

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



I RISULTATI DELLA SORVEGLIANZA DELLA MORTALITA' E MORBOSITA' MATERNA In Italia e in Regione Emilia-Romagna

IL PROGETTO SULLA FRAGILITÀ PSICHICA IN AMBITO PERINATALE

A cura di Silvana Borsari

CORSO DI FORMAZIONE 2 febbraio 2018 Regione Emilia-Romagna - sala 417/c -
viale Aldo Moro 21 - Bologna

Disagio psichico in gravidanza, in puerperio e nel primo anno di vita del bambino

In gravidanza e nel periodo postnatale il disagio psichico interessa tra 0,05% e 19% delle donne, una prevalenza molto variabile a seconda del tipo di disturbo considerato e complessivamente non diversa da quella della popolazione generale.

Tuttavia la condizione di disagio psichico correlato al periodo perinatale presenta notevoli specificità; la linea guida del Regno Unito [Antenatal and postnatal mental health](#) richiama in particolare:

- La difficoltà da parte delle donne a riconoscere e/o dichiarare il problema, sia per paura della riprovazione sociale derivante dalla mancata identificazione con lo stereotipo della maternità felice che per il timore di poter essere considerate non idonee al ruolo di madre
- i rischi derivanti dal trattamento farmacologico e/o dalla sua sospensione
- i rischi, per le donne affette da disturbo psichico preesistente alla gravidanza, di riacutizzazioni della patologia, particolarmente durante il puerperio
- le ricadute potenziali della condizione di disagio psichico sullo sviluppo feto/neonatale e infantile, sulla salute fisica della madre e sul ruolo materno all'interno del nucleo familiare; le potenziali ricadute sulla salute psicofisica dei familiari

COSA SAPPIAMO da SaPeRiDoc.....

- la necessità di presa in carico in tempi rapidi del disturbo psicotico nel puerperio, connotato generalmente da esordio più rapido e grave rispetto ad altri periodi della vita della donna
- l'incertezza del rapporto rischio/beneficio delle terapie con farmaci psicotropi durante la gravidanza, nel periodo postnatale e in corso di allattamento. Da qui la necessità di rivedere dinamicamente le indicazioni ai trattamenti farmacologici e psicoterapici, orientandosi prioritariamente verso questi ultimi, in particolare se rapidi e efficaci.

Peraltro, i professionisti dovrebbero anche essere consapevoli che alcune modificazioni riguardanti la sfera psichica (per esempio modificazioni dell'appetito, disturbi del sonno, stanchezza, calo della libido e preoccupazioni riguardanti il bambino) possono essere normali in gravidanza e nel periodo che segue il parto; la loro valutazione non dovrebbe prescindere dal contesto.

Messaggi chiave dall'indagine ISS-Regioni 2006-2012



8,9 donne

ogni 100.000 sono morte entro 6 settimane dal parto



8 altre donne

ogni 100.000 sono morte fra 6 settimane e un anno dalla gravidanza nel 2006-2012



Key messages

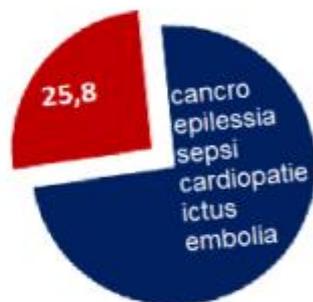
from the report 2015

La salute mentale conta

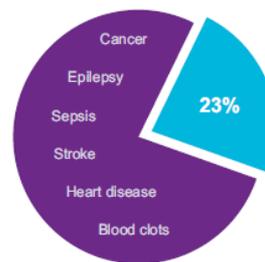
Oltre **un quarto** delle donne che muoiono fra 6 settimane e un anno dalla gravidanza muoiono per cause legate alla salute mentale



Una donna ogni quattro-cinque muore per **suicidio**



Mental health matters



Almost **a quarter** of women who died between six weeks and one year after pregnancy died from **mental-health related causes**



1 in 7 women died by **Suicide**

Attivare la rete pluri-specialistica perinatale fa la differenza



L'esempio del Regno Unito: se le donne che si suicidano si ammalassero oggi:

40% non riceverebbe cure specialistiche da esperti in salute mentale perinatale

solo il **25%** riceverebbe le migliori cure disponibili

È importante ribadire che:

La mente cambia come il corpo durante e dopo la gravidanza.

Le **donne che riferiscono:**

- pensieri di auto-lesione
- comparsa o peggioramento di segni di sofferenza mentale
- sensazioni di estraneità rispetto al neonato

hanno urgente bisogno di essere inviate a uno specialista in salute mentale perinatale



Criticità assistenziali e raccomandazioni per la prevenzione delle morti materne per suicidio nel Regno Unito

Criticità più frequenti:

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

Raccomandazioni e azioni chiave:

- la comunicazione tra servizi è essenziale per prestare cure di buona qualità alle donne con problemi di salute mentale
- valutazione dello stato di salute mentale alla prima visita

Da : «Il progetto sulla fragilità psichica in gravidanza: una conoscenza frammentaria e complessa.» Ilaria Lega et all. ISS 12 gennaio 2018

Progetto CCM disagio psichico perinatale: unità operative

“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”



Finanziamento
Ministero della Salute - Bando CCM 2015

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, Dott.ssa patrizia Proietti

•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

Obiettivo

- 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.



Studio retrospettivo

Ulteriore *record-linkage* di flussi informativi sanitari dei casi di morte materna per suicidio, omicidio o tossicodipendenza verificatisi tra il 2006 e il 2012 già identificati dal sistema di sorveglianza della mortalità materna ISS-Regioni, **allo scopo di tracciare un profilo clinico delle donne a rischio di suicidio, di morte per tossicodipendenza o omicidio** in epoca perinatale e stilare delle **raccomandazioni per la prevenzione** delle morti violente in epoca riproduttiva.



Studio retrospettivo



-> elenco dei casi

Strategia di ricerca tramite parole chiave - quotidiani nazionali e regionali, agenzie stampa..

Regioni -> hanno reperito informazioni sui casi tramite:

- **SDO** - tutti i ricoveri precedenti al decesso
- **Sistema informativo delle prescrizioni di farmaci** - qualsiasi prescrizione con codici ATC SNC
- **Prestazioni ambulatoriali specialistiche** - qualsiasi visita nelle discipline psichiatria, tossicologia, neurologia
- **Pronto soccorso** - qualsiasi accesso
- **Flusso informativo salute mentale** - qualsiasi accesso

Da : «Il progetto sulla fragilità psichica in gravidanza: una conoscenza frammentaria e complessa.» Ilaria Lega et all. ISS 12 gennaio 2018



Risultati dello studio retrospettivo

Da : «Il progetto sulla fragilità psichica in gravidanza: una conoscenza frammentaria e complessa.» Ilaria Lega et all. ISS 12 gennaio 2018



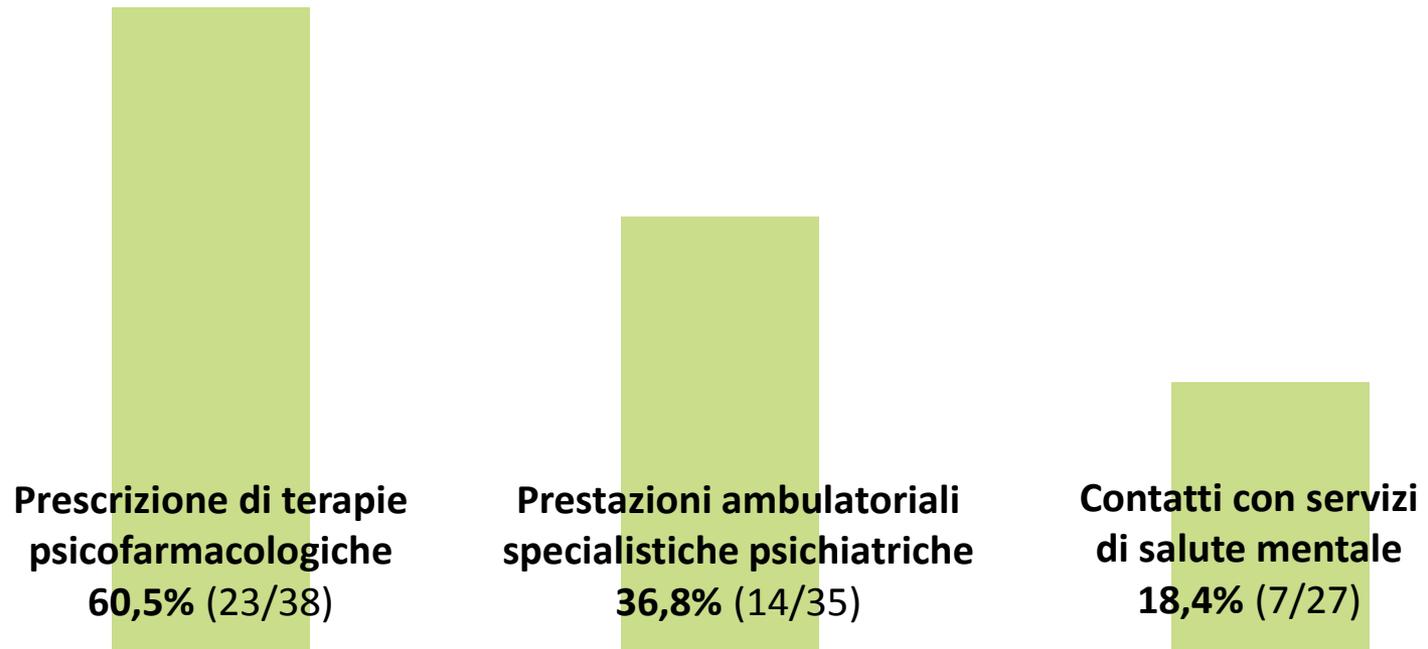
Focus sui fattori di rischio per suicidio (n=38)

Approfondimento in 5 Regioni con almeno 4 flussi informativi disponibili



Diagnosi	N
Psicosi puerperale	1
Disturbo bipolare	4
Disturbo borderline di personalità	2
Disturbo delirante	1
Disturbo dell'adattamento	2
Disturbo depressivo maggiore	2
Disturbo depressivo maggiore con sintomi psicotici	2
Disturbo schizoaffettivo	1
Totale	15

Terapie psicofarmacologiche e contatti con specialisti della salute mentale nel corso della vita

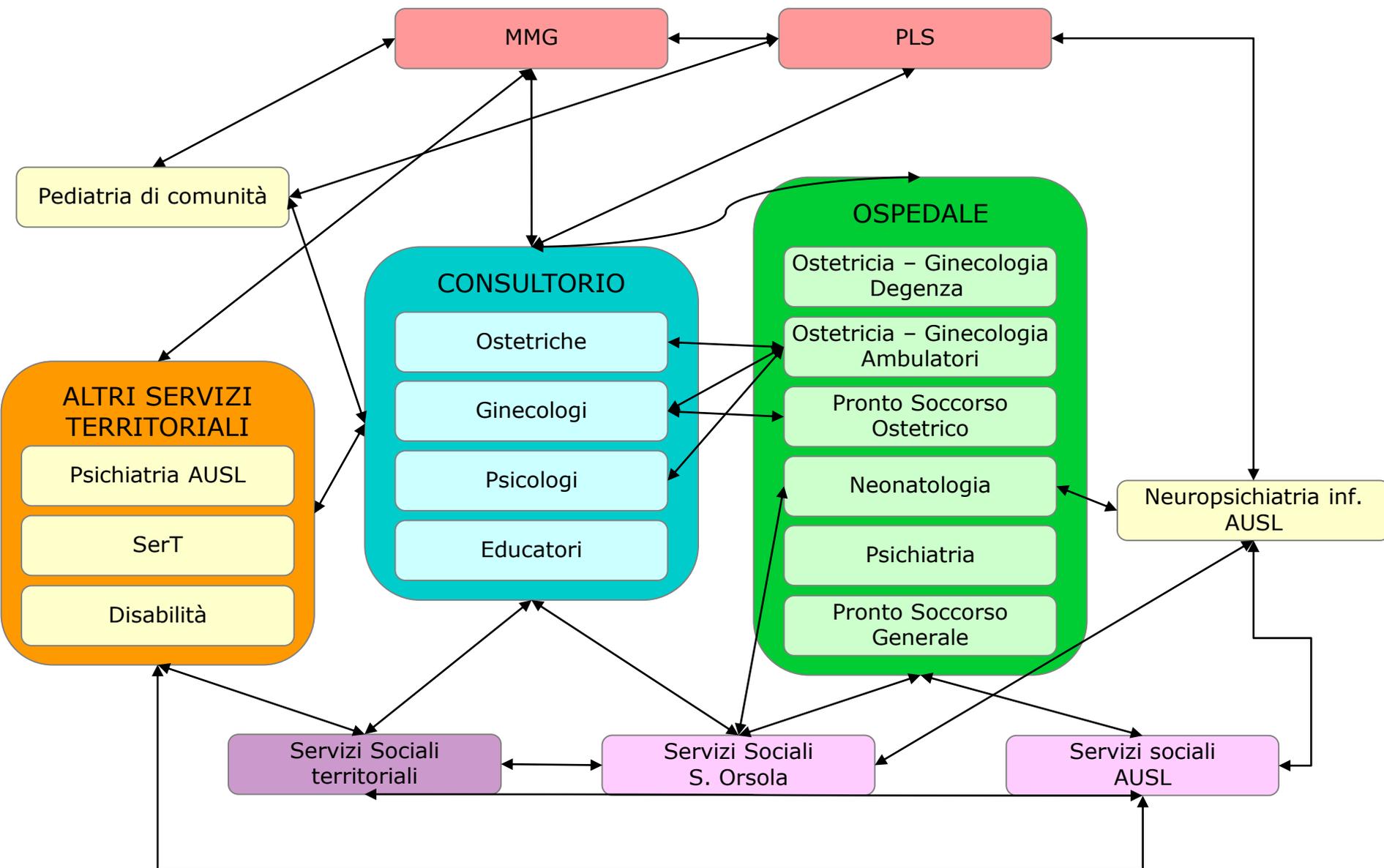


- ➔ Solo in 3 degli 11 casi di donne affette da un disturbo mentale grave la diagnosi psichiatrica è stata registrata insieme alla diagnosi ostetrica
- ➔ Solo 10 delle 38 donne morte per suicidio hanno avuto uno o più contatti con una specialista della salute mentale nell'ultimo mese prima del decesso

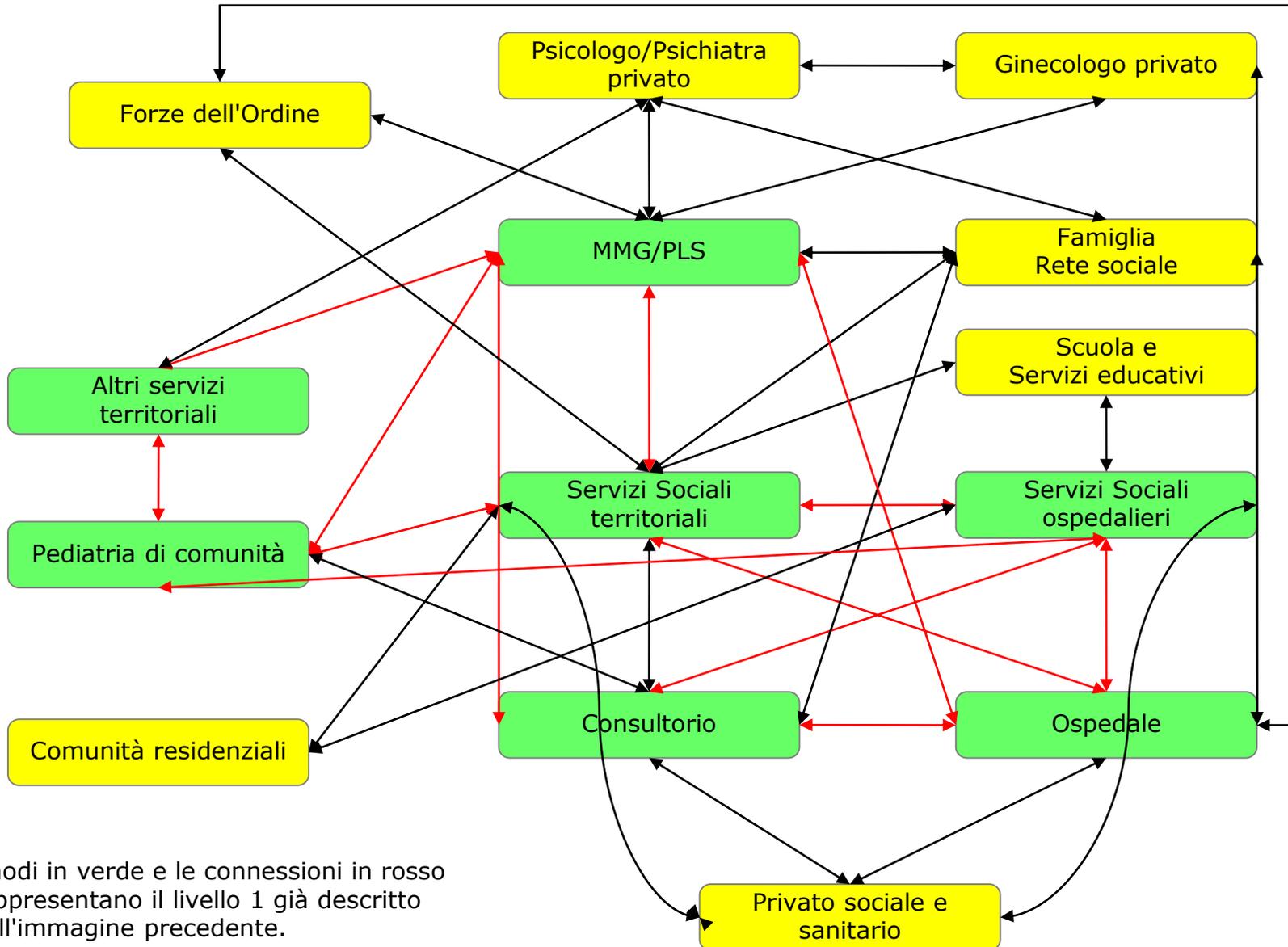
Studio osservazionale prospettico

- **Analizzare la rete** socio-assistenziale integrata nelle ASL partecipanti, i **bisogni assistenziali** delle donne e delle loro famiglie e i **bisogni formativi** dei professionisti sanitari
- Progettare e realizzare un **piano di formazione** multi professionale dei professionisti della rete assistenziale sulla base dei bisogni individuati
- Definire un **protocollo operativo** evidence based per la rilevazione precoce e la presa in carico del disagio psichico perinatale e della maternità e paternità fragile nelle ASL partecipanti
- Realizzare un'**adeguata presa in carico** per le donne con fattori di rischio psicosociale o disagio psichico nell'ambito della rete dei servizi territoriali già disponibili

AUSL Bologna: la rete dei servizi per il disagio psichico in epoca perinatale – livello 1



Livello 2: la rete "estesa" dei servizi



I nodi in verde e le connessioni in rosso rappresentano il livello 1 già descritto nell'immagine precedente.

❑ ***Quali sono gli elementi che definiscono il lavoro di rete e quali il non lavorare in rete?***

Lavorare in rete

- Presenza di una figura di coordinamento della rete che si occupa dell'utente
L'identificazione delle priorità di intervento in base alla gravità e al momento specifico del percorso
- Implementazione di un sistema di segnalazione (meglio se tramite strumenti informatici)
- Definizione precisa del percorso assistenziale dell'utente e delle diverse responsabilità (chi fa cosa)

Non lavorare in rete

- Rigidità nel sistema di lavoro sui casi.
- Incompletezza/ristrettezza delle dotazioni organiche dei servizi (mancanza di alcune professionalità specifiche)
- Conoscenza non del tutto accurata della rete dei servizi coinvolti (esistenza e funzioni), anche a causa della crescente dimensione e complessità del sistema

□ Quali fattori facilitano il funzionamento a rete dei servizi e quali invece la ostacolano?

Focus con professionisti

Conoscenza della struttura e del funzionamento della rete:

- Raccordo con gli altri professionisti e servizi – chi sono? A chi rivolgersi? Come sono organizzati gli altri servizi?
- Rapido “invecchiamento” delle procedure che governano la rete e dei contatti che si possono avere all'interno di questa

Prossimità dei nodi:

- Contatto diretto tra professionisti
- Vicinanza fisica dei vari servizi



Coordinamento della rete:

- Necessità di un case manager
- Mancanza di referenti per le singole parti della rete (ognuno tende a lavorare per conto proprio)
- Scollamento tra servizi sociali e servizi sanitari

Comunicazione tra professionisti:

- Feedback dagli altri colleghi
- Comunicazione su ingresso e dimissione
- Accompagnamento nell'invio
- Segnalazione dei casi in tempo utile



Condivisione sul percorso assistenziale:

- Necessaria condivisione di obiettivi e piani assistenziali
- Superamento dei linguaggi diversi tra i vari servizi
- Definizione di responsabilità e ruoli a fronte del pluri-intervento sulle utenti
- Programmazione di incontri periodici

Reti delle utenti:

- Considerare il possibile utilizzo di servizi privati
- Coinvolgere il MMG
- Coinvolgere il partner

Focus group utenti

- ❑ ***Quale è stato l'aspetto/elemento che ha funzionato meglio o che vi ha aiutato di più in questo percorso e cosa invece vi ha creato maggiori difficoltà***

Elementi di aiuto

- Sostegno ricevuto da parte degli operatori del consultorio
- Essere state indirizzate e orientate nel percorso tra i vari servizi
- Rapporto di fiducia instaurato con l'ostetrica
- Disponibilità degli operatori a dare informazioni e spiegazioni
- Sostegno emotivo ricevuto
- Gentilezza degli operatori

Elementi di difficoltà

- Rapporto con il ginecologo (più freddo rispetto a quello con l'ostetrica)
- Complessità del percorso – soprattutto se affrontato da sola e senza indicazioni
- Disaccordo/incoerenza tra le comunicazioni degli operatori (senso di essere “sballottata” da un punto all'altro del percorso)
- Burocrazia dei servizi
- Poche informazioni sulla normativa di tutela della gravidanza (ad es. rispetto al lavoro)
- Alcuni aspetti logistici del percorso (ad es. il corso di allattamento lontano dalla propria abitazione)

Focus con utenti

□ ***Rispetto a quello che ha funzionato/vi ha aiutato, quali sono gli aspetti e gli elementi che lo caratterizzano? Quali considerate cruciali?***

Rispetto a quello che vi ha creato difficoltà o vi è mancato, quali sarebbero state le vostre aspettative?

Rapporto con gli operatori:

- Fiducia
- Empatia
- Rassicurazione
- Ascolto
- Assenza di pregiudizio
- Non essere intimorite o sentirsi rimproverate
- Coerenza delle opinioni tra operatori diversi
- Riferimento costante dello stesso operatore per garantire continuità (più difficile quando i volti cambiano spesso)

Orientamento e informazioni sul percorso:

- Ricevere indicazioni dagli operatori;
- Ricevere aiuto nella scelta dei professionisti a cui rivolgersi;
- Avere risposte in tempi brevi;
- Farsi dedicare un tempo adeguato da parte degli operatori;
- Sostegno orientato alla chiarezza e al buon senso;
- Uniformare i servizi dei vari consultori;
- Ridurre – dove possibile – la burocrazia e tempi di attesa.

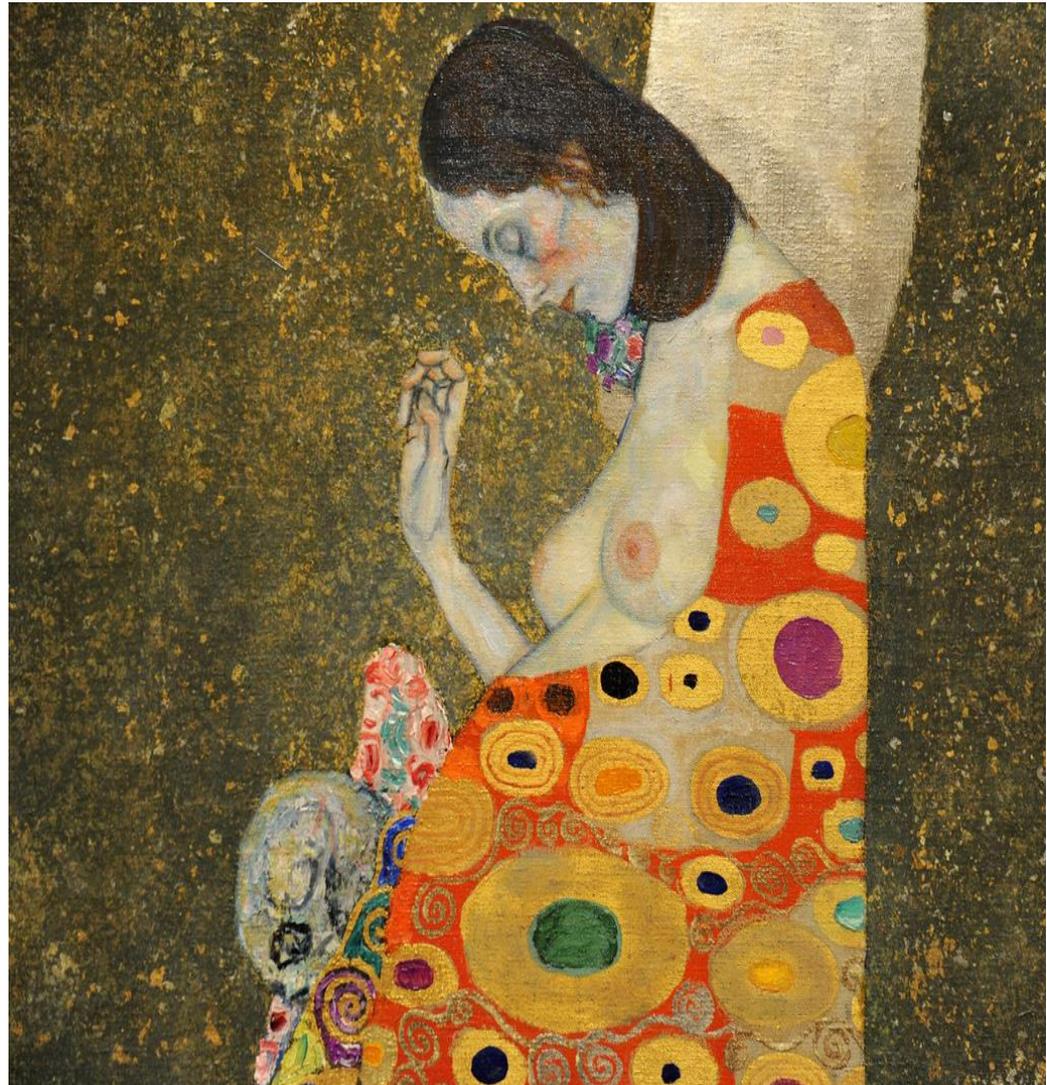
Background clinico e sociale dell'utente:

- Monitorare e tenere in considerazione condizioni e bisogni dell'utente;
- Fornire anche un sostegno emotivo;
- Coinvolgere i papà.

**Protocollo d'intervento per l'intercettazione
precoce e la valutazione del disagio psichico
perinatale, il suo riconoscimento e la presa
in carico presso il Distretto di Bologna della
AUSL Bologna**

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.



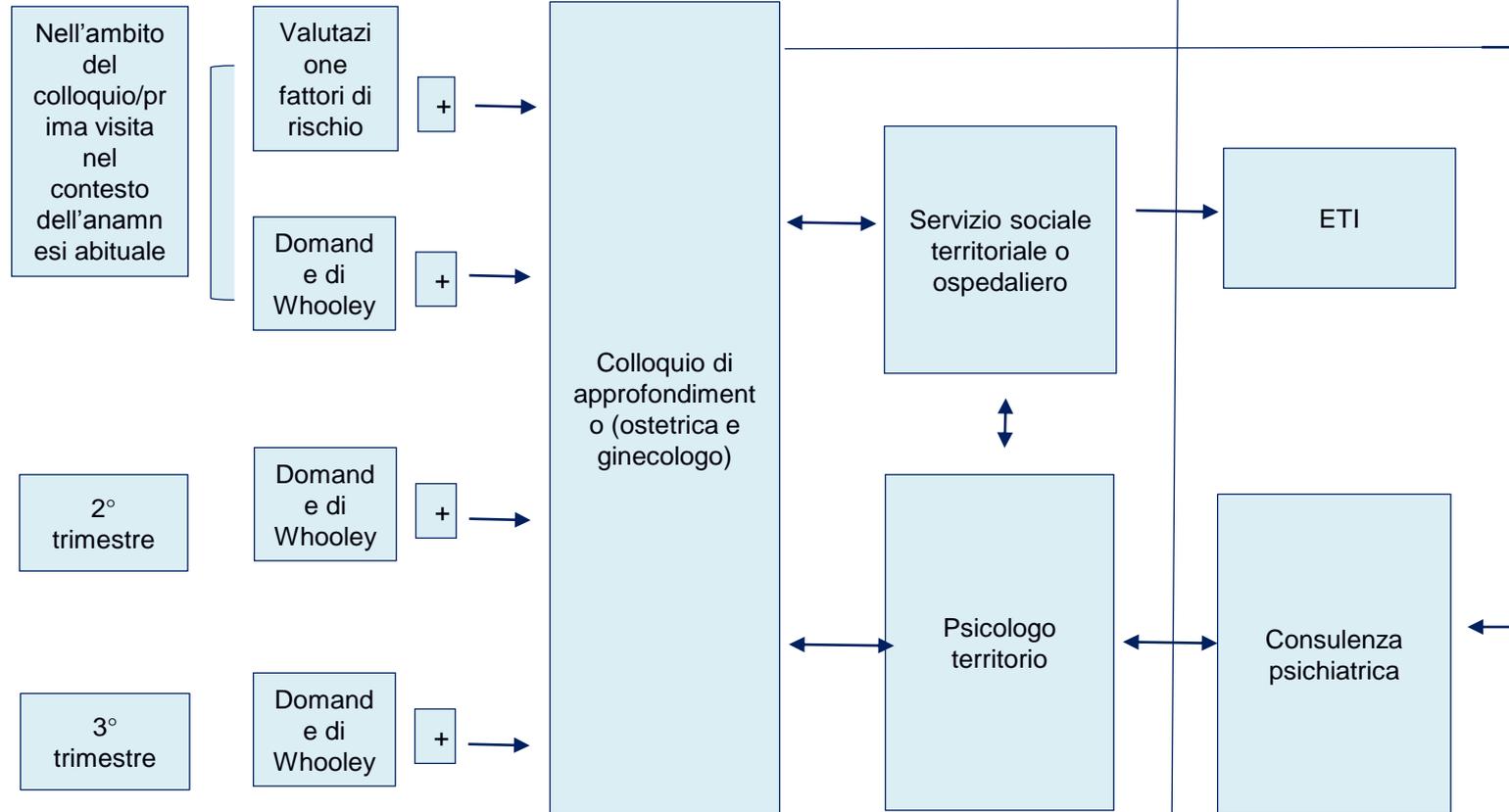
Momenti individuati per valutazione stato emotivo della donna con l'utilizzo delle domande di Whooley

- **Gravidanza (primo, secondo e terzo trimestre)**
- **Ambulatorio gravidanza a termine**
- **Post parto (1-6 settimane dopo il parto)**
- **A 4° mese dopo il parto**

IN GRAVIDANZA IN CONSULTORIO

Protocollo Bologna

Secondo livello:
SERVIZI DI SALUTE
MENTALE



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

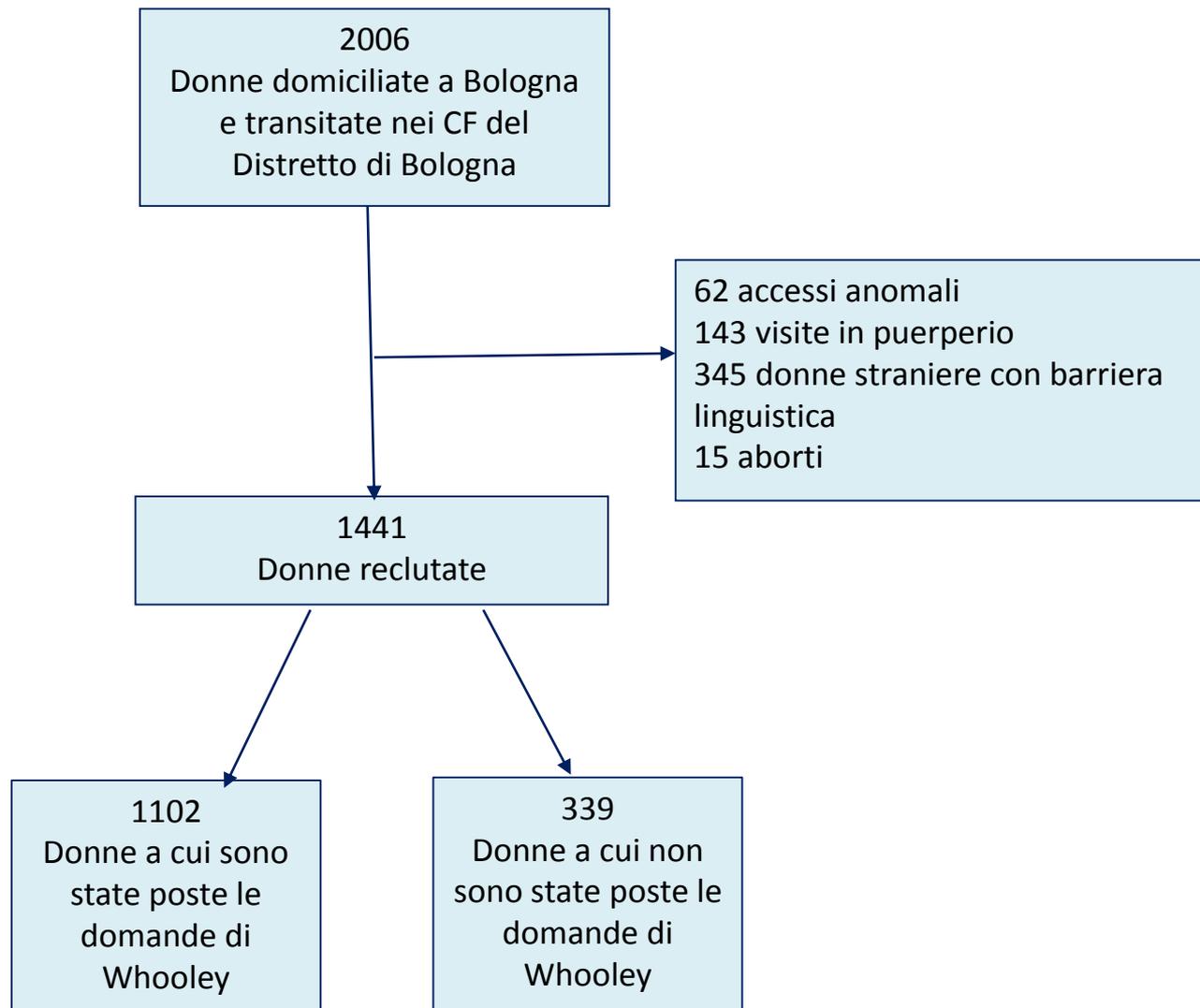
- abitazione inadeguata o assente
- difficoltà economiche rilevanti /assenza del lavoro
- immigrazione recente/non conoscenza della lingua italiana
- ruolo di *caregiver* di familiari non autosufficienti
- assenza di un partner/conflittualità di coppia importante
- partner con storia di disturbi mentali 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?**

**Analisi dati dallo 01/05/2017 al
30/09/2017 e confronto con i dati
trovati in letteratura**

Dati locali - Consultori Familiari - 01/05/2017 – 30/09/2017



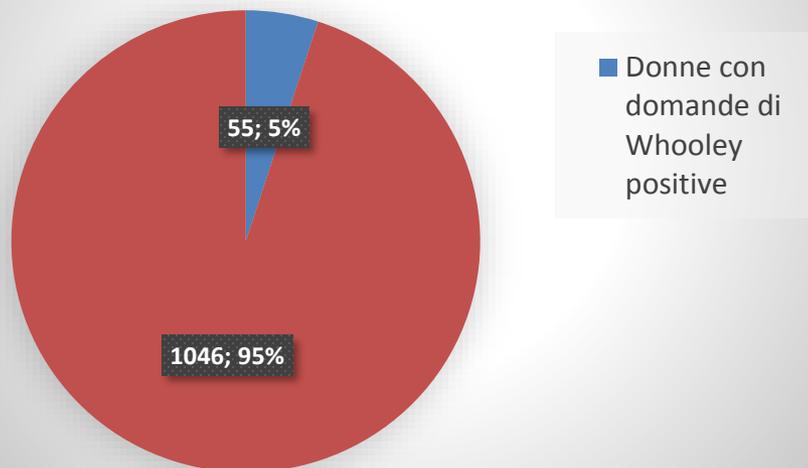
	DOMANDE DI WHOOLEY POSITIVE	DOMANDE DI WHOOLEY NEGATIVE	DOMANDE DI WHOOLEY ASSENTI	TOTALE
PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO*	10	17	10	37
ASSENZA DI FATTORI DI RISCHIO	45	1029	330	1404
TOTALE	55	1046	340	1441

*Poiché i fattori di rischio sono estrapolati dal sistema informatico, è stato possibile considerare solo i seguenti tre fattori:

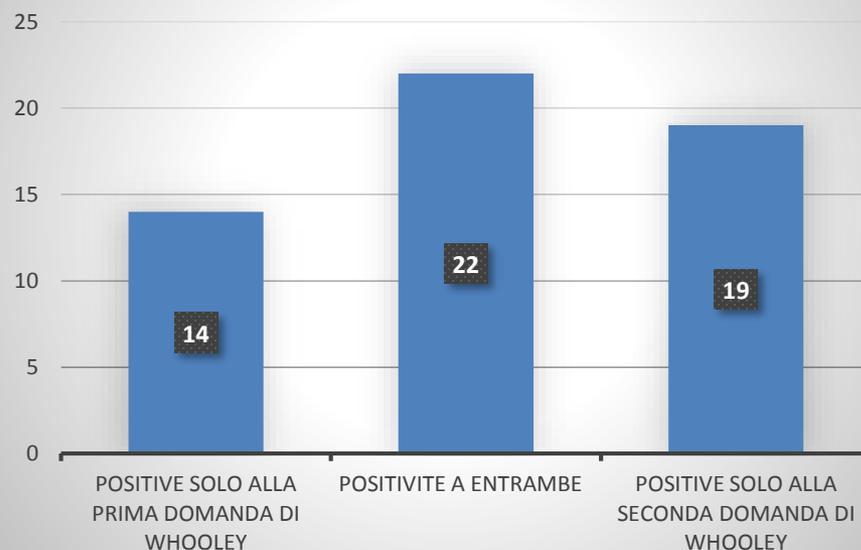
- **pregressa psicosi puerperale**
- **patologie psichiatriche**
- **condizione sociale sfavorevole**

INDICATORE: proporzione di donne valutate con le *Whooley questions* sul totale delle assistite nei Consultori Familiari e nei Punti Nascita partecipanti all'intervento" **76,47%**.

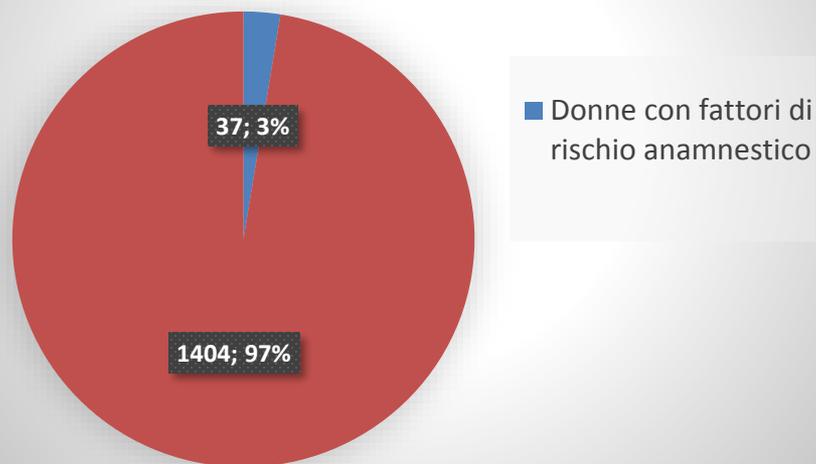
Donne con domande di Whooley positive sul totale di donne a cui sono state poste



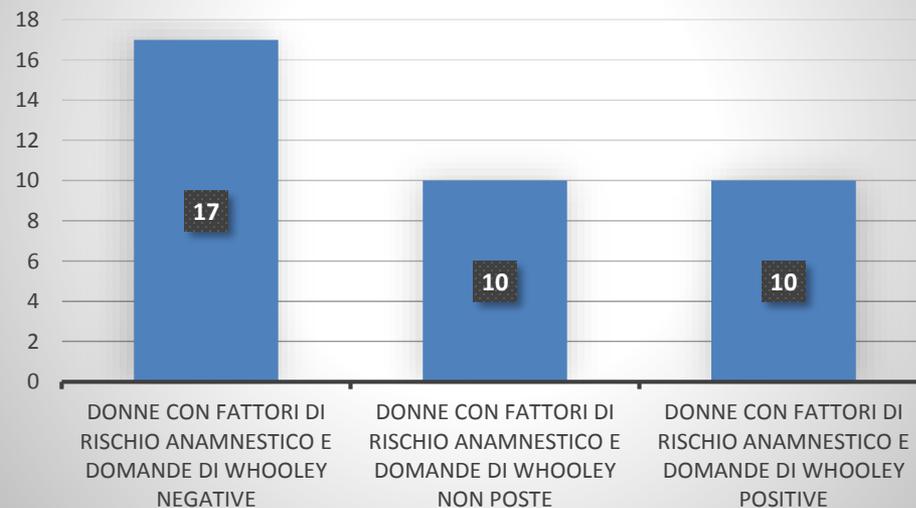
Ripartizione della positività alle domande di Whooley



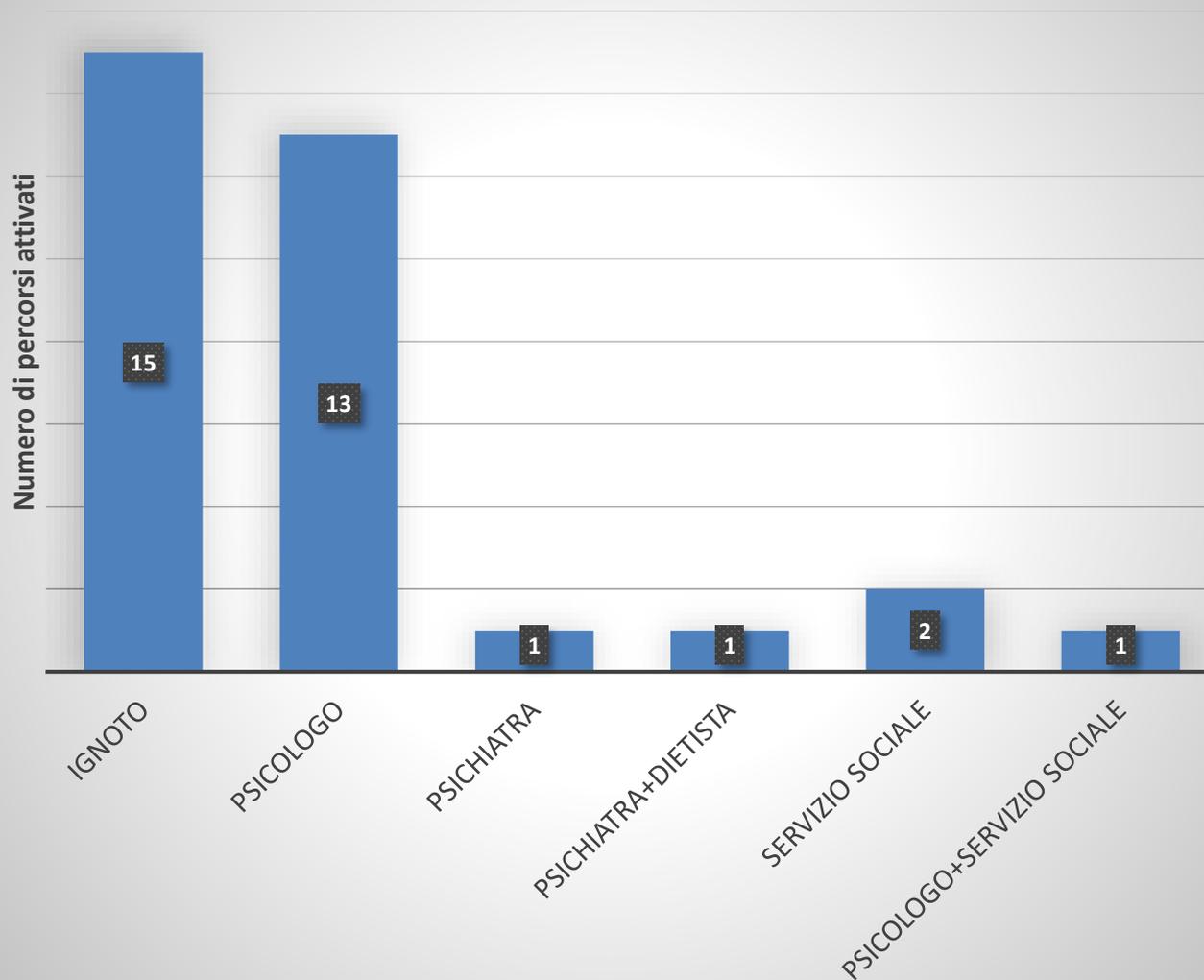
Donne con fattore di rischio anamnestico sul totale delle donne target



Ripartizione delle donne con presenza di fattori di rischio anamnestico



Tipologie di percorso attivato



Identification of women at risk of depression in pregnancy: using women's accounts to understand the poor specificity of the Whooley and Arroll case finding questions in clinical practice

Zoe Darwin · Linda McGowan · Leroy C. Edozien

La discussione riguardava i punti di vista e le esperienze delle donne rispetto alla valutazione della salute mentale perinatale, incluse le domande di Whooley

Table 2 Sample characteristics

	Full sample completing research questionnaire (n=191)	Subsample interviewed (n=22)
Age (years)	Mean 31.1, SD 5.3 (19–46)	Mean 31.7, SD 4.2 (26–39)
Ethnicity	129 (67.9 %), white British	17 (77.3 %), white British
In a relationship	174 (91.1 %)	20 (90.9 %)
Primigravida (first pregnancy)	71 (37.2 %)	7 (31.2 %)
Primipara (first birth)	111 (58.1 %)	9 (40.9 %)
Gestation (weeks) at booking	Mean 13, SD 5.4 (8–38)	Mean 13, SD 2.8 (8–20)
Timing of interviews (weeks)	144 (75.4 %) First trimester	15 (68.2 %) First trimester Antenatal Time 1: Mean 16, SD 2.8 (10–22) Time 2: Mean 33, SD 1.7 (28–36) Postnatal Time 3: Mean 10, SD 1.4 (7–13)

Temi emersi

1) Competenze del servizio

- Percezione che il servizio si concentri per il **"98% su cose fisiche e per il 2% su quelle emozionali"**
- Quando chiedono "come stai" gli **interessano solo i sintomi fisici**
- I problemi psicologici sono **qualcosa di personale** che non interessa le ostetriche
- Sensazione che si concentrino solo sulla gravidanza

2) Contesto

- **Mancanza di tempo**
- Sensazione di stare su un **nastro trasportatore**; "quando ti chiedono come stai, **non te lo stanno chiedendo davvero**"
- **L'attitudine ad ascoltare** realmente è più importante della continuità
- le domande sono fatte in **maniera meccanica** e le **interazioni sembrano false**

3) Comprensione del disagio psichico perinatale

- Per potersi aprire bisogna **rendersi conto** di avere un disagio ed essere pronte a farsi aiutare
- Le domande poste nello screening possono aiutare a farti capire di avere un disagio

4) Scopo della valutazione e conseguenze

- Paura dello **stigma**: "da manicomio", "pazza", "fuori di testa", "essere etichettate"
- Paura di un eventuale **trattamento farmacologico**
- Sensazione che **l'unica preoccupazione sia "che non faccia del male al bambino e non perché sono turbata"**
- Sensazione che **per essere aiutate bisogna che si presenti "il peggiore degli scenari"** (psicosi)
- Paura dei **servizi sociali**.

Per concludere.. è davvero tempo di iniziare a..

Fare nostre le raccomandazioni nazionali ed internazionali che ci invitano a considerare:

- le specificità del disagio psichico perinatale di entrambi i genitori
- che la comunicazione tra i servizi della rete è essenziale per prestare cure di buona qualità alle donne con problemi di salute mentale
- Che la valutazione dello stato di salute mentale della donna e del partner alla prima visita è fondamentale per programmare un'assistenza adeguata

PSSR 2017-2019

DGR 1423/17 approvazione schede attuative d'intervento

un'occasione da non perdere per progettare modalità innovative di organizzazione della rete dei servizi a sostegno della genitorialità e del benessere delle donne, delle coppie e dei loro bambini. In particolare le schede:

- **15 potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi**
- **16 sostegno alla genitorialità**
- **31 riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini e i professionisti**

Grazie a...

- Ilaria Lega , Serena Donati
- Vittorio Basevi, Marcella Falceri
- Stefania Guidomei , Clara Cicconetti, Carla Dazzani
- Elena Castelli
- E a tutte/i le/i colleghi/e partecipanti al progetto ...

Arrivederci

**Al convegno di chiusura del
progetto previsto per il**

**21 settembre 2018 a
Bologna**