

Perchè le DTx nella salute mentale



World mental health report

Transforming mental health for all

| | |
|--|------------|
| 5. Foundations for change | 103 |
| 5.1 Frameworks for policy and practice | 105 |
| 5.2 Understanding and commitment | 115 |
| In focus: Harnessing digital technologies for mental health | 124 |
| 5.3 Financing for mental health | 128 |
| 5.4 Competencies and human resources | 133 |

*In many settings, **digital technologies offer promising tools**, and can strengthen mental health systems by providing ways to inform and educate the public, train and support health care workers, deliver remote care, and enable self-help.*

PRIMI 1000 GIORNI DI VITA

Istituto Superiore di Sanità

Seguici su [Facebook] [Twitter] [Instagram] [YouTube]

Ricerca

Chi siamo | Temi | Attività | Servizi | Pubblicazioni | Sala stampa | Eventi | ISSalute | Amministrazione trasparente | Bandi di gara | Protezione dei dati

Sala stampa | News

UFFICIO S
Ne

0021189-12/07/2019-DGPRE-MDS-A - Allegato Utente 2 (A02)

Primi mille giorni di vita, pubblicata la roadmap per la salute e il benessere dei bambini e

155, 18 gennaio 2021 - La conoscenza dei principali fattori di rischio per la salute e di quelli prote...
all'incirca dal concepimento al secondo anno di età del bambino - può cambiare radicalmen...
piccoli e da adulti. Inoltre, dal momento che gli effetti dell'esposizione a taluni fattori ambienta...
crescita avversi e poveri dal punto di vista educativo) si possono manifestare molto avanti ne...
fallimenti scolastici, difficoltà di integrazione sociale etc.), l'attenzione che merita questo p...
generazioni che verranno. E' a partire da questa convinzione, basata su evidenze scientifiche d...
di indirizzo "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita...
maker, messo a punto dall'apposito Tavolo tecnico del Ministero della Salute, a cui ha par...
scientifiche. Il Documento è online sul sito della Conferenza permanente per i Rapporti tra lo...
Trento e Bolzano.

"E' ormai dimostrato - dichiara **Domenica Taruscio**, direttore del Centro Nazionale Malatt

0021189-12/07/2019-DGPRE-MDS-A - Allegato Utente 2 (A02)



Ministero della Salute

**"Investire precocemente in salute:
azioni e strategie nei primi mille giorni di vita"**
*Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker,
per la protezione e promozione della salute dei bambini
e delle generazioni future*



Predisposto dal Tavolo tecnico in materia di tutela e promozione della salute
nei primi 1000 giorni di vita: dal concepimento ai due anni di età,
istituito presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria
con DD 26 luglio 2016 e prorogato con DD 20 luglio 2017

Tabella 1: i 7 PERIODI considerati

| |
|---|
| 1PP - Periodo preconcezionale |
| 2PT - Primo trimestre di gravidanza |
| 3ST - Secondo e terzo trimestre di gravidanza |
| 4TP - Travaglio-parto-nascita |
| 5PM - Primo mese di vita |
| 6PA - Primo anno di vita |
| 7SA - Secondo anno di vita |

Ogni periodo, dopo una breve introduzione, analizza in maniera schematica i principali rischi riconducibili a undici **aree tematiche** (riportate nella Tabella 2) che, pur essendo le stesse per ogni periodo, affrontano i principali rischi specifici propri del periodo considerato, a cui sono associati i possibili esiti/effetti, e le azioni più appropriate per ridurre tale specifico rischio in quel determinato momento, per raggiungere l'obiettivo associato all'area tematica analizzata.

Tabella 2: le 11 AREE TEMATICHE analizzate

| | |
|----|--------------------------------------|
| 1 | CONOSCENZE E COMPETENZE GENITORIALI |
| 2 | ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE |
| 3 | ALTRI STILI DI VITA |
| 4 | FARMACI |
| 5 | PATOLOGIE e SCREENING/ESAMI |
| 6 | MALATTIE GENETICHE |
| 7 | SALUTE MENTALE |
| 8 | INFEZIONI E VACCINAZIONI |
| 9 | RUOLO E SALUTE DEL PADRE |
| 10 | FATTORI AMBIENTALI |
| 11 | FATTORI SOCIALI E ACCESSO AI SERVIZI |

Prevalenza salute mentale perinatale

European Psychiatry
www.cambridge.org/epa

Research Article

Cite this article: Cena L, Mirabella F, Palumbo G, Gigantesco A, Trainini A, Stefana A (2020). Prevalence of maternal antenatal anxiety and its association with demographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy. *European Psychiatry*, 63(1), e84, 1–6 <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.82>

Received: 02 May 2020
Revised: 16 June 2020
Accepted: 27 August 2020

Key words:
Demographic factors; maternal antenatal anxiety; screening; socioeconomic factors

Author for correspondence:
L. Cena,
E-mail: loredana.cena@unibs.it

Prevalence of maternal antenatal anxiety and its association with demographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy

L. Cena¹, F. Mirabella², G. Palumbo², A. Gigantesco², A. Trainini¹ and A. Stefana¹

¹Department of Clinical and Experimental Sciences, Section of Neuroscience, Observatory of Perinatal Clinical Psychology, University of Brescia, viale Europa 11, Brescia 25123, Italy and ²Center for Behavioural Sciences and Mental Health, National Institute of Health, Viale Regina Elena 299, Rome 00161, Italy

Abstract

Background. Maternal antenatal anxiety is very common, and despite its short- and long-term effects on both mothers and fetus outcomes, it has received less attention than it deserves in scientific research and clinical practice. Therefore, we aimed to estimate the prevalence of state anxiety in the antenatal period, and to analyze its association with demographic and socioeconomic factors.

Methods. A total of 1142 pregnant women from nine Italian healthcare centers were assessed through the state scale of the State-Trait Anxiety Inventory and a clinical interview. Demographic and socioeconomic factors were also measured.

Results. The prevalence of anxiety was 24.3% among pregnant women. There was a significantly higher risk of anxiety in pregnant women with low level of education ($p < 0.01$), who are jobless ($p < 0.01$), and who have economic problems ($p < 0.01$). Furthermore, pregnant women experience higher level of anxiety when they have not planned the pregnancy ($p < 0.01$), have a history of abortion ($p < 0.05$), and have children living at the time of the current pregnancy ($p < 0.05$).

Conclusion. There exists a significant association between maternal antenatal anxiety and economic conditions. Early evaluation of socioeconomic status of pregnant women and their families in order to identify disadvantaged situations might reduce the prevalence of antenatal anxiety and its direct and indirect costs.

The prevalence of **anxiety** was **24.3% among pregnant women**. There was a significantly higher risk of anxiety in pregnant women with low level of education ($p < 0.01$), who are jobless ($p < 0.01$), and who have economic problems ($p < 0.01$).

With a cut-off score set at 12 points, the prevalence of **perinatal depression** was **6.4% during pregnancy and 19.9% in the postnatal period**, and the odds ratio for postpartum vs. antepartum depression was 3.65 (2.56–5.39). High economic status was associated with an approximate fivefold reduction in odds of depression in the antenatal period (ORa: 0.23, 95%CI: 0.10-0.54) and about a sixfold reduction in the postnatal period (ORa: 0.15, 95%CI: 0.05-0.45).

Journal of Affective Disorders 279 (2021) 217–221

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad

Short communication

Prevalence of maternal antenatal and postnatal depression and their association with sociodemographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy

Loredana Cena^{a,*}, Fiorino Mirabella^b, Gabriella Palumbo^b, Antonella Gigantesco^b, Alice Trainini^a, Alberto Stefana^a

^a Department of Clinical and Experimental Sciences, Section of Neuroscience, Observatory of Perinatal Clinical Psychology, University of Brescia, Viale Europa 11 - 25123 Brescia, Italy.
^b Center for Behavioural Sciences and Mental Health, National Institute of Health, Viale Regina Elena 299 - 00161 Rome, Italy.

A B S T R A C T

Background: Perinatal depression is a widespread and burdensome mental disorder. The objectives of this study were to assess the prevalence of both antenatal and postnatal depression in a large sample of women in Italy and to analyse their association with sociodemographic and socioeconomic factors.

Methods: Cross-sectional data from eleven healthcare centres located throughout Italy (2017–2018) were analysed ($n = 1471$). Depressive disorder was assessed with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), and sociodemographic and socioeconomic factors were also measured. Prevalences by perinatal period and by sociodemographic and socioeconomic factors were estimated, and their associations were evaluated using logistic regression models. All analyses were stratified by perinatal period: antenatal (i.e., from conception to delivery) vs. postnatal (i.e., the nine months after delivery).

Results: With a cut-off score set at 12 points, the prevalence of perinatal depression was 6.4% during pregnancy and 19.9% in the postnatal period, and the odds ratio for postpartum vs. antepartum depression was 3.65 (2.56–5.39). High economic status was associated with an approximate fivefold reduction in odds of depression in the antenatal period (ORa: 0.23, 95%CI: 0.10-0.54) and about a sixfold reduction in the postnatal period (ORa: 0.15, 95%CI: 0.05-0.45).

Limitations: The data were cross-sectional. The EPDS has a sensitivity of 55.6%.

Conclusion: The prevalence of perinatal depression in Italy is strongly associated with socioeconomic disadvantages. Early procedures to evaluate socioeconomic status and the provision of economical support for mothers might reduce the prevalence of perinatal depression and its direct and indirect costs.

Help-seeking

Midwifery 31 (2015) 1177–1185

Contents lists available at ScienceDirect

Midwifery

journal homepage: www.elsevier.com/midw



Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help

Ana Fonseca, PhD (Post-doctoral fellow)^{a,*}, Ricardo Gorayeb, PhD (Professor)^b,
Maria Cristina Canavarro, PhD (Professor)^a

^a Cognitive-Behavioral Center for Research and Intervention (CINEICC) of the Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra, Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 Coimbra, Portugal
^b Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Department of Neurosciences and Behavior Sciences, Avenida Bandeirantes, 3900, Monte Alegre – Campos Universitário, 14048-900 Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil

ARTICLE INFO

Article history:
Received 10 April 2015
Received in revised form
7 September 2015
Accepted 13 September 2015

Keywords:
Barriers to care
Help-seeking behaviours
Perinatal depression
Perinatal period
Survey

ABSTRACT

Objective: this study aims to characterize the help-seeking behaviours of women who were screened positive for perinatal depression, to investigate its sociodemographic and clinical correlates, and to characterize the perceived barriers that prevent women from seeking professional help.
Design: cross-sectional internet survey.
Setting: participants were recruited through advertisements published in pamphlets and posted on social media websites (e.g., Facebook) and websites and forums that focused on pregnancy and child-birth.
Participants: 656 women (currently pregnant or who had a baby during the last 12 months) completed the survey.
Measurements: participants were assessed with the Edinburgh Postpartum Depression Scale, and were questioned about sociodemographic and clinical data, help-seeking behaviours and perceived barriers to help-seeking.

A total of 656 women answered the survey, of which **30.2%** (n=198) presented scores above 9 points

Finally, although 198 women screened positive for possible depressive disorders, only **13.6%** (n=27) of them had sought help for their perinatal depressive symptoms.

Even when considering a conservative EPDS Cutoff (EPDS>12), only **20.2%** (n=22) sought professional help for their perinatal depressive symptoms.

DTx nella salute mentale

PROBLEMI

Lato Sistema Sanitario (insostenibilità)

- Mancanza di personale qualificato per
 - Prevenzione primaria
 - Screening & Diagnosi
 - Trattamento

Lato Cittadino (barriere)

- Conoscenza
- Attitudinali (stigma, cultura, ecc)
- Pratiche (costo, lavoro, ecc)

Terapie Cognitivo Comportamentali-CBT

- 1) Vari studi ne hanno dimostrato **l'efficacia clinica**
- 2) Si prestano bene per essere erogate in **formato digitale perchè sono interventi strutturati**

Come? A Supporto di un modello *Stepped Care*

Editorial

Our Digital Moment: Innovations and Opportunities in Digital Mental Health Care

The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie 2021, Vol. 66(1) 5-8
© The Author(s) 2020
Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/070643720937833
TheCJP.ca | LaRCP.ca
SAGE

David Gratzer, MD^{1,2}, John Torous, MD, MBI³, Raymond W. Lam, MD⁴, Scott B. Patten, MD, PhD^{5,6,7}, Stanley Kutcher, MD, FRCPC, FCAHS^{6,7}, Steven Chan, MD, MBA^{8,9}, Daniel Vigo, MD, Lic Psych, DrPH^{4,10}, Kathleen Pajer, MD, MPH¹¹, and Lakshmi N. Yatham, MBBS, MBA(Exec)⁴

Keywords
access to care, barriers to treatment, e-mental health, telepsychiatry, psychotherapy, mental health services

"If we can use apps to order dinner and video chats to stay in touch with family—we can use new technology to keep each other healthy."¹ So commented Prime Minister Justin Trudeau in May when he announced \$240.5 million "to develop, expand, and launch virtual care and mental health tools to support Canadians," in response to the COVID-19 pandemic.² That week, the Ontario government committed itself

- Apps and other forms of online care have grown more popular; for example, Talkspace, which offers text messages and therapy sessions, reports a 65% increase in clients since the pandemic started.⁷
- Even communication apps such as WeChat and WhatsApp have been used to provide counseling.⁸

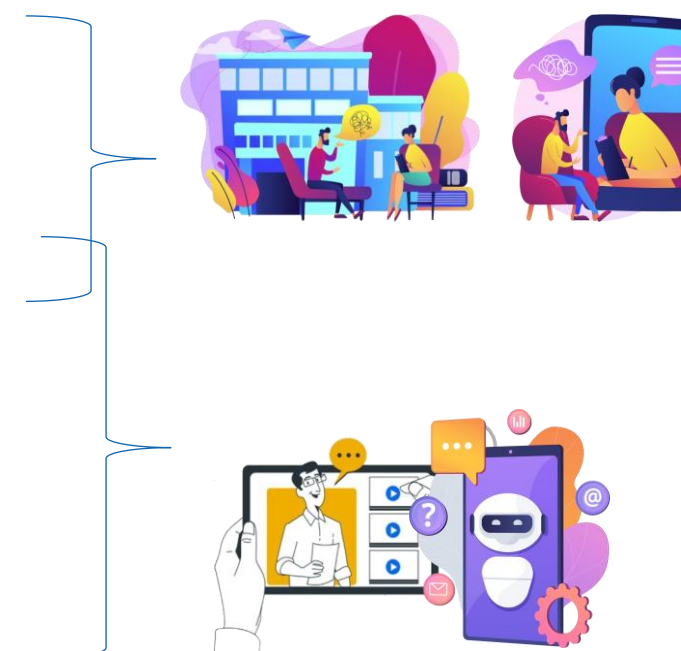
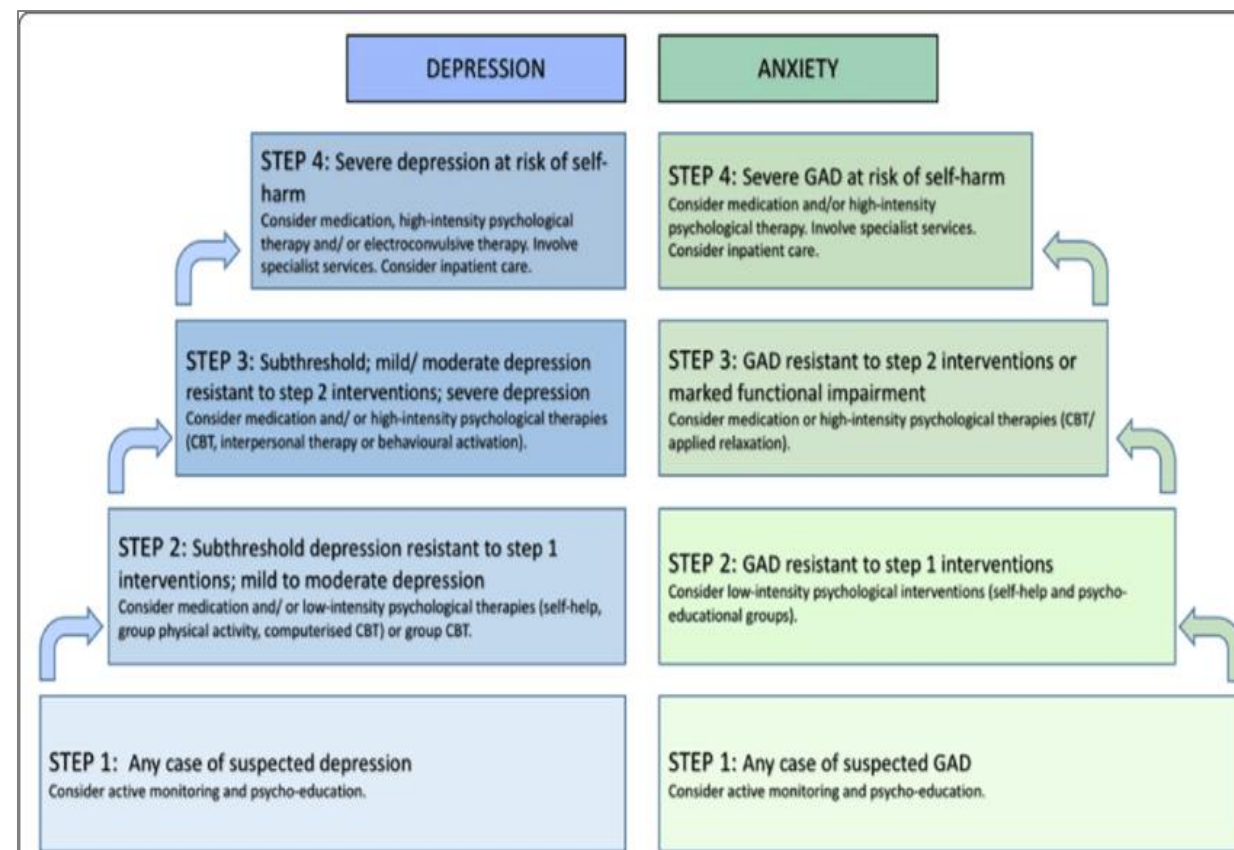
Over time, digital options should become part of a menu offered to patients, guided by evidence and their interest (and resources).

Indeed, digital options can be easily incorporated into a **stepped model of care**, particularly for those **with mild to moderate depression or anxiety disorders...**

... who may start with **self-help modules or chatbots**;

... those who do not improve may move to the **next "step" to seek therapist guided digital therapy**;

... Non-responders would receive **face-to-face therapy**.



DTx nella prevenzione in gravidanza

Interventi

- Promozione del benessere mentale per tutte le donne in gravidanza (**universal prevention**)
- Favorire la **richiesta di aiuto**
- **Screening** (feedback, ecc)
- Prevenzione per le donne a rischio basso/intermedio (**selective/indicated prevention**)
- Trattamento per **depressione lieve/moderata**

Domande di ricerca

- Quale efficacia clinica
- Quale accettabilità/gradimento
- Quale sostenibilità
- Quale modello organizzativo
- Quale esportabilità
-

Interventi iCBT per la depressione perinatale

JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH

Milgrom et al

Original Paper

Internet Cognitive Behavioral Therapy for Women With Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster

Jeannette Milgrom^{1,2,3}, PhD; Brian G Danaher⁴, PhD; Alan W Gemmill¹, PhD; Charlene Holt¹, DCLinPsy; Christopher J Holt¹, PhD; John R Seeley⁴, PhD; Milagra S Tyler⁴, MA; Jessica Ross¹, DPsych; Jennifer Ericksen¹, MPsych

¹Parent-Infant Research Institute, Melbourne, Australia

²University of Melbourne, Melbourne School of Psychological Sciences, Melbourne, Australia

³Austin Health, Department of Clinical and Health Psychology, Melbourne, Australia

⁴Oregon Research Institute, Eugene, OR, United States

Corresponding Author:

Alan W Gemmill, PhD

Parent-Infant Research Institute

Department of Clinical & Health Psychology, Heidelberg Repatriation Hospital Austin Health 330 Waterdale Road Heidelberg Heights

Melbourne, 3081

Australia

Phone: 61 03 9496 ext 4468

Fax: 61 03 9496 4148

Email: alan.gemmill@austin.org.au

Abstract

Background: There are few published controlled trials examining the efficacy of Internet-based treatment for postnatal depression (PND) and none that assess diagnostic status (clinical remission) as the primary outcome. This is despite the need to improve treatment uptake and accessibility because fewer than 50% of postnatally depressed women seek help, even when identified as depressed.

Loughnan et al. *Trials* (2018) 19:56
DOI 10.1186/s13063-017-2422-5

Trials

STUDY PROTOCOL

Open Access



Internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) for perinatal anxiety and depression versus treatment as usual: study protocol for two randomised controlled trials

Siobhan A. Loughnan^{1*}, Jill M. Newby², Hila Haskelberg¹, Alison Mahoney¹, Natalie Kladnitski¹, Jessica Smith¹, Emma Black³, Christopher Holt⁴, Jeannette Milgrom⁴, Marie-Paule Austin³ and Gavin Andrews¹

Abstract

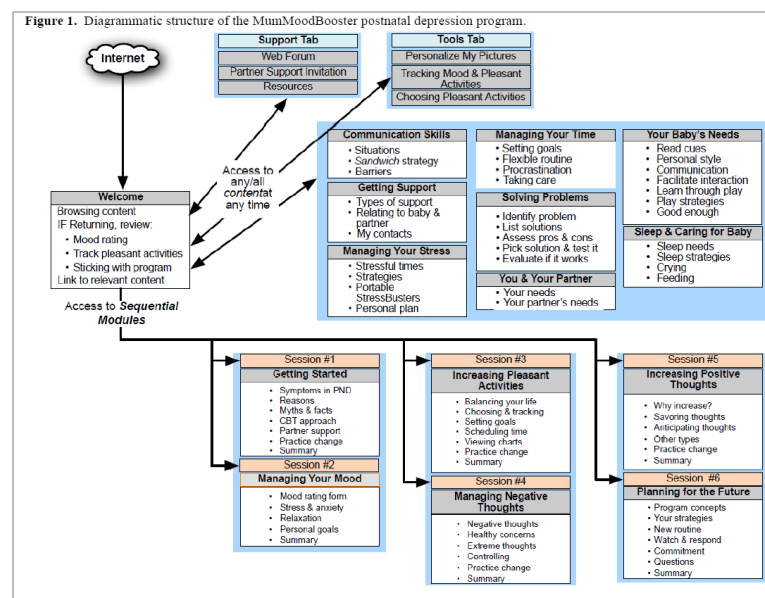
Background: We aimed to evaluate the acceptability and efficacy of two brief, Internet-delivered cognitive behavioural therapy interventions—*MUMentum Pregnancy* (study 1) and *MUMentum Postnatal* (study 2)—in reducing maternal symptoms of anxiety, depression and overall psychological distress compared to usual care in the perinatal period.

Methods/Design: Women who are pregnant (study 1) or < 12 months postpartum (study 2) with current clinically elevated symptoms of anxiety and/or depression according to validated self-report measures, will be recruited via the research arm of a not-for-profit clinical and research unit in Australia and randomised to the intervention group or treatment as usual control group. The minimum sample size for each study (alpha 0.05; power 0.80 for a *g* of 0.80) was identified as 50 with at least 10% more to be recruited to account for expected attrition. The co-primary outcome measures are the Patient Health Questionnaire 9-item scale and Generalised Anxiety Disorder 7-item scale to measure depression and anxiety symptom severity, respectively, and will be administered at the following primary time-points: baseline; post treatment; and at one-month follow-up. Psychological distress will be measured according to the Kessler-10 psychological distress scale at each primary time-point and will also be completed before each lesson for those in the intervention group. The total trial period nine weeks for study 1 and 11 weeks for study 2. Program efficacy will be determined using intent-to-treat mixed models. Maintenance of gains will be assessed at one-month follow-up.

Discussion: The current randomised controlled trial seeks to extend the literature by evaluating the efficacy of a self-help intervention for women in the perinatal period. If efficacious, the *MUMentum* programs have the potential to be easily disseminated via <https://thiswayup.org.au/> to large numbers of women across Australia as an intervention for women screening positive for anxiety, depressive or distress symptoms during pregnancy or postpartum.

Trial registration: Australian New Zealand Clinical Trials Registry, ACTRN12616000560493; ACTRN12616000559415. Registered on 2nd May 2016.

Keywords: Perinatal, Antenatal, Postpartum, Pregnancy, Internet, Online, Cognitive behavioural therapy, Treatment, Depression, Anxiety



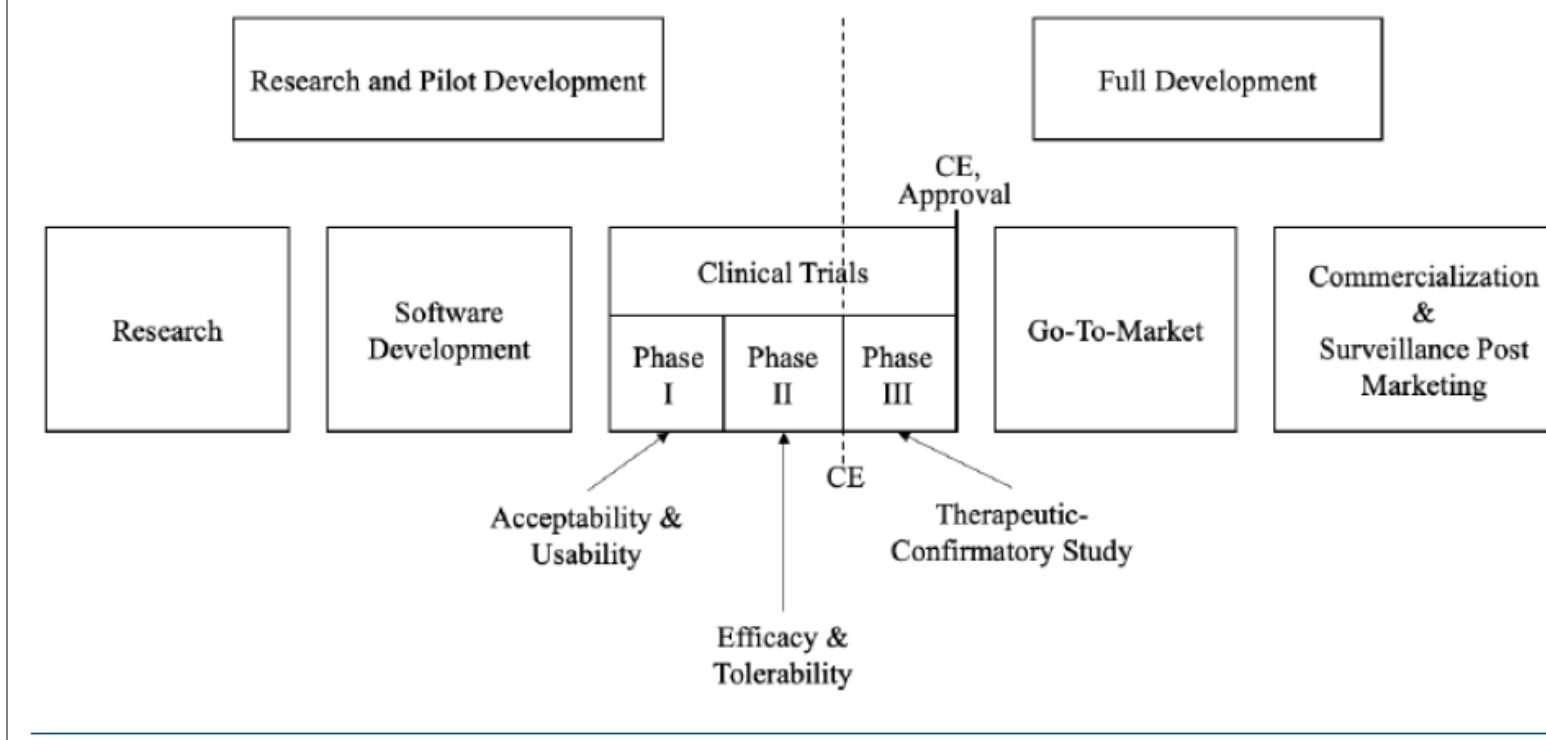
Cosa stiamo facendo?

Progettazione e validazione di una DTx basata su terapia cognitivo comportamentale (CBT) per la gestione dello stress

Casi di studio

- Gestione del benessere mentale nelle donne in gravidanza
- Gestione del benessere mentale in pazienti con Breast Cancer
- Altri setting (es. favorire benessere mentale nei luoghi di lavoro)

Figura 1 - Modello di processo di R&D per una terapia digitale



Self-Help+

A GROUP-BASED STRESS MANAGEMENT COURSE FOR ADULTS



SELF-HELP PLUS (SH+)

A GROUP-BASED
STRESS MANAGEMENT COURSE
FOR ADULTS

GENERIC FIELD-TRIAL VERSION 1.0, 2021
SERIES ON LOW-INTENSITY PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS - 5



Contesto

Intervento validato da **WHO** per il supporto al benessere psicologico e la gestione dello stress

Intervento “**a bassa intensità**” (low-intensity psychological interventions – WHO, 2020)

- Minime necessità di formazione per lo staff (anche non sanitario)
- Flessibilità di target e di contesto

Trial internazionali

- Richiedenti asilo, rifugiati (Barbui et al, 2022)
- Operatori sanitari (Mediavilla et al, 2022)

Progettualità

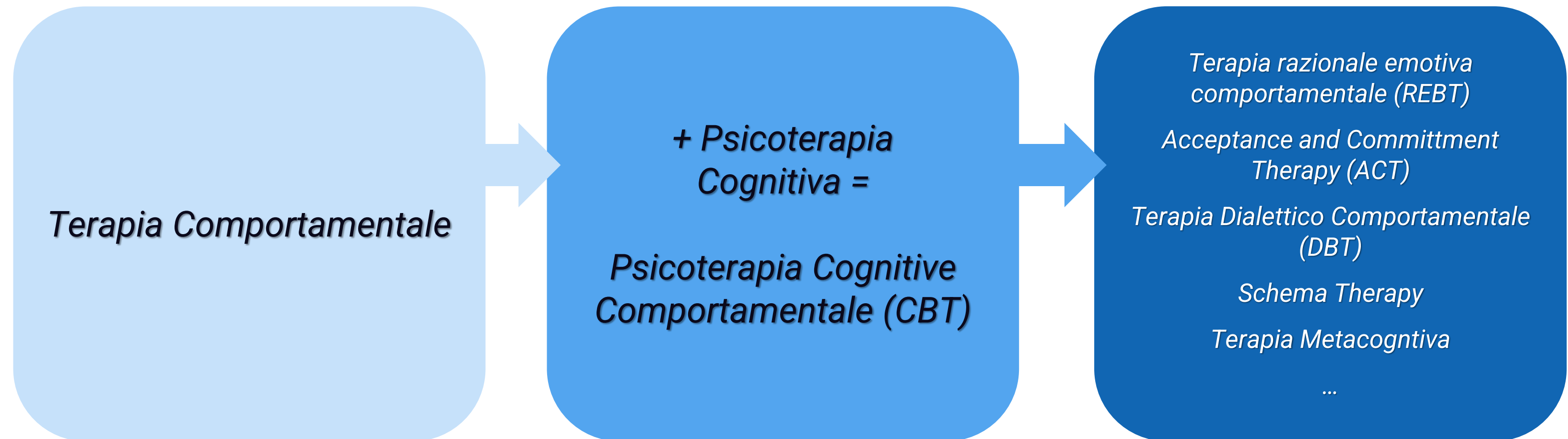
Obiettivi:

- Adattare questo intervento da «guided» (guidato da un operatore) a «chatbot-delivered» (erogato da un chatbot via App)
- Validare l'intervento con chatbot nel contesto del percorso della Breast Unit e della gravidanza
- Mettere a disposizione il servizio SH+ come servizio «standard» nella App

Cornice teorica

Approccio

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)



PRIMA ONDATA

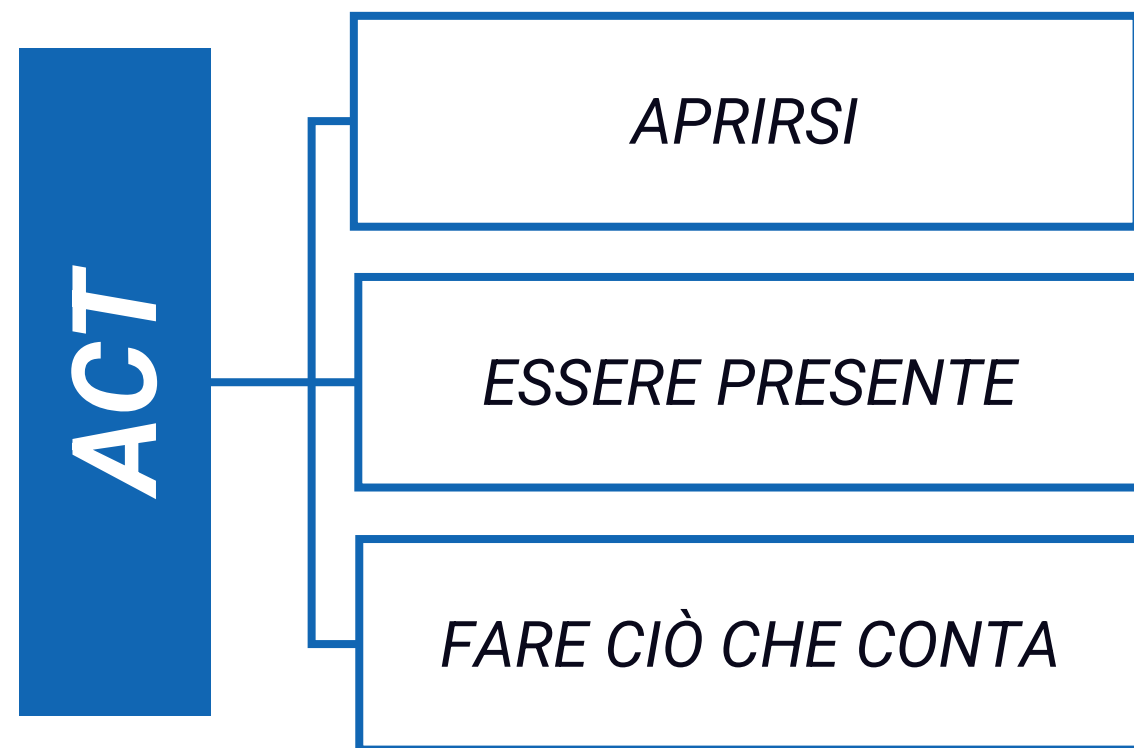
SECONDA ONDATA

TERZA ONDATA

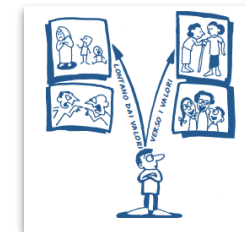
Cornice teorica

Struttura

5 moduli (1 ora circa per modulo, un modulo a settimana) + Materiale audio e illustrazioni



1. Radicarsi
2. Sganciarsi
3. Agire secondo i propri valori
4. Essere gentili
5. Fare spazio



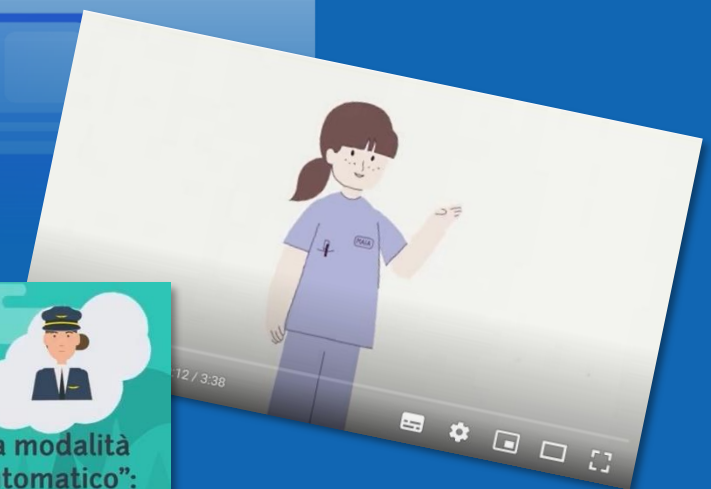
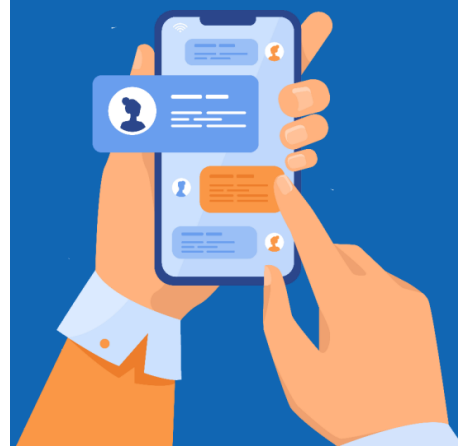
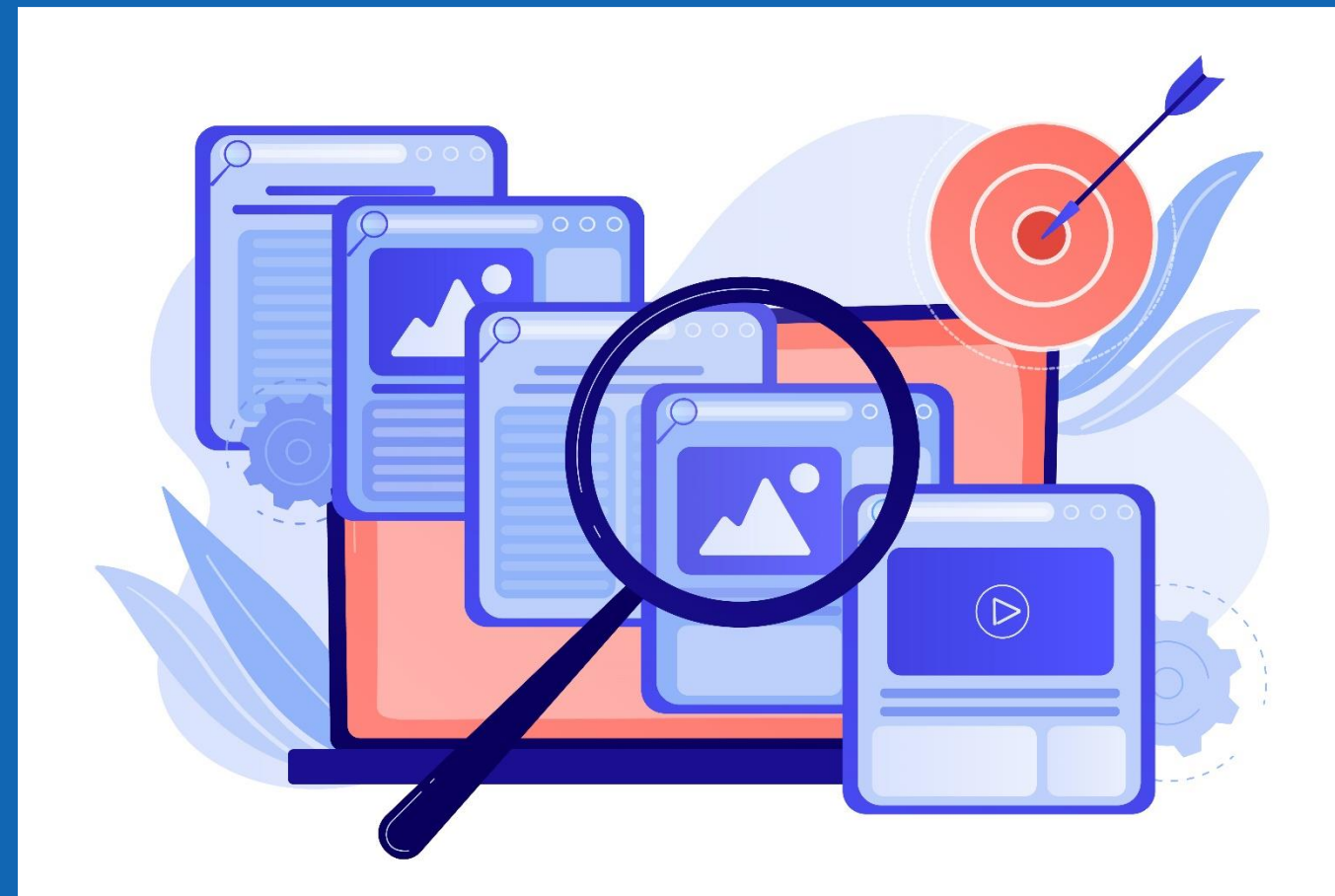
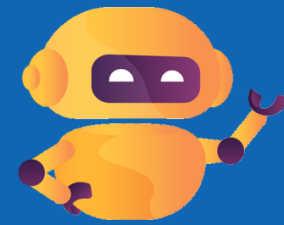
1: Sessioni Psicoeducative

5 sessioni psicoeducative sulla gestione dello stress

Intervento



<https://www.youtube.com/watch?v=QGpfPxGo4IU&t=12s>



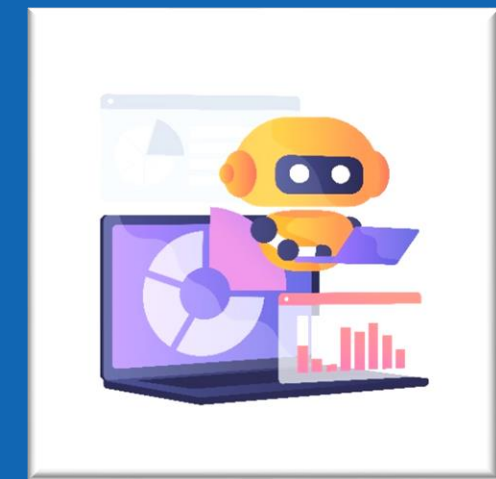
2: Esercizi tra le sessioni

Intervento



Tra una sessione e l'altra vengono proposti degli esercizi da svolgere in autonomia

Il Sistema monitora l'andamento e il chatbot supporta lo svolgimento degli esercizi mandando reminder, feedback e, se necessario, messaggi motivazionali



- Bentornata **Username!** È bello risentirti! Come è andata la settimana?

User:

- È bello riaverti qui per la quarta sessione di questo corso sulla gestione dello stress!

- Questa settimana, il format del corso dovrebbe esserti ormai familiare. Continua a fare del tuo meglio per sperimentare tutto quello che ti propongo!

- Oggi la sessione durerà circa 15 minuti, spero ti possa piacere!

User: [Iniziamo!]

- Nella sessione di oggi esploreremo come essere gentili con gli altri e con noi stessi e come questo ci aiuterà nei momenti di stress, e impareremo anche a risolvere i problemi, guidati dai valori. Prima, però, rivedremo rapidamente i punti chiave delle ultime tre settimane.

User: [Va bene, ripassiamo!] [Salta il ripasso e vai avanti]

- Nelle prime tre sessioni di questo corso abbiamo imparato che, quando siamo sotto stress, possono comparire pensieri e sentimenti difficili. E quando rimaniamo agganciati da questi pensieri e sentimenti, ci allontaniamo dai nostri valori, diciamo e facciamo cose che ci allontanano dall'essere il tipo di persona che vogliamo essere. E questo, ovviamente, rende la nostra vita ancora più difficile.



User: [Procedi!]

- Come sai, un modo rapido per sganciarsi è quello di notare, nominare e connettersi con il mondo circostante. Eserciteremo rapidamente questi tre passi. Ora siediti e fai questo esercizio in silenzio, con gli occhi aperti o chiusi, come preferisci

User: [Va bene, facciamolo!] [Non capisco perchè devo farlo ancora]

If user [Va bene, facciamolo!]

- Mi piace il tuo spirito!

If user [Non capisco perchè devo farlo ancora]

- Ogni volta che pratichi il Grounding, ottieni dei benefici. È come qualsiasi altra abilità, come cucinare per esempio! Anche se sai già come si fa, ogni volta che cucini puoi diventare sempre più brava!

Audio

- Per introdurti al tema di questa settimana faremo subito un esercizio insieme!

Prima di iniziare l'esercizio ti chiederò di assumere una posizione comoda, in cui la schiena resti dritta e le spalle rilassate (mantenendo la schiena staccata dallo schienale); tieni le mani in una posizione comoda (si possono tenerle appoggiate sulle cosce o sulle ginocchia oppure in grembo con i palmi rivolti verso l'alto) e la pianta dei piedi ben appoggiata per terra. Puoi scegliere di chiudere gli occhi, o tenerli aperti. In quel caso ti invito a tenere lo sguardo su un punto fisso davanti a te.

Audio sganciarsi da pensieri non gentili

- Quindi, prima di andare avanti, ti insegnerò a sganciarti da questo tipo di pensieri.

- Ti capita mai di avere pensieri poco carini su di te?

User: [Certo che sì!] [Direi di no]

If user [Certo che sì!]

- Tutti hanno questo tipo di pensieri. È normale, ma non è utile farsi condizionare da essi.

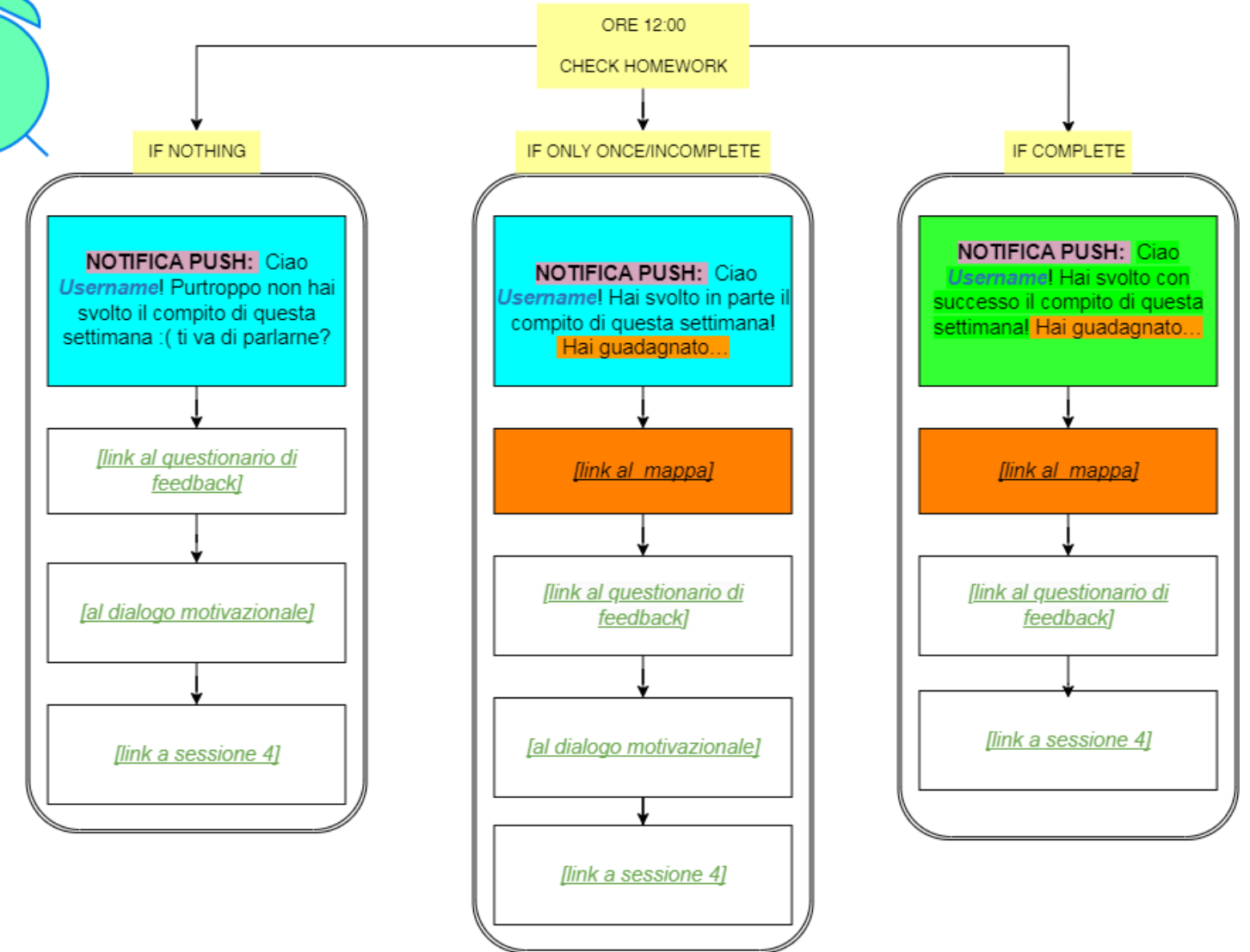
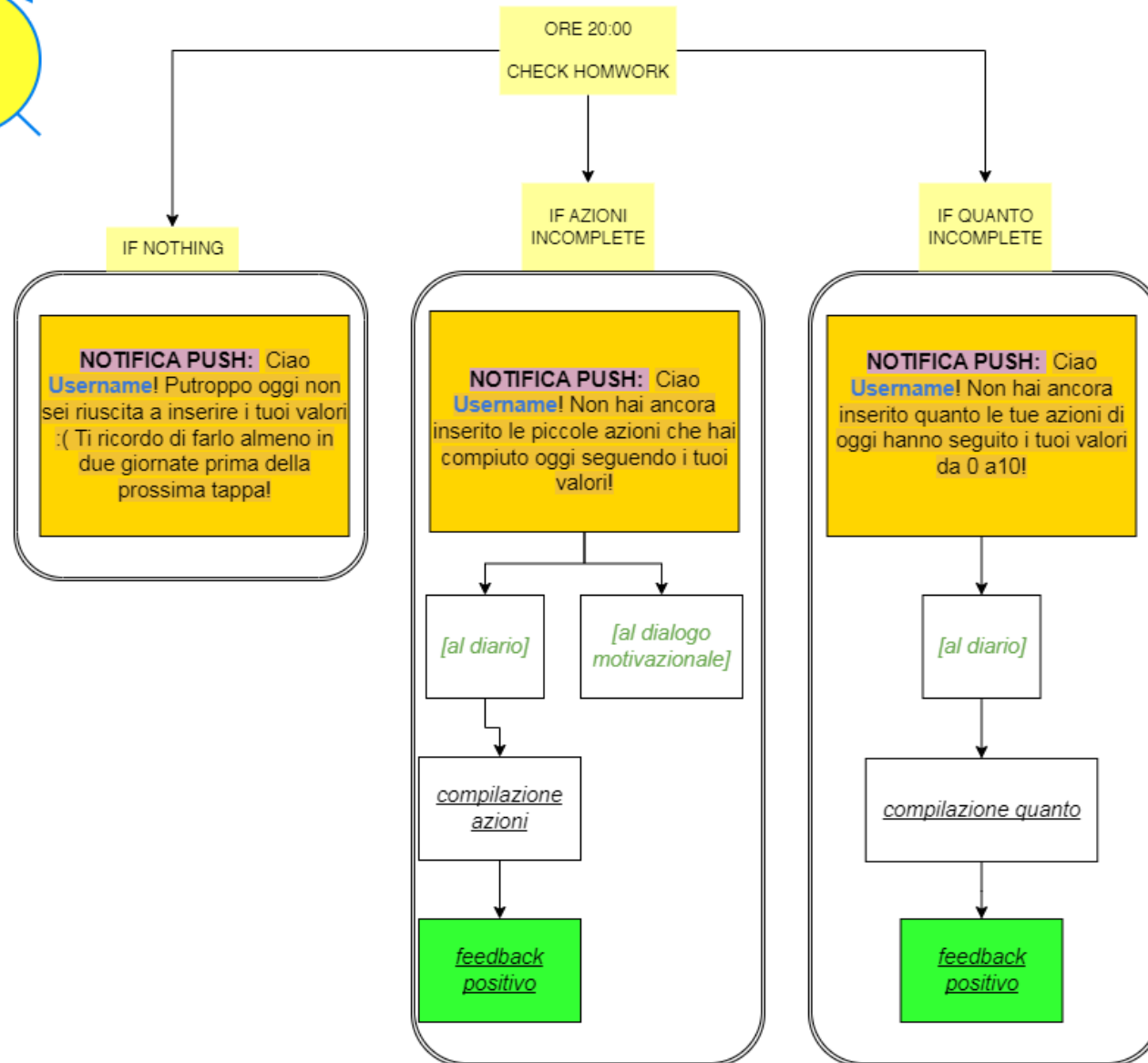
If user [Direi di no]

- Prova a farci caso, perchè questi pensieri duri e giudicanti compaiono quasi per tutti in alcuni momenti, soprattutto quando siamo stressati. È normale, ma non è utile farsi condizionare da essi.

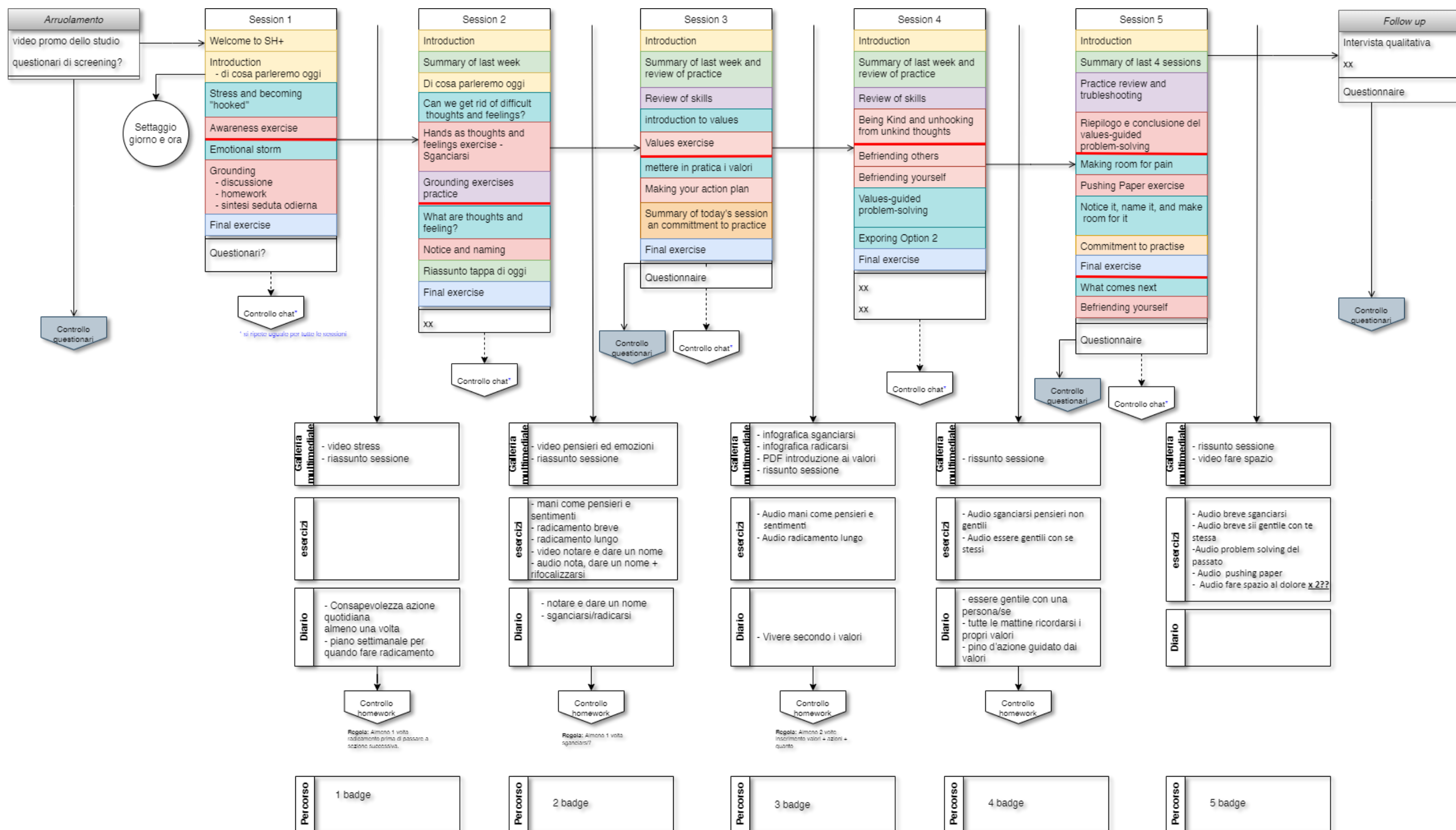
- Come sai, non possiamo impedire a questi pensieri di apparire. Ma possiamo sganciarci da essi. Perciò ora ci eserciteremo in questo senso. Proviamo questo esercizio insieme:

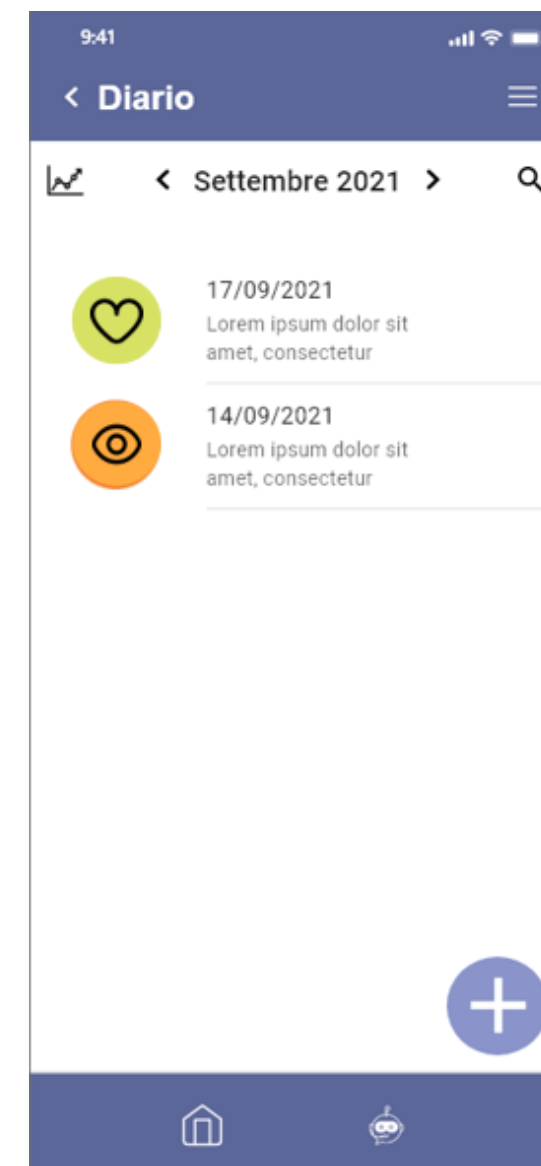
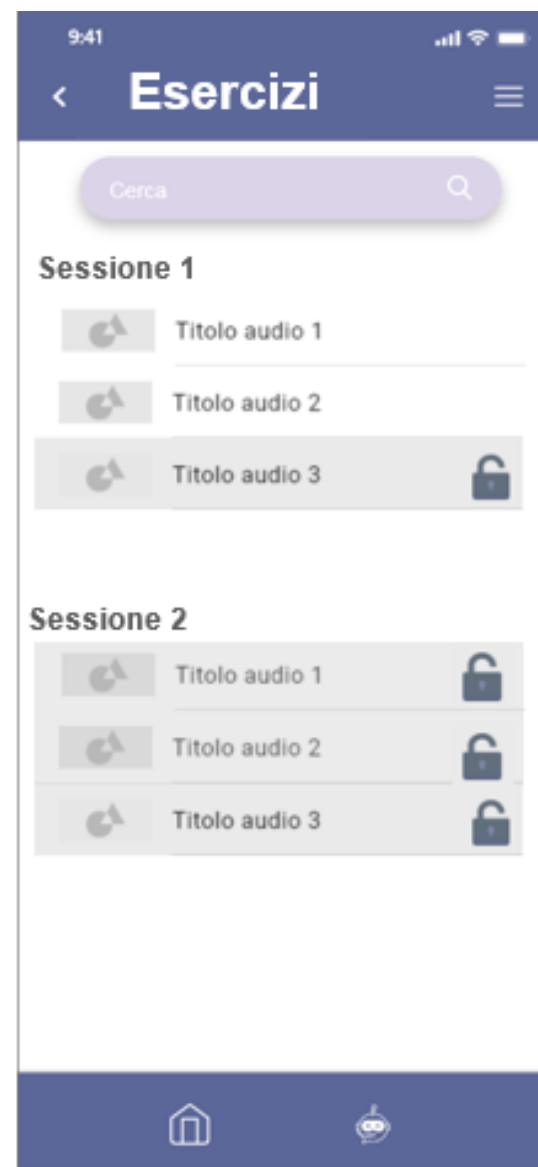
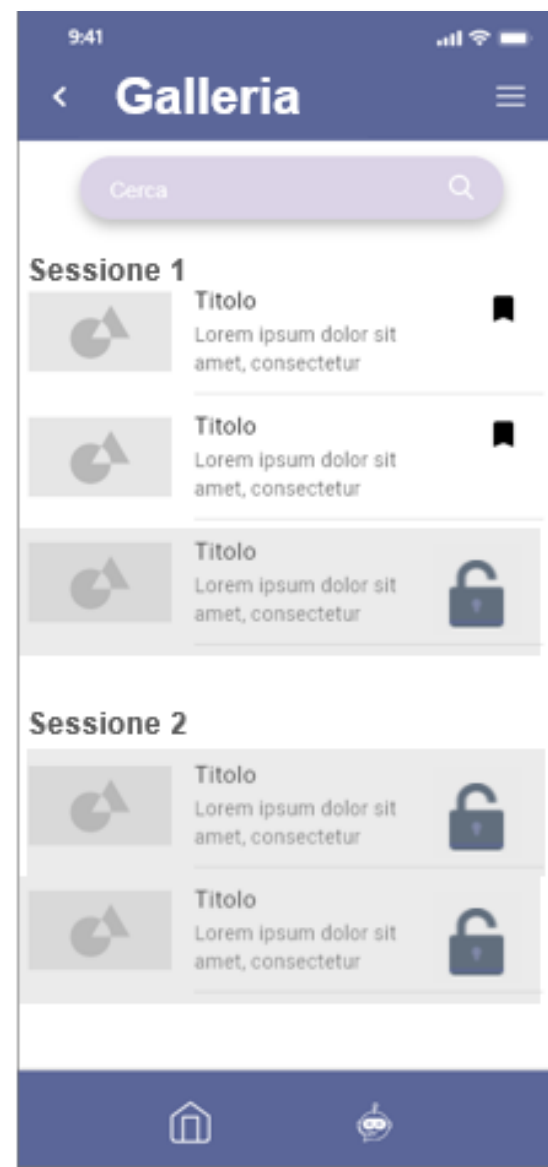
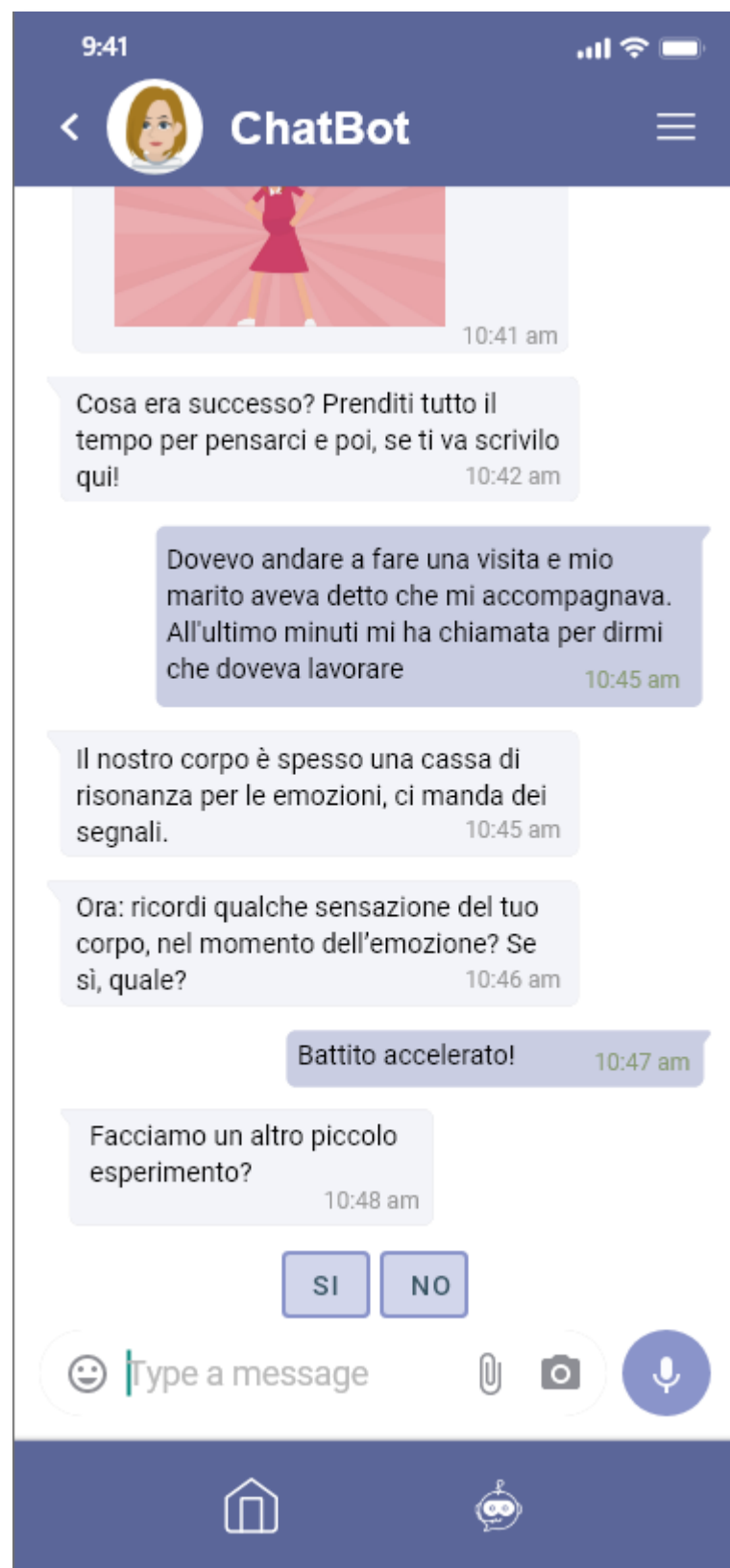
[slideshow]

Intervento



Intervento







Grazie!

Un esempio di Intervento sulla alimentazione

OVERVIEW INTERVENTO NUTRIZIONALE

Attivato dalla donna; strutturato e personalizzato (L1).



L0 - INFORMAZIONI E SUGGERIMENTI GENERALI PER UNA CORRETTA INFORMAZIONE

T0: ATTIVAZIONE APP

T1: ATTIVAZIONE UTENTE L1

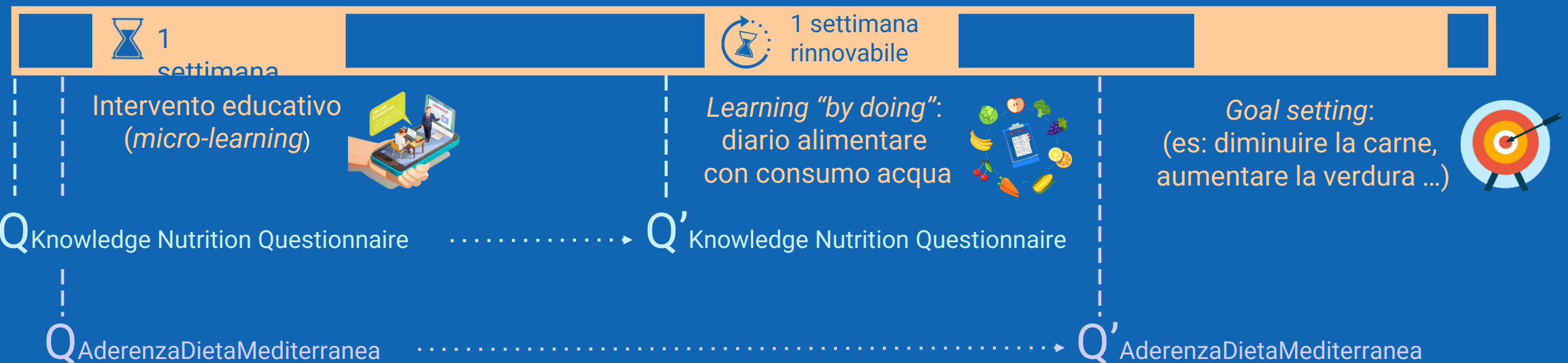
T2

T3

T4

L1 – INTERVENTO DI COACHING NUTRIZIONALE

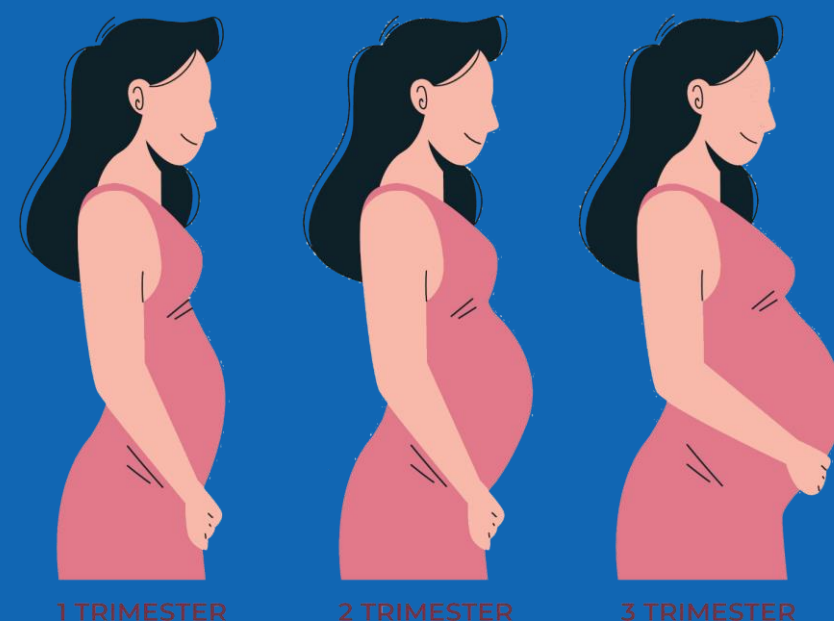
Tre livelli di interazione successivi



CASA DELLA GESTANTE



L0: informazioni e suggerimenti generali



*Suggerimenti contestualizzati
in base alla settimana di gestazione.*



*Chatbot proattivo.
Materiale multimediale.*

*Informazioni
e suggerimenti generali (es:
acido folico,
alimenti da evitare).*



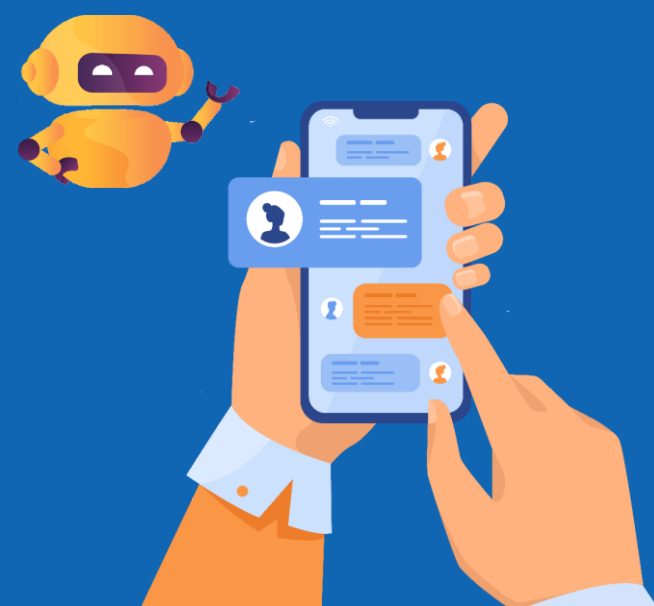
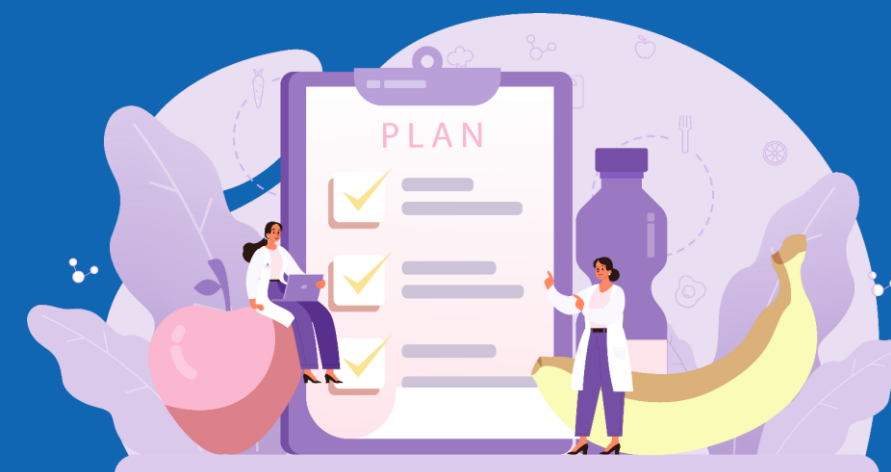
CASA DELLA GESTANTE



L1: intervento di coaching nutrizionale

Attivazione dell'intervento
su base volontaria.

Tre livelli di interazione successivi.



Proposta di questionari validati per il
rilevamento delle proprie abitudini alimentari
e valutazione iniziale della conoscenza
dei principi della dieta mediterranea.



ABITUDINI ALIMENTARI



Questionari validati



PIRAMIDE ALIMENTARE

CASA DELLA GESTANTE

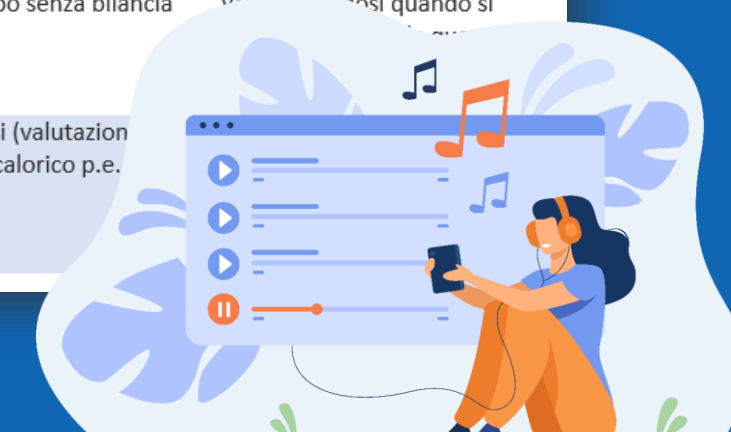
L1: intervento di coaching nutrizionale

Step 1: intervento di educazione alimentare (*micro-learning*)

*Patto formativo.
Rivalutazione finale delle conoscenze generali della dieta mediterranea.*



| Nr. | Titolo e sottotitolo del video (formato .mp4) | Obiettivo didattico |
|-----|---|--|
| 1 | Dieta mediterranea: la piramide alimentare | Cosa indica il termine "dieta", conoscere il significato del termine Dieta Mediterranea e il concetto di piramide alimentare |
| 2 | Principali nutrienti | Conoscere i principali nutrienti e le loro caratteristiche |
| 3 | Una alimentazione equilibrata e corretta distribuzione di un pasto sano (frequenza settimanale) | Conoscere il significato di dieta equilibrata e corretta distribuzione dei pasti durante la giornata |
| 4 | Il piatto sano | Presentazione del piatto sano di Harvard e distribuzione del cibo nell'arco della giornata |
| 5 | Norme igieniche per la gestione degli alimenti & tossinfezioni alimentari | Norme igieniche nella manipolazione e nella cottura degli alimenti per evitare le tossinfezioni alimentari |
| 6 | Valutare il cibo senza bilancia | Valutare il cibo quando si... |
| 7 | Alimenti complessi (valutazione dell'apporto calorico p.e. sagne) | ... |



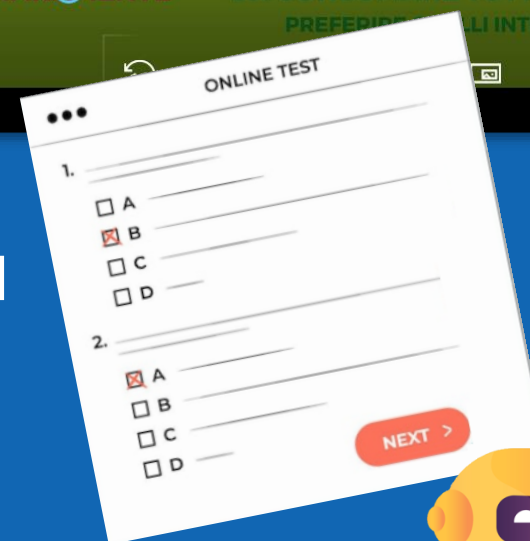
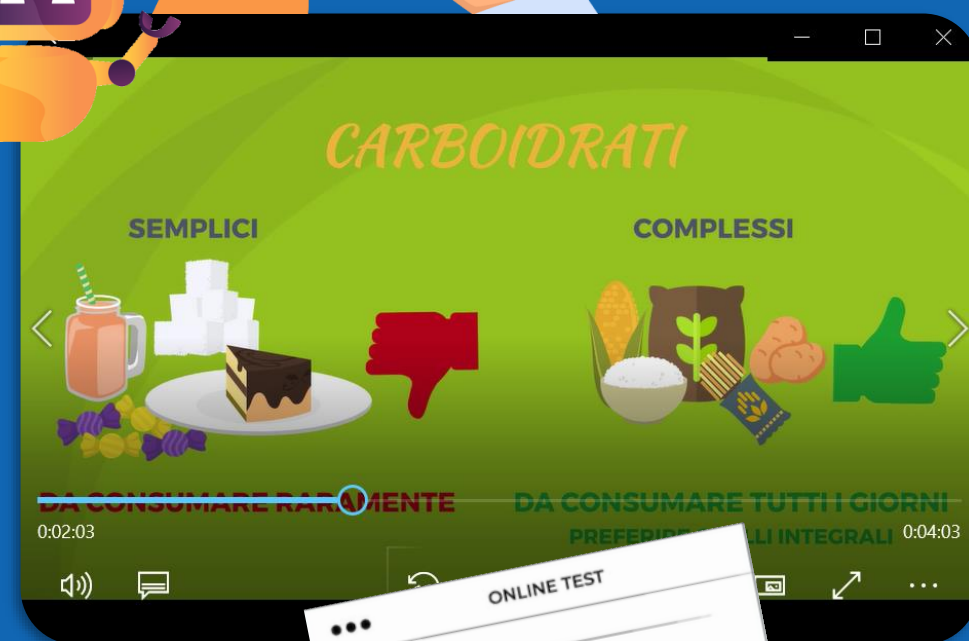
CASA DELLA GESTANTE



L1: intervento di coaching nutrizionale

Corso intensivo di una settimana

Ogni giorno viene proposto un contenuto multimediale con un obiettivo didattico



Breve quiz al termine di ciascun argomento



La progressione nel corso viene monitorata; supporto motivazionale in caso di bisogno

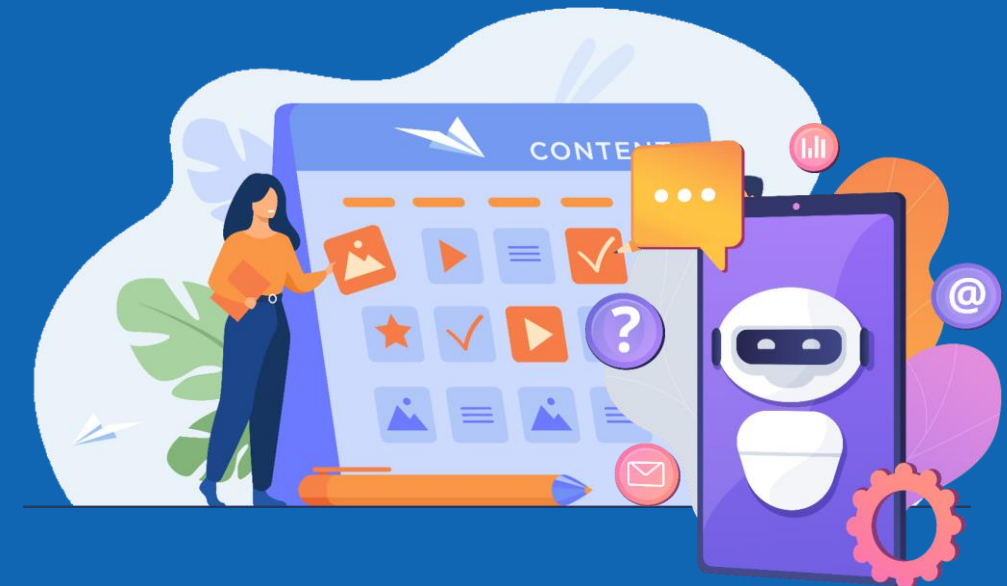
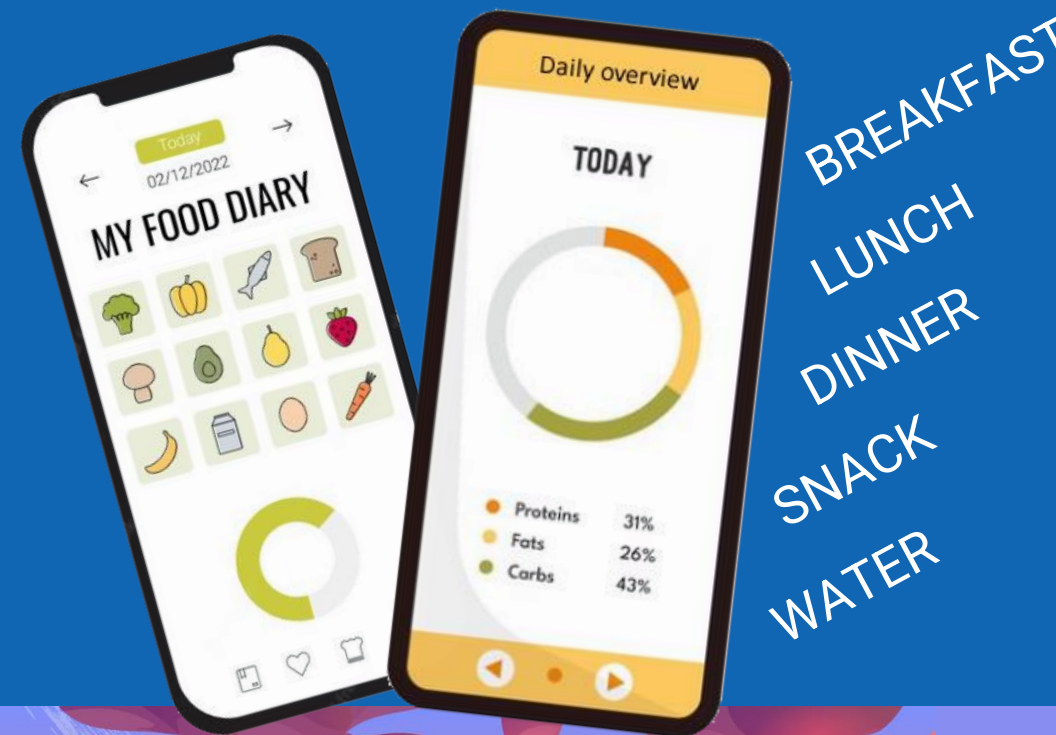
CASA DELLA GESTANTE

L1: intervento di coaching nutrizionale

Step 2: diario alimentare (*learning «by doing»*)

 Una settimana rinnovabile

Piatto sano di Harvard e aderenza alla dieta mediterranea



Feedback
a fine giornata



- *Feedback rispetto alle proprie abitudini giornaliere e settimanali*
- *Suggerimenti per la composizione del pasto successivo*
- *Rivalutazione finale dell'aderenza alla dieta mediterranea*

CASA DELLA GESTANTE



L1: intervento di coaching nutrizionale



Step 3: intervista motivazione e *goal setting*



- *Intervista motivazionale*
- *Supporto motivazionale continuo*



- *Proposta di obiettivi personalizzati*
- *Follow up*

CASA DELLA GESTANTE

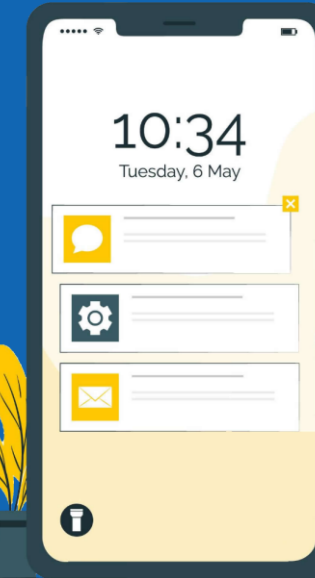
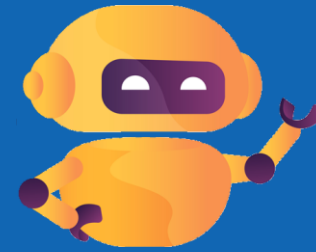
L1: intervento di coaching nutrizionale

Step 3: intervento come *terapia digitale*

C'è qualcosa che vorresti fare per migliorare la tua alimentazione nel breve tempo?

Vuoi fissare un'ora in cui fare una verifica di come sta procedendo il tuo piano?

Quanto ti senti fiduciosa di riuscire a realizzare il tuo piano?



| PROJECT TIME PLANNER | | | | MARCH 22 2019 | |
|----------------------|------------|------------|------------|-------------------|------------|
| 00:00 | 00:00 | 00:00 | 00:00 | 00:00 | 00:00 |
| YOUR TITLE | YOUR TITLE | YOUR TITLE | YOUR TITLE | YOUR TITLE | YOUR TITLE |
| ✗ | ✓ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ |
| ✗ | ✗ | ✗ | YES! | ✓ | ✗ |
| ✓ | YES! | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ |



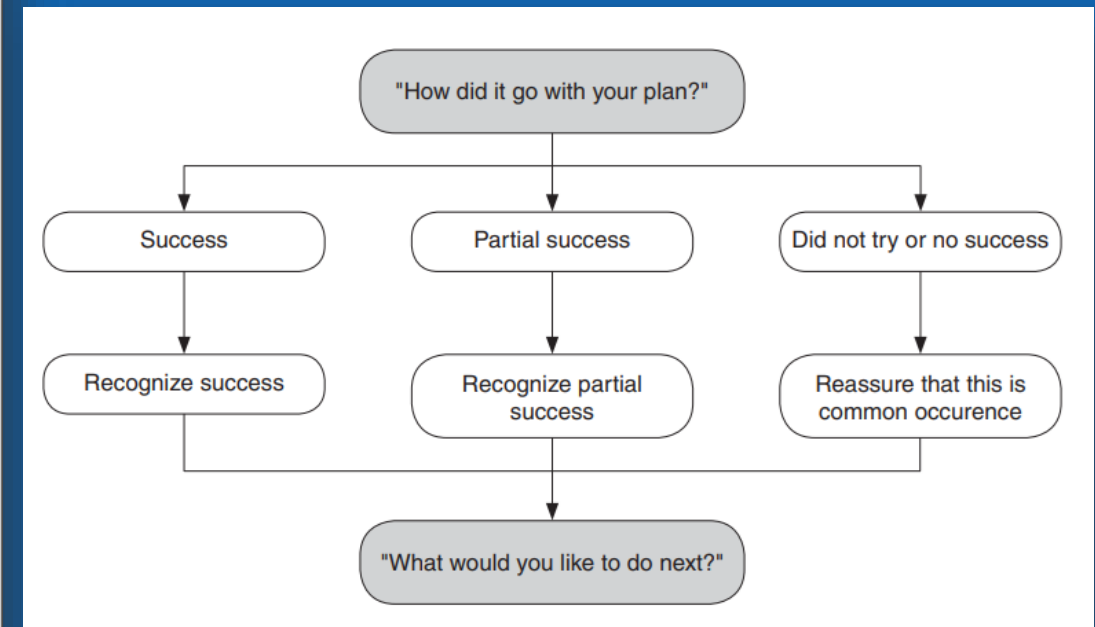
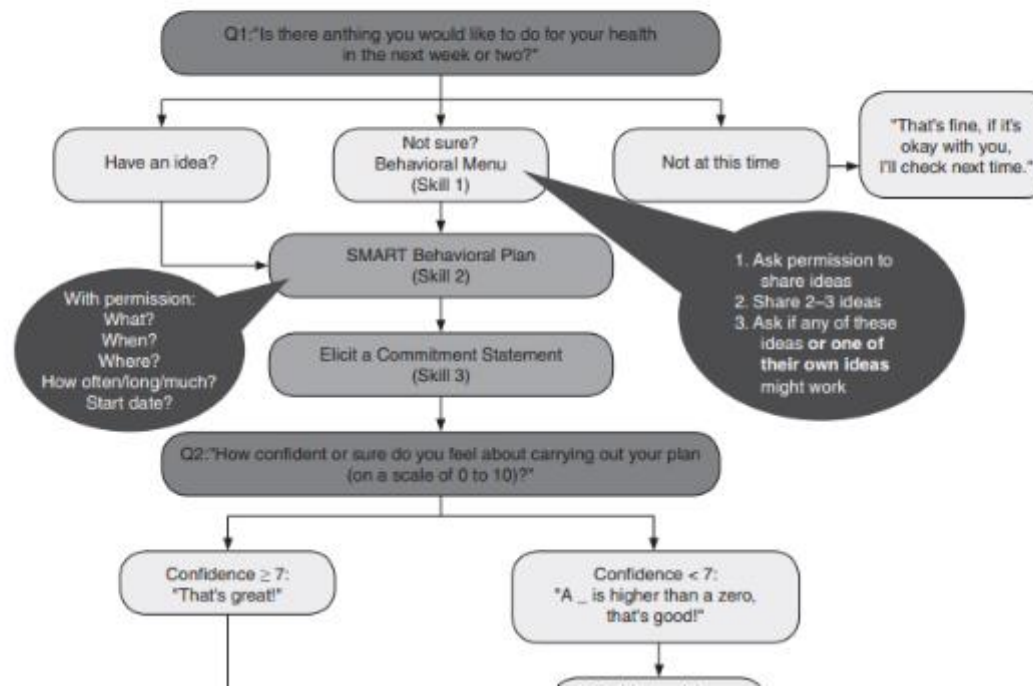
Messaggi push giornalieri



Dopo 3 settimane

Follow up

BRIEF ACTION PLANNING



L'integrazione tra medicina generale e servizi pubblici di salute mentale

Un approfondimento su ...

L'integrazione tra medicina generale e servizi pubblici di salute mentale: rassegna della letteratura e dell'esperienza sul campo in tre Regioni italiane

The integration between Primary Care and Mental Health Services: review of the scientific literature and on-field experience in three Italian regions

SARA GEMIGNANI¹, VALDO RICCA^{1*}, GIUSEPPE CARDAMONE²
E-mail: valdo.ricca@unifi.it

¹SOD Complessa Psichiatria, AOU Careggi; Dipartimento Scienze della Salute, Università di Firenze
²Area Salute Mentale Adulti, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Centro, Regione Toscana

RIASSUNTO. Questo articolo vuole far luce sul problema, ancora irrisolto e tuttora molto discusso, dell'integrazione tra servizi di salute mentale e medicina generale nel nostro Paese. A questo scopo, dopo una breve rassegna della letteratura scientifica internazionale su alcuni modelli di integrazione tra questi due ambiti dei servizi sanitari, sono state prese in esame le esperienze realizzate in tre Regioni italiane (Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana) con l'obiettivo di ottenere una migliore cooperazione in questo ambito della sanità pubblica.

PAROLE CHIAVE: medicina generale, servizi di salute mentale, modelli organizzativi, collaborative care, integrazione.

SUMMARY. This paper focuses on the integration between Mental Health Services and Primary Care in Italy, a topic that has been discussed for many years but still remains to be achieved nationwide. After a brief review of the scientific literature considering different models of integration, the experiences of three Italian Regions (Lombardy, Emilia-Romagna and Tuscany) are described and discussed, in order to detect different options to fulfill the needs of an adequate cooperation in this field of public health.

KEY WORDS: primary care, collaborative care, mental health services, access to care, models of integrated care.

INTRODUZIONE

Storicamente i rapporti fra salute mentale e medicina generale sono stati caratterizzati in Italia da faticosi tentativi di

mentale ha ricevuto molte attenzioni negli ultimi trent'anni da parte della letteratura internazionale e, più recentemente, italiana, tanto che, a partire dal 1999 (Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000" Decreto Presidente della

Tabella 1. Linee guida NICE (National Institute for health and Care Excellence) 2004 per la "stepped care".

| Responsabile della cura | Focus | Trattamento |
|---|--|--|
| 1. MMG e infermiere delle cure primarie | Riconoscimento di un problema mentale | Assessment |
| 2. Gruppo delle cure primarie | Depressione lieve | Attesa vigilante, auto-aiuto guidato, esercizio fisico, brevi interventi psicologici |
| 3. Gruppo delle cure primarie | Depressione moderata | Farmaci, interventi psicologici, supporto sociale |
| 4. Servizi di salute mentale territoriali | Quadri resistenti, ricorrenti, depressione atipica o psicotica | Farmaci, interventi psicologici complessi, trattamenti combinati |
| 5. Servizi di salute mentale ospedalieri | Situazioni ad alto rischio per la vita e per la cura di sé | Farmaci, trattamenti combinati |

Tabella 2. Integrazione tra cure primarie e servizi di sanità mentale secondo il modello sviluppato in Emilia-Romagna.

| Linee regionali di indirizzo | | | |
|---|-------------------------|--|---|
| Livello | Responsabile della cura | Complessità di gestione | Intervento |
| Livello A Presenza in cura semplice | MMG | Basso (episodi autolimitati di disagio emotivo spesso reattivi a eventi di vita) | Valutazione e gestione diretta |
| Livello B1 Consultazione sul caso | MMG | Medio (disturbi più strutturati di ansia/depressione) | Confronto clinico con lo psichiatra/psicologo per valutazione, indicazioni per la gestione o per l'invio ai servizi |
| Livello B2a Consulenza | MMG | Medio (disturbi di ansia/depressione resistenti al trattamento, comorbidità) | Invio del paziente per valutazioni e indicazioni terapeutiche |
| Livello B2b Episodio di cura condivisa | MMG | Medio-alto (necessità di trattamento specialistico combinato a termine) | Trattamento combinato farmacologico e psicoterapeutico |
| Livello C Presenza in cura specialistica | Psichiatra/psicologo | Alto (gravi disturbi con rischio per la vita, assenza di supporto sociale, grave disabilità persistente) | Presenza in cura a medio/lungo termine, spesso multiprofessionale |