



Disagio emozionale in gravidanza e puerperio
Bologna, 20 settembre 2016



Il progetto CCM: “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”

Ilaria Lega, Serena Donati

Reparto salute della donna e dell'età evolutiva
CNESPS, Istituto Superiore di Sanità

Contenuti della presentazione

- Alcuni riferimenti internazionali
 - morti materne correlate a disturbi mentali
 - attenzione alla salute mentale in gravidanza e dopo il parto
- Morti per suicidio nel sistema di sorveglianza della mortalità materna ItOSS
- Il nuovo progetto coordinato dalla Regione Emilia-Romagna sul disagio psichico perinatale che coinvolge la rete ISS-Regioni

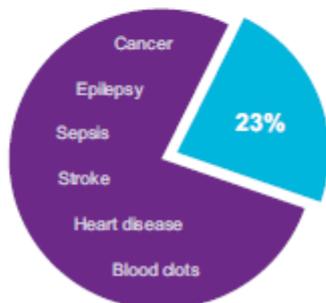
Morti materne da cause psichiatriche: l'esperienza del Regno Unito

Key messages

from the report 2015



Mental health matters



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



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:

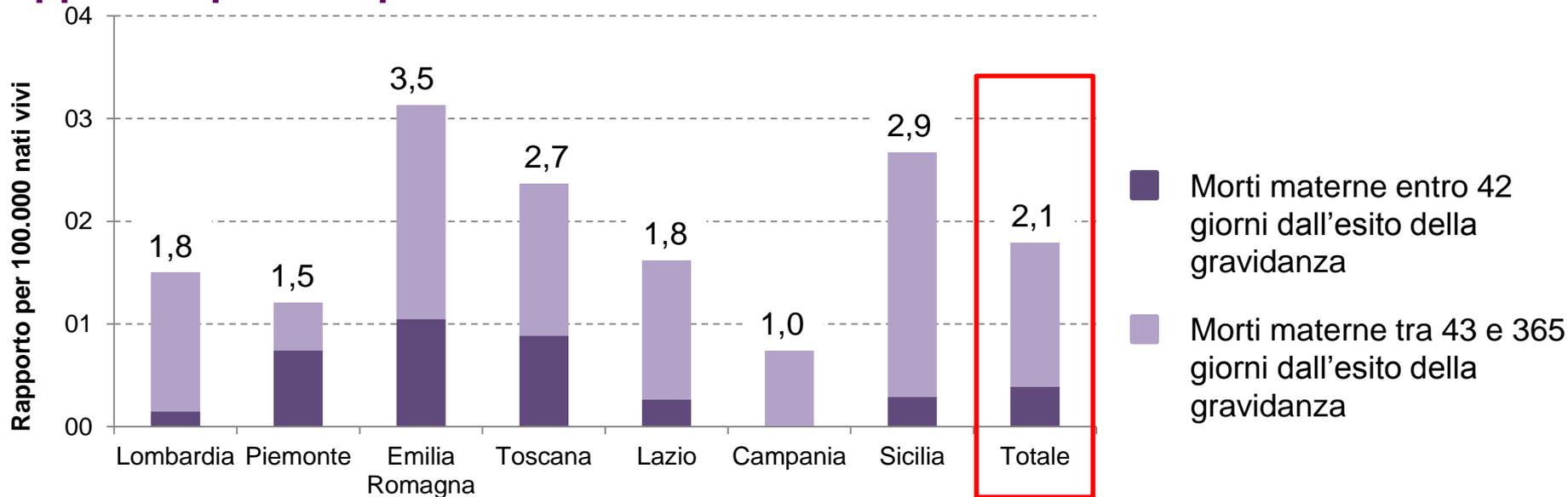
- la comunicazione fra servizi è essenziale per prestare cure di buona qualità alle donne con problemi di salute mentale
- valutazione dello stato di salute mentale alla prima visita
- cambiamenti significativi e recenti delle condizioni mentali, la comparsa di pensieri o comportamenti autolesivi o l'allontanamento dal bambino possono essere segnali di allarme di un disturbo mentale grave e richiedono la valutazione da parte di uno specialista esperto

I risultati del *record-linkage* ISS Regioni sulle morti per suicidio

ItOSS: Morti materne per suicidio 2006-2012

- Delle 508 morti materne verificatesi entro un anno dall'esito della gravidanza in 7 Regioni, 53 sono dovute a suicidio
- Le morti materne dovute a suicidio sono il 22% delle morti che si verificano tra 42 giorni e un anno dall'esito della gravidanza
- I dati potrebbero sottostimare il fenomeno perché per 14 decessi non è stato possibile stabilire se fossero suicidi, omicidi o incidenti

Rapporto specifico per 100.000 nati vivi



Il nuovo progetto sul disagio psichico perinatale

Un principio ispiratore



“L’assistenza alla donna prima, durante e dopo la gravidanza deve essere resa disponibile senza soluzione di continuo tra i diversi professionisti, le diverse discipline e i diversi servizi che supportano la donna e lavorano con lei in questa fase così importante della sua vita.

Medici, ostetriche, infermieri, psicologi, assistenti sociali, decisori...tutti dobbiamo mettere in pratica la cura centrata sul paziente che predichiamo, tenendo nella medesima considerazione la salute fisica, la salute mentale e i bisogni sociali della donna prima, durante e dopo la gravidanza»

“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”



Ente responsabile:
Regione Emilia- Romagna

Responsabile scientifico:
Silvana Borsari

Unità operative:
ISS, Piemonte, Toscana, Lazio,
Campania, Sicilia

Unità operative cliniche:
AUSL Bologna 1, Torino 3, ASL
Roma 2, ASL di Enna

Finanziamento:
Ministero della Salute, Bando CCM
2015

Obiettivo generale e metodologia

- **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
- **Metodologia**
 - **studio retrospettivo**, basato su uno studio di *record-linkage* di flussi informativi sanitari relativi ai casi di suicidio e omicidio identificati dal sistema di sorveglianza della mortalità materna ISS-Regioni
 - **studio prospettico**, che consisterà nella 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

Obiettivi specifici:

- per i casi di suicidio e omicidio rilevati tra il 2006 e il 2012 in 6 Regioni italiane rintracciare e analizzare le informazioni disponibili nei flussi informativi di:
 - schede di dimissione ospedaliera
 - prescrizioni di farmaci
 - prestazioni specialistiche ambulatoriali
 - assistenza riabilitativa
 - accessi in pronto soccorso (PS)
- identificare precedenti ricoveri per causa psichiatra o per disturbi di dipendenza da sostanze, traumatismi, avvelenamento; prescrizioni di farmaci attivi sul SNC; prestazioni presso i servizi territoriali psichiatrici e per le dipendenze; interventi psichiatrici di tipo riabilitativo; accessi in PS per quadri psichiatrici acuti, tentato suicidio, violenza
- tracciare un profilo clinico delle donne a rischio di suicidio in epoca perinatale e formulare delle raccomandazioni per la sua prevenzione

Studio prospettico

Obiettivi specifici:

- rilevare le caratteristiche di servizi e pratiche clinico assistenziali per il sostegno alla salute mentale in epoca perinatale già in atto presso le ASL delle 4 Regioni partecipanti al progetto prospettico
- mettere a punto un protocollo condiviso che garantisca il coordinamento tra diversi servizi e figure professionali delle reti coinvolte
- realizzare una formazione multiprofessionale per le figure sanitarie di riferimento per la donna, il bambino e la coppia genitoriale coinvolte nell'intervento
- individuare uno strumento per il riconoscimento del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto adatto al contesto specifico
- realizzare una adeguata presa in carico per le donne con fattori di rischio psicosociale, sintomi depressivi o precedenti psicopatologici di rilievo nell'ambito della rete dei servizi territoriali già disponibili
- proporre un intervento rivolto ai partner delle donne prese in carico previo consenso delle partecipanti

Le 2 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?

*In contesti a bassa prevalenza, tutti gli strumenti di screening,
in particolare gli ultrabrevi,
NON vanno intesi come strumenti diagnostici
ma come indici della probabile presenza
di sintomatologia depressiva
anche in assenza di un disturbo diagnosticabile*

Focus sul riconoscimento

- Nessun questionario autocompilato, per quanto sofisticato, permette di diagnosticare formalmente un disturbo depressivo
- La positività a un test di screening non è una diagnosi, non deve essere motivo di etichettamento, stigma, né indurre ansia nelle donne e nelle coppie
- La competenza e l'abilità relazionale e comunicativa dei professionisti delle cure primarie è la chiave di volta per il riconoscimento precoce e l'appropriata presa in carico di un eventuale disagio
- Le azioni proposte dal progetto sono volte a favorire un più tempestivo e appropriato riconoscimento di eventuali bisogni specifici della donna da parte dei professionisti delle cure primarie

Valutazione anamnestica

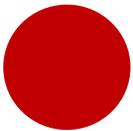
Nell'ambito del primo colloquio clinico durante la gravidanza o dopo il parto, raccogliere informazioni su condizioni che rendono necessario il coinvolgimento di un servizio specialistico di salute mentale:

- 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

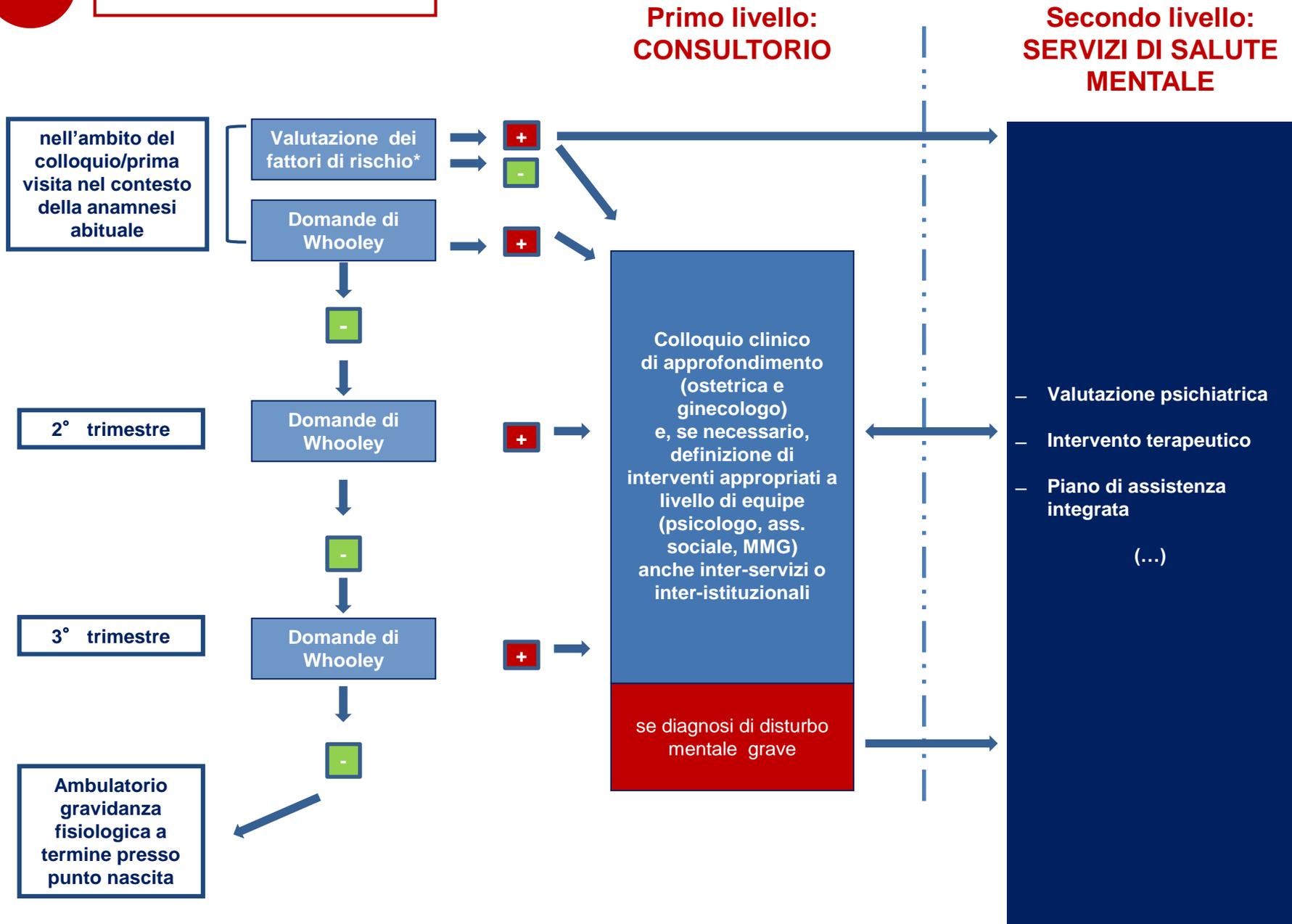
Valutazione dei fattori di rischio psicosociali

Nell'ambito del primo colloquio clinico raccogliere informazioni su fattori di rischio psicosociale che possono rendere necessari interventi di equipe o l'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/confittualità 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



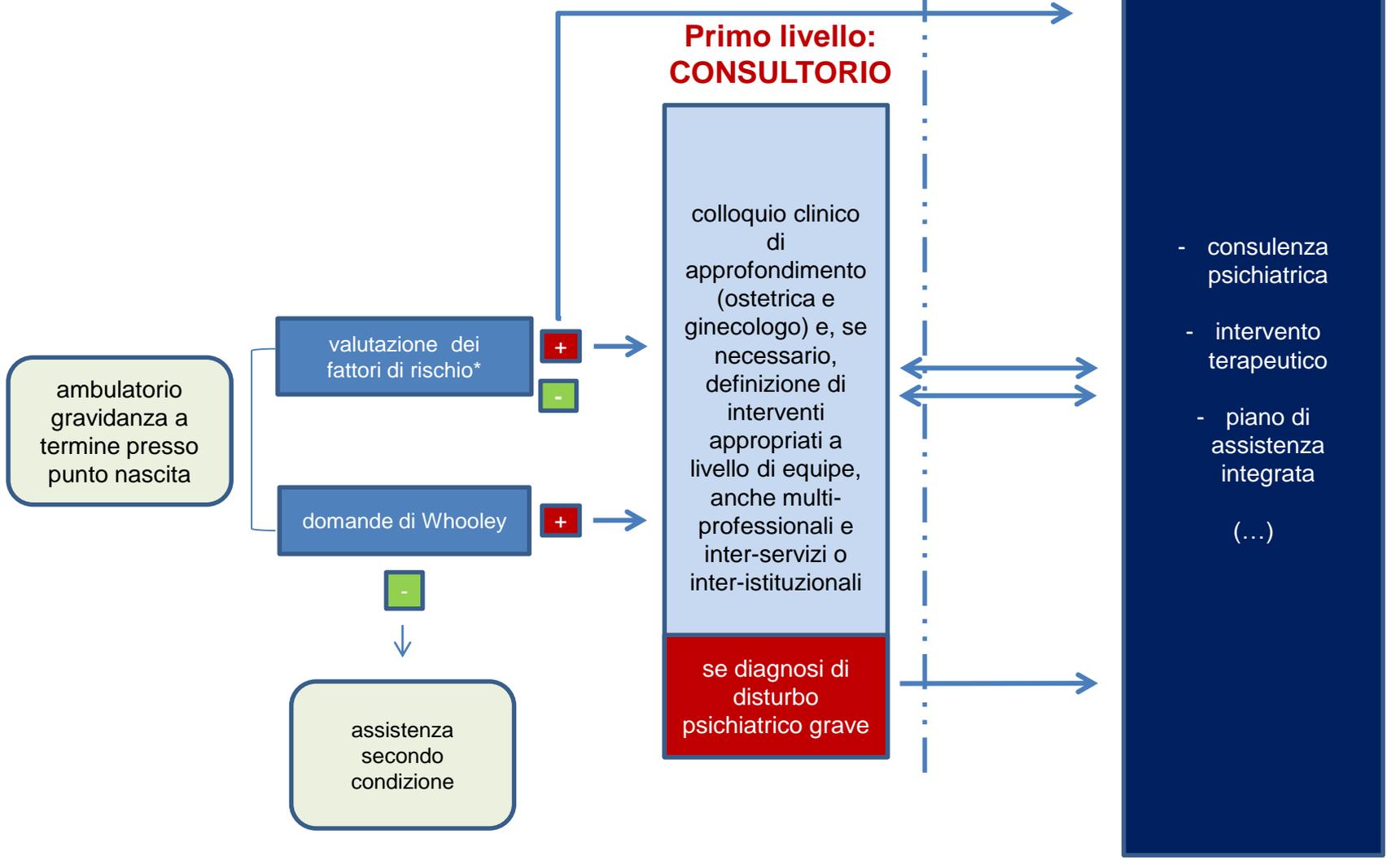
IN GRAVIDANZA





A TERMINE DI GRAVIDANZA

donna NON seguita in consultorio familiare in gravidanza



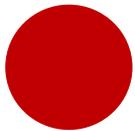
Primo livello: CONSULTORIO

colloquio clinico di approfondimento (ostetrica e ginecologo) e, se necessario, definizione di interventi appropriati a livello di equipe, anche multi-professionali e inter-servizi o inter-istituzionali

se diagnosi di disturbo psichiatrico grave

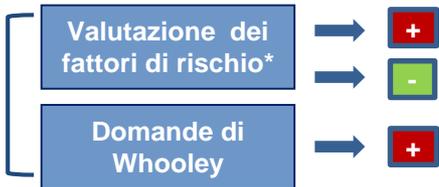
Secondo livello: SERVIZI DI SALUTE MENTALE

- consulenza psichiatrica
- intervento terapeutico
- piano di assistenza integrata
- (...)

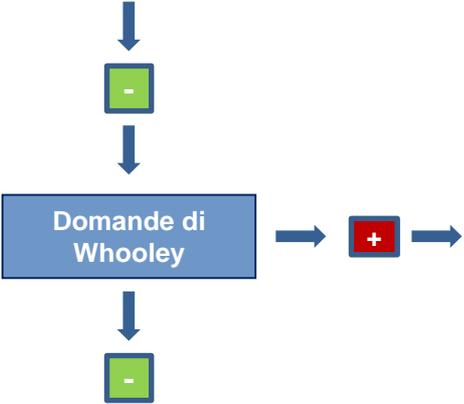


DOPO IL PARTO (fino a 4 mesi)

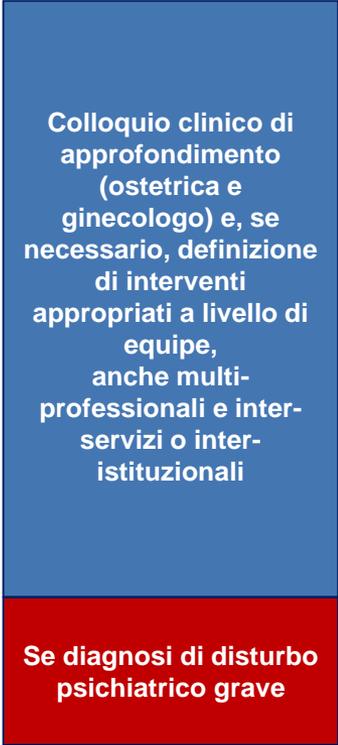
nell'ambito del colloquio/prima visita nel contesto della anamnesi abituale



Seconda visita (e successive fino a 4 mesi dopo il parto)

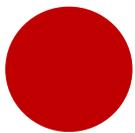


Primo livello: CONSULTORIO



Secondo livello: SERVIZI DI SALUTE MENTALE





DOPO IL PARTO (4 mesi)

nell'ambito del colloquio/prima visita nel contesto della anamnesi abituale

Valutazione dei fattori di rischio*

Domande di Whooley

+
-

+

Primo livello: PEDIATRA LIBERA SCELTA

Colloquio clinico di approfondimento e, se necessario...

Primo livello: CONSULTORIO

Colloquio di approfondimento e, se necessario, definizione di interventi appropriati a livello di equipe, anche multi-professionali e inter-servizi o inter-istituzionali

se diagnosi di disturbo psichiatrico grave

Domande di Whooley

+

Colloquio clinico di approfondimento e, se necessario

Secondo livello: SERVIZI DI SALUTE MENTALE

- Valutazione psichiatrica
- Intervento terapeutico
- Piano di assistenza integrata
- (...)

Seconda visita
(e successive fino ai 4 mesi del bambino)

-

-



Alcuni indicatori di processo e output

Indicatori di processo

- a) proporzione di servizi per ciascun livello assistenziale che implementano l'intervento sul totale dei servizi di pari livello arruolati nelle ASL coinvolte
- b) proporzione di professionisti dei servizi arruolati che partecipano alla formazione sul totale dei professionisti
- c) proporzione di donne valutate con le "Whooley questions" sul totale delle assistite nei consultori familiari e nei punti nascita partecipanti all'intervento
- d) proporzione di donne con disagio che accettano la presa in carico sul totale delle donne identificate dalla rete dei servizi
- e) proporzione di donne con disagio che completano il percorso assistenziale sul totale delle donne identificate dalla rete dei servizi

Indicatori di output

- a) disponibilità di un protocollo di intervento condiviso
- b) disponibilità del materiale per la formazione
- c) disponibilità di un questionario per realizzare l'indagine sulla qualità percepita da parte delle donne