attiva screening

Presa in carico rapida e precoce in rete

Attivazione fattori protettivi

Formazione

Informazione

Fattori di rischio in gravidanza

Disturbi psicologici attuali o pregressi / Trattamenti attuali o pregressi per disturbi psicologici

Familiarità per disturbi emotivi legati alla gravidanza o al puerperio

Partner con disturbi psicologici o dipendenze

Uso di alcol o droghe

Gravidanza indesiderata

Eventi traumatici relativi alle precedenti gravidanze, eventuali aborti spontanei

- Famiglia già in carico al servizio sociale
- Abitazione inadeguata o assente
- Difficoltà economiche/assenza di lavoro
- Immigrazione recente/Non comprensione della lingua italiana
- Familiari non autosufficienti a carico
- Conflittualità di coppia/ Assenza di un partner
- Violenza domestica attuale o pregressa
- Minore età

Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance

Published: 17 December 2014 Last updated: 11 February 2020

Recognising mental health problems in pregnancy and the postnatal period and referral

- During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?
- During the past month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?

Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services

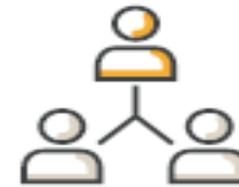
2022



Screening of all
women for PMH
conditions



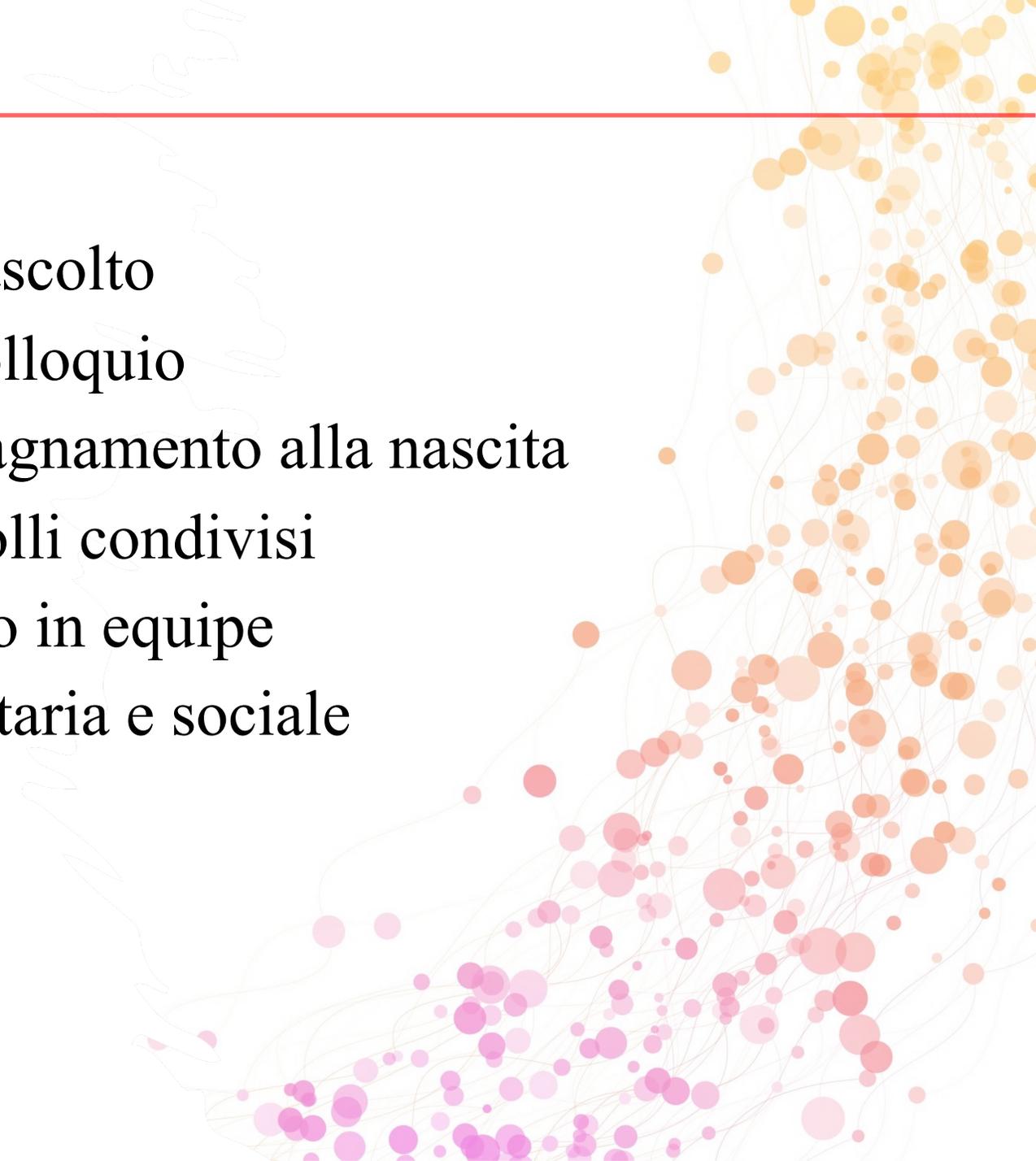
Identification of
women who would
benefit from mental
health support



Referrals to other
services that can
offer additional
support

La valigia dell'ostetrica

- ascolto
- colloquio
- incontri accompagnamento alla nascita
 - protocolli condivisi
 - lavoro in equipe
- rete sanitaria e sociale



Perchè fare domande???

Screening

- elemento della prevenzione secondaria
- rivolto ad identificare precocemente condizioni patologiche prima dell'insorgenza di manifestazioni cliniche

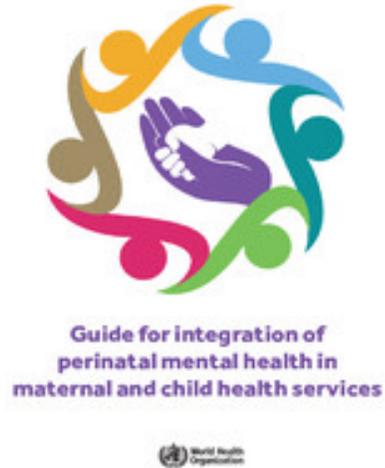


Domande di Whooley: 4 rilevazioni

Quando???

- al primo colloquio
- alla visita ostetrica dopo la morfologica
- all'ultima visita ostetrica in gravidanza
- alla visita ostetrica dopo il parto

Lo psicologo nel percorso nascita



La **GUIDE FOR INTEGRATION OF PERINATAL MENTAL HEALTH IN MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES**, WHO, 2022 propone il modello **STEPPED CARE** nell'approccio alla **SALUTE MENTALE PERINATALE**

 **Regione Emilia-Romagna**

DGR 533/2008
“**PERCORSO NASCITA: DIRETTIVA REGIONALE ALLE AZIENDE SANITARIE.**”
OBIETTIVI SPECIFICI.

Lo psicologo interviene dalla fase di **PREVENZIONE** fino al **TRATTAMENTO** attraverso un approccio **INTEGRATO** e un lavoro **IN RETE**

QUANDO si attiva lo Psicologo?

In qualunque momento del percorso nascita e anche durante la degenza ospedaliera.

CHI può attivare lo Psicologo?

Ostetrica, Medico specialista Ginecologo, Psicologo, Ospedale AUSL/AUOP, Pediatra, MMG, Assistente Sociale, Psichiatra, Centri per Le Famiglie e soprattutto la donna stessa/partner/famigliari



COME inviare allo psicologo?

Lo psicologo prende appuntamento direttamente con la donna al momento della visita in Consultorio o telefonicamente nel giro di 24 ore. Il costante confronto tra l'inviante e lo psicologo è fondamentale per un intervento integrato.

CHE COSA FA LO PSICOLOGO?

★ *Colloquio conoscitivo (individuale/di coppia/famigliare)*

★ *Valutazione psicologica della situazione:*

- Anamnesi
- Rilevazione fattori di rischio/protettivi
- Analisi della motivazione al percorso e dei bisogni della donna/coppia
- CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measures, e altri strumenti di valutazione se necessari.

★ *Definizione della presa in carico e delle modalità di intervento in base al livello di rischio:*

- Lieve: 1-3 colloqui - Psicoeducativo
- Moderato: 4-8 colloqui- Sostegno Psicologico
- Severo: 9-20 colloqui- Psicoterapico

★ *Attivazione della rete (se necessario) :*

- Psichiatria/MMG/Pediatra/Assistente sociale/Associazioni e Centri per le famiglie

→ *Collaborazione con èquipe psicologica ospedaliera dalla presa in carico*



PARTO E POST PARTUM

Larisa

- PS a termine, epidurale
- Matteo nato 3550, dimesso 3375
- latte materno al seno esclusivo
- dimesso in seconda giornata con presa in carico consultoriale in 4° giornata
- accede agli ambulatori allattamento regolarmente prosegue con allattamento esclusivo

Progetto Dimissione Appropriata

consente

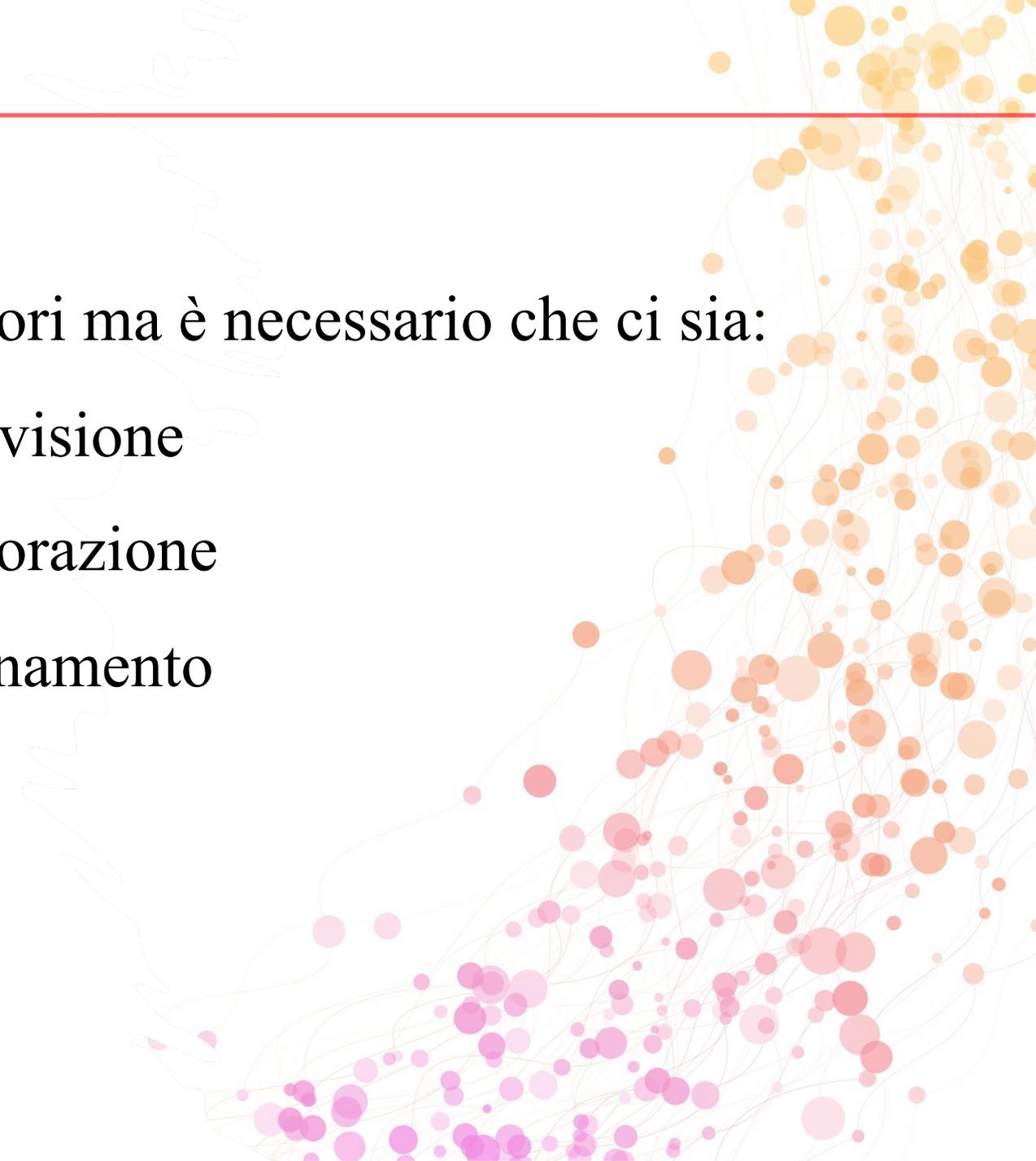
presa in carico entro 48-72 ore da parte del pediatra e del personale del consultorio.

Ogni mattina riceviamo le mail dai reparti di ostetricia e contattiamo le mamme per il primo appuntamento.

Allattamento: gioco di squadra

Non basta avere ottimi giocatori ma è necessario che ci sia:

- condivisione
- collaborazione
- coordinamento



Il ruolo del partner

Quando nasce un bambino nascono **due** genitori.

E' la nascita che rende possibili le **nuove relazioni** e i **nuovi ruoli**.

Da questa esperienza tutto cambia.

Il lavoro sullo **stato mentale** del genitore è primario e prioritario
rispetto a qualsiasi intervento "semplicemente" psicoeducativo sulla
genitorialità

Genitorialità: gioco di squadra

Diventare genitori e' un gioco di squadra

Ti invitiamo a partecipare ai nostri incontri dedicati ai/alle partners, per un accompagnamento alla nascita consapevole e per condividere e riflettere insieme sulla genitorialità!

Puoi iscriverti inviando una mail con i tuoi dati a questo indirizzo: _____

Ostetrica e
Psicoterapeuta del
Consultorio Familiare ti
aspettano in
via XXIV Maggio,
dalle 16 alle 18



Scegli in che mese
partecipare, le date
saranno:

8 e 22 Gennaio
5 e 19 Febbraio
4 e 18 Marzo
8 e 22 Aprile
6 e 20 Maggio
3 e 17 Giugno

Alimentazione complementare. Un passaggio difficile

**Rientro al lavoro e
alimentazione
complementare**

La pediatra risponde



Martedì 9 Aprile, 7 Maggio e 4 Giugno
dalle 16 alle 18

Casa della Comunità Lubiana S.Lazzaro
via 24 Maggio 63

Iscrizione tramite e-mail a

Larisa:

preoccupata per l'inizio di
un'alimentazione complementare
(**paura** della contaminazione...)

La nascita e la risposta della comunità

La nascita è una **vicenda collettiva** così come la **sofferenza** a cui si accompagna e la presa in carico non potrà che ispirarsi alla **multidisciplinarietà**, all'**integrazione** degli interventi, fondati su una **cultura condivisa**.

Il nostro contributo più importante per il **benessere** a lungo termine di donne e bambini si esplica nel nostro ruolo di **attivare sostegno e reti** all'interno della **comunità**.

Invio allo psicologo

Quando nel percorso nascita si manifestano dubbi o sofferenza rispetto al tema allattamento gli operatori sanitari possono proporre alla donna/alla coppia un supporto psicologico.

Le tematiche possono essere:

- Scelta se allattare o non farlo nel post partum
- Presenza di complicazioni e dolore fisico
- Interruzione volontaria o involontaria dell'allattamento
- Passaggio al latte artificiale
- Inserimento di una terapia farmacologica da parte del servizio di psichiatria
- Fasi di transizione dall'allattamento a svezzamento
- Rientro al lavoro e allattamento



Possibile intervento psicologico con Larisa:

- colloquio conoscitivo e valutazione dei fattori di rischio/ protettivi
- presa in carico: l'intervento psicoterapico può prevedere una fase psicoeducativa rispetto al puerperio e all'allattamento.

Le finalità possono essere quelle: di favorire una presa di consapevolezza delle credenze, dei significati, delle aspettative personali rispetto alla tematica (es. stereotipi sul ruolo materno) che spesso si scontrano con la realtà; di condividere i vissuti emotivi correlati (es. senso di inadeguatezza, giudizi); di monitorare l'emotività ed eventuali sintomi. Il percorso consentirebbe di arrivare all'accettazione della situazione e a un cambiamento attraverso l'acquisizione di strategie funzionali di gestione di pensieri ed emozioni.

- Fondamentale l'attivazione della rete: con il coinvolgimento del partner, della Psichiatria, del Pediatra e dei Centri per le famiglie.

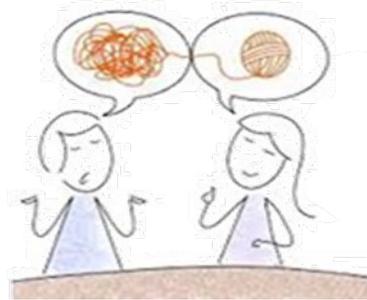


Centro per le famiglie

Are di attività



Area
dell'informazione



Area
del sostegno
alle
competenze
genitoriali



Area
dello sviluppo
delle risorse
familiari e
comunitarie

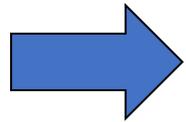
**Tutte le attività proposte
dal Centro per le Famiglie
sono gratuite**

Area dell'informazione

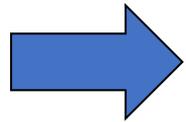


Il lavoro informativo è parte fondamentale e imprescindibile dell'attività del CpF. Obiettivo prioritario è **assicurare alle famiglie un accesso rapido e amichevole** a tutte le principali informazioni utili per la vita quotidiana ed alla conoscenza delle opportunità che offre il territorio.

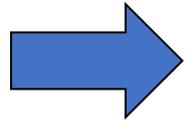
Attraverso i nostri canali (sito, newsletter, materiale cartaceo ecc.) garantiamo informazioni costanti su:



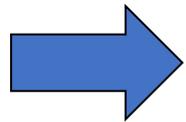
iniziative attivate dalla comunità locale (in merito al tempo libero, alla dimensione ludica, culturale, sportiva, eventuali approfondimenti e incontri sulle varie fasi della vita, infanzia, adolescenza, ecc.);



servizi socio-educativi, sanitari e socio-sanitari del territorio

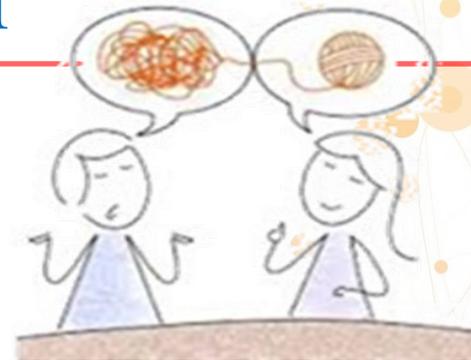


servizi per affidi, adozioni e diverse forme di affiancamento/sostegno



attività svolte direttamente dal CpF

Area del sostegno alle competenze genitoriali



Gli psicologi e i pedagogisti che operano al Centro propongono:

Incontri sui temi della genitorialità e delle relazioni familiari (coppia, rapporti intergenerazionali, ecc.)

Gruppi di approfondimento legati alle fasi della vita (formazione della coppia, nascita, adolescenza, separazione, ecc.) o tematici (adozione, affido, ecc.)

Counselling genitoriale, educativo e alla coppia

Formazione per gli insegnanti, gruppi di confronto, iniziative di sensibilizzazione...

Mediazione familiare per genitori separati o in via di separazione, consulenza e sostegno a singoli in fase di separazione e ai nonni

Gruppi di Parola

Area dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie

Il CpF realizza direttamente e sostiene gli altri attori locali per:

Attivare gruppi di famiglie-risorsa e reti di famiglie

- L'Adozione
- L'Affido familiare
- L'affiancamento familiare

Realizzare e sostenere azioni ed eventi finalizzati a promuovere l'iniziativa ed il protagonismo delle famiglie, in una logica di partecipazione attiva alla vita della comunità

Interventi integrati a sostegno della neo-genitorialità

«I primi 1000 giorni di vita»

«Percorso Nascita»

- La promozione del volontariato
- I «Laboratori Famiglia»
- I «Laboratori Compiti»»



Progetto Percorso Nascita nei Laboratori Famiglia

Nel corso dell'anno 2023 sono stati realizzati 126 incontri, che hanno raggiunto 1368 famiglie.

SPAZI E MOMENTI DI INCONTRO PER NEOGENITORI

- “Come gestire naturalmente il dolore del parto” online con ostetrica;
- “Agevolare il recupero del corpo nel post parto” in presenza, con massoterapista;
- “Babywearing” in presenza, con consulente;
- “Sviluppo psicomotorio” in presenza, con fisioterapista;
- “La coppia nel pre e post-parto” online, con consulenti CPF;
- “Mamme bis” online, con ostetrica;
- “La nutrizione in gravidanza” online, con nutrizionista;
- “Lutto perinatale” online, con ostetrica e psicoterapeuta;
- “Riabilitazione pavimento pelvico” in presenza, con fisioterapista;
- “Racconti di parto e post parto” online, con ostetrica e psicoterapeuta;
- “Aperi-pà” in presenza, con educatore e facilitatore;
- “Corso di lettura interpretata” in presenza, con esperto di lettura ad alta voce;
- “Lo sviluppo oro-facciale” online, con logopedista;
- “Sostenere la genitorialità” online, con psicoterapeuta;
- “Incontri interculturali” in presenza, con ostetrica e associazioni del territorio;
- “L'importanza della lettura” online, con Ass.Colibrì (bimbi prematuri),
- “Svezzamento” online, con nutrizionista;
- “Lo sviluppo del linguaggio” online, con logopedista;
- “Disostruzione pediatrica” in presenza, con assistenza Pubblica.
- “La nutrizione in gravidanza” online, con nutrizionista;
- “Allattamento e puerperio” online, con ostetrica; “
- “Massaggio AIMI” in presenza, con esperta;
- “Fascioteca e pannolinoteca” in presenza, con esperte;
- “Svezza-pranzi” in presenza, con nutrizionista.
- “Laboratorio musicale” in presenza, con musicoterapeuta.



#LABORATORIFAMIGLIA
una grande casa aperta a tutti

Percorso Nascita

PRENOTAZIONE OBBLIGATORIA SCRIVENDO A laboratorifamiglia@gmail.com
INCONTRI GRATUITI IN PRESENZA E ONLINE SU <https://meet.jit.si/laboratorifamiglia>

Ottobre

Giovedì 5

IN PRESENZA
LABORATORIO FAMIGLIA
SAN LEONARDO

SABRINA CAVALLO
DANZA IN FASCIA

"Incontro preparatorio al flashmob della SAM"
ORE: 10.00-12.00

Giovedì 19

IN PRESENZA
PRESSO IL NIDO
"IL PIFFERAI MAGICO"

ISABELLA MORA
FISIOTERAPISTA

"Incontri sullo sviluppo psicomotorio del bambino"
ORE: 16.30-17.30 (0-6 mesi)

Martedì 10

ONLINE

NIDI D'INFANZIA DEL COMUNE DI PARMA
E OSTETRICA

"Allattamento e inizio del nido: come fare?"
ORE: 18.00-20.00

Venerdì 20

IN PRESENZA
PRESSO IL NIDO
"IL PIFFERAI MAGICO"

ISABELLA MORA
FISIOTERAPISTA

"Incontri sullo sviluppo psicomotorio del bambino"
ORE: 16.30-17.30 (6-12 mesi)

Mercoledì 11

IN PRESENZA
CASA DELLA COMUNITÀ-
LUBIANA / SAN LAZZARO

OSTETRICA AUSL e ASSOCIAZIONI DEL TERRITORIO
"Allattamento e lavoro nel mondo: uno sguardo
multiculturale" ORE: 10.00-12.00

Martedì 24

ONLINE

VALENTINA BERTAKIS BIOLOGA-NUTRIZIONISTA
"La nutrizione della mamma in gravidanza e
allattamento"
ORE: 10.30-12.30

Mercoledì 11

ONLINE

CONSULENTI DEL CENTRO PER LE FAMIGLIE
"La coppia prima e dopo la nascita di un
bambino" ORE: 18.00-20.00

Giovedì 26

IN PRESENZA
LABORATORIO FAMIGLIA
SAN LEONARDO

ALICE BOLZONI CONSULENTE BABYWEARING
"Come e perché portare in fascia il tuo bambino"
ORE: 10.00-12.00

Venerdì 13

IN PRESENZA
LABORATORIO FAMIGLIA
AL PORTICO

ANNA LISE ZAFFINO
"Pratica basata sul massaggio:
agevolare il recupero del corpo nel post-parto"
10.00-12.00

Venerdì 27

ONLINE

GIUDITTA MARAZZI
OSTETRICA
"Allattamento e puerperio: partire in serenità"
ORE: 10.00-12.00

Domenica 15

IN PRESENZA
LABORATORIO FAMIGLIA
AL PORTICO

ERIKA VITRANO PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA
e CLELIA BURATTI OSTETRICA
"Babyloss Awareness Day"
Giornata della consapevolezza sul lutto
in gravidanza e dopo la nascita
ORE: 16.00-18.00

Sabato 28

IN PRESENZA
PRESSO L'OSTELLO
IN CITTADELLA

ALESSANDRO MAZZOLI FACILITATORE
e con L'EDUCATORE FABIO FAVAGROSSA
"APERIPÀ: sopravvivere alla nascita di un bebè"
ORE: 10.30-12.30



Progetto SORGENTE

una rete di sostegno alla neo-genitorialità

**SOSTEGNO
PRECOCE
A NUCLEI FRAGILI**

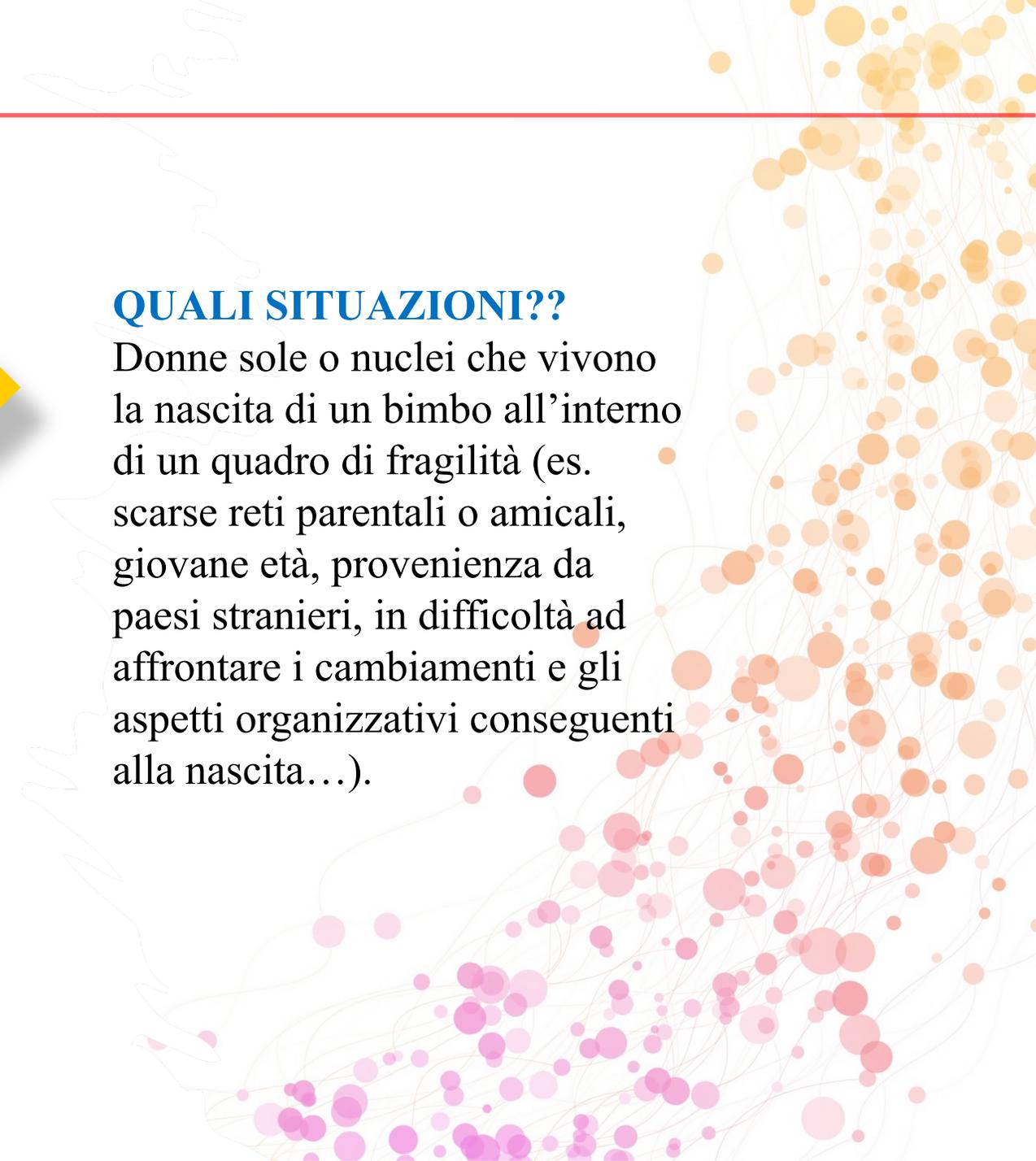


QUALI SITUAZIONI??

Donne sole o nuclei che vivono la nascita di un bimbo all'interno di un quadro di fragilità (es. scarse reti parentali o amicali, giovane età, provenienza da paesi stranieri, in difficoltà ad affrontare i cambiamenti e gli aspetti organizzativi conseguenti alla nascita...).

CHI SEGNALE??

- Poli Sociali Territoriali
- Consultorio Ausl
- Ospedale
- Associazioni della rete del Percorso Nascita



Convenzione tra
COMUNE DI PARMA,
ASP e Associazione
Liberamente



- realizzazione **percorso formativo** per operatori (in collaborazione con le aziende sanitarie)
- costruzione **scheda di rilevazione** fattori di rischio e di protezione (per inviante), e **diario di bordo** (per operatrici)
- creazione **gruppo operativo** formato da 3 ostetriche (delle associazioni partner), 1 educatrice e 2 operatrici oss con esperienza co-housing familiare (individuate da ASP Parma).

FASE PRE OPERATIVA

- Segnalazione
- Incontro di analisi preliminare e accoglienza
- Costituzione del gruppo di lavoro
- Incontro conoscitivo

**CASO
NUCLEO**

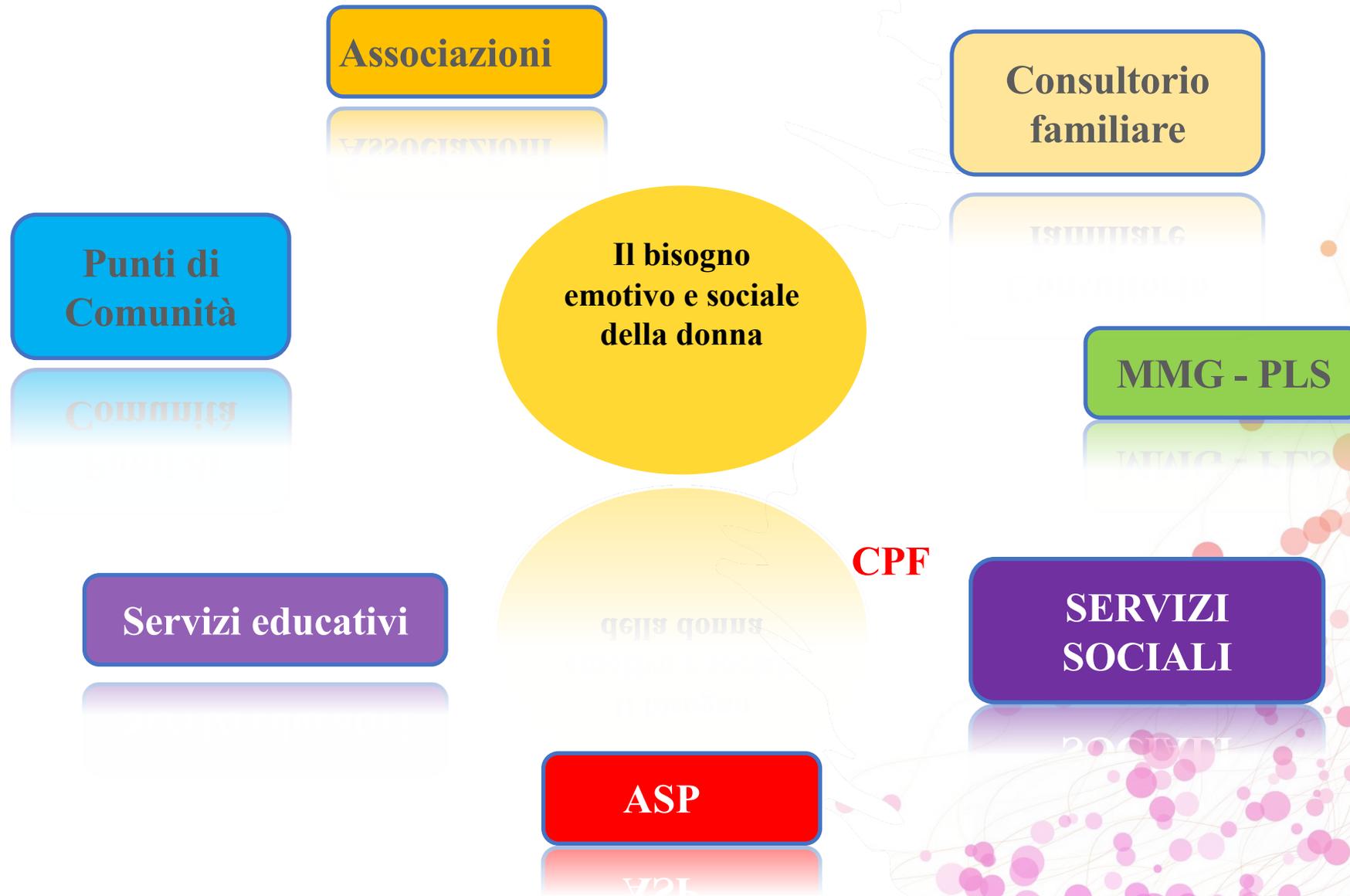
FASE OPERATIVA

- Diade di operatori domiciliari
- Incontri di coordinamento con equipe
- Equipe di supervisione mensile
- Sinergia tra l'intervento di home-visiting e la rete di servizi associativi



**INTERVENTI AL DOMICILIO E
ACCOMPAGNAMENTO DELLA
NEOMAMMA PRESSO I SERVIZI
O ATTIVITÀ DI ASSOCIAZIONI**

Essere Parte di una rete





Per quanto discusso fino ad ora, nel percorso gravidanza e nascita, Larisa non ha manifestato episodi malessere psichico ma solo fattori di rischio:

- Un precedente episodio depressivo (non dichiarato)
- Scarsa aderenza a cure/percorsi;
- Una struttura di personalità rigida;
- Scarso supporto familiare.

Apparente normalità e mondo patologico che nasconde la donna

- Vissuti di vergogna verso se stessa e gli altri per il concetto di brava madre;
- Vissuti di colpa nei confronti del neonato;
- Vissuti di colpa nei confronti dei famigliari per non riuscire a ricoprire il ruolo di madre
- Stigma per i percorsi psichiatrici (patologie e trattamenti)
- Il timore dell'assunzione di una terapia farmacologica in relazione agli effetti collaterali nella gestione del neonato.
- Timore per le conseguenze del neonato in caso di assunzione di farmaci in gravidanza o allattamento



Larisa vuole dare un'immagine di benessere cercando di nascondere il malessere attuale e pregresso

Il ruolo del partner?

- Può dare una valutazione esterna della sintomatologia, in particolare in relazione al rapporto con il neonato, che la donna spesso minimizza;
- Quando è possibile è un sostegno per la madre nell'aderenza al percorso di cura;
- Aiuto nella somministrazione della terapia;
- Sostegno/divisione dei compiti della gestione del neonato;
- Ruolo di sostegno al rapporto tra la donna e i familiari;
- Perché il compagno di Larisa non ha chiesto aiuto?

Anamnesi psicopatologica



- Maggio 2013 (Matteo ha 6 mesi) perdita del latte materno e inizio dello svezzamento;
- Insorgenza acuta di un quadro psicopatologico caratterizzato da:
 - Flessione timica;
 - Calo delle energie psicofisiche;
 - Preoccupazioni per il benessere del figlio;
 - Ossessioni di infettare il latte artificiale con compulsioni di controllo;
 - Comportamenti compulsivi di controllo soprattutto nelle ore notturne;
 - Insonnia marcata;
 - Sentimenti di inadeguatezza e colpa;
 - Calo del funzionamento globale della persona.

La componente ruminativa nella madre depressa

- Preoccupazione della contaminazione del latte artificiale durante la preparazione con il timore che il latte potesse essere nocivo per il figlio alimentando vissuti di inadeguatezza perché non lo allattava con il proprio seno (perdita del latte);
- Indecisione profonda ed insicurezza, difficoltà a programmare le azioni, indecisione nell'agire. Nella madre depressa questo coinvolge la scelta delle cure del bambino fino alla completa incapacità di riconoscere le esigenze del bambino e di proseguire nella sua assistenza e di chiedere un adeguato intervento;



Luglio 2013 – Visita specialistica privata

- Lo specialista psichiatra imposta terapia antidepressiva e ansiolitica e fornisce una visita di controllo a breve distanza;
- Fornisce inoltre al compagno indicazione di organizzare un'assistenza in modo che Larisa sia supportata il più possibile nella gestione del figlio e nello svolgimento delle attività quotidiane;
- Nonostante le telefonate dello specialista a Larisa ed al compagno, la paziente non si presenterà mai alla visita di controllo;
- Non ha mai assunto la terapia indicata per timori farmaco-fobici (e il compagno?).

La farmaco terapia e lo stigma della madre fallita

- In tale contesto ormai avulso da una valutazione oggettiva della realtà (alterato esame di realtà assenza di consapevolezza di malattia dei quadri depressivi gravi);
- l'intervento sanitario e farmacologico è una conferma dell'incapacità materna, e dell'inadeguatezza, accompagnata da vissuti di vergogna e di colpa anche per il timore dell'influenza della terapia possa avere sulla propria performace materna.

Il cerchio si chiude



- 27/8/13 il figlio (9 mesi) per polmonite ab ingestis, è ricoverato presso U.O. di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Maggiore di Parma;
- In data 2/9/13 verbalizza idee di morte al compagno;
- Stato di ingravescente angoscia rilevato dal compagno e dal personale sanitario che aveva in cura il figlio;
- Invitata a recarsi in PS per valutazione psichiatrica (rifiuto);
- Attivata direzione sanitaria e CSM per organizzare in data 03/9/13 visita domiciliare;
- Su sollecitazione del compagno accetta di recarsi al CSM dove a seguito di valutazione viene posta indicazione al ricovero urgente in ambiente psichiatrico;
- 3/09/13 ricovero presso il Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo (SPOI) dell'Ospedale Maggiore di Parma.

Come prosegue la storia di Larisa ...

Degenza presso il S.P.O.I.

- Normale la cura e l'igiene della persona;
- Mimica e gestualità lievemente ipoespressive;
- Eloquio spontaneo ed informativo anche se lievemente rallentato;
- Lieve flessione timica soprattutto mattutina alternata a rapide oscillazioni verso fasi sub-espansive pomeridiane riconosciute dalla paziente e criticate e risoltesi a seguito di introduzione in terapia di stabilizzatore dell'umore (litio carbonato fino al dosaggio di 900 mg/die);
- Remissione idee di colpa e di inadeguatezza
- Recupero spinta motivazionale
- Recupero energie psicofisiche
- Regolarizzazione del ritmo sono-veglia e dell'appetito

Dimissioni dal S.P.O.I. (Ottobre 2013)

- Miglioramento del tono dell'umore e dello slancio vitale, ansia parzialmente contenuta, regolarizzazione dei ritmi circadiani
- ECG nella norma ed Esami ematochimici nella norma eccetto riscontro di elevati livelli di emoglobina glicata per cui consulenza diabetologica che poneva indicazione a TIGO
- Diagnosi alla dimissione (DSM-5; APA 2013):

- **Disturbo Bipolare di Tipo 1, episodio depressivo maggiore di grado grave, con caratteristiche miste.**

Indicazioni terapeutiche alla dimissione:

Trasferimento presso il Day-Hospital della stessa UOC

Litio carbonato (900 mg/die), Clorimipramina (150 mg/die),

Olanzapina (20 mg/die), Lorazepam (2,5 mg/die) e

Glucophage unidie (500 mg/die) ; STOP BDZ e ALCOOL

Monitoraggio ECG, elettroliti plasmatici, indici metabolici e indici di funzionamento epatico e renale

Dimissioni dal Day Hospital (Gennaio 2014)

- Dopo circa 3 mesi di DH viene dimessa ed affidata al CSM di competenza dove svolge regolari controlli mensili;
- Continua a convivere con il figlio e il compagno;
- Ha ripreso a lavorare;
- Saltuariamente ha dei momenti di demoralizzazione con labilità emotiva per la condizione del figlio ma si fa forza;
- Presenta una buona compliance alle cure.

COSA HA IMPEDITO A LARISA DI CHIEDERE AIUTO?





GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Alberto Monici

UOC Servizi Psichiatrici Ospedalieri a
Direzione Universitaria, AUSL Parma
almonici@ausl.pr.it

Carla Verrotti

Direttore della UOC Salute Donna,
AUSL Parma
cverrotti@ausl.pr.it

Maria Laura Vicari

Ostetrica, UOC Salute Donna,
AUSL Parma
mvicari@ausl.pr.it

Valentina Moglia

Psicologa e Psicoterapeuta, UOC
Psicologia clinica e di Comunità/Salute
Donna, AUSL Parma
vmoglia@ausl.pr.it

Monica Manfredi

Centro per le famiglie, Comune di Parma
m.manfredi@comune.parma.it