

Salute mentale perinatale e qualità della cura: prevenzione, riconoscimento precoce e intervento



Una rete condivisa per il percorso nascita

Vulnerabilità psicologica

Intercettare precocemente fattori di rischio psicologico e psicosociale

Violenza di genere

Identificare situazioni di violenza e attivare la rete antiviolenza

Tutela del neonato

Prevenire condizioni di rischio e garantire la protezione del minore

Continuità assistenziale

Integrare ospedale e territorio in un percorso coerente e condiviso

Chi è coinvolto?

Tutte le figure professionali dell'area nascita in un sistema integrato di osservazione e risposta.



Clinici

Medici, ostetriche, infermieri, OSS, psicologi, psichiatri, neuropsichiatra infantile, pediatri

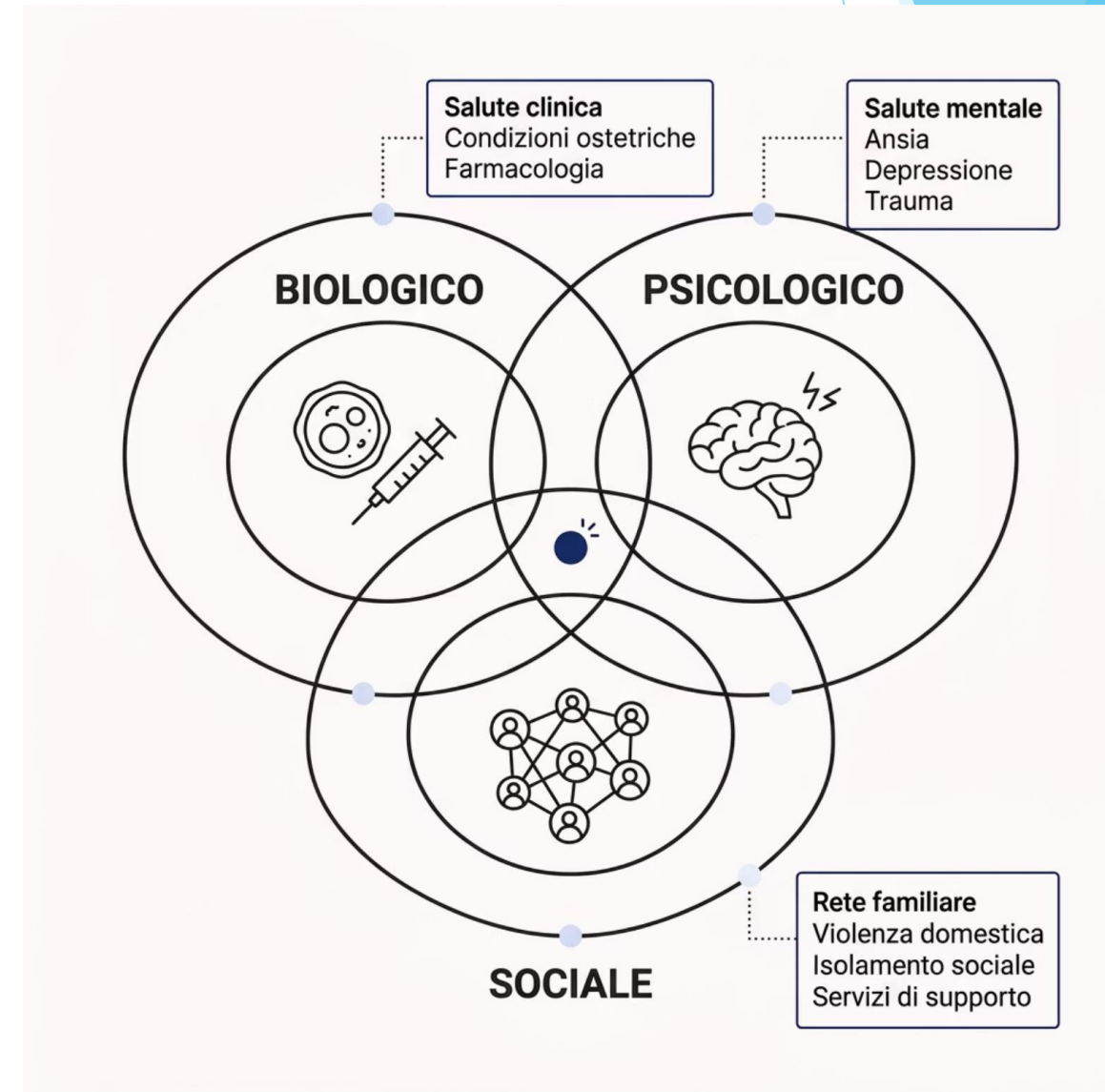


Servizi sociali e territoriali

Assistenti sociali, consultorio, pronto soccorso, servizi distrettuali

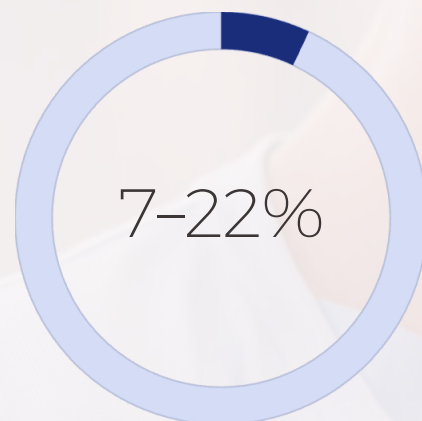
Un approccio bio-psico-sociale integrato

L'approccio si fonda su un modello **bio-psico-sociale integrato**, coerente con le raccomandazioni dell'OMS e con le evidenze scientifiche sul riconoscimento del maltrattamento minorile.

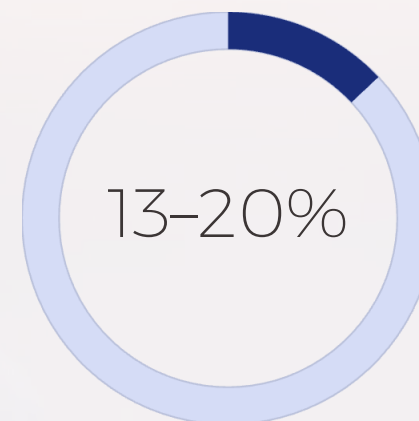


La gravidanza: una fase di significativa vulnerabilità

Il periodo perinatale espone le donne a cambiamenti psicofisici profondi, aumentando la suscettibilità a diverse condizioni di disagio emotivo che richiedono attenzione clinica precoce.



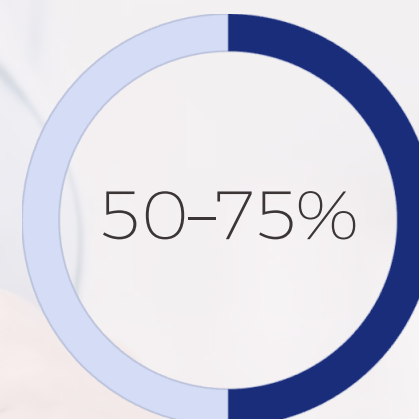
Sintomi depressivi
In gravidanza (Giardinelli et al., 2012)



Depressione post-partum
Tra le neomadri nel periodo perinatale



Disturbi d'ansia
Perinatali, spesso sotto-diagnosticati



Baby blues
Nei primi giorni dopo il parto (Checkko et al., 2024)

Salute materna e sviluppo infantile

La salute mentale materna influenza in modo **bidirezionale** lo sviluppo infantile precoce. Sostenere la madre significa proteggere il bambino.

La violenza contro le donne colpisce **1 donna su 3** nel corso della vita (García-Moreno et al., 2015). L'area nascita è un contesto privilegiato di prevenzione primaria e secondaria.

Riconoscere la violenza e tutelare il neonato è essenziale: lo stress e il trauma materno compromettono relazione precoce e allattamento. La protezione favorisce cura e sviluppo (WHO, 2022).



Ogni operatore è osservatore attivo



Ogni professionista assume una **responsabilità osservativa**. Il maltrattamento e la violenza risultano frequentemente sotto-riconosciuti quando la responsabilità è percepita come frammentata.

L'osservazione riguarda:

- **Segnali psicologici:** ansia marcata, pianto inconsolabile, dissociazione
- **Indicatori relazionali:** evitamento, ipercontrollo del partner
- **Elementi clinici indiretti:** lesioni incoerenti, ritardi nell'accesso alle cure

Comunicazione tempestiva delle criticità

La comunicazione intra-team **riduce omissioni e sottovalutazioni**. I modelli multidisciplinari dimostrano maggiore efficacia rispetto alla gestione individuale isolata (Chen et al., 2002).

Verbalizzazione

Chiara, sintetica e tempestiva
all'interno del team

Documentazione

Condivisa e accessibile a tutti i
professionisti coinvolti

Consulenza

Attivazione tempestiva della
consulenza specialistica

Linguaggio condiviso e non giudicante

Le raccomandazioni WHO sottolineano l'importanza di un approccio **empatico e non stigmatizzante**. Il modo in cui comunichiamo può aprire o chiudere possibilità di cura.

- Evitare formulazioni colpevolizzanti
- Privilegiare descrizioni cliniche osservazionali
- Usare domande aperte e rispettose

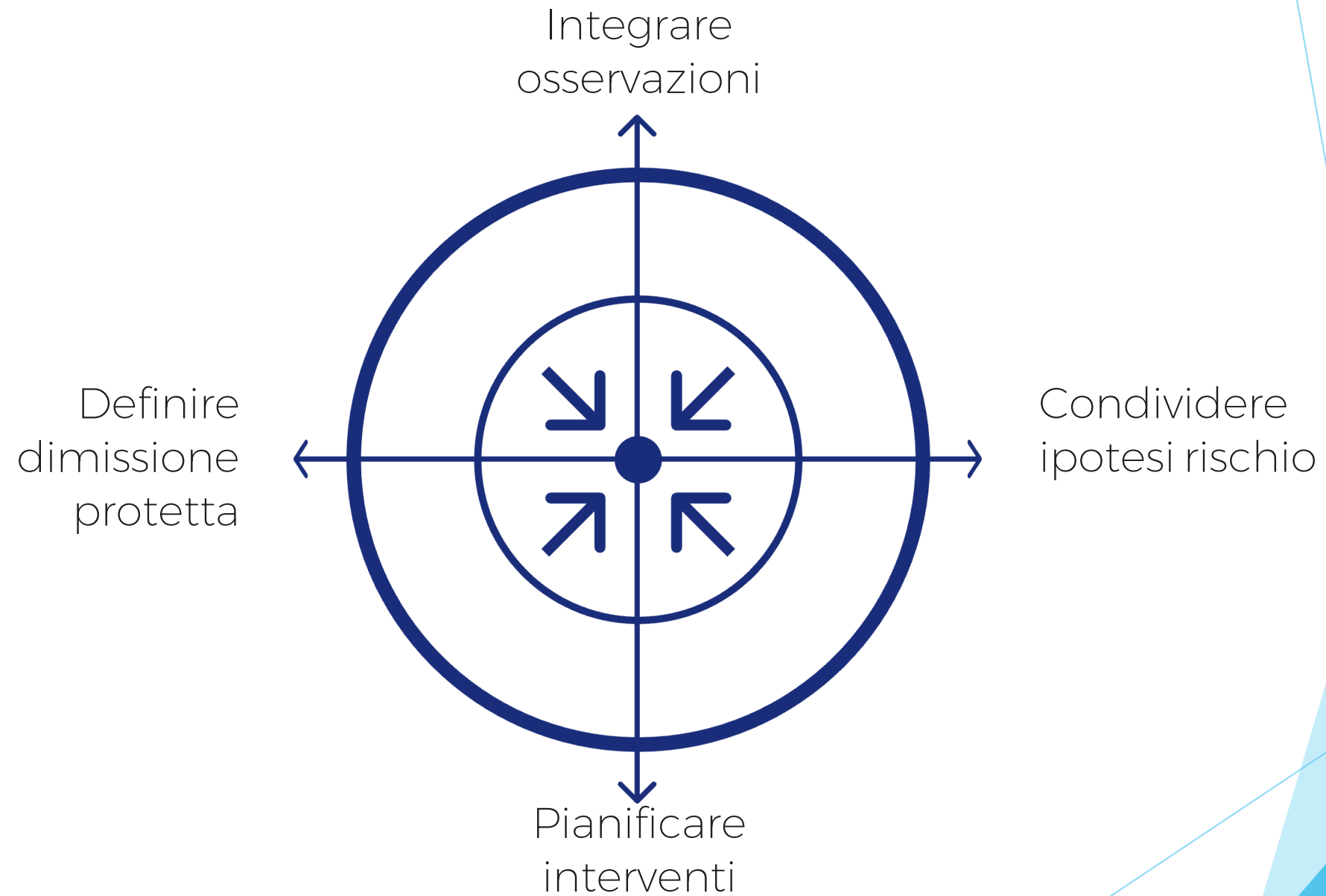
✘ Da evitare

"Perché non riesce a gestirsi?"

☑ Preferire

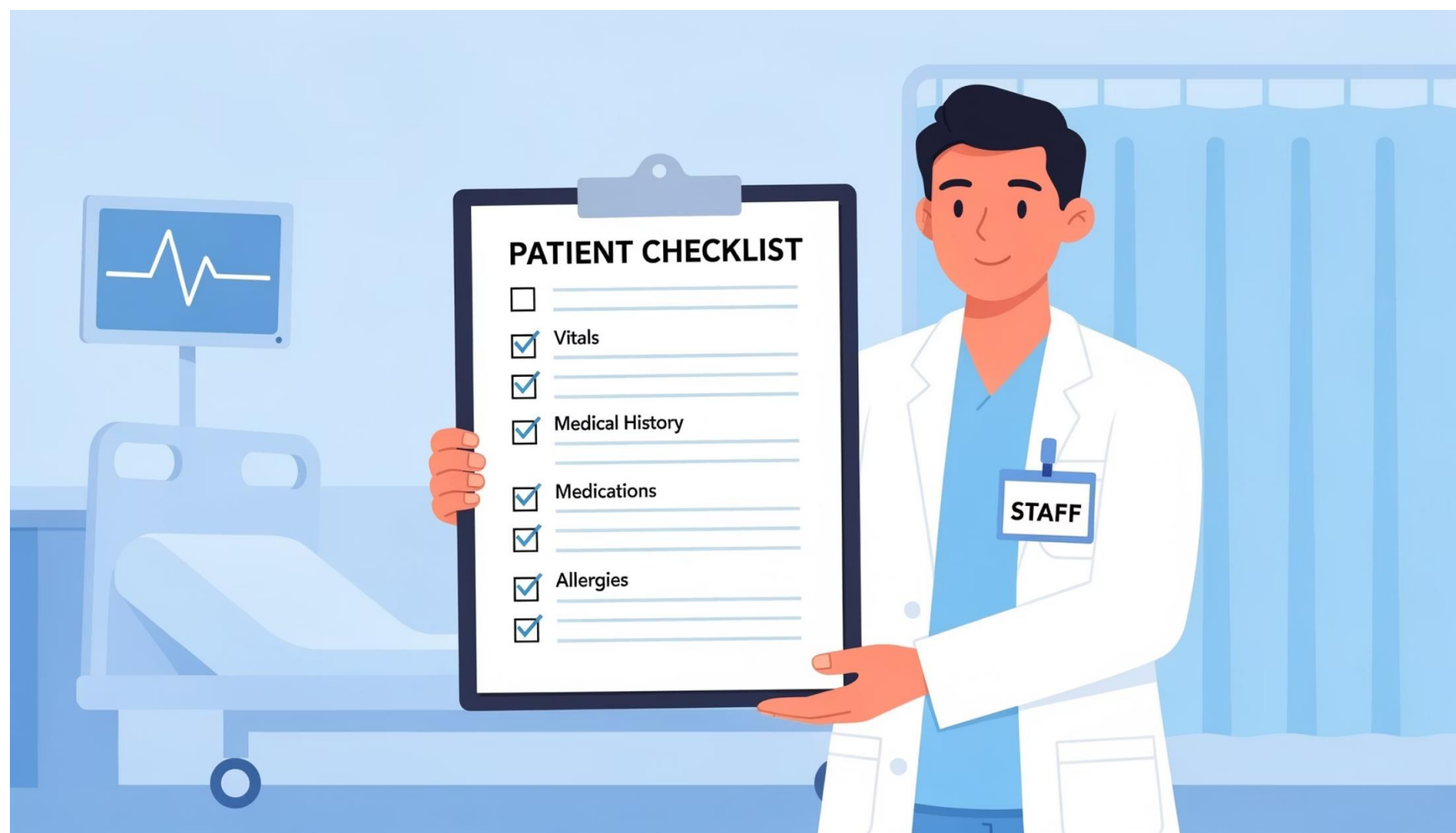
"Ho osservato che sembra affaticata. Come si sente?"

Briefing multidisciplinari nei casi complessi



Nei casi complessi la riunione multidisciplinare garantisce una visione condivisa e una risposta coordinata, riducendo il rischio di omissioni.

Scheda di segnalazione interna standardizzata



L'utilizzo di strumenti strutturati e condivisi riduce la variabilità soggettiva nella valutazione del rischio e migliora l'identificazione precoce delle situazioni critiche.

Uno strumento comune garantisce che nessun segnale rilevante venga perso nel passaggio tra turni o tra professionisti diversi.

Fattori di Rischio

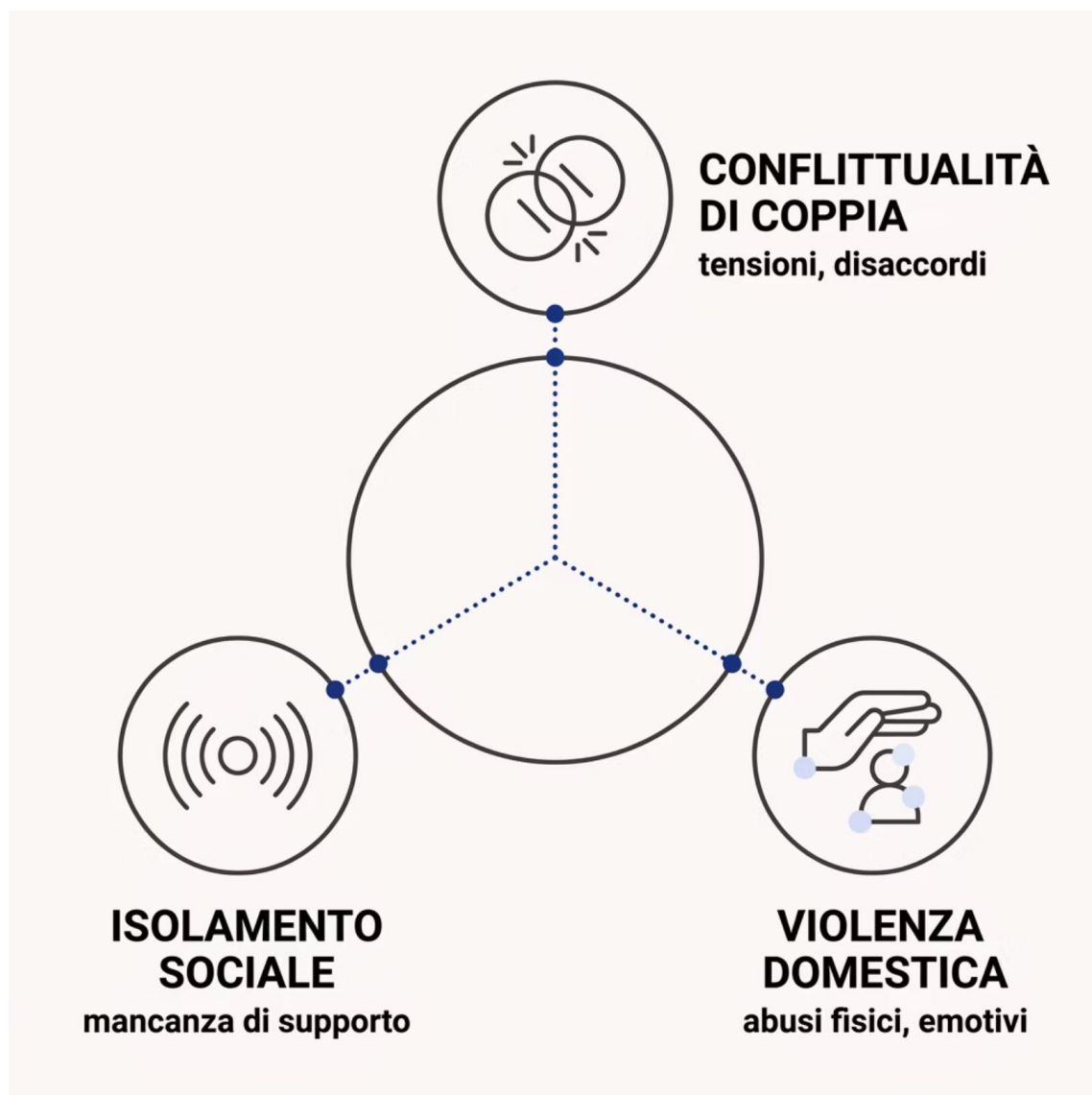
Individuali, relazionali e ostetrici

Fattori di rischio individuali

- Pregressa psicopatologia
Principale predittore di ricorrenza in epoca perinatale
(Giardinelli et al., 2012)
- Gravidanza adolescenziale o non pianificata
Associata a maggiore vulnerabilità psicosociale e isolamento
- Uso di sostanze e condizione migratoria
Soprattutto in assenza di rete di supporto sociale e familiare



Fattori di rischio relazionali



I fattori relazionali rappresentano spesso il contesto in cui la vulnerabilità individuale si amplifica. La **violenza domestica** è un fattore di rischio critico che richiede un'attenzione specifica e strumenti dedicati di rilevazione.

L'isolamento sociale, spesso invisibile, riduce le risorse di coping della donna e aumenta il rischio di esiti negativi per madre e neonato.

Fattori di rischio ostetrici

Parto traumatico

Esperienza soggettiva di perdita di controllo, dolore o emergenza inattesa

Ricovero in TIN

Separazione precoce che può interferire con il legame madre-neonato

Difficoltà di allattamento

La relazione con la salute mentale è bidirezionale: la depressione può interferire con l'allattamento e viceversa (Coo et al., 2020)

Le linee guida BFHI (WHO & UNICEF, 2020) sottolineano l'importanza di supportare l'allattamento come esperienza relazionale, non solo nutrizionale.

Procedura Operativa

Dalla gravidanza alla dimissione protetta

Il percorso operativo in sintesi



Ogni fase del percorso prevede azioni specifiche, responsabilità definite e strumenti condivisi per garantire continuità e sicurezza.

Fase 1

Screening iniziale in gravidanza



Lo screening precoce consente di identificare le situazioni di rischio **prima** che diventino emergenze. È essenziale garantire un **colloquio individuale** senza il partner.

- Raccolta dati psicosociali strutturata
- Valutazione fattori di rischio psicopatologico
- Valutazione indicatori di violenza
- Domande dirette ma rispettose (RNAO, 2005)

Fase 2

Osservazione durante il ricovero

Il personale ospedaliero monitora attivamente segnali che emergono nel contesto del ricovero, spesso unico momento di contatto diretto e prolungato con la diade madre-neonato.



Interazione madre-neonato

Qualità del contatto, risposta ai
bisogni del neonato,
attaccamento



Reazioni emotive acute

Pianto inconsolabile, apatia,
distacco, paura ingiustificata



Segnali di controllo

Comportamenti coercitivi del
partner, isolamento della donna

Fase 3

Quando attivare la consulenza psicologica



La consulenza psicologica non è un intervento di ultima istanza: è uno strumento di **prevenzione attiva**. L'attivazione precoce migliora gli esiti per madre e neonato.

In caso di dubbio, è sempre preferibile attivare la consulenza. La soglia di attivazione deve essere bassa.

Fase 4

Riunione multidisciplinare: quando e come

La riunione multidisciplinare viene attivata nei **casi complessi** o quando vi è sospetto di situazioni critiche che richiedono una risposta coordinata.

1

Sospetto violenza domestica

Indicatori diretti o indiretti nel ricovero

2

Grave vulnerabilità psichiatrica

Quadri psicopatologici acuti o sub-acuti

3

Rischio per il minore

Segnali di trascuratezza o condizioni di pericolo

Fase 5

Dimissione protetta



La dimissione non è la fine del percorso: è un **passaggio di cura** che richiede collegamento attivo con il territorio.

- Distretto territoriale e servizi sociali
- Consultorio familiare
- Pediatra di libera scelta
- Centro Antiviolenza (CeAV) secondo DGR Veneto 400/2023

Gestione del Rischio Violenza

Riconoscere, agire, proteggere

Riconoscere gli indicatori indiretti

La violenza di genere raramente si manifesta in modo esplicito. Spesso è il contesto a parlare. Saper leggere i **segnali indiretti** è una competenza clinica fondamentale.

Controllo del partner

Non consente il colloquio individuale o risponde al posto della donna

Comportamento della donna

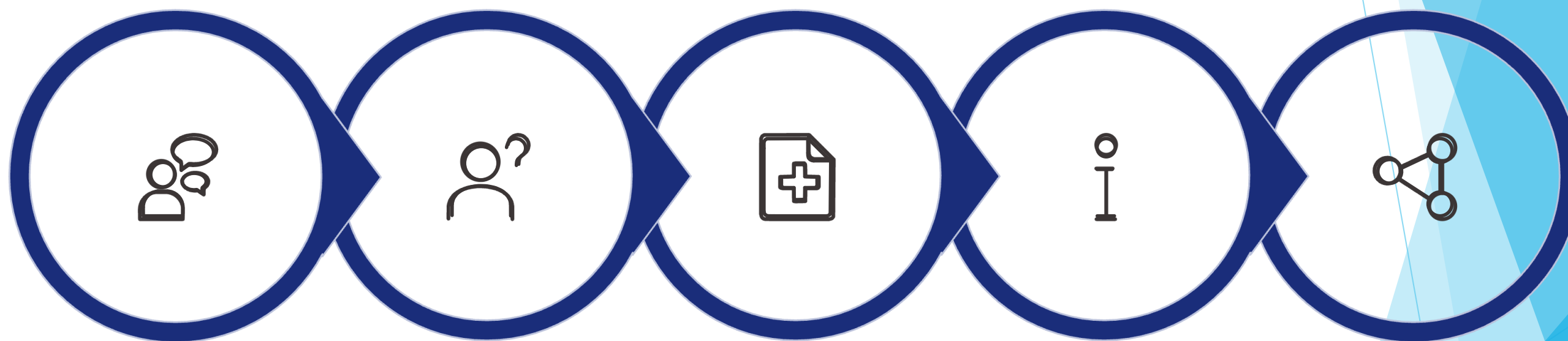
Cerca approvazione prima di rispondere, appare tesa o impaurita

Elementi clinici

Lesioni non coerenti con il racconto, ritardo nel ricorso alle cure



Procedura operativa per la violenza di genere



Colloquio

Domande

Documentare

Informare

Attivare rete

La violenza assistita è fattore di rischio documentato per disturbi evolutivi nel bambino (Gilbert et al., 2009). Proteggere la madre significa proteggere il figlio.

Aspetto critico

Il colloquio individuale: una necessità, non un'opzione

Perché è obbligatorio

In presenza del partner, la donna non può parlare liberamente. Il colloquio individuale è l'unico spazio sicuro per la disclosure della violenza.

Come condurlo

- Garantire privacy assoluta
- Usare domande aperte e non accusatorie
- Ascoltare senza giudicare né affrettare
- Non insistere se la donna non è pronta

La violenza assistita e il rischio evolutivo

I bambini esposti alla violenza domestica — anche senza essere direttamente vittime — presentano un rischio significativamente aumentato di disturbi evolutivi, comportamentali ed emotivi (Gilbert et al., 2009).

La valutazione della tutela dei minori coinvolti è parte integrante della procedura e non può essere omessa.



Violenza e Qualità dell' Interazione Precoce

Il trauma materno compromette la sensibilità e la responsività genitoriale, influenzando negativamente l'attaccamento e la regolazione emotiva del bambino (Bengtson et al., 2023).



Formazione e Governance

Un sistema che funziona richiede investimento continuo

La sensibilizzazione non basta



Le evidenze indicano che la sola sensibilizzazione non produce cambiamenti duraturi. È necessario un **approccio sistemico** con formazione continua, supervisione e monitoraggio (García-Moreno et al., 2015; Mäkelä et al., 2024).

- Formazione continua e aggiornamento del team
- Supervisione clinica periodica
- Monitoraggio degli indicatori di processo

Integrazione con standard nazionali e internazionali

Linee guida WHO

Risposta sanitaria alla violenza contro le donne —
García-Moreno et al., 2015

Normativa regionale

DGR Veneto 400/2023 — rete antiviolenza e CeAV
(Marcuzzo, 2023)

BFHI

Baby-Friendly Hospital Initiative per il supporto
all'allattamento — WHO & UNICEF, 2020

RNAO

Best practice per lo screening della violenza domestica
— 2005

Collaborazione quotidiana tra professionisti



- Rafforza la prevenzione primaria e secondaria
Intercettando il rischio prima che diventi danno
- Integra salute mentale, sicurezza e tutela
In un approccio bio-psico-sociale coerente
- Riduce frammentazione e omissioni
Attraverso osservazione condivisa e linguaggio comune

Un impegno collettivo

Ogni professionista fa la differenza

L'area nascita è un contesto privilegiato. Usarlo bene significa costruire salute — per le madri, per i bambini, per le famiglie.

Bibliografia

Beeber, L. S., Meltzer-Brody, S., Martinez, M., et al. (2017). Recognizing maternal depressive symptoms: An opportunity to improve outcomes in early intervention programs. *Maternal and Child Health Journal, 21*, 883–892. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2190-8>

Bengtson, A. M., et al. (2023). Maternal trauma and early mother–infant interaction: Implications for attachment and emotional regulation. *Infant Mental Health Journal, 44*(2), 145–160.

Chen, W., Balaban, R., Stanger, V., Haruvi, R., Zur, S., & Augarten, A. (2002). Suspected child abuse and neglect: Assessment in a hospital setting. *Israel Medical Association Journal, 4*, 617–623.

Chechko, N., Losse, E., Frodl, T., & Nehls, S. (2024). Baby blues, premenstrual syndrome and postpartum affective disorders: Intersection of risk factors and reciprocal influences. *BJPsych Open, 10*, e3. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.600>

Coo, S., García, M. I., Mira, A., & Valdés, V. (2020). The role of perinatal anxiety and depression in breastfeeding practices. *Breastfeeding Medicine, 15*(8), 495–502. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0091>

García-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F. L., Koziol-MacLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *The Lancet, 385*(9977), 1567–1579. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7)

Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D., & MacMillan, H. L. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet, 373*(9658), 167–180. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61707-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61707-9)

Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., et al. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: Prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health, 15*, 21–30. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0249-8>

Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry, 19*(3), 313–327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>

Mäkelä, H., Axelin, A., & Niela-Vilén, H. (2024). Journey toward Baby-Friendly Hospital Initiative designation: A qualitative study. *Midwifery, 135*, 104029. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104029>

Marcuzzo, P. (2023). *Il riconoscimento e la risposta operativa alla violenza di genere nel sistema socio-sanitario del Veneto*. Regione Veneto.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). *Woman abuse: Screening, identification and initial response*. Toronto: RNAO.

World Health Organization. (2015). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. WHO.

World Health Organization. (2022). *Mental health and well-being in the perinatal period*. WHO.

World Health Organization, & UNICEF. (2020). *Baby-friendly hospital initiative training course for maternity staff: Director's guide*. WHO.