

CLOSE2MI:

Una rete di prossimità per neogenitori di Milano

Manuale di modellizzazione per l'efficace replicabilità degli interventi a sostegno delle neomamme



Autrici:

Dott.ssa Ostetrica Alessandra Ceraudo – ASST GOM Niguarda

Dott.ssa Alessia Gallucci – Psicologa e Psicoterapeuta ASST GOM Niguarda

Dott.ssa Ostetrica Silvia Motta – ASST GOM Niguarda

Per l'elaborazione dei dati si ringrazia inoltre:

Dott.ssa Franca Patera – Esperta di Monitoraggio e Valutazione d'Impatto

Un ringraziamento per la disponibilità nel corso della visita di scambio italiana all'APSS di Trento, alla Dott.ssa Claudia Paoli (Ostetrica Dirigente), alla Dott.ssa Vanda Chiodega (Ostetrica Coordinatrice) e alla Dott.ssa Ostetrica Serena Migro (Presidentessa dell'Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Trento).

Per la visita di scambio a Parigi, un sentito ringraziamento alla Dott.ssa Ostetrica Roberta Bettoni, alla Dott.ssa Ostetrica Nezha Sahmi, alla Dott.ssa Ostetrica Sidonie Le Poul-Petit dell'Associazione Les Lucines di Bagnolet; grazie, inoltre, alla Dott.ssa Claire Chaugny del Centro Sanitario Municipale di Saint-Denis, alla Dott.ssa Ostetrica Zoubaida Azizi del Centro di Protezione Materno Infantile di Saint-Denis e alla Dott.ssa Sophie Sabin, Direttrice dell'Associazione CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé) di Saint-Denis.

Sommario

Premessa

1 Il Progetto CLOSE2MI

1.1 Gli obiettivi e le azioni

1.2 Il partenariato

1.3 I beneficiari

1.4 Coinvolgimento dei beneficiari e timing delle attività

1.5 Analisi del target e dei bisogni per l'arruolamento

1.6 Orientamento ai servizi complementari di progetto e sul territorio

1.7 Analisi del mancato arruolamento

2 Soddisfazione ed esiti percepiti

2.1 Soddisfazione in merito all'intervento

2.2 Esito sul benessere delle beneficiarie

2.3 Suggesti e critiche

3 Il Modello CLOSE2MI

3.1 Esperienze simili in Italia e in Europa

3.2 Le fasi

3.3 I pilastri

3.4 Fattori critici e scalabilità

Conclusioni

Editing e lavoro grafico a cura di: Aragorn

Febbraio 2025

Premessa

La complessità del periodo perinatale

Il periodo perinatale è un momento di estrema complessità per la salute delle donne poiché, oltre agli aspetti fisici che accompagnano i fisiologici adattamenti alla maternità, possono manifestarsi disturbi emotivi che compromettono il benessere della donna, del bambino, dell'intera famiglia. Le stime epidemiologiche rilevano che circa il 20% delle donne soffre di disturbi emotivi durante la gestazione e/o dopo il parto, in un periodo che è cruciale per il rapporto di una madre con il suo bambino e può minare la fiducia di una donna nella sua capacità di esercitare una genitorialità positiva.

Nello specifico, in Lombardia, con circa 65.000 nascite nel 2023, si stima che circa 7.000 donne soffrano di depressione perinatale e che solo una parte di queste donne sia sottoposta a un sistema strutturato di screening e riceva un trattamento, nonostante la letteratura scientifica riporti che spesso le donne mostrano sintomi già durante la gravidanza. I disturbi emotivi che si manifestano nel periodo perinatale (ansia e depressione post partum) possono assumere anche caratteristiche severe per la presenza di idee suicidarie e pensieri di autolesionismo, fino alla drammatica condizione di rischio di suicidio e infanticidio. Inoltre, quando una donna soffre di disturbi perinatali gravi, si riscontrano nei bambini una percentuale maggiore di malattie infantili, ridotto sviluppo cognitivo e motorio, e, sul lungo periodo, maggiore frequenza di disturbi dell'umore, d'ansia e problemi di comunicazione e di comportamento. Per questo motivo è fondamentale un lavoro di screening per intercettare le situazioni con disturbi emotivi nel periodo perinatale e prevedere uno schema di intervento.

01

Il Progetto CLOSE2MI

1.1 Gli obiettivi e le azioni

Il progetto CLOSE2MI ha avuto come obiettivo generale quello di migliorare la salute delle donne residenti nel Municipio 9 di Milano che partoriscono presso l'Ospedale Niguarda, attraverso interventi a favore di una genitorialità positiva prevenendo e/o intervenendo in situazioni di disagio psicosociale che, se non intercettate, possono scaturire in patologie gravi e durature. Inoltre, il progetto si è proposto di creare una rete di sostegno intorno all'allattamento al seno che, secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dell'Unicef e dell'Unione Europea, recepite anche dal Ministero della Salute, oltre a rappresentare l'alimentazione esclusiva per i primi sei mesi di vita (26 settimane), dovrebbe poi continuare per due anni e oltre, al fine di prevenire infezioni gastrointestinali nei neonati e favorire un più rapido ritorno alle condizioni fisiche pregravidiche e miglior benessere per le donne, se ben sostenute.

Più nello specifico, il progetto CLOSE2MI ha avuto l'obiettivo di rinforzare la rete territoriale di intervento attraverso l'integrazione dei servizi fra l'ospedale ASST GOM Niguarda e il territorio dell'area del Municipio 9 di Milano. In quest'area, i dati del Comune di Milano relativi al 2022 stimano una popolazione di 187.494 persone e, di questi, 94.425 donne. Nel 2022 hanno partorito sia mediante taglio cesareo che spontaneamente presso l'ASST GOM Niguarda più di 2000 donne, tra cui 649 residenti o domiciliate presso il Municipio 9.

L'obiettivo progettuale di migliorare la salute delle donne partorienti presso l'Ospedale Niguarda è stato perseguito attraverso le seguenti azioni:

1. rafforzamento della rete territoriale e dell'integrazione dei servizi fra Ospedale e territorio;
2. implementazione di un sistema di visite domiciliari per neo-madri, strutturato e funzionante;
3. utilizzo di strumenti di screening e valutazione dei bisogni per identificare i casi che necessitano di supporto o trattamento specialistico;
4. attivazione di un sistema di referral ai servizi sanitari, ai servizi di supporto alla famiglia e di supporto alla genitorialità nel Municipio 9;
5. presa in carico delle situazioni di fragilità familiari da parte di enti e soggetti di competenza.

Tali obiettivi rispondono alla priorità di prossimità, intercettando i casi di bisogno e garantendo risposta a specifiche necessità, e di multidisciplinarietà, favorendo interventi di presa in carico a 360° partendo dai bisogni legati al periodo del puerperio, ma intervenendo con referral a servizi interni al partenariato o esterni, attraverso la rete di sostegno, per supportare i nuclei familiari con fragilità di varia tipologia e promuovere una genitorialità condivisa e responsabile.

1.2 Il Partenariato

Il progetto è promosso e realizzato da un partenariato composto da:

Fondazione Ospedale Niguarda (Ente Capofila), nata nel 2022 come Ente del Terzo Settore con l'obiettivo di sostenere, sviluppare e promuovere le attività cliniche e di assistenza, di formazione e di ricerca dell'ASST Niguarda, il Grande Ospedale Metropolitano di Milano.

La Fondazione opera su tre aree tematiche precise ed interconnesse: i pazienti, la ricerca e l'innovazione, cercando di sviluppare progetti che migliorino l'attività dell'Ospedale promuovendone la rivoluzionaria "Cultura della Salute": un concetto inclusivo e partecipativo che guarda oltre la salute individuale e coinvolge anche la comunità e l'ambiente che ci circonda.

Associazione Mitades (Partner) è un'APS che lavora in ambito psicopedagogico con un focus alla fascia 0-6 mesi ed accompagnamento della genitorialità gestendo un Nido d'Infanzia e diversi progetti nel milanese. È presente all'interno dell'Ospedale Niguarda dal 2012 con il progetto "Fiocchi in Ospedale" di Save the Children Italia Onlus. L'obiettivo è quello di migliorare le condizioni dei bambini fin dai primi giorni di vita, sostenendo i genitori e cercando di accrescere il benessere del nucleo familiare. Si avvale di uno sportello aperto tutti i giorni e di una stanza attività in cui gli operatori realizzano azioni quali: accoglienza e primo ascolto durante la degenza e dopo le dimissioni; orientamento e accompagnamento ai servizi territoriali ed ospedalieri, con relativo referral; attività di gruppo per madri e bambini nella fascia 0-6 mesi.

Telefono Donna Italia (Partner) che nasce nel 1992 con l'obiettivo di prevenire e contrastare il fenomeno della violenza di genere. È riconosciuto Centro Antiviolenza dalla Regione Lombardia. Dal 2007 è entrato a far parte del progetto della "Rete Antiviolenza del Comune di Milano", nell'ambito del quale gestisce un Centro Antiviolenza che ha sede all'interno dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda e diverse case rifugio ad indirizzo segreto per l'accoglienza di donne vittime di maltrattamento. Dal 2020 ad oggi collabora inoltre con Mitades nel progetto "VICINI A TE" finanziato da Regione Lombardia. Dal 2020 al 2022 ha coordinato il progetto "La Luna Nuova" per la gestione dello spazio per accogliere donne e minori sopravvissuti a violenza familiare.

Fondazione per l'Infanzia Ronald McDonald Italia ETS (Partner) che rappresenta la sede italiana di Ronald McDonald House Charities (RMHC), ONP internazionale al fianco delle famiglie che vivono l'esperienza dell'ospedalizzazione di un figlio. Presso l'ASST GOM Niguarda, la Fondazione gestisce uno spazio di accoglienza dedicato, la family room, per offrire un luogo confortevole alle famiglie e ai bambini secondo il modello di cura family-centered care che Fondazione promuove.

Il progetto gode altresì di una rete di sostegno composta da:

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda: che, oltre al contributo e alla collaborazione del Dipartimento Materno-Infantile, con il supporto degli specialisti operanti nel Dipartimento di Salute Mentale e, in particolare, dell'ambulatorio di salute mentale perinatale, offre attività di valutazione diagnostica e presa in carico delle donne che manifestano fragilità psichiche e disagi emotivi durante la gravidanza e il post-parto, coinvolgendo anche le famiglie.

Comune di Milano - Assessorato al Welfare: con la competenza diffusa sull'area della fragilità e del materno infantile ha permesso la connessione tra i servizi sul territorio e i bisogni emergenti.

Università degli Studi di Milano Bicocca - Dipartimento di Psicologia: nella fase iniziale del progetto ha contribuito alla revisione del questionario di arruolamento da distribuire alle neomamme.

Intesa San Paolo: ha siglato con FON un Accordo Quadro di collaborazione finalizzato allo sviluppo di progetti di supporto psicologico, medico-psichiatrico e sociale per la diade mamma-bambino nella fase perinatale.

Save the Children Italia Onlus: presente all'interno dell'ASST GOM Niguarda con il progetto "Fiocchi in Ospedale", in collaborazione con Mitades.

1.3 I beneficiari

Il progetto si è rivolto ad un target composto da tutte le donne (indistintamente da età o etnia) che partoriscono presso l'ASST GOM Niguarda, residenti o domiciliate nel Municipio 9.

In particolare, il progetto si prefiggeva un campione formato da:

- 200 neo-partorienti e 200 neonati coinvolti in almeno un'attività;
- 50 nuclei familiari (con donne neo-partorienti afferenti all'ASST GOM Niguarda) presi in carico in maniera continuativa.

L'intercettazione dei beneficiari è stata prevista direttamente presso l'ASST GOM Niguarda tramite la collaborazione del reparto di Ostetricia. Allo stesso tempo, è stato previsto che potessero contribuire all'intercettazione segnalando al Capofila le loro utenti le collaboratrici dei partner di progetto (Mitades, Telefono Donna e Fondazione Ronald Mc Donald).

Inoltre, è stato previsto che le pazienti non reclutabili nel progetto ma con bisogni di sostegno alla genitorialità potessero essere indirizzate da parte dell'ostetrica referente o delle ostetriche di reparto al consultorio di riferimento per territorialità. I consultori sono quelli afferenti ad ASST GOM Niguarda e che ricoprono il territorio del Municipio 9: Val Di Bondo, Cherasco, Brivio, Villa Marelli.

Tutti i consultori offrono:

- la possibilità di mediatore culturale specifico;
- incontri individuali o di gruppo sia durante la gravidanza sia durante il puerperio;
- bilanci di salute ostetrici;
- visite ginecologiche;
- percorsi di supporto psicologico e sociale.

Oltre ai consultori territoriali, il progetto assicurava altresì il referral ad altri servizi già presenti all'interno dell'ASST GOM Niguarda, quali:

- Focchi in Ospedale che all'interno dei suoi spazi o di quelli della Family Room di Fondazione Ronald McDonald, offre incontri individuali personalizzati sulle esigenze della donna, della coppia e della famiglia organizzando incontri di gruppo settimanali.
- Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze che offre servizi di consulenza psichiatrica o psicologica.
- Ambulatorio di salute mentale perinatale che offre attività di valutazione diagnostica e presa in carico delle donne che manifestano fragilità psichiche e disagi emotivi durante la gravidanza e il post-parto, coinvolgendo anche le famiglie.

1.4 Coinvolgimento dei beneficiari e timing delle attività

Al momento dell'intercettazione in reparto (T0), alle neomamme veniva raccontato del progetto attraverso la distribuzione del materiale dedicato da parte delle ostetriche di reparto e dell'ostetrica referente del progetto; le mamme avevano dunque la possibilità di compilare il questionario di progetto da riconsegnare all'ostetrica, esprimendo il proprio consenso all'analisi dei dati per consentire l'eventuale arruolamento nel progetto. Questo, infatti, si determinava con la presenza di uno o più item positivi che sottolineavano, tra gli altri, criticità socioeconomiche o fattori di rischio legati alla salute mentale. Le donne non arruolabili invece, venivano indirizzate per un bilancio di salute al consultorio familiare più vicino.

Entro quattordici giorni dalla dimissione, le donne arruolate ricevevano una visita domiciliare (T1) da parte dell'ostetrica e di un'operatrice di Mitades. L'operatrice aveva il compito di informare i neogenitori dei servizi territoriali a cui rivolgersi (Consultori Familiari Integrati, Associazioni che offrono gruppi mamme, attività aggregative per mamme e piccoli), suggerendo attività e materiali utili a stimolare adeguatamente il neonato fin dai primi mesi di vita, dando indicazioni su come strutturare lo spazio casalingo in presenza di un neonato.

L'ostetrica eseguiva la valutazione di salute postnatale supportata dai seguenti strumenti:

1. Scheda di bilancio di salute della mamma e del bambino;
2. Scala Multidimensionale del Sostegno Sociale Percepito, volta a valutare la presenza di una rete di sostegno attorno alla neomamma;
3. Mother Infant Breastfeeding Progress Tool (MIBPT), volta a valutare le abilità della diade madre-neonato relativamente all'allattamento.

Dopo un mese dalla prima visita il progetto prevedeva una seconda visita domiciliare (T2) nella quale valutare, oltre allo stato di salute mamma-bambino, lo stato di benessere emotivo della donna.

A supporto della propria valutazione l'ostetrica utilizzava i seguenti strumenti:

1. Scheda di bilancio salute della mamma e del bambino;
2. Scala di Edimburgo, per migliorare l'individuazione della depressione post-natale.

La seconda visita a domicilio rappresentava un'ulteriore occasione per individuare la presenza di eventuali segnali di fragilità. Nei casi in cui l'ostetrica registrava un punteggio maggiore o uguale a 12 oppure un item 10 diverso da "mai" alla compilazione della Scala di Edimburgo, indirizzava sempre la mamma all'Ambulatorio di salute mentale perinatale per ricevere il giusto supporto. L'accompagnamento delle psicologhe perinatali veniva altresì offerto alle mamme che, pur non presentando criticità alla compilazione della Scala, ne presentavano la necessità o ne facevano richiesta.

La visita offriva l'occasione all'ostetrica di riproporre gli altri servizi di supporto territoriale come la partecipazione al gruppo mamme organizzato

settimanalmente presso l'ASST GOM Niguarda da *Fiocchi in Ospedale* di Save the Children Italia Onlus in collaborazione con Mitades; lo spazio Fiocchi è situato proprio accanto al reparto maternità di Niguarda e, oltre ad offrire un luogo accogliente per gli incontri, assicura la possibilità di consegnare il supporto materiale a quelle famiglie in difficoltà socioeconomiche individuate durante le visite domestiche.

Per i casi di evidenti o sospette situazioni di violenza domestica, Telefono Donna avrebbe potuto supportare la donna nell'attivazione di procedure di intervento; in caso di ospedalizzazione del neonato, invece, Fondazione per l'Infanzia Ronald McDonald avrebbe potuto offrire gli spazi dedicati all'interno dell'Ospedale per garantire la possibilità alla famiglia di restare vicino al proprio bambino durante le cure; infine, nei casi di isolamento sociale, solitudine relazionale o educativa, necessità di sostegno economico, si sarebbero allertati i servizi sociali del Comune di Milano.

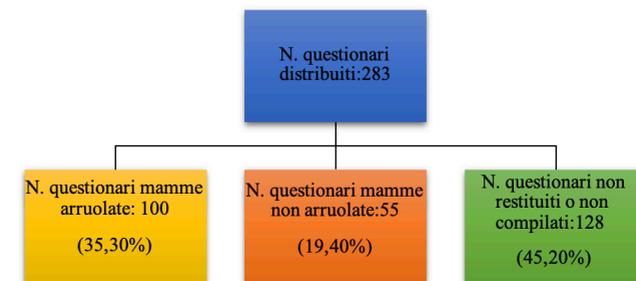
Nei casi in cui, nel corso delle prime due visite domiciliari, fossero emerse criticità o necessità specifiche per la neomamma, il progetto prevedeva un affiancamento successivo per garantire la continuità della valutazione del benessere mamma-bambino secondo le seguenti tempistiche: entro un periodo di tre mesi (valutazione T3), successivamente entro un periodo di 6 mesi (valutazione T4), e poi dopo dodici mesi (valutazione T5). In queste occasioni l'ostetrica utilizzava la Scala di Edimburgo e la Scala del Sostegno Sociale Percepito come strumenti a supporto della propria valutazione.

1.4 Coinvolgimento dei beneficiari e timing delle attività

Dal **01/03/2024**, data di inizio del reclutamento, al **14/02/2025** presso l'ASST GOM Niguarda sono avvenuti 1808 parti.

Alla valutazione iniziale (TO) sono stati **distribuiti 283 questionari di arruolamento** (15,65% dei parti) alle donne che hanno partorito, sia mediante taglio cesareo che spontaneamente, e che risultano domiciliate nel Municipio 9.

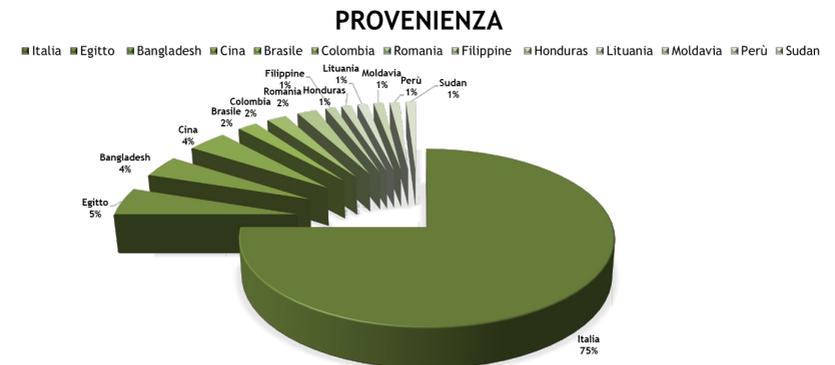
Infografica 1: Distribuzione questionari per l'arruolamento



Dai 283 questionari distribuiti, si è giunti **all'arruolamento di 100 mamme (64,50% dei questionari restituiti)**.

La sezione A del questionario di arruolamento si focalizza sui dati della donna e dall'analisi di questa sezione è emerso che:

- L'età media delle donne arruolate è di 33 anni (35).
- La nazionalità maggiormente rappresentata è quella italiana (75%), seguita da donne di nazionalità egiziana (5%), provenienti dal Bangladesh (4%) o dalla Cina (4%). Meno rappresentate altre nazionalità, tra cui quelle brasiliana, colombiana e rumena (2% ciascuna).



- Il 69% delle donne è laureata e il 21% diplomata.
- Il 67% delle donne ha un lavoro retribuito stabile, mentre il 14% è casalinga.
- Il 90% delle neomamme sono coniugate/conviventi.
- Per quanto riguarda le condizioni economiche, il 14% delle mamme ha dichiarato di avere qualche problema (limitazione delle spese quotidiane, non può permettersi le vacanze) e l'1% ha dichiarato di avere gravi problemi (debiti, non può pagare l'affitto ecc.). Tali item hanno determinato l'arruolamento al Progetto.

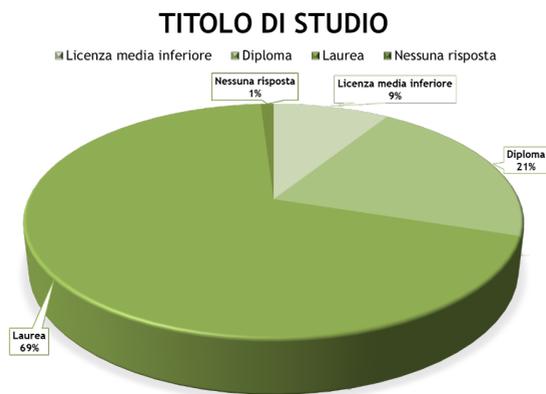
Si veda Tabella 1 per maggiori dettagli rispetto alle caratteristiche demografiche del campione reclutato (*evidenziati in giallo gli item determinanti l'arruolamento*).

Infografica 2: Provenienza delle beneficiarie

Infografica 3: Titolo di studio

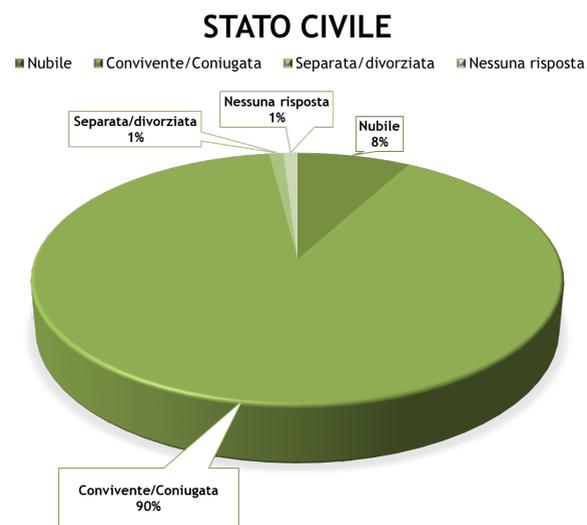


Infografica 4: Condizione professionale



Infografica 5: Stato civile

Infografica 6: Condizioni economiche



CONDIZIONI ECONOMICHE

- Qualche problema (limitazione delle spese quotidiane, non può permettersi le vacanze)
- Standard più modesto, ma senza particolari difficoltà
- Medio-alte (casa di proprietà, vacanze frequenti)
- Nessuna risposta
- Gravi problemi (debiti, non può pagare l'affitto, ecc.)

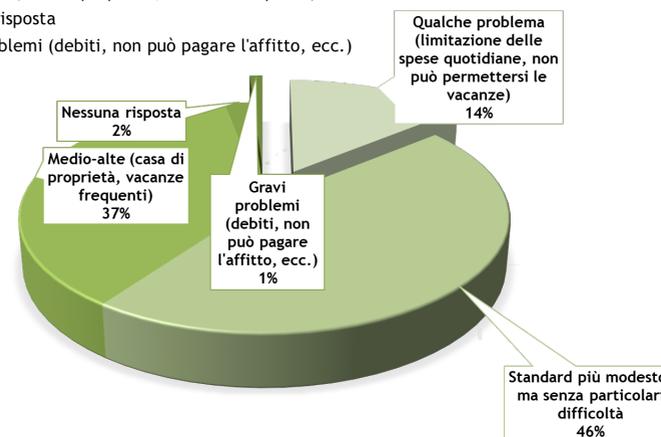


Tabella 1: Sezione A - Dati demografici

Nazionalità	Numero	Percentuale
Italia	75	75%
Bangladesh	4	4%
Brasile	2	2%
Cina	4	4%
Colombia	2	2%
Egitto	5	5%
Filippine	1	1%
Honduras	1	1%
Lituania	1	1%
Moldavia	1	1%
Perù	1	1%
Sudan	1	1%
Romania	2	2%

Titolo di studio	Numero	Percentuale
Nessuno	0	0%
Licenza elementare	0	0%
Licenza media inferiore	9	9%
Diploma	21	21%
Laurea	69	69%
Nessuna risposta	1	1%

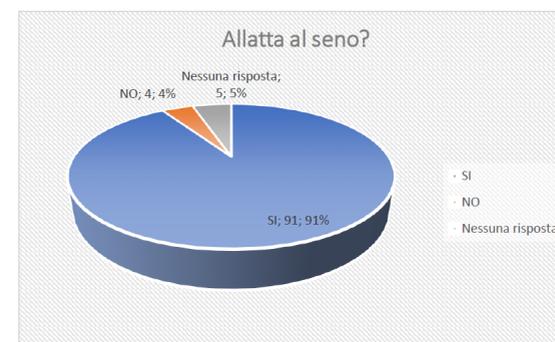
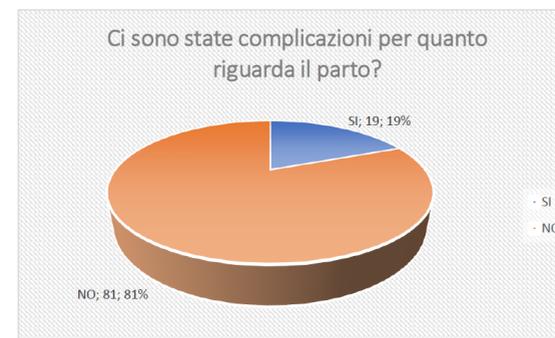
Condizione professionale	Numero	Percentuale
Disoccupata	9	9%
Casalanga	14	14%
Studentessa	4	4%
Lavoro retribuito saltuario	5	5%
Lavoro retribuito stabile	67	67%
Pensione di invalidità	0	0%
Nessuna risposta	1	1%

Stato civile attuale	Numero	Percentuale
Nubile	8	8%
Convivente/coniugata	90	90%
Separata/divorziata	1	1%
Vedova	0	0%
Nessuna risposta	1	1%

Condizioni economiche	Numero	Percentuale
Gravi problemi	1	1%
Qualche problema	14	14%
Standard più modesto	46	46%
Medio-alte	37	37%
Nessuna risposta	2	2%

La sezione B del questionario di arruolamento raccoglie le informazioni relative al parto. Rispetto all'evento parto, la maggior parte delle donne ha dichiarato che non ci sono state complicazioni (81%) e che la salute del bambino alla nascita era buona (94%). Il 91% delle donne ha dichiarato di allattare al seno al momento della compilazione del questionario.

Infografica 6: Sezione B - Informazioni Relative al Parto



La sezione C del questionario di arruolamento si occupa di raccogliere informazioni relative ai periodi preparto e della gravidanza.

Dalla sua analisi è emerso che:

- Il 58% delle mamme è alla prima gravidanza.
- Il 33% delle mamme ha già avuto altri figli.
- Nel 18% dei casi sono donne con almeno un aborto in anamnesi e i casi in cui a questo aspetto si sono sommate gravidanze a rischio per problematiche cliniche o genetiche, hanno determinato l'arruolamento.
- Il 14% delle mamme ha fatto ricorso alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).
- Il 20% delle gravidanze è stato valutato a rischio per problemi di salute.
- Il 4% delle gravidanze è stato valutato a rischio per problematiche di tipo genetico.
- Il 68% delle mamme ha partecipato ai corsi di preparazione al parto.
- Il 22% delle mamme ha avuto, durante quest'ultima gravidanza, un periodo piuttosto lungo (almeno due settimane di fila) in cui si è sentita giù di morale, abbattuta, depressa, per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni.
- Il 16% delle mamme ha avuto, durante quest'ultima gravidanza, un periodo piuttosto lungo (almeno due settimane di fila) in cui ha perso interesse per le cose che di solito le piaceva fare (incluso il lavoro, cucinare, curare il proprio aspetto) per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni.
- Il 24% delle mamme ha avuto, durante quest'ultima gravidanza, un periodo lungo (almeno sei mesi di fila) in cui si è sentita apprensiva, ansiosa, facilmente preoccupata per molte cose e più del solito, quasi ogni giorno.
- Il 9% delle mamme è attualmente in cura per problemi di depressione, ansia o altri problemi psicologici.
- Il 2% delle mamme attualmente prende farmaci che le sono stati prescritti per problemi di depressione, ansia o altri problemi psicologici.

Si veda Tabella 2 per maggiori dettagli (evidenziati in giallo gli item determinanti l'arruolamento).

Tabella 2: Sezione C - Informazioni relative ai periodi preparto e della gravidanza

C4. Ha avuto altre gravidanze prima di quest'ultima?

	Numero	Percentuale
SI	42	42%
NO	58	58%

C5. Ha già avuto altri figli prima di questo?

	Numero	Percentuale
SI	33	33%
NO	67	67%

C6. Per questa gravidanza ha fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita?

	Numero	Percentuale
SI	14	14%
NO	84	840%
Nessuna risposta	2	2%

C7. Questa gravidanza è stata valutata a rischio per suoi problemi di salute?

	Numero	Percentuale
SI	20	20%
NO	80	80%

C8. Questa gravidanza è stata valutata a rischio per problematiche di tipo genetico?

	Numero	Percentuale
SI	4	4%
NO	96	96%

C9. Ha partecipato ai corsi di preparazione al parto?

	Numero	Percentuale
SI	68	68%
NO	32	32%

C10. Durante quest'ultima gravidanza, ha avuto un periodo piuttosto lungo (almeno due settimane di fila) in cui si è sentita giù di morale, abbattuta, depressa, per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni?

	Numero	Percentuale
SI	22	22%
NO	78	78%

C11. Durante quest'ultima gravidanza, ha avuto un periodo piuttosto lungo (almeno due settimane di fila) in cui ha perso interesse per le cose che di solito le piaceva fare (incluso il lavoro, cucinare, curare il proprio aspetto, ecc.) per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni?

	Numero	Percentuale
SI	16	16%
NO	83	83%
Nessuna risposta	1	1%

C12. Durante quest'ultima gravidanza, ha avuto un periodo lungo (almeno sei mesi di fila) in cui si è sentita apprensiva, ansiosa, facilmente preoccupata per molte cose e più del solito, quasi ogni giorno?

	Numero	Percentuale
SI	24	24%
NO	74	74%
Nessuna risposta	2	2%

C13. Attualmente, è in cura per problemi di depressione, ansia o altri problemi psicologici?

	Numero	Percentuale
SI	9	9%
NO	91	91%

C14. Attualmente prende farmaci che le sono stati prescritti per problemi di depressione, ansia o altri problemi psicologici?

	Numero	Percentuale
SI	2	2%
NO	98	98%

La sezione D del questionario di arruolamento tratta gli eventi stressanti che si sono verificati negli ultimi 12 mesi.

Il 48% delle mamme ha riportato almeno un evento stressante negli ultimi 12 mesi; nello specifico gli eventi maggiormente segnalati sono stati:

- cambio casa
- cambio o perdita di lavoro
- malattia fisica, psichica o decesso di una persona cara
- problemi economici.

Nel 41% dei casi tali eventi stressanti hanno comportato un disagio medio, forte o fortissimo e le mamme che hanno segnalato tali livelli di disagio sono state reclutate.

Si veda la Tabella 3 per maggiori dettagli (evidenziati in giallo gli item determinanti l'arruolamento).

Tabella 3: Sezione D - Eventi stressanti negli ultimi 12 mesi

D15. Negli ultimi 12 mesi, le è successo una o più delle seguenti cose?

	Numero
A-Grave malattia	1
B-Grave incidente o sono stata vittima di una violenza	0
C-Una persona cara è morta o ha avuto una grave malattia fisica o psichica	12
D-Una persona cara ha avuto un grave incidente o è stata vittima di una violenza fisica	1
E-Fine di un ciclo di studio o cambio di studi	1
F-Cambio o perdita di lavoro	13
G-Gravi problemi sessuali	0
H-Problemi economici	8
I-Furto di una cosa importante o perdita di una cosa importante	1
L-Cambio casa	18
M-Separazione coniugale o interruzione di un lungo rapporto sentimentale	1
N-Separazione dai propri cari per motivi di lavoro o di salute	0
O-Guai con la polizia o con la giustizia (procedimenti penali o civili in corso)	1
P-Altri problemi gravi sul lavoro (es. coi colleghi)	4
Q-Problemi con il partner	2
R-Altri cambiamenti importanti (specificare...)	5

D16. Quanto disagio, sofferenza, stress queste cose le hanno procurato?

	Numero
Nessuno	6
Lieve	3
Medio	19
Forte	18
Fortissimo, è stato terribile	4
Nessuna risposta	1

D17. In che periodo degli ultimi 12 mesi le è successo?

	Numero
Nell'ultimo mese	7
Negli ultimi 2-3 mesi	12
Prima, anche se sempre nell'ultimo anno	28
Nessuna risposta	4

La sezione E del questionario di arruolamento si occupa di raccogliere informazioni sullo stato d'animo nella vita, prima dell'attuale gravidanza.

Dalla sua analisi è emerso che:

- Il 43% delle mamme ha avuto nel corso della sua vita, prima dell'attuale gravidanza, un periodo di almeno 2 settimane di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno, si è sentita giù di morale, abbattuta o depressa.
- Il 23% delle mamme ha avuto nel corso della sua vita, prima dell'attuale gravidanza, un periodo di almeno 2 settimane di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno, ha perso interesse per le cose che di solito le piaceva fare (incluso il lavoro, cucinare, curare il proprio aspetto estetico).
- Il 26% delle mamme ha avuto nel corso della sua vita, prima dell'attuale gravidanza, un periodo di almeno 6 mesi di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno, si è sentita apprensiva, ansiosa, facilmente preoccupata per molte cose e più del solito.
- Il 5% delle mamme hanno ricevuto nel corso della loro vita, prima dell'attuale gravidanza, una diagnosi di un problema di salute mentale (psicosi, disturbo bipolare, schizofrenia, anoressia, ecc.).

Si veda Tabella 4 per maggiori dettagli (evidenziati in giallo gli item determinanti l'arruolamento).

Tabella 4: Sezione E - Informazioni sullo stato d'animo nella vita, prima dell'attuale gravidanza

E18. Nel corso della sua vita, prima dell'attuale gravidanza, ha mai avuto un periodo di almeno 2 settimane di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno, si è sentita giù di morale, abbattuta, depressa?

	Numero	Percentuale
SI	43	43%
NO	57	57%

E19. Nel corso della sua vita, prima dell'attuale gravidanza, ha mai avuto un periodo di almeno 2 settimane di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno, ha perso interesse per le cose che di solito le piaceva fare (incluso il lavoro, cucinare, curare il proprio aspetto, ecc.)?

	Numero	Percentuale
SI	23	23%
NO	76	76%
Nessuna risposta	1	1%

E20. Nel corso della sua vita, prima dell'attuale gravidanza, ha mai avuto un periodo di almeno 6 mesi di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno, si è sentita apprensiva, ansiosa, facilmente preoccupata per molte cose e più del solito?

	Numero	Percentuale
SI	26	26%
NO	73	73%
Nessuna risposta	1	1%

E21. Nel corso della sua vita, prima dell'attuale gravidanza, un medico le ha mai detto che lei soffriva di un problema di salute mentale (psicosi, disturbo bipolare, schizofrenia, anoressia, ecc.)?

	Numero	Percentuale
SI	5	5%
NO	93	93%
Nessuna risposta	2	2%

La sezione F del questionario di arruolamento riguarda il giudizio sul sostegno familiare e sociale percepito.

Dalla sua analisi è emerso che:

- L'8% delle mamme ha dichiarato di non poter contare, in caso di bisogno, su amici e parenti che vivono con lei per un aiuto pratico.
- Il 7% delle mamme ha dichiarato di non poter contare su amici o parenti che vivono con lei per un sostegno psicologico.
- Il 97% delle mamme ha attualmente un rapporto affettivo di coppia.
- L'81% delle mamme si reputa molto soddisfatta di questo rapporto mentre l'1% per niente.
- Nel 7% dei casi le mamme dichiarano che quando si sentono nervose o preoccupate, il loro marito/compagno sta vicino poco/per niente.
- Nel 5% dei casi le mamme dichiarano che quando devono fare qualcosa o hanno bisogno di un aiuto pratico i propri mariti/compagni danno loro una mano poco/per niente.

Si veda la Tabella 5 per maggiori dettagli (evidenziati in giallo gli item determinanti l'arruolamento).

Tabella 5: Sezione F - Giudizi sul sostegno familiare e sociale percepito

F22. In caso di bisogno, può contare su amici o parenti che non vivono con lei per aiuto pratico?		
	Numero	Percentuale
Per niente	8	8%
Un po'	17	17%
Si sufficientemente	34	34%
Molto	41	41%

F23. Può contare su amici o parenti che non vivono con lei per sostegno psicologico?		
	Numero	Percentuale
Per niente	7	7%
Un po'	20	20%
Si sufficientemente	31	31%
Molto	42	42%

F24. Attualmente ha un rapporto affettivo di coppia?		
	Numero	Percentuale
SI	97	97%
NO	3	3%

F25. È soddisfatta di questo rapporto?		
	Numero	Percentuale
Per niente	1	1%
Un po'	0	0%
Si sufficientemente	14	14%
Molto	81	81%
Nessuna risposta	4	4%

F26. Quando si sente nervosa o preoccupata, suo marito/il suo compagno le sta vicino?		
	Numero	Percentuale
Per niente	1	1%
Un po'	6	6%
Si sufficientemente	20	20%
Molto	70	70%
Nessuna risposta	3	3%

F27. Quando deve fare qualcosa o ha bisogno di aiuto pratico suo marito/il suo compagno le dà una mano?		
	Numero	Percentuale
Per niente	1	1%
Un po'	4	4%
Si sufficientemente	10	10%
Molto	82	82%
Nessuna risposta	3	3%

La sezione G del questionario di arruolamento raccoglie le informazioni sulla relazione di coppia e dalla sua analisi è emerso che:

- Il 3% delle mamme ha dichiarato di non sentirsi sicura all'interno della propria relazione di coppia.
- L'1% delle mamme afferma di essere sottoposta ad un livello sufficientemente elevato di stress nella relazione di coppia, il 22% solo in parte e il 72% per niente.
- Il 90% delle mamme non ha mai subito pressioni di qualunque tipo (economiche, sessuali, ecc.) da parte del proprio partner, il 4% un po' e l'1% molto.
- Il 6% delle mamme ha dichiarato di non sentirsi sufficientemente libera di esprimere le proprie opinioni e preoccupazioni all'interno della relazione di coppia.
- L'86% delle mamme non ha notato cambiamenti (in negativo) nel modo in cui il partner le tratta da quando sono incinta, l'8% ne ha notati un po' e l'1% molti.

Si veda la Tabella 6 per maggiori dettagli (evidenziati in giallo gli item determinanti l'arruolamento).

Tabella 6: Sezione G - Informazioni sulla relazione di coppia

G28. Ti senti al sicuro all'interno della relazione di coppia?		
	Numero	Percentuale
Per niente	0	0%
Un po'	3	3%
Si sufficientemente	8	8%
Molto	84	84%
Nessuna risposta	5	5%

G29. Reputi di essere sottoposta ad un livello elevato di stress nella tua relazione di coppia?

	Numero	Percentuale
Per niente	72	72%
Un po'	22	22%
Si sufficientemente	1	1%
Molto	0	0%
Nessuna risposta	5	5%

G30. Hai mai subito pressioni di qualunque tipo (economiche, sessuali cc.) da parte del tuo partner?

	Numero	Percentuale
Per niente	90	90%
Un po'	4	4%
Si sufficientemente	0	0%
Molto	1	1%
Nessuna risposta	5	5%

G31. Ti senti libera di esprimere le tue opinioni e preoccupazioni all'interno della tua relazione di coppia?

	Numero	Percentuale
Per niente	0	0%
Un po'	6	6%
Si sufficientemente	16	16%
Molto	73	73%
Nessuna risposta	5	5%

G32. Hai notato cambiamenti (in negativo) nel modo in cui il tuo partner ti tratta da quando sei incinta?

	Numero	Percentuale
Per niente	86	86%
Un po'	8	8%
Si sufficientemente	0	0%
Molto	1	1%
Nessuna risposta	5	5%

La sezione H, al termine del questionario di arruolamento, prevede la scala BAS (Breastfeeding Assessment Score) che deve essere compilata con il supporto di un'ostetrica. La BAS valuta il rischio di interruzione dell'allattamento al seno tra il 7° e il 10° giorno di vita del neonato. La scala è costituita da 5 item a ciascuno dei quali viene attribuito un punteggio da 0 a 2. Un punteggio ≥ 8 indica un'alta probabilità che l'allattamento prosegua a 7-10 giorni di vita del neonato. Un punteggio < 8 indica un rischio aumentato di interruzione dell'allattamento, item positivo per l'arruolamento. Nel 35% dei casi è emerso un punteggio < 8 e in molti altri casi nei quali la scala non è stata compilata si è mostrato evidente/necessario il bisogno di un supporto qualificato per l'avvio dell'allattamento al seno.

Infine, sono state reclutate neomamme che alla compilazione della scala Mother Infant Breastfeeding Progress Tool hanno manifestato problematiche significative relative all'allattamento, evidenziate di seguito nella Tabella 7.

Tabella 7: Sezione H - Domande sull'allattamento

Compilazione BAS		
	Numero	Percentuale
Punteggio ≥ 8	25	25%
Punteggio < 8	35	35%
Non allatta	3	3%
Non compilata	37	37%

Delle 100 donne reclutate al T0, **93 hanno aderito alla rivalutazione entro dieci giorni dalla dimissione (T1).**

Durante il T1 sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

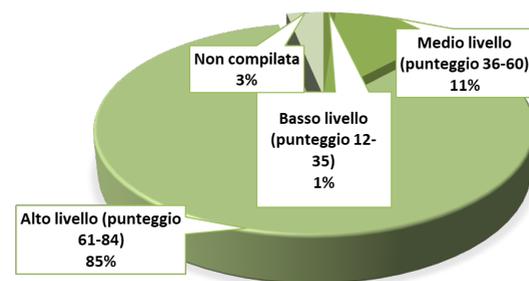
- Scala di bilancio di salute della mamma e del bambino
- Scala multidimensionale del sostegno sociale percepito
- Mother Infant Breastfeeding Progress Tool.

Dalla Scala di bilancio di salute della mamma e del bambino non sono emerse particolari criticità. Tutte le mamme sono state invitate al gruppo mamma-bambino di Fiocchi in Ospedale (in collaborazione con Mitades).

Dalla Scala Multidimensionale del Sostegno Sociale Percepito è emerso un basso livello (punteggio 12-35) nell'1% dei casi e un medio livello di sostegno sociale percepito (punteggio 36-60) nell'11% dei casi.

Infografica 7: Scala multidimensionale del sostegno sociale percepito

SCALA MULTIDIMENSIONALE DEL SOSTEGNO SOCIALE PERCEPITO



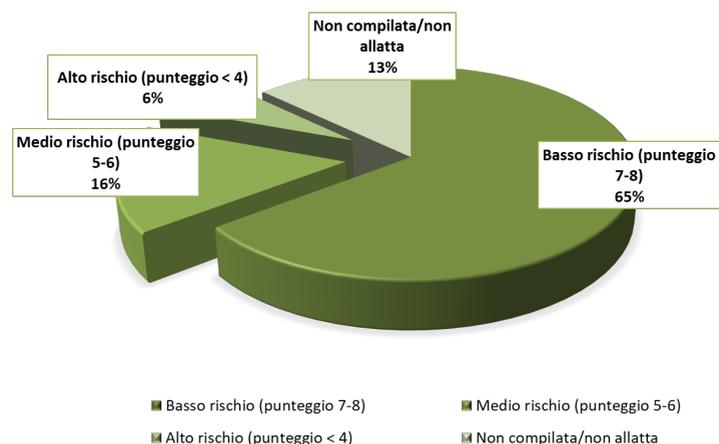
- Basso livello (punteggio 12-35)
- Medio livello (punteggio 36-60)
- Alto livello (punteggio 61-84)
- Non compilata

Per quanto riguarda la Mother Infant Breastfeeding Progress Tool ha rilevato un alto rischio di interruzione dell'allattamento al seno (punteggio ≤ 4) nel 4% dei casi e un rischio medio (punteggio 5-6) nel 16% dei casi.

19 mamme sono state seguite presso l'ambulatorio allattamento di Niguarda e 5 mamme sono state indirizzate presso i consultori di Niguarda per un supporto ulteriore con l'allattamento.

Infografica 8: Mother infant breastfeeding progress tool

MOTHER INFANT BREASTFEEDING PROGRESS TOOL



Invece 77 donne hanno aderito alla rivalutazione dopo un mese dalla prima visita a domicilio (T2).

Durante il T2 sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

- Scala di bilancio di salute della mamma e del bambino
- Scala di autovalutazione per la depressione post-partum (Scala di Edimburgo).

Dalla Scala di bilancio di salute della mamma e del bambino non sono emerse particolari criticità.

Dalla analisi dei punteggi ottenuti dalla Scala di Edimburgo si evince che:

- Il punteggio medio è stato 6,15 (sd 4,12).
- 7,80% delle Scale somministrate hanno avuto un punteggio > 12.
- 3,90% delle Scale somministrate ha avuto un item 10 diverso da "MAI".

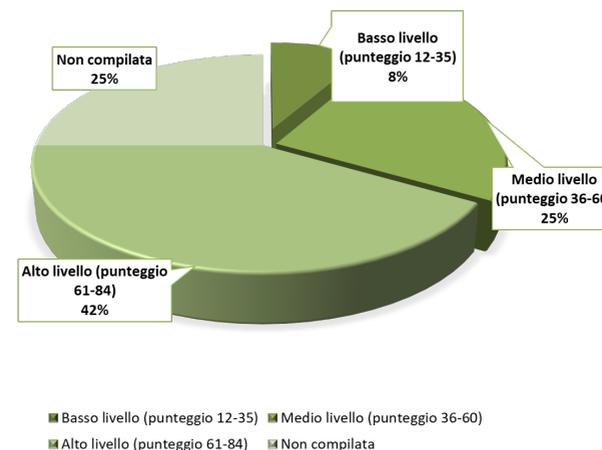
Tali neomamme sono state segnalate all'Ambulatorio per i disturbi del periodo perinatale del Dipartimento di Salute Mentale della ASST Niguarda.

Successivamente al T2, 62 mamme sono state dimesse dal Progetto e 15 mamme sono state selezionate per i successivi follow-up. Di queste, 12 mamme hanno

aderito alla rivalutazione entro tre mesi (T3) e 2 mamme alla rivalutazione entro sei mesi (T4) dalla seconda visita a domicilio. Nessuno dei due follow-up ha rilevato particolari criticità né rispetto al sostegno sociale percepito, né rispetto al rischio di depressione

Infografica 9: Scala multidimensionale del sostegno sociale percepito

SCALA MULTIDIMENSIONALE DEL SOSTEGNO SOCIALE PERCEPTO



1.6 Orientamento ai servizi complementari di progetto e sul territorio

Grazie alla collaborazione dell'équipe multidisciplinare, sulla base dei bisogni identificati è stato possibile inviare le mamme ai servizi complementari, quali:

Psicologia Perinatale: tra le mamme arruolate, 2 hanno dichiarato di essere seguite da uno psicologo esterno all'Ospedale e **20 sono seguite dall'équipe di Psicologia Perinatale dell'ASST GOM Niguarda**. In particolare:

- 7 erano già prese in carico dal periodo della gravidanza;
- 14 sono state inviate al Servizio di Psicologia Perinatale in seguito al T2, in alcuni casi anche in assenza di criticità emerse dalla compilazione della Scala di Edimburgo;
- 1 è stata inviata in seguito ad una richiesta di supporto avvenuta dopo una sessione del gruppo mamme organizzato da Fiocchi in Ospedale.

Quattro neomamme sono state inviate al Dipartimento di Salute Mentale della ASST Niguarda, nonostante non abbiano poi accettato la presa in carico. **Quattro mamme arruolate sono state seguite anche da un punto di vista psichiatrico**. In due casi hanno riportato di essere in cura presso psichiatri esterni all'Ospedale, una mamma è stata seguita da uno psichiatra dell'ASST GOM Niguarda per una pregressa psicosi puerperale e una mamma è stata inviata ad una valutazione psichiatrica dall'équipe di Psicologia Perinatale ed è stata, poi, ricoverata presso il reparto di psichiatria nel post partum.

Fiocchi in Ospedale (Mitades): tra le mamme arruolate 8 sono state prese in carico da Fiocchi in Ospedale. Nello specifico:

- 5 hanno ricevuto un aiuto economico (pannolini, latte, beni di prima necessità per il bambino);
- 3 hanno ricevuto supporto nella forma di consulenze e accompagnamento alla genitorialità.

Fondazione per l'Infanzia Ronald McDonald e Telefono Donna: sono stati organizzati numerosi incontri presso la Ronald McDonald Family Room ai quali hanno partecipato alcune delle mamme arruolate al Progetto, con una media di 10 neomamme ad incontro.

Assistenti Sociali: tre delle mamme arruolate sono seguite e/o sono state segnalate dagli Assistenti Sociali.

Servizio di mediazione linguistica e culturale: per **sette mamme** si è usufruito del servizio di mediazione linguistica e culturale. Nello specifico in tre casi si tratta di mamme bengalesi e in quattro casi di mamme arabe.

1.7 Analisi del mancato arruolamento

Infine, **dei 283 questionari distribuiti al T0, 128 non sono stati restituiti e/o non sono stati compilati**. Di questi:

- 18 questionari (14,10%) non sono stati compilati per barriera linguistica;
- 20 questionari (15,60%) non sono stati restituiti per assenza di interesse al Progetto CLOSE2MI o da mamme che hanno dichiarato di essere già seguite dal consultorio e, quindi, di non essere interessate anche al Progetto CLOSE2MI;
- 90 questionari (70,30%) non sono stati restituiti/compilati per motivo non noto.

Dei 283 questionari distribuiti, 55 neomamme non sono state reclutate (35,50% dei questionari restituiti). Di questi:

- 37 questionari (67,30%) dai quali non sono emerse criticità (assenza di uno o più item positivi nelle aree identificate);
- 16 questionari (29,10%) dai quali sono emerse criticità (uno o più item positivi nelle aree identificate) per le quali è stata offerta alle mamme l'adesione al Progetto ma queste ultime lo hanno declinato/non accolto;
- 2 questionari (3,60%) dai quali in un secondo momento si è compreso che non ci fossero i criteri di adesione al Progetto.



Soddisfazione ed esiti percepiti

A conclusione del percorso di arruolamento è stato proposto un questionario realizzato dall'équipe ostetrica a tutte le beneficiarie con lo scopo di verificare:

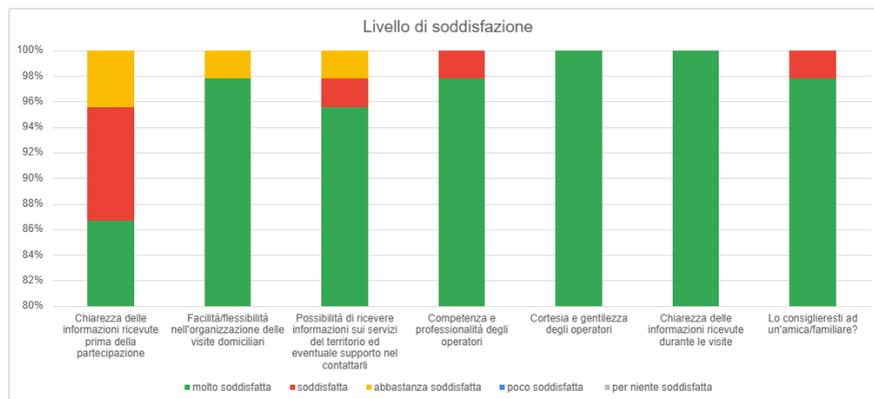
- la capacità delle azioni di progetto di rispondere ai bisogni delle beneficiarie e soddisfazione in merito all'intervento;
- l'esito sul benessere delle beneficiarie;
- raccogliere suggerimenti e critiche.

Ha risposto al questionario il 45% del totale delle beneficiarie; il questionario non chiedeva informazioni di tipo anagrafico, quindi, non è stato possibile verificare la rappresentatività del campione delle rispondenti rispetto al totale delle beneficiarie.

2.1 Soddisfazione in merito all'intervento

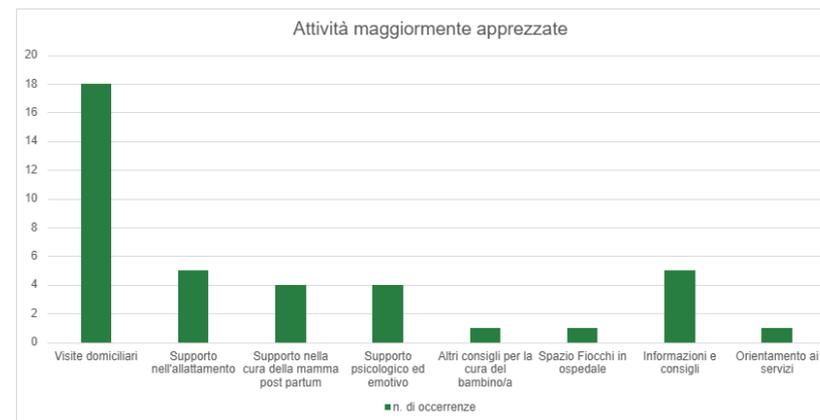
È stato chiesto alle beneficiarie di esprimersi in merito alla chiarezza delle informazioni ricevute, la facilità e flessibilità nell'organizzazione delle visite domiciliari, la possibilità di ricevere informazioni sui servizi del territorio, la competenza delle operatrici, la cortesia delle operatrici, la chiarezza delle informazioni ricevute. È stato inoltre chiesto se avrebbero consigliato il progetto a un'amica o una familiare come indicatore della soddisfazione generale delle attività.

Tabella 8: Livello di soddisfazione in percentuali rispetto alle dimensioni osservate



La maggior parte delle rispondenti ha espresso notevole soddisfazione relativamente alle dimensioni osservate. Emerge un'unica area con possibilità di miglioramento legata alla chiarezza delle informazioni ricevute prima della partecipazione. Collegando questa rilevazione ai suggerimenti delle rispondenti è infatti emerso da parte di 5 persone la necessità di ricevere più informazioni in un momento più precoce rispetto alla data del parto, già al consultorio o in occasione delle prime visite in gravidanza. In generale il 93% delle rispondenti si è detta completamente soddisfatta delle attività e del progetto e il 98% vorrebbe che il progetto proseguisse e si ampliasse. Per quanto riguarda iniziative di accompagnamento psicologico e di attività del gruppo mamme presso lo spazio Fiocchi in ospedale, attivabili a seconda dei bisogni e degli interessi specifici delle beneficiarie è emerso che l'84% delle persone che ha usufruito per percorsi psicologici (42% del totale delle rispondenti) è molto soddisfatta del percorso fatto con la sola eccezione di 1 persona che si dichiara non soddisfatta. Per quanto riguarda il gruppo mamme Fiocchi in ospedale l'85% di quelle che partecipato alle attività (60% delle rispondenti) si dichiara molto soddisfatta delle attività. In entrambe i casi le altre rispondenti si dichiarano comunque soddisfatte delle attività. Le attività maggiormente apprezzate dalle beneficiarie sono le visite domiciliari, la possibilità di accedere a informazioni e consigli, il supporto all'allattamento, il supporto alla cura della mamma nel post partum e il supporto psicologico ed emotivo.

Tabella 9: Tipologia di attività maggiormente apprezzate dalle beneficiarie



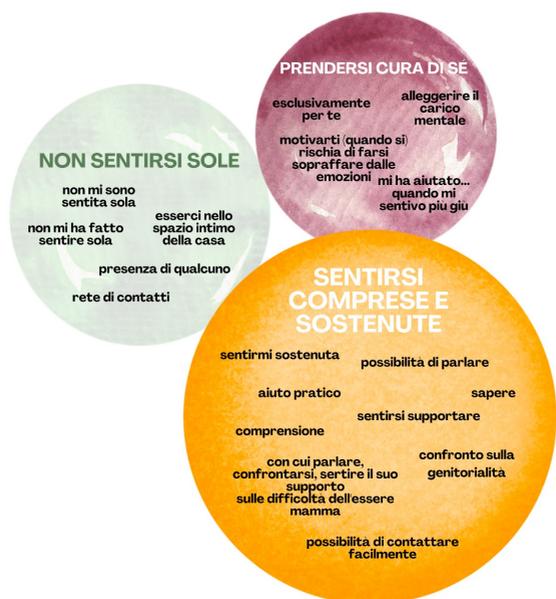
L'apprezzamento delle attività è stato dedotto dalle domande aperte proposte alle beneficiarie nel questionario con una rilevazione delle occorrenze nelle narrazioni raccolti.

2.2 Esito sul benessere delle beneficiarie

Per quanto riguarda l'esito che il progetto ha prodotto nelle beneficiarie e in particolare nelle dimensioni legate al benessere nella fase successiva al parto sono state analizzate le risposte narrative delle beneficiarie osservando in particolare le percezioni dell'esito del progetto, l'aspetto legato a sentimenti, emozioni e sensazioni.

Per quanto riguarda l'esito è emersa fortemente **la capacità del progetto di rimettere la mamma/donna al centro e di supportarla e sostenerla, la capacità del progetto di non far sentire le neomamme sole in questo delicato momento della vita e di dare importanza e attenzione alla cura delle esigenze fisiche, emotive e pratiche delle neomamme.**

Infografica 10: Raggruppamento per macrocategoria dell'esito percepito dalle beneficiarie



Riguardo a parole che rimandano ad emozioni, percezioni, atteggiamenti è emersa una predominanza della sensazione di **supporto e gentilezza** con parole che sono riconducibili **alla serenità e alla fiducia** secondo la categorizzazione del fiore di Plutchik.

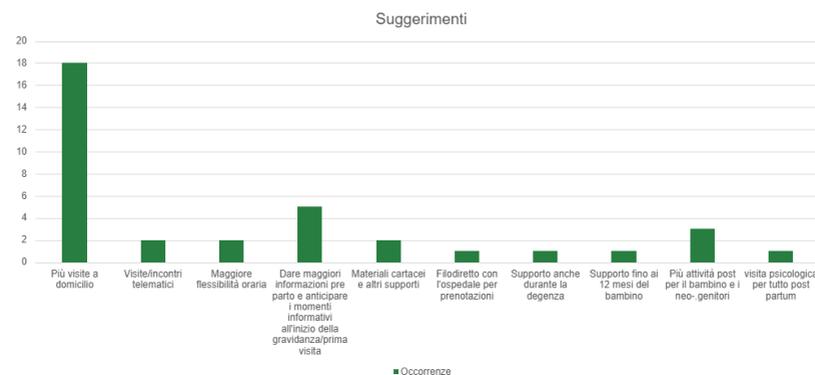
Infografica 11: Infografica delle occorrenze di parole relative alle sensazioni



2.3 Suggerimenti e critiche

Tutte le rispondenti si sono espresse positivamente nei confronti del progetto e hanno proposto miglioramenti in un'ottica di ampliamento dell'iniziativa. Suggerimenti e richiesti sono stati raccolti attraverso l'analisi del testo delle risposte aperte alle domande "Come miglioreresti questo servizio?" e "Avresti voluto qualche informazione o supporto aggiuntivi?"

Tabella 10: Suggerimenti per occorrenze



Solo una beneficiaria ha espresso una critica segnalando che il servizio è "simile al consultorio" ed esprimendo l'opportunità di diversificare l'offerta. Tutte le mamme auspicano una prosecuzione del progetto e un ampliamento del target ad altri municipi della Città di Milano, molto inoltre ritengono il servizio utile per tutte le mamme a prescindere dalla condizione di vulnerabilità iniziale. Si riporta una risposta che consideriamo rappresentativa di quanto sintetizzato sopra: "Spero vivamente che il progetto prosegua anche per le future mamme che possa essere esteso sul territorio!"

Il Modello CLOSE2M

3.1 Esperienze simili in Italia ed Europa

Il modello di intervento e presa in carico CLOSE2MI ha trovato riscontro, con similitudini e differenze, anche con altre esperienze presenti sul territorio nazionale ed europeo. Nello specifico, l'équipe di progetto ha potuto effettuare due visite di scambio per indagare e confrontare il proprio modus operandi con altre realtà: l'APSS di Trento e le Associazioni di Ostetriche in Libera Professione a Parigi.

Un diverso modello in Italia: Trento

Presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento grande rilievo è attribuito ai consultori familiari e alla figura dell'ostetrica dedicata. Vi sono dei percorsi nascita strutturati a seconda della valutazione dinamica del rischio e le ostetriche effettuano un primo colloquio iniziale per illustrarli. L'ostetrica dedicata che segue la donna durante la gravidanza, in autonomia in caso di gravidanza a basso rischio e insieme al medico ginecologo in caso di gravidanza ad alto rischio, è anche colei che si recherà al domicilio di quella donna per una prima visita post partum entro 5-7 giorni dalla dimissione. I presidi ospedalieri trasmettono ai consultori familiari l'elenco di tutte le puerpere dimesse cosicché possano essere contattate (effettuando 3 tentativi di chiamata in 3 giornate differenti in caso di mancata risposta) per fissare il primo appuntamento al domicilio. Qualora non possa recarvisi l'ostetrica dedicata, si sceglie l'ostetrica che ha condotto gli incontri di accompagnamento alla nascita frequentati da quella coppia in modo tale che la coppia e l'ostetrica si conoscano già da prima della visita domiciliare post-partum.

Nel corso della prima visita a domicilio viene compilato il Piano di Assistenza Personalizzato, ovvero una cartella contenente informazioni sull'anamnesi ostetrica, sulla degenza ospedaliera della mamma e del neonato, sullo stato di salute generale ed emotivo della mamma e sull'osservazione del benessere del neonato e dell'allattamento. Tale cartella contiene anche una guida per aiutare le ostetriche ad esprimersi nella maniera più oggettiva possibile sui seguenti aspetti: segni affidabili di un'adeguata assunzione di latte; segni di un'inadeguata assunzione di latte; descrizione dello stato emotivo dei genitori; descrizione di eventi significativi/vulnerabilità.

Al termine della prima visita a domicilio viene concordato un appuntamento successivo che può essere quello a 40-60 giorni oppure prima in base alle necessità emerse.

L'assistenza in puerperio offerta dall'ostetrica dedicata si conclude con un appuntamento a 40-60 giorni dal parto per la visita di chiusura del percorso nascita. Tale momento diventa una occasione per l'ostetrica consultoriale dedicata per valutare l'adattamento della donna in puerperio e per riprendere elementi utili ad una procreazione responsabile futura.

Un esempio europeo: in Francia, a Parigi

In Francia, l'accompagnamento ostetrico post-partum è strutturato in modo da garantire un sostegno precoce e personalizzato alle puerpere, con un sistema che integra sia il settore pubblico che quello privato. Una delle caratteristiche distintive del modello francese è l'autonomia delle ostetriche libere professioniste, che svolgono un ruolo chiave nella continuità dell'assistenza tra gravidanza e puerperio.

Il percorso formativo delle ostetriche in Francia è diverso da quello italiano: le ostetriche hanno competenze più ampie, tra cui la possibilità di prescrivere farmaci e di effettuare ecografie, aumentando così la loro autonomia professionale. Questo permette loro di seguire le donne con un approccio più completo e di ridurre la necessità di intervento da parte di altri specialisti.

Una volta dimesse dall'ospedale, infatti, le donne si attivano autonomamente per contattare un'ostetrica, spesso la stessa che le ha seguite durante la gravidanza, per ricevere visite a domicilio nei primi giorni dopo il parto. Questa assistenza domiciliare, rimborsata al 100% dal Sistema Sanitario Francese nei primi 12 giorni post-parto e per la visita di chiusura del puerperio dopo 40 giorni, ha l'obiettivo di monitorare la salute della madre e del neonato, sostenere l'allattamento e fornire un supporto pratico ed emotivo alle neomamme.

Oltre all'assistenza privata fornita dalle ostetriche libere professioniste, esistono anche strutture pubbliche dedicate al supporto delle madri, i Centri PMI (Protection Maternelle et Infantile), che rappresentano l'equivalente dei consultori italiani. I PMI offrono un accompagnamento multidisciplinare grazie alla presenza di ostetriche, medici, psicologi e assistenti sociali, garantendo così un sostegno non solo medico, ma anche sociale e psicologico. Questi centri sono particolarmente importanti per le donne che possono avere difficoltà ad accedere alle ostetriche private o che necessitano di un supporto più ampio nel periodo post-partum.

Nel complesso, il modello francese si distingue per l'integrazione tra sanità pubblica e libera professione, la valorizzazione dell'autonomia ostetrica e una maggiore copertura economica per l'assistenza post-partum, aspetti che hanno rappresentato un importante spunto di confronto per l'équipe italiana coinvolta nel progetto.

Tali visite di scambio hanno permesso all'équipe operativa di Progetto di confrontarsi con altre realtà dalle quali poter apprendere, riflettere e comprendere meglio quali fossero i pilastri e i fattori di scalabilità del Modello CLOSE2MI.

3.2 Le fasi

Il progetto CLOSE2MI, ponendo l'attenzione su un periodo di estrema complessità come quello perinatale, ha migliorato la salute delle neomamme residenti nel il Municipio 9 di Milano e che hanno partorito presso l'Ospedale Niguarda, favorendo una genitorialità positiva, prevenendo e/o intervenendo in situazioni di disagio psicosociale, rinforzando la rete territoriale di intervento attraverso l'integrazione dei servizi ospedalieri e quelli territoriali.

Considerando i risultati, il Progetto ha dato vita ad un **Modello di intervento e presa in carico strutturato in diverse fasi**, nel corso delle quali le donne sono accompagnate per il periodo del postparto da un team esperto e multidisciplinare, composto da ostetriche, clinici esperti di psicologia perinatale e salute mentale (es, psicologi, psichiatri), operatori sociali esperti nel supporto alla genitorialità, assistenti sociali, mediatori linguistici e culturali.

La Prima Fase del Modello, pensato in seguito ad un'analisi approfondita dei bisogni delle donne in gravidanza presenti nel territorio a cui il Modello vuole essere applicato, comprende:

1. azioni informative rivolte alle mamme (incontro con l'ostetrica e consegna del materiale informativo dedicato);
2. raccolta delle caratteristiche demografiche/di salute/del supporto sociale/della condizione economica (attuata attraverso l'analisi della scheda di raccolta dati consegnate durante il primo incontro con l'ostetrica e compilata dalle mamme);

La Prima Fase del Modello ha infatti lo scopo di individuare tempestivamente le situazioni di fragilità/vulnerabilità.

La Seconda Fase del Modello comprende almeno due visite domiciliari da parte di un team multidisciplinare, rispettivamente la prima a pochi giorni dalla nascita e la seconda a distanza di un mese. In questa fase, vengono svolte:

1. valutazioni strutturate rispetto al bilancio di salute postnatale, all'allattamento, al supporto sociale, alla salute mentale delle neomamme;
2. azioni informative su servizi territoriali disponibili, sulla cura del neonato e l'organizzazione dello spazio domestico.

La Seconda Fase del Modello ha infatti lo scopo di attivare referral a servizi specifici. Tra questi, servizi clinici ospedalieri per la salute delle neomamme, servizi territoriali e sociali che offrono supporto alla genitorialità, servizi di mediazione linguistica e culturale, supporti economici e interventi nei casi di isolamento e violenza.

La Terza Fase del Modello intende mantenere la continuità dell'assistenza alla mamma attraverso colloqui telefonici e/o visite domiciliari di follow-up ripetuti a copertura del primo anno di vita dei bambini (ovvero a tre, sei e dodici mesi dalla nascita). In questa fase vengono svolte rivalutazioni del bilancio di salute mentale e sociale della madre.

La Terza Fase del Modello ha infatti lo scopo di individuare situazioni di vulnerabilità che si sono protratte nel tempo o che sono comparse tardivamente, al fine di attivare referral a servizi specifici e supporto a lungo termine.

3.3 I pilastri

Il Modello di intervento e presa in carico CLOSE2MI poggia su alcuni pilastri fondamentali che ne determinano la sostenibilità, l'efficacia a lungo termine, l'applicabilità in altri contesti territoriali e sociali. Infatti, tenere in considerazione e potenziare questi pilastri consente di adattare in modo dinamico il Modello CLOSE2MI in base alle caratteristiche della popolazione target, alla complessità e ampiezza del territorio di applicazione, alle risorse umane ed economiche a disposizione.

I pilastri fondamentali del Modello di intervento e presa in carico CLOSE2MI sono:

1. **Analisi accurata e strutturata del tessuto sociale** che compone il territorio in cui il Modello vuole essere applicato e della popolazione di donne in gravidanza/neomamme che lo abita. L'analisi dovrebbe riguardare aspetti demografici, ma anche aspetti relativi ai bisogni ostetrici, pratici e di cura, culturali, psicologici, sociali ed economici, al fine di facilitare e migliorare la presa in carico ed offrire percorsi altamente specializzati e individualizzati.
2. **Messa a disposizione di un'équipe esperta e multidisciplinare**, composto da ostetriche, clinici esperti di psicologia perinatale e salute mentale, operatori sociali esperti nel supporto alla genitorialità, assistenti sociali, mediatori linguistici e culturali. Il team multidisciplinare consente di offrire una presa in carico disegnata intorno ai bisogni specifici della popolazione, siano essi bisogni clinici, sociali o economici, o legati ad aspetti culturali.
3. **Definizione di percorsi di presa in carico altamente specializzati e individualizzati**, in grado di riconoscere situazioni di fragilità in modo tempestivo lungo tutto il percorso di cura, al fine di mettere in atto interventi efficaci e il più possibile mirati.
4. **Prevedere follow-up a lungo termine** in modo da intercettare e segnalare problematiche e situazioni di fragilità che possono comparire nel corso del tempo. Inoltre, in alcuni contesti e per alcune situazioni, i momenti di follow-up possono diventare dei veri e propri momenti di reclutamento. Quest'ultimi, quindi, non per forza devono avvenire al momento del parto, ma possono riguardare momenti più tardivi nel corso del post-partum, quando non si esclude la comparsa di fragilità e difficoltà.

3.4 Fattori critici e scalabilità

Nel corso del progetto si sono tuttavia evidenziati alcuni punti di debolezza che, letti in modo critico, possono rappresentare dei fattori di scalabilità utili per rendere il Modello di intervento e presa in carico CLOSE2MI più facilmente ed efficacemente sostenibile e replicabile.

Le criticità che potranno dare vita a fattori di scalabilità sono:

1. Nel corso del progetto si sono riscontrati momenti di scarsa aderenza alle opportunità di intervento e presa in carico, probabilmente a causa del momento in cui il progetto veniva presentato alle mamme, ovvero nell'immediato post-partum. Per ovviare a questa criticità, sarebbe opportuno **introdurre informative sul Modello CLOSE2MI già dalle prime fasi della gravidanza**, attraverso campagne dedicate, giornate di sensibilizzazione e la distribuzione di materiali informativi a ginecologi e ostetriche attivi negli ospedali, nei consultori e nel settore privato nelle aree di applicazione del Modello. I risultati del progetto, infatti, hanno evidenziato una maggiore propensione alla compilazione e restituzione dei questionari di arruolamento tra le madri che avevano conosciuto il progetto CLOSE2MI durante la gravidanza, mentre si è osservata una minore adesione tra coloro che ne venivano a conoscenza solo al momento del primo incontro con l'ostetrica in reparto. Rafforzare le campagne informative consentirebbe inoltre di individuare precocemente situazioni di bisogno e disagio già nel corso della gravidanza, trasformando il Modello CLOSE2MI in un vero strumento di prevenzione e non solo in un supporto per le fasi postparto.
2. Poiché il Modello CLOSE2MI si fonda sul contributo di un team esperto e multidisciplinare, sarebbe opportuno prevedere, con un adeguato anticipo rispetto all'inizio del reclutamento delle madri, una **formazione specifica sul Modello rivolta a tutti gli operatori coinvolti**, a diversi livelli e contesti. Questo approccio non solo faciliterebbe l'applicazione e la diffusione del Modello tra le famiglie utenti, ma favorirebbe anche una maggiore adesione e consapevolezza da parte degli stessi operatori.
3. Per intercettare il maggior numero possibile di situazioni di vulnerabilità e rafforzare l'approccio preventivo del Modello, sarebbe utile **prevedere momenti di reclutamento in più fasi**, lungo tutto il percorso della gravidanza e del post-partum. Poiché i giorni immediatamente successivi al parto sono particolarmente complessi per le madri, questi potrebbero rappresentare un ostacolo alla piena comprensione degli strumenti proposti e alla loro adesione al progetto. A questo scopo, sarebbe opportuno sviluppare strumenti di reclutamento, indagine e valutazione più flessibili, suddivisibili in sezioni che le madri possano compilare con il supporto dei partner o della propria rete sociale. Questi strumenti potrebbero essere arricchiti con esempi pratici e sessioni di approfondimento sulle tematiche trattate. Inoltre, si potrebbe attivare un indirizzo e-mail o un numero di telefono dedicato, attraverso cui le madri possano ricevere chiarimenti e supporto.

Conclusioni

Il progetto CLOSE2MI ha dimostrato come un modello di intervento strutturato e multidisciplinare possa rispondere in modo efficace ai bisogni complessi delle neomamme, offrendo un supporto concreto per la salute perinatale e promuovendo una genitorialità più consapevole e serena. L'approccio integrato tra servizi ospedalieri e territoriali ha consentito di intercettare precocemente situazioni di vulnerabilità, facilitare l'accesso alle cure e garantire una presa in carico mirata e tempestiva.

L'implementazione del Modello ha evidenziato la necessità di investire in strategie di sensibilizzazione e informazione già a partire dalla gravidanza, al fine di aumentare l'aderenza delle donne e massimizzare l'efficacia degli interventi. Inoltre, l'importanza di un'équipe multidisciplinare, capace di offrire un sostegno non solo clinico, ma anche psicologico, sociale e culturale, si è rivelata centrale per garantire un accompagnamento completo e personalizzato.

Per garantire la sostenibilità e la replicabilità del Modello in altri contesti territoriali, sarà fondamentale continuare a rafforzare i pilastri su cui si basa: un'analisi approfondita delle caratteristiche della popolazione target, la specializzazione e formazione continua del team multidisciplinare, percorsi di presa in carico individualizzati e il monitoraggio a lungo termine della salute materna e infantile.

Il progetto CLOSE2MI ha posto le basi per un approccio innovativo e preventivo alla salute perinatale, dimostrando come un supporto adeguato possa fare la differenza non solo nel benessere immediato delle madri e dei neonati, ma anche nella costruzione di un sistema di cura più equo, accessibile e inclusivo. L'auspicio è che il modello sviluppato possa essere ulteriormente implementato e ampliato, contribuendo a migliorare le politiche di assistenza perinatale e a rafforzare la rete di supporto per tutte le famiglie.

 **Fondazione
Ospedale Niguarda**
Per i pazienti, la ricerca e l'innovazione



+39 02 36558215



Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano



info@fondazioneospedaleniguarda.it



www.fondazioneospedaleniguarda.it