

# Non lasciamole SOLE

Una rete di tutela  
contro la depressione post partum

Atti del **Convegno Nazionale SIGO**

Roma, 2 aprile 2008

 Intermedia editore



**SIGO**

SOCIETÀ ITALIANA DI GINECOLOGIA  
E OSTETRICIA

**Non lasciamole sole**

Una rete di tutela contro la depressione post partum

Questo convegno è stato realizzato da



in collaborazione con



Con il patrocinio di



**Atti del Convegno Nazionale SIGO**

# Non lasciamole sole

Una rete di tutela  
contro la depressione post partum

Roma, 2 aprile 2008

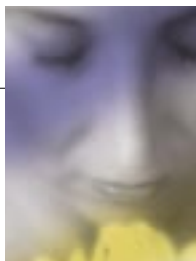


**SIGO**

SOCIETÀ ITALIANA DI GINECOLOGIA  
E OSTETRICIA

# Non lasciamole sole

Una rete di tutela  
contro la depressione post partum



## Convegno Nazionale SIGO

### Programma

#### 9.30 Introduzione

Mauro Boldrini, giornalista

Aldo Morrone, Direttore Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà, Roma

Giorgio Vittori, Presidente SIGO

#### 9.45 La depressione post partum in Italia: fotografia del problema

Claudio Mencacci

Direttore del dipartimento di psichiatria dell'Azienda ospedaliera Fatebenefratelli-Oftalmico, Milano

#### 10.00 Il punto di vista dei ginecologi italiani: i risultati del sondaggio SIGO

Emilio Arisi

Consigliere nazionale SIGO

#### 10.15 La depressione post partum nelle mamme- adolescenti

Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica San Raffaele Resnati, Milano

#### 10.30 I fattori di rischio: la depressione post partum nelle donne a rischio di emarginazione sociale

Aldo Morrone

Direttore Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà, Roma

#### 10.45-12.15

##### Tavola rotonda: Quali interventi possibili?

Modera: Sabrina Smerrieri, giornalista

La depressione post partum nella formazione del ginecologo

Roberto Russo

Presidente Società Italiana di Psicoprofilassi Ostetrica

L'ostetricia: medicina della persona, unità dell'assistenza alla nascita, dalla visita preconcezionale alla fine del puerperio

Romano Forleo

Primario Emerito Fatebenefratelli Isola Tiberina Roma, Docente di Psicopatologia Ostetrica e Ginecologia Scuola di Special. Tor Vergata

La maternità oggi: momento di transizione

Viviana Garbagnoli

Presidente dell'Associazione "la Casa Rosa", Milano

Il ruolo di sentinella del Medico di Famiglia

Raffaella Michieli

Segretario Nazionale Società Italiana Medicina Generale

Quando chiedere aiuto diventa necessario

Alessandro Grispi, Psichiatra

#### 12.15 La campagna SIGO "Non lasciamole Sole"

Giorgio Vittori

Presidente SIGO

#### 12.40 Istituzioni e ginecologi insieme, a fianco della donna

Nicola Di Tullio

Presidenza del Consiglio dei Ministri

#### 13.00 Dibattito

# Relazioni introduttive

**MAURO BOLDRINI**

Giornalista

**ALDO MORRONE**

Direttore Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà, Roma

**GIORGIO VITTORI**

Presidente SIGO

**MAURO BOLDRINI** Benvenuti a questo convegno nazionale che non per caso si tiene in una sede così prestigiosa: l'istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà. In questa aula magna il 4 dicembre scorso si è svolto un altro importante seminario dedicato alla contraccezione, tema particolarmente significativo per la SIGO, la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, perché ha segnato in maniera palese l'avvio di un percorso di attenzione al tema della transculturalità e di attenzione alle fasce sociali a rischio emarginazione. Quelle che più facilmente incorrono in gravidanze indesiderate, come confermano purtroppo i dati nazionali e su cui si è concentrata l'attenzione della SIGO con l'avvio di una specifica campagna di sensibilizzazione e educazione.

Con il convegno di oggi invece si avvia un'altra grande campagna nazionale di informazione su un tema di cui si parla poco e solo quando evidentemente le cronache dei giornali lo impongono: la depressione post partum. Un problema sottovalutato e sottostimato che invece presenta numeri e situazioni particolarmente importanti. Ho il compito di introdurre e porgere i saluti al professor Giorgio Vittori, presidente della SIGO e al professor Aldo Morrone, padrone di casa e direttore di questo istituto. Proprio il professor Morrone ci spiegherà come ospitare questo convegno in questa sede non rappresenti solo un fatto casuale ma l'inizio di un percorso strutturato, perché l'origine di questi problemi risiede sempre più in cause socio-culturali oltre che in fattori organici. E il prof. Vittori ci illustrerà

perché la SIGO ha deciso di lanciare la campagna "non lasciamole sole" su un tema così impegnativo e socialmente rilevante.

**ALDO MORRONE** Voglio ringraziare la SIGO dell'opportunità che ci ha offerto di prender parte a questo seminario e, più in generale, alla campagna nazionale "Non lasciamole sole" che reputo di grande utilità. Del resto la collaborazione che ci lega al professor Vittori e alla Società che presiede è destinata a rinsaldarsi e diventare sempre più solida.

Il convegno di oggi ha destato un grande interesse e ha avuto il merito, prima ancora di svolgersi, di far emergere le molte e diverse esperienze che su questo tema esistono nel nostro Paese. Sono giunte numerose richieste di intervento, a programma già definito, e questo rappresenta uno straordinario segnale positivo.

Costruire un ponte tra mondo scientifico e sociale diventa un'opportunità per tutti, in particolare per le donne che hanno purtroppo sperimentato questo problema, un'occasione per promuovere una riflessione culturale, che finalmente coinvolga tutti gli attori, in maniera trasversale. Essere qui oggi, in quest'aula, in questo luogo che è l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà, significa che non stiamo parlando solo di un problema medico. Qui non curiamo solo le malattie, qui promuoviamo la salute, che vuol dire investire in chiave multidisciplinare, in presenza di psicologi, ginecologi, medici, tutti insieme protesi per la salvaguardia della salute e della dignità delle donne.

**GIORGIO VITTORI** La SIGO ha deciso di promuovere questa iniziativa nazionale perché ha intenzione di entrare in maniera importante nel dibattito socio-culturale di questo Paese, di portare valore aggiunto e servizi su uno dei temi che riteniamo di maggior rilievo in questo momento storico, cioè la valorizzazione del femminile. E uno dei momenti più critici è proprio quello dell'affiancamento della donna che ha partorito e ritorna a casa. Troppo spesso questo ritorno avviene in una condizione di solitudine, di scarso appoggio, di insufficiente informazione. Tanto per rendere l'idea, normalmente nelle grandi istituzioni che si occupano di ostetricia e ginecologia il post partum viene affidato alle persone meno esperte, agli specializzandi più giovani. Questo per dire che c'è un "buco" culturale, a mio avviso molto grave, rispetto alla percezione di quel momento straordinario che è il post partum, una fase importante quanto il parto e la gravidanza, perché è assolutamente necessario accompagnare la neo mamma in famiglia, nella propria casa, nelle migliori condizioni possibili, per evitare che si trovi "a disagio". La depressione post partum colpisce nel nostro Paese 50.000 donne, non possiamo – non siamo giustificati – non imparare a riconoscerne i sintomi. Ma non solo, dobbiamo farci promotori di un percorso di protezione e di informazione. Il sondaggio che abbiamo realizzato presenta davvero dati preoccupanti: non vi è cultura, non vi è capacità di riconoscere i sintomi, non vi è coscienza delle possibilità di terapia. Ma purtroppo non è solo un problema del ginecologo, di questo tema si occupano poco anche le ostetriche, che forse non hanno gli strumenti perché non sono stata sensibilizzate, e anche le famiglie hanno scarsa conoscenza della depressione post partum. Per questo riteniamo così necessaria questa campagna, per questo la SIGO si impegnerà su questo tema con la massima determinazione.

# La depressione post partum in Italia: fotografia del problema

**C L A U D I O M E N C A C C I**

Direttore del dipartimento di psichiatria  
dell'Azienda ospedaliera Fatebenefratelli-  
Oftalmico Milano

**R O B E R T A A N N I V E R N O**

Centro Depressione Donna - Dipartimento  
Psichiatria A.O. Fatebenefratelli Milano

Un grazie al prof. Vittori anche per aver sottolineato l'attività del nostro *Centro Studi Prevenzione e Cura dei Disturbi Depressivi nella Donna*, attivo dal 2004 e che coinvolge un gruppo stabile di 4 psichiatri, 8 psicologhe, un neuropsichiatra infantile e 2 fisioterapiste, che lavorano fianco a fianco con i colleghi ginecologi, con la possibilità di offrire un servizio diretto e dedicato alla persona che sperimenta una situazione di depressione.

Si tratta quindi di un lavoro articolato, che vede in campo più figure sanitarie, e – credo sia proprio questo il punto centrale –, coordinate sulla necessità di promuovere campagne di sensibilizzazione, migliorare l'informazione, curare, ma anche fare ricerca perché c'è bisogno di saperne di più, di parlarne di più in modo tale da migliorare le nostre conoscenze. Dopo questa breve introduzione sul nostro centro, vorrei ora mostrarvi una lettera che dice: "Invidio chi è felice e ce l'ha fatta a superare la gravidanza con facilità e con la forza che io non so trovare, anche se so che loro hanno lottato per averli mentre io non lo sto facendo e mi sto facendo scivolare tutto addosso. Ma è troppa la paura di lottare e di non riuscire. Ho invidiato in ospedale anche le donne che ce l'hanno fatta e parlavano con amore dei propri bimbi e io mi sento un mostro perché non riesco ad apprezzare il mio...". Un fenomeno isolato? I dati ci dicono di no, anche in Italia possiamo considerare la percentuale di donne con depressione post partum nell'ordine del 10-12%. A lungo siamo vissuti nel mito che la gravidanza fosse in qualche modo un fattore protettivo, mentre in realtà si tratta di un periodo ad alto rischio per i disturbi affettivi. Quali sono

i più frequenti? Abbiamo un dato del 10% che indica la prevalenza nella popolazione generale, in una condizione che è sicuramente maggiore nel primo trimestre, mentre decresce nel secondo e nel terzo, e può diventare di difficile diagnosi perché si confonde con altre psicopatologie perché insonnia, anergia, apatia, inappetenza e mancanza di concentrazione sono sintomi comuni in gravidanza. Se questi sono i segnali principali, la loro identificazione sembrerebbe piuttosto semplice da riconoscere, ma non è così perché si uniscono, sommandosi e fondendosi, condizioni di carattere affettivo, fisico e alterazioni che si sovrappongono. Vorrei sottolineare in particolare la rilevanza del disturbo del sonno, su cui torneremo più avanti, e dei disturbi d'ansia. Lo stato d'ansia aumenta progressivamente con il progredire della gravidanza, con valori più alti nel terzo trimestre. Soprattutto alla 32ª settimana, il che predice un significativo aumento della depressione nel periodo post natale. L'ansia infatti si presenta frequentemente in comorbidità con la depressione, ma viene trascurata negli studi riguardanti la gravidanza e il periodo post-natale. L'ansia o lo stress materno prima della nascita possono invece rappresentare un rischio significativo per la futura madre e per la crescita del bambino e risultano spesso associati a disturbi di sviluppo e delle attività fetali, basso peso alla nascita, difetti fisici e problemi comportamentali del neonato. Parliamo quindi di un bambino problematico, che creerà ancora più difficoltà di sonno e di accudimento. Da una nostra analisi statistica risulta come vi sia una correlazione fra disturbi d'ansia e disturbi di carattere depressivo in gravidanza e nel post partum.



Quali sono le più note conseguenze della depressione? In primo luogo un danno al “progetto gravidanza”, che si manifesta sia con una scarsa cura della donna verso di sé, sia con l’uso di alcol o sostanze, che non è poi così basso (alcol e cannabis sono risultati di uso frequente anche in gravidanza). Si traduce inoltre in complicanze neonatali: nascita pretermine, basso peso corporeo alla nascita, ridotta circonferenza cranica, basso indice di Apgar. E ancora in scarse cure verso il nascituro, con un aumento del rischio di comportamenti impulsivi o potenzialmente autolesivi, il “*Fetal abuse*”, o addirittura il neonaticidio. Dobbiamo porre attenzione anche a diagnosticare il *maternity blues*, una sindrome benigna e transitoria, perché il 20% delle donne che lo sviluppano presentano un episodio depressivo nel primo anno dopo il parto. Si tratta quindi di un fenomeno fisiologico ma è un ulteriore elemento che va aggiunto agli altri segnali già noti che possiamo quindi interpretare prima che la depressione intervenga. Un effetto ancora oggi molto poco diagnosticato è il disturbo della relazione madre-bambino, un elemento che contiamo di poter introdurre con i prossimi criteri diagnostici ma che è centrale per poter capire alcuni aspetti anche drammatici.

La depressione può manifestarsi in vari modi: in forma lieve, associata ad ansia, con adattamento, oppure nella sua forma grave o distimica. Solo il 49% delle donne in gravidanza che presentano sintomi depressivi richiede un intervento medico. Ma la depressione resta un fenomeno sottodiagnosticato: fino al 50% dei casi di depressione nel post-partum restano sconosciuti. Se voi considerate che a tutt’oggi per la stessa depressione, siamo ancora al 50% e non ci discostiamo, capirete come si tratti di una patologia che, nonostante sia così frequente – con una prevalenza seconda solo ai disturbi cardiocircolatori –, noi non vogliamo vedere. I sintomi depressivi che compaiono in questo periodo sono

frequentemente sottovalutati e trascurati sia dalle pazienti che dai clinici. Per questo è importantissima la campagna di sensibilizzazione promossa dalla SIGO. Problematico è che più del 50% delle depressioni post partum non venga diagnosticato dal ginecologo, con una donna che viene in genere dimessa nella terza giornata e da quel momento diventa “terra di nessuno”: il primo controllo è dopo 40 giorni.

Sappiamo che la depressione post partum esordisce generalmente nelle 3-4 settimane successive al parto e che la sintomatologia diventa ingravescente manifestandosi clinicamente verso il 4-5 mese. Qui come vedete l’incidenza varia dal 9 al 22% e si manifesta prevalentemente nel primo trimestre post-partum. Ma si registrano casi a un anno, anche oltre un anno. Quindi non è vero che superata la fase iniziale il rischio sia eliminato, anzi, nella depressione puerperale si iniziano a manifestare l’incapacità di prendersi cura del figlio, la paura ed insicurezza che hanno come oggetto la “fragilità” del bambino, sentimenti ambivalenti o negativi, la paura di nuocere al neonato. Se non riconosciamo questi sintomi, e se la donna non viene aiutata, la depressione non trattata dura 6 mesi o più; il 25% ne soffre oltre l’anno. Queste donne iniziano a presentare una problematica che se non riconosciuta può protrarsi per tutta la vita. È come la rottura di un osso che non si calcifica, e quindi si esporrà a una serie di conseguenze: aumenta il rischio di nuovi episodi depressivi (80% entro 5 anni rispetto al 42% delle donne non depresse), è correlata con i disturbi della relazione madre-bambino (attaccamento) ed ai disturbi nel neuro-sviluppo del neonato-bambino.

Conosciamo i fattori di rischio della depressione post partum, questi devono diventare segnali che accumulandosi fanno capire che bisogna stare in allerta. E non si tratta solo di fattori di carattere comportamentale o sociale, ma esiste

anche un'impronta genetica e digitale della donna che va seguita e curata nel riconoscimento dei fattori di rischio. In primo luogo i disturbi panici, che hanno un aumento del 44% nelle donne nel post parto. Ansia che si manifesta generalmente con la paura totale che si possa perdere il controllo. Ci sono poi ovviamente i disturbi ossessivi, come il pensiero di afferrare un oggetto e uccidere il bambino, di non andare a controllare che il bambino non muoia in culla, e ci sono infine dei comportamenti che possono anche apparire normali ma in realtà tradiscono questa condizione dei disturbi panici, disturbi d'ansia e di monofobia.

Nei casi più gravi parliamo di psicosi, è un evento drammatico di cui è impossibile non accorgersi. Esistono una serie di fattori predisponenti per la psicosi post parto tra cui l'età avanzata del primo parto, elemento a cui prestare la giusta attenzione perché andiamo verso una gravidanza che si è spostata sempre più in là.

Vorrei approfondire ora un punto importante: il disturbo della relazione madre-bambino, perché è un fenomeno non necessariamente associato alla depressione post parto. La donna soffre della mancata relazione con il bambino, vorrebbe avere un comportamento più affettivo, invece abbiamo sentimenti di rifiuto, di astio, di collera verso il neonato. Ripeto, è un fenomeno distinto dalla depressione puerperale: l'avversione materna al proprio bambino non è proporzionata alla gravità del quadro depressivo, è importante differenziare questi fattori. È un disturbo verosimilmente differente dalla depressione puerperale, con una maggiore enfasi ad alcuni fattori di rischio come una gravidanza indesiderata o un bambino impegnativo. Si può manifestare con comportamento di fuga o di affido, con ideazioni polarizzate sul bambino (rubato o morte in culla), con manifestazioni di avversione al neonato (gridare, imprecare, strillare), con impulsi aggressivi (colpire, scuotere,

soffocare). Problemi che se non trattati evolvono in infant abuse o negligenza nelle cure (che non necessariamente corrispondono al livello sociale o culturale), e che invece, se trattati adeguatamente, regrediscono con risoluzione completa.

Abbiamo compiuto un'indagine su un campione di 400 donne, di cui il 42% aveva manifestato episodi di disturbi psichiatrici in gravidanza, il restante 58% nel post parto. Il 91% delle donne era italiano, noi non riusciamo a intercettare le donne di area nordafricana e musulmana e nemmeno le cinesi. Rispetto alla scolarità abbiamo il 16% delle donne con un'istruzione media inferiore, il 47% media superiore, il 37% laureate. Allora, se è vero che dobbiamo riconoscere i fattori sociali svantaggiati e di marginalità come aggravanti, non dobbiamo però chiudere gli occhi pensando che la cosa non riguardi le persone che hanno un'istruzione superiore. Queste donne però riescono a raggiungere più facilmente i centri di informazione e sensibilizzazione e questo è un dato a loro vantaggio. E ancora, l'83% lavora, quindi si tratta di un problema legato all'aumento di lavoro che la donna sta affrontando anche se conservare il proprio lavoro è importante per il mantenimento della stima e della propria attività professionale, oggi sentita sempre più come un diritto e non come un'opzione. L'81% del campione presentava un reddito medio, quindi in questo campione la logica della marginalità non tiene.

Il partner è presente nel 94% dei casi, il 69% delle donne erano primipare. Nel nostro campione, 224 donne si sono rivolte al centro per problemi d'ansia o insonnia durante la gravidanza, il post partum o il periodo della perimenopausa, questo per capire quanto il sonno accompagni la storia della donna nella sua vulnerabilità: la donna è molto più sensibile dell'uomo ai problemi del sonno e questo continuiamo a non dirlo e a non volerlo riconoscere. L'insonnia,

indipendentemente dal periodo di accesso, è un sintomo manifestato molto frequentemente dalle donne (il 66%). Esistono studi abbastanza recenti con al centro l'importanza del sonno come induttore dei disturbi dell'umore, non solo maternity blues, per questo è importante anche il rapporto con il ginecologo per quanto riguarda l'allattamento notturno, dando tutte le necessarie istruzioni. Alle donne che frequentano il nostro centro diamo indicazioni per un controllo del sonno, semplici ma che spesso si rivelano fondamentali. Le strategie d'intervento sono moltissime, sia di carattere farmacologico che di carattere non farmacologico, noi abbiamo oltre 200 donne in trattamento che con specifici accorgimenti possono perfino allattare. Questo è molto importante, sia prima che dopo si può intervenire in grande sicurezza.

Esistono inoltre molti episodi in cui il sintomo congiunto di ansia e insonnia è presente nelle varie fasi della vita e non cambia sia che siamo in presenza di primipare o pluripare. Cioè si tratta di un problema che rimane, anche dopo, e quindi rappresenta un'area di particolare sensibilità e vulnerabilità.

In questo quadro è determinante la "presa in cura", che deve vedere il duplice approccio psicologico e farmacologico. Per questo credo che sia veramente meritevole lo sforzo di questa campagna a favore della cura della depressione post parto che mi auguro sia parte di un progetto nazionale più ampio nella lotta alla depressione.

Provando a trarre delle conclusioni tutti gli studi portano ad interventi che siano eseguiti da professionisti. È ovviamente possibile avvalersi anche del volontariato, ma il ruolo di coordinamento deve rimanere degli specialisti.

Noi, ad esempio, stiamo usando per l'assistenza domiciliare di donne depresse nel post parto delle ex capo sala della psichiatria con grande esperienza nella relazione.

Non trattare la depressione può seriamente compromettere il decorso della gravidanza, del parto e del puerperio, lo sviluppo intrauterino del feto, lo sviluppo del neonato a breve e a lungo termine. C'è quindi bisogno di ginecologi e psichiatri che agiscano in sinergia, e ci auguriamo che questo avverrà sempre più di frequente anche per merito dell'intervento della SIGO. Professionisti che parlano un linguaggio comune. A questi va ad aggiungersi il pediatra, che è centrale perché può intercettare la donna che gli porta il bambino. Infine è ovviamente chiamato in causa anche il medico di medicina generale, che è spesso la prima persona a cui la donna si rivolge e che oggi ha numerose possibilità di riconoscere i sintomi.

Vorrei concludere il mio intervento come ho iniziato, dando voce alla lettera di una signora che dice: "Eppure succede: un giorno che non è più nero, ci si accorge di sentirsi diversi, o meglio, ci si accorge di sentirsi e basta! È una sensazione sublime che ti riaccende l'anima, che mette in moto il corpo e...si vola! Si riprendono a fare le piccole cose di prima, cose che sembravano impossibili, si riprende contatto con il mondo, ci si accorge degli altri, si ritorna a vivere. Sembra un sogno invece è tutto vero. È bellissimo, ed è ancora più bello di prima, prima di cadere nel "buco nero": sono cambiata, spero migliorata...".

È per terminare, un appello alla sensibilità: "Ad un cuore spezzato nessun cuore si volga se non quello che ha avuto il privilegio di aver sofferto". È proprio questa sensibilità che credo sia il motore di questa campagna.

# DEPRESSIONE E POST PARTUM

Centro Studi Prevenzione e Cura dei  
Disturbi Depressivi nella Donna



C. Mencacci, R. Anniverno, E. Gimosti  
Dipartimento di Psichiatria  
P.O. Macedonio Melloni  
A. O. Fatebenefratelli e Ophthalmico, Milano

DIAPPOSITIVA 1

● *Prof. Mancacci come prima, dopo la mia vita di  
prima non mi era mai stata prima, ma sono stata  
mi muoveva tutto le mie attività di lavoro  
ed era non ho + voglia di nulla. Mi manca il mio  
Bacco e lo complesso dei miei. La depressione e gli altri  
e l'essere stata di andare dove sono con la mia mente,  
di pensare ed agire (prima con le esperienze dei 20 Anni e quindi  
le nuove cose come sono importanti, questo è la parte  
che non ho dimenticato mai più). Mi manca la vita come  
prima, il lavoro, l'impiego, l'educazione e la compagnia. La vita  
per sempre è sempre di lavorare, stare con la madre  
un figlio e la mia famiglia - tutto la vita con lei.  
Mi manca la mia vita, con famiglia e occupazione, parlare  
mi mancava i miei amici che mi corrispondevano. Mi  
ha una bella vita con Franco e la mia famiglia e  
di sentire la vita di essere bene e contento che ho  
e la mia, finalmente. La mia vita. Mi manca che  
in una famiglia che è il mio cervello che mi dico che  
non lavoro + niente. Invece mi è felice e il 1° Per  
della e sempre la giornata con serenità. E con la  
famiglia che io non so tornare, ma io mi ho bene  
della e nulla, niente è non lo so quanto è che spero che  
con tutto ciò che io sono, con il tempo la parte di tutto e di  
non essere, ho finalmente la speranza che la donna che io  
l'ho fatto e parlare con me non solo per me, e mi  
tanto un modo che non sono ad esprimere il mio.*

2



3

### LA GRAVIDANZA PRIMA DEL POST-PARTUM

- Diversi studi in letteratura riportano il periodo della gravidanza come un'epoca "protettiva" nei confronti dei disturbi psichiatrici.
- Recenti studi pongono in evidenza come la gravidanza risulti un periodo ad "alto rischio" per i disturbi affettivi.

(Lee S. Choen, Rita M., Nonacs 2005)

4

### DEPRESSIONE in GRAVIDANZA

- L'incidenza della depressione in gravidanza è di circa il 10% comparabile a quella delle donne non gravide (Coble PA, Reynolds CF)
- La prevalenza della depressione in gravidanza è sicuramente maggiore nel primo trimestre (13%) mentre decresce nel secondo (2,5-7%) e nel terzo (2,3-6,3%) (Kumar R, Robson KM)
- La sintomatologia depressiva può risultare di difficile diagnosi perché insonnia, anergia, apatia, inappetenza e mancanza di concentrazione sono sintomi comuni in gravidanza.
- Un mancato riconoscimento e conseguente trattamento della depressione aumenta il rischio di depressione nel post-partum

5

### SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA IN GRAVIDANZA

- Deflessione tono umore
- Ideazione pessimistica
- Ansia
- Abulia, apatia
- Alterazioni del sonno
- Alterazioni dell'appetito
- POSSONO COMPLICARE LA DIAGNOSI DI DEPRESSIONE LE SEGUENTI CONDIZIONI FISILOGICHE E PATOLOGICHE DELLA GRAVIDANZA
- Alterazioni del sonno
- Alterazioni dell'appetito
- Anemia
- Diabete gestazionale
- Disfunzioni tiroidee

6

POSSONO COMPLICARE LA DIAGNOSI DI DEPRESSIONE  
LE SEGUENTI CONDIZIONI FISILOGICHE E  
PATOLOGICHE DELLA GRAVIDANZA



7

Psicopatologia in gravidanza

Quadri clinici specifici

- Iperemesi gravidica
- Negazione della gravidanza
- Pseudoclesi o gravidanza isterica
- Delirio di negazione della gravidanza

8

Psicopatologia in gravidanza

Quadri clinici aspecifici

- Disturbi d'ansia (panico, ansia generalizzata, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress)
- Disturbi dell'umore (depressione maggiore, maternity blues)
- Disturbo psicotico breve
- Psicosi schizoaffettive

9

"ANSIA" in gravidanza

- Lo stato d'ansia aumenta progressivamente con il progredire della gravidanza con valori più alti nel 3° trimestre.
- Soprattutto alla 32° settimana predice un significativo aumento della depressione nel periodo post-natale

(HERON et al 2004)

10

## "ANSIA" in gravidanza e nel post-partum

L'ansia è frequentemente in comorbidità con la depressione, ma viene trascurata negli studi riguardanti la gravidanza e il periodo post-natale

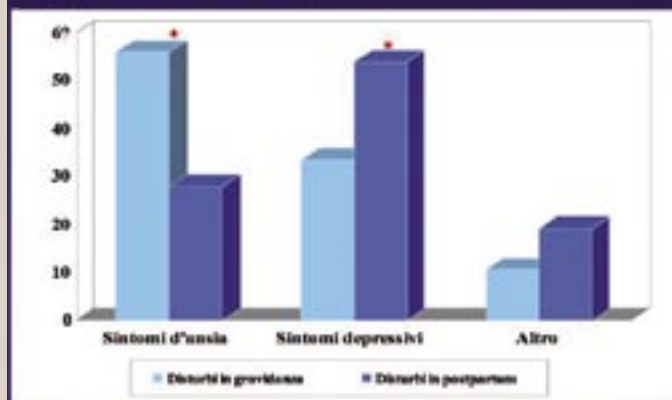
L'ansia o lo stress materno prima della nascita possono rappresentare un rischio significativo per la futura madre e per lo sviluppo del bambino

Risultano associati a

- Depressione post partum (Heron et al. 2004)
- Disturbi di sviluppo e attività fetali (Di Pietro et al. 2002)
- Basso peso alla nascita (Hedegaard et al. 1993)
- Difetti fisici nel bambino (Hansen et al. 2000)
- Problemi comportamentali-emozionali (O'Connor et al. 2003)

11

## ANALISI STATISTICA



12

13

## CONSEGUENZE DELLA DEPRESSIONE in GRAVIDANZA

scarsa adesione al "progetto di gravidanza"

- Scarsa cura di sé
- Malnutrizione materna con alterazione dello sviluppo fetale
- Abuso di alcol e sostanze
- Incapacità a riconoscere i prodromi del parto
  
- Aborti
- Complicanze neonatali: nascita pretermine, basso peso corporeo alla nascita, ridotta circonferenza cranica, basso indice di Apgar (Dayan et al 2002; Orr et al 2002)
- Scarse cure verso il nascituro
  
- **Significativa morbilità** con un aumento del rischio di comportamenti impulsivi o potenzialmente autolesivi
- "Fetal abuse", neonaticidio

14

## LA NEGAZIONE DI GRAVIDANZA

- La negazione può protrarsi anche per l'intera gestazione fino al parto che risulterà un evento inatteso e di particolare risonanza emotiva.
- Nel meccanismo di negazione **il bambino non è mai pensato, desiderato e quindi non esiste pertanto non esiste anche la madre come genitore reale.**
- La negazione della gravidanza è definita come un "grave sintomo psichiatrico" che espone la donna ed il feto a rischi di complicanze, parto non assistito, mancanza di cure perinatali sino a poter causare la morte al proprio neonato.

Merzagora Batsos 2000

## PSEUDOCESI

- E' una condizione rara caratterizzata dalla presenza visibile dei segni di una gravidanza quali. Aumento di volume addominale, modificazioni del seno, riferiti movimenti fetali ma con un'assenza documentabile clinica e strumentale del feto
- Fattori predisponenti sono: il basso livello intellettuale, scarsi stimoli culturali e la deprivazione dall'ambiente
- Da alcuni autori viene identificata come un sintomo da conversione isterica

## DELIRIO DI GRAVIDANZA



- Il delirio di gravidanza si differenzia dalla pseudociesi perché non compaiono manifestazioni fisiche che caratterizzano un apparente stato gravidico

15

16

17

## MATERNITY BLUES

- Con il termine tristezza post-partum si intende una sindrome benigna e transitoria in cui coesistono sia sintomi psichiatrici sia sintomi psichici
- La sintomatologia è caratterizzata da:
  - deflessione timica con sentimenti di inadeguatezza a svolgere il ruolo di madre
  - labilità emotiva, disforia, ansia
  - insonnia, calo ponderale
- si evidenzia generalmente al 3-4 giorno dopo il parto, risolvendosi spontaneamente entro una settimana

## MATERNITY BLUES

La sintomatologia è caratterizzata da:

- deflessione del tono dell'umore con sentimenti di inadeguatezza a svolgere il ruolo di madre
- labilità emotiva, facilità al pianto,
- irritabilità, irrequietezza
- ansia
- insonnia

Dura da poche ore a pochi giorni risolvendosi spontaneamente entro una/due settimane



**E' importante**

identificare le donne con maternity-blues poiché il 20% di esse presentano un episodio depressivo maggiore nel primo anno dopo il parto

(Kennerly & Gath, '89; Najman et al 2000)

19

**DIAGNOSIS AND MANAGMENT OF POST-PARTUM DISORDERS: A REVIEW**  
Ian Brockington  
Forum : Diagnosis and management of post-partum disorders  
World Psychiatry 3:2- June 2004 ; 989-95

DEPRESSIONE    ANSIA    PSICOSI

DISTURBO DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

20

**DIAGNOSIS AND MANAGMENT OF POST-PARTUM DISORDERS: A REVIEW**  
Ian Brockington  
Forum : Diagnosis and management of post-partum disorders  
World Psychiatry 3:2- June 2004 ; 989-95

DEPRESSIONE

21

**DEPRESSIONE**

DEP. LIEVE + DIST.ANSIA BIPOLARE  
DIST. ADATTAMENTO UNIPOLARE  
CONTINUUM

DEP. MODERATA / GRAVE + COMORBIDITA'

DIST.AFFETTIVI  
- DISTIMIA  
- DIST  
- DIST  
-  
(gravidanza post-partum)

22



## IDEAZIONE DEPRESSIVA PUERPERALE

- Incapacità di prendersi cura del figlio
- Paura ed insicurezza che hanno come oggetto la "fragilità" del bambino
- Sentimenti ambivalenti o negativi
- Paura di nuocere al neonato



27

## "UN LADRO CHE RUBA LA MATERNITÀ"

**Non trattata dura 6 mesi o più;  
il 25% ne soffre oltre l'anno**

- Molte donne con DPP tendono ad avere episodi prolungati; diversi studi suggeriscono che gli episodi depressivi tendono ad essere più lunghi e severi nelle donne con storia di depressione

(Cooper & Murray 1995, Goodman 2004)

28

29

## EVOLUZIONE DELLA DEPRESSIONE POSTPARTUM

- Aumenta il rischio di nuovi episodi depressivi:
  - 80% entro 5 anni rispetto al 42% delle donne non DP
- Correlata con i disturbi della relazione madre-bambino (attaccamento)
- Correlata con disturbi nel neuro-sviluppo del neonato- bambino

30



## STORIA PSICHIATRICA PREGRESSA DEPRESSIONE PUERPERALE

Storia di depressione maggiore	25%
Storia di depressione post-partum	50%
Depressione maggiore in gravidanza	33%
Nessuna storia di depressione	2 - 5%

31

## DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF POST-PARTUM DISORDERS: A REVIEW

Ian Brockington

Forum : Diagnosis and management of post-partum disorders  
World Psychiatry 3:2- June 2004 ; 989-95

DEPRESSIONE

ANSIA

32

33

ANSIA

DIST PANICO

DIST.ANSIA

DIST.OSESSIVO

NUOCERE

DISMORFOFOBIE



- PAURE DI  
AL BAMBINO

34

## DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF POST-PARTUM DISORDERS: A REVIEW

Ian Brockington

Forum : Diagnosis and management of post-partum disorders  
World Psychiatry 3:2- June 2004 ; 989-95

DEPRESSIONE

ANSIA

PSICOSI



35



36

37

**Postpartum psychoses: closer to schizophrenia or the affective spectrum?**  
 Claudia Kohl, 2004

- La psicosi puerperale sembra non possedere una distinta specificità diagnostica
- Alcuni Autori (Kendell), la pongono come un episodio depressivo/maniacale con sintomi psicotici in un continuum affettivo.
- Alcuni Autori (Howard, Katona) la individuano come schizofrenia, psicosi paranoide, psicosi non altrimenti specificata
- Alcuni Autori (Pfuhlmannla) codificano come Psicosi Schizoaffettiva

38

**Postpartum psychoses: closer to schizophrenia or the affective spectrum?**  
 Claudia Kohl, 2004

- **Chandra et al** hanno valutato **donne indiane** che nel postpartum hanno esordito con un disturbo psichiatrico grave (ICD -10):
  - ✓ un terzo delle donne risultava affetto da depressione
  - ✓ 28% con disturbo bipolare,
  - ✓ 39% con schizofrenia o altri disturbi psicotici
- **Fatoye e Fasubaa** hanno osservato nel primo anno dopo il parto **donne nigeriane** con psicosi postpartum (DSM III -R) ed hanno riscontrato che la schizofrenia era il disturbo psicotico più frequente

## DISTURBO DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

- DISTURBO DELL'ATTACCOMENTO DELLA MADRE VERSO IL BAMBINO
- CARATTERIZZATO DA SENTIMENTI DI RIFIUTO, ASTIO E COLLERA VERSO IL NEONATO
- IL DISTURBO DI RELAZIONE E' UN FENOMENO DISTINTO DALLA DEPRESSIONE PUERPERALE:
  - > L'AVVERSIONE MATERNA AL PROPRIO BAMBINO NON E' PROPOZIONATA ALLA GRAVITA' DEL QUADRO DEPRESSIVO
  - > NON E' PRESENTE UNA DEPRESSIONE PUERPERALE
- L'ETIOLOGIA DEL DISTURBO E' VEROSIMILMENTE DIFFERENTE DALLA DEPRESSIONE PUERPERALE CON MAGGIORE ENFASI AD ALCUNI FATTORI DI RISCHIO COME UNA GRAVIDANZA INDESIDERATA O UN BAMBINO IMPEGNATIVO

39

## DISTURBO DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

- COMPORTAMENTO DI FUGA O DI AFFIDO
- IDEAZIONI POLARIZZATE SUL BAMBINO: RUBATO O MORTE IN CULLA
- MANIFESTAZIONI DI AVVERSIONE AL NEONATO: GRIDARE, IMPRECARRE, STRILLARE
- IMPULSI AGGRESSIVI. COLPIRE, SCUOTERE, SOFFOCARE
- NON TRATTATI EVOLVONO IN INFANT ABUSE O NEGLIGENZA NELLE CURE
- TRATTATI REGREDISCONO CON RISOLUZIONE COMPLETA

40

41



42

## DESCRIZIONE DEL CAMPIONE-400

### TIPOLOGIA DI ACCESSO



■ Disturbi psichiatrici in gravidanza ■ Disturbi psichiatrici nel postpartum



43



44



45



46

## DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

### NUMERO DI GRAVIDANZE



47

## Descrizione del campione

224 donne si sono rivolte al centro per problemi d'ansia o insonnia durante la gravidanza, il postpartum o il periodo della perimenopausa



48

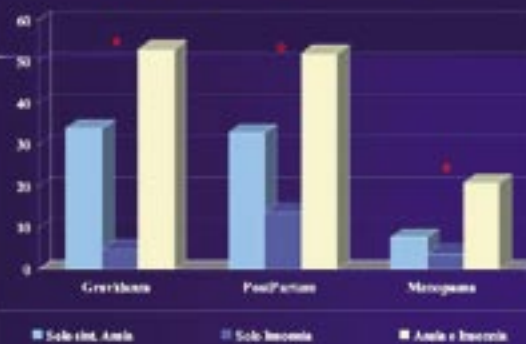
## L'insonnia come sintomo

L'insonnia, indipendentemente dal periodo di ricerca è un sintomo manifestato molto frequentemente dalle donne



49

## Modalità di presentazione in differenti periodi della vita della donna



50



Ansia e Insonnia in relazione alla parità

	PRIMIPARE	SINTOMATOLOGIA	PLURIPARE	
63.8%	25 (39.6%)	Ansia in gravidanza n.s.	12 (37.5%)	62.5%
	15 (24.2%)	Insonnia in gravidanza n.s.	8 (25.0%)	
88.8%	31 (49.2%)	Ansia nel postpartum n.s.	14 (43.5%)	87.6%
	25 (39.6%)	Insonnia nel postpartum	14 (43.5%)	

51

## LA DEPRESSIONE MATERNA ED IL NEONATO

- La madre depressa nel post-partum sembra avere una minore possibilità di sviluppare un'adeguata relazione con il proprio figlio.
- Nel periodo postpartum le madri depresse manifestano difficoltà nell'interazione con i loro neonati, incluso un minore contatto visivo durante l'allattamento (Livingood, Dean, Smith, 1983), minore piacevolezza e reciprocità (Field, 1984; Field et al, 1985)



52

53

## IL NEONATO E LA MADRE DEPRESSA

- I bambini di madri depresse hanno maggiore bisogno di cure
- Aumento del **44%** dei ricorsi al pronto soccorso pediatrico
- Riduzione del **20%** dei controlli pediatrici periodici e delle vaccinazioni

(Minkovitz et al, 2005)

- Significativo aumento di abuso fisico

(Tatano Beck, 2003)

54

## PSICOSI POST-PARTUM

- Si manifesta in meno di 2 casi ogni 1000 parti
- E' la più grave delle sindromi post-partum
- La maggior parte degli studi longitudinali indica che la maggior parte delle donne con psicosi post-parto presenta un disturbo dell'Umore (70%), più frequentemente un Disturbo Bipolare (Claudron & Pies 2003)
- L'esordio di solito inizia 2-3 settimane dopo il parto spesso con una rapida evoluzione dei sintomi nell'arco di pochi giorni (48-72 ore)
- Richiede diagnosi tempestiva e trattamento urgente

## PSICOSI POST-PARTUM

Il quadro clinico appare molto simile a quello che caratterizza gli episodi maniacali o misti

- I primi sintomi a comparire sono
- insonnia
  - irritabilità
  - agitazione
- confusione
- disorientamento
- comport. disorganizzato
- allucinazioni uditive o illusioni
- idee deliranti spesso centrate sul neonato
- rapide oscillazioni del tono dell'umore (tristezza-euforia)
- omicidio-suicidio

55

## PROGNOSI PSICOSI POST-PARTUM

- Poiché la psicosi post-partum comporta un rischio di suicidio, negligenza nella cura del bambino o infanticidio (1 caso su 50.000), le pazienti vengono in genere ricoverate.
- Le donne il cui primo episodio psicotico avviene nel periodo post partum presentano un rischio del 60% di disturbo ricorrente dell'affettività e dovrebbero pertanto essere seguite per anni.

56

## PROGNOSI PSICOSI POST-PARTUM

- Circa il 5% delle donne con Psicosi Post-partum commette suicidio
- Circa il 4% infanticidio (Knopp, '93)
- Circa 2/3 di queste donne presenta una ricaduta nelle fasi successive
- Circa 1/3 avranno successivi episodi psicotici puerperali (Videbeck & Goulaev, '95)



57

## "PRESA IN CURA"

Costruire un progetto terapeutico

**PSICOLOGICO**

**FARMACOLOGICO**

- La scelta del trattamento dovrebbe essere guidata dal tipo e dalla severità del quadro sintomatologico nonché dal grado di compromissione del funzionamento
- Questi interventi si possono avviare contemporaneamente o in sequenza

### Sleep and perinatal mood disorders: a critical review

Lori E. Roth, PhD; Brian J. Murray, MD; Mark S. Zeman, MD, PhD  
J Psychiatry Neurosci. 2005;30(4)

In summary, there is limited evidence that sleep loss in late pregnancy, the intrapartum period and the first week post partum is associated with the "baby blues."<sup>7</sup> It is possible that chronic sleep deprivation mediates the transition between the blues and postpartum depression; it may be that for most women, mood improves in parallel with a gradual reduction in nighttime sleep disturbances. For those women who continue to experience disturbed sleep, negative mood may fail to remit and may develop into an episode of depression.<sup>8</sup> Research is needed to test this hypothesis.

59

### Maternal depression and the child's sleep problems

One line of evidence for a relation between sleep disruption and postpartum depression has focused on mood in the mothers of children with sleeping problems, including prolonged and frequent night waking and difficulty settling at night.<sup>16</sup> An association between maternal depression and children's sleeping problems has been observed, consistently,<sup>16,17</sup> and improvements in the child's sleep have been associated with improvements in maternal depression.<sup>16,17</sup> Although maternal sleep parameters have seldom been measured in these studies, it has been hypothesized that problem sleeping behaviour in the child could result in chronic sleep disruption

60

### Table 2. Summary of electroencephalographic studies of postpartum depression

Study	Participants	Stages	Results
Reynolds et al <sup>18</sup>	33 healthy pregnant women	EEG monitoring at regular intervals in sleep laboratory	Stage 4 sleep suppressed during pregnancy
Wise et al <sup>19</sup>	22 women with recurrent depression of whom 12 had history of pregnancy-related episodes only	EEG monitoring while at home in pregnant or postpartum	Stage 4 sleep slow (delta) is lower with pregnancy-related episodes
Wise et al <sup>20</sup>	19 women with (n=10) or without (n=9) history of affective disorder	EEG monitoring at regular intervals from 10 to 14 weeks to 6 to 8 months (in postpartum) (at home)	Women with history of affective disorder had: - higher rates of awake awakenings in each 30-minute - longer duration in stage 4 sleep (more than 30% of pregnant and 1 in postpartum) - reduced REM sleep from 30 min prepartum to 8 min postpartum
Lee et al <sup>21</sup>	33 healthy pregnant women	EEG monitoring during each trimester of pregnancy and in 1-2 postpartum weeks; mood assessment using CES-D (classified as either positive postpartum (20%) (20%), female blues (10%) (10%), and 1 new postpartum episode or negative postpartum affect (20%) (20%) (depression) (10%) (10%) and 1 new postpartum episode)	- Significant significantly shorter alpha 1 and postpartum than in late trimester - Negative affect group also report that depressive features in 1 the depressive postpartum affect group - Negative affect group had greater percentage time awake at night than positive affect group
Goldstein et al <sup>22</sup>	11 women with PPD, either in the postpartum (3 women) (30%) and before (8 women) (73%) (8 women) (73%) and 10 healthy (77%) (77%)	EEG monitoring at sleep laboratory	- Lower duration in stage 4 sleep (shorter sleep) (shorter sleep) (shorter sleep) (shorter sleep) - Better quality of sleep, less frequent and shorter awakenings in women with PPD

EEG = electroencephalogram; PPD = postpartum depression; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; REM = rapid eye movement

61

### Sleep and postpartum psychosis

Approximately 0.1%–0.2% of childbearing women experience psychosis during the first weeks post partum. Postpartum psychosis usually has severe effects on function and is associated with high risk of suicide and the possibility of infanticide.<sup>23</sup> As such, early detection and rigorous treatment are of paramount importance. Many women who experience postpartum psychosis go on to have a recurrent illness consistent with bipolar disorder.<sup>24,25</sup> Furthermore, approximately 20% of women with a prepartum diagnosis of bipolar disorder are reported to experience mania in the postpartum period,<sup>26</sup> features of which often resemble a postpartum psychotic episode. As such, postpartum psychosis has been hypothesized as a subtype of bipolar affective illness.

Even historical accounts of postpartum psychosis or "puerperal insanity" noted that "the almost universal early symptom of puerperal cases is loss of sleep."<sup>27</sup> Insomnia loss also been noted as a prominent symptom in contemporary cases of postpartum psychosis, with prevalence estimates of 12%–100% of cases.<sup>28</sup> Recently, Sharma et al<sup>29</sup> have argued that sleep loss may be the final common pathway in the development of postpartum psychotic episodes. Data from a

62

*A causa del sonno che mi invade  
non riesco neppure a pensare  
e a causa del sonno che non riesco a  
raggiungere mi è perfino impossibile  
sentire...*

F. Pessoa

Group and perinatal mood disorders: a critical review  
Lori C. Ross, PhD, Brian J. Murray, MD, Meir Steiner, MD, PhD  
J Psychiatry Neurosci 2005;30(4)

**INDICAZIONI PER UN CONTROLLO DEL SONNO:**

- Valutare l'indicazione all'allattamento al seno
- Possibilità di utilizzare il tirilatte durante le ore diurne ed utilizzare il latte materno x la notte
- Possibilità di allattare con latte artificiale svegliando la madre solo se necessario
- Possibilità di degenza senza la presenza del neonato (nursery) che viene portato alla madre in specifici orari
- Aumento del tempo di degenza
- Riduzione visite parenti

**STRATEGIE DI INTEVENTO**

**TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI**

**TRATTAMENTI FARMACOLOGICI**

- Psicoterapia di supporto
- Psicoterapia cognitiva
- Psicoterapia cognitivo-comportamentale
- Psicoterapia interpersonale
- Psicoterapia analitica



**The Effectiveness of Various Postpartum Depression Treatments and the Impact of Antidepressant Drugs on Nursing Infants**  
(J Am Board Fam Pract 16(5):372-382, 2003)

**Effects of Individual and Group Psychotherapy on PPD**

Study	Study Design	Intervention	Outcome
Arora et al (2001)	Randomized controlled trial (170 women with PPD)	Individual group psychotherapy (10 sessions) vs. individual cognitive behavioral therapy (10 sessions) vs. individual antidepressant therapy (10 sessions) vs. individual placebo (10 sessions)	No evidence of superiority over placebo for individual psychotherapy (Arora et al, 2001) and no evidence of superiority over placebo for individual antidepressant therapy (Arora et al, 2001). No evidence of superiority for antidepressant therapy.
Bauer et al (2001)	Randomized controlled trial (170 women with PPD)	Individual group psychotherapy (10 sessions) vs. individual cognitive behavioral therapy (10 sessions) vs. individual antidepressant therapy (10 sessions) vs. individual placebo (10 sessions)	There is no evidence of superiority for individual group psychotherapy (Bauer et al, 2001) and no evidence of superiority for individual antidepressant therapy (Bauer et al, 2001).
Chen et al (2001)	Randomized controlled trial (170 women with PPD)	Individual group psychotherapy (10 sessions) vs. individual cognitive behavioral therapy (10 sessions) vs. individual antidepressant therapy (10 sessions) vs. individual placebo (10 sessions)	There is no evidence of superiority for individual group psychotherapy (Chen et al, 2001) and no evidence of superiority for individual antidepressant therapy (Chen et al, 2001).
Chen et al (2001)	Randomized controlled trial (170 women with PPD)	Individual group psychotherapy (10 sessions) vs. individual cognitive behavioral therapy (10 sessions) vs. individual antidepressant therapy (10 sessions) vs. individual placebo (10 sessions)	There is no evidence of superiority for individual group psychotherapy (Chen et al, 2001) and no evidence of superiority for individual antidepressant therapy (Chen et al, 2001).
Chen et al (2001)	Randomized controlled trial (170 women with PPD)	Individual group psychotherapy (10 sessions) vs. individual cognitive behavioral therapy (10 sessions) vs. individual antidepressant therapy (10 sessions) vs. individual placebo (10 sessions)	There is no evidence of superiority for individual group psychotherapy (Chen et al, 2001) and no evidence of superiority for individual antidepressant therapy (Chen et al, 2001).
Chen et al (2001)	Randomized controlled trial (170 women with PPD)	Individual group psychotherapy (10 sessions) vs. individual cognitive behavioral therapy (10 sessions) vs. individual antidepressant therapy (10 sessions) vs. individual placebo (10 sessions)	There is no evidence of superiority for individual group psychotherapy (Chen et al, 2001) and no evidence of superiority for individual antidepressant therapy (Chen et al, 2001).
Chen et al (2001)	Randomized controlled trial (170 women with PPD)	Individual group psychotherapy (10 sessions) vs. individual cognitive behavioral therapy (10 sessions) vs. individual antidepressant therapy (10 sessions) vs. individual placebo (10 sessions)	There is no evidence of superiority for individual group psychotherapy (Chen et al, 2001) and no evidence of superiority for individual antidepressant therapy (Chen et al, 2001).
Chen et al (2001)	Randomized controlled trial (170 women with PPD)	Individual group psychotherapy (10 sessions) vs. individual cognitive behavioral therapy (10 sessions) vs. individual antidepressant therapy (10 sessions) vs. individual placebo (10 sessions)	There is no evidence of superiority for individual group psychotherapy (Chen et al, 2001) and no evidence of superiority for individual antidepressant therapy (Chen et al, 2001).
Chen et al (2001)	Randomized controlled trial (170 women with PPD)	Individual group psychotherapy (10 sessions) vs. individual cognitive behavioral therapy (10 sessions) vs. individual antidepressant therapy (10 sessions) vs. individual placebo (10 sessions)	There is no evidence of superiority for individual group psychotherapy (Chen et al, 2001) and no evidence of superiority for individual antidepressant therapy (Chen et al, 2001).
Chen et al (2001)	Randomized controlled trial (170 women with PPD)	Individual group psychotherapy (10 sessions) vs. individual cognitive behavioral therapy (10 sessions) vs. individual antidepressant therapy (10 sessions) vs. individual placebo (10 sessions)	There is no evidence of superiority for individual group psychotherapy (Chen et al, 2001) and no evidence of superiority for individual antidepressant therapy (Chen et al, 2001).

Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review

**Conclusions:**

Diverse psychosocial or psychological interventions do not significantly reduce the number of women who develop postnatal depression. **The most promising intervention is the provision of intensive, professionally based postpartum support.**

67

**Valutazione Rischi/Benefici**

Rischi del non trattamento

Rischi del trattamento farmacologico

• Madre  
• Feto/Neonato

68

**Conclusioni dalla letteratura**

**Il non trattamento della Depressione in gravidanza e nel puerperio può seriamente compromettere:**

- il decorso della gravidanza, del parto e del puerperio
- lo sviluppo intrauterino del feto
- lo sviluppo del neonato a breve e a lungo termine

69

ARTICLE

**Neonate Characteristics After Maternal Use of Antidepressants in Late Pregnancy**

Irving Kalfin, MD, PhD

**Background:** Exposure to antidepressants during the third trimester of pregnancy has been associated with an increased risk for adverse birth outcomes, including preterm birth, respiratory distress, and hypoglycemia.

**Objectives:** To investigate neonatal outcomes in 997 infants (1057 mothers) after maternal use of antidepressants based on prospectively recorded information in antenatal care documents.

**Results:** An increased risk for preterm birth (odds ratio [OR], 1.99) and low birth weight (OR, 1.98) was verified, but the gestational week-specific birth weight was increased notably after exposure to tricyclic antidepressants. An increased risk for a low Apgar score (OR, 2.33), respiratory distress (OR, 2.21), neonatal cholestasis (OR, 1.95), and hypoglycemia (OR, 1.62) was found; the latter especially after exposure to tricyclic drugs, but no significant effect on the frequency of neonatal jaundice was seen (OR, 1.11). Most effects seemed to be selective serotonin reuptake inhibitor drug specific, and outcomes after exposure to paroxetine hydrochloride were not worse than after exposure to other selective serotonin reuptake inhibitors.

**Conclusions:** Neonatal effects after maternal use of antidepressant drugs during late pregnancy were weak. Selective serotonin reuptake inhibitors may be the drugs of choice during pregnancy.

*Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158:372-376

70

REVIEW ARTICLE  
Journal of Clinical Psychopharmacology

**The Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors During Pregnancy and Breast-feeding: A Review and Clinical Aspects**

Pier Hallberg, MD and Filizeta Stillion, PhD

---

1, February 2005      2500 Journal, Pregnancy/Breast-feeding

**SSRIs During Breast-feeding**

Limited information is available to date on the possible effect on nursing children of SSRIs crossed into the breast milk. **As SSRIs are excreted into the breast milk, the extent of fetal and neonatal adverse effects have been reported to depend, principally, on maternal plasma levels and on the SSRI. Most data are available on paroxetine, sertraline, and fluoxetine. It is difficult to assess if the differences in the number of reports on possible adverse effects for a particular SSRI are due to differences in its pharmacological properties or simply differences in the extent of its usage.** Taken together, available data suggest that exposure to the nursing child is lowest with sertraline and fluoxetine, somewhat higher with paroxetine, and highest with citalopram and escitalopram.

© 2005 Lippincott Williams & Wilkins

Sometimes, there may be a risk of accumulation of SSRIs in the nursing child due to slow drug metabolism. Some authors have assumed that, based on these data, Escitalopram and citalopram should not be first-line choices for breast-feeding women.<sup>10</sup>

In summary, available data are insufficient to draw a **link for other clinical recommendations** as to which SSRI is the safest to use during breast-feeding. The next goal is to assess the efficacy of ongoing treatment with a particular SSRI to another child is exposed to a similar parent. However, in cases where an SSRI is to be started, it would seem reasonable to choose one that is associated to low risk.

The possibility of long-term effects of SSRIs on the development of the growing child has not been studied sufficiently to be able to exclude such a possibility.

71

2005, 25(02), 2500-2507, 10.1097/JCP.0b013e3180100000

REVIEW ARTICLE

**The Safety of Newer Antidepressants in Pregnancy and Breastfeeding**

Silvia Genti

Department of Mental Health ASL Salerno I, District n. 4, Cava di' Tirioli (Salerno), Italy

---

**Rischio di teratogenesi per SSRI e Venlafaxina = popolazione generale. Altri AD > ??**

Unsettled depression is not without its own risks since mothers affected by depression have a negative impact on the emotional development of their children and major depression, especially when complicated by a delusional component, may lead to the mother attempting suicide and infanticide. Consequently, clinicians need to help mothers weigh the risks of prenatal exposure to drugs for their babies against the potential risks of untreated depression and abrupt discontinuation of pharmacological treatment. Given these situations, we suggest that **decisions to administer psychopharmacological treatment in pregnant or breastfeeding women with depression will result primarily from a careful evaluation of their psychiatric condition, obstetric history, the degree of severity of potential disease episodes to assess the most relevant perspective to take this crucial decision.**

72

73

**Gestione del trattamento farmacologico della depressione in gravidanza e nel post-partum**  
Principi Generali

- Evitare PSF di cui non sono disponibili dati.
- Evitare "prodotti naturali" > iperico
- Usare dosi minime efficaci e frazionate.
- Preferire la monoterapia.
- Avviare/Sospendere gradualmente il trattamento.
- Considerare i trattamenti alternativi: psicoterapia interpersonale/cognitiva, ECT

74

**Gestione della depressione in gravidanza e nel post -parto**  
**Valutazione Rischi/Benefici**  
Necessità di una gestione integrata!

Medico di medicina generale

X

Psichiatra

Ginecologo

Neonatologo

Ostetrica

Pediatra

Infermiera pediatrica



Post-depressione post-partum.

La depressione è uno stato negativo dell'animo: si manifesta, si susseguono, si dimora in un modo. Ci si sente di più a fare, del post-partum non si può parlare ma si ha una sensazione di essere.

Esigenze, succede: un giorno, che non è più vero, ma si sente di sentirsi di più o meglio, di sentirsi a torto. È una sensazione sabbina che dipende dal tempo, che mette in moto il corpo e il cuore!

Si profondono le forze, le parole, ma che prima sembrano indebitate, si riprende contatto con il mondo, si stringe lungo altri, si torna a essere.

Si torna a essere, ma è tutto vero.

È l'illusione, ed è ancora più bello di fare, prima di vedere un "brutto", sono bambini, sono impazziti.

Si riprende, ma come più ostilità, si torna a essere, e si riprende a se che un tempo sembrava più importante.

Ma riprende a quel brutto momento e un bel po' di tempo non permette il corpo e il cuore, ma è un "brutto", che si sente, e che non è più più vero.

75

senza aggressione verso gli altri, meno intollerante, meno egocentrico.

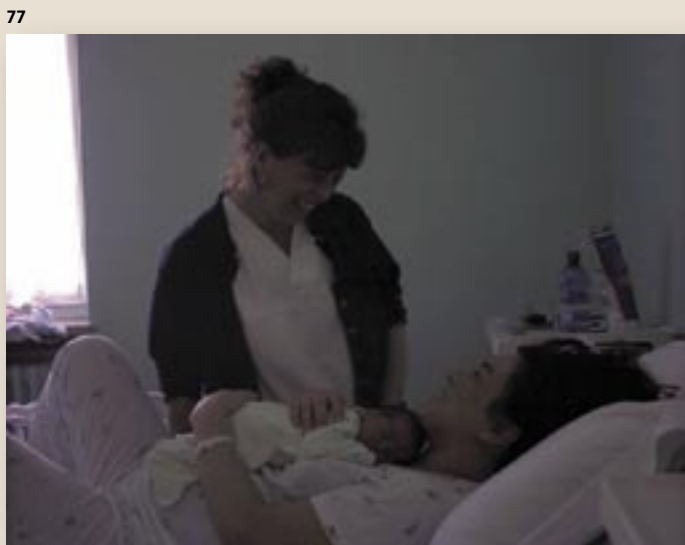
La moglie, credo di capire meglio gli altri, di soffrire con loro e pagare per tutti le sofferenze.

A questo punto si potrebbe pensare: no! hai passato un "brutto momento", ma ora stai meglio di prima.

Sì, è vero, ora sono sereno, di una serenità, casaparla, ma, non sono mai grato a... quel "brutto momento".

Milano, dicembre 2005

76



77

*Ad un cuore spezzato  
nessun cuore si volga  
se non quello che  
ha avuto il privilegio  
di aver sofferto*

E. Dickens

78

# Il punto di vista dei ginecologi italiani: i risultati del sondaggio SIGO

EMILIO ARISI

Consigliere Nazionale SIGO

Una volta deciso, come SIGO, di promuovere una campagna nazionale sulla depressione post partum, tema che ci pareva ancora troppo poco discusso e compreso, abbiamo voluto per prima cosa capire l'atteggiamento dei ginecologi su questo argomento. Rischiando di introdurre già le conclusioni, vi anticipo che ci siamo accorti di come si tratti di un terreno assolutamente poco arato, che sicuramente merita di essere seminato adeguatamente, e che richiede grande attenzione da parte dei ginecologi della SIGO, ma credo non solo da parte dei ginecologi.

Il sondaggio si è svolto utilizzando il sito internet e l'indirizzario della SIGO. Abbiamo raccolto 231 risposte distribuite su tutto il territorio nazionale, dati che rappresentano circa il 50% delle unità operative di ginecologia italiane e possono restituirci una figura realistica della situazione. Abbiamo valutato se durante la gravidanza si presta attenzione, da parte del professionista ginecologo, a questa tematica. Ebbene, la maggioranza dei medici risponde che pone attenzione solo per le situazioni che reputa a rischio. Si tratta di una presunzione molto soggettiva, e in ogni caso è una risposta che sostanzialmente dice "non mi preoccupa del problema". Solo un terzo dei ginecologi tiene in considerazione la depressione post partum, e addirittura una certa percentuale nega apertamente che il problema esista (il 15%).

Ma "Vengono valutati i fattori di rischio con una qualche metodica?". In generale la risposta è negativa, non esiste nessuno schema standard, nessuna metodologia. E la minoranza che invece effettua questa valutazione, utilizza

strumenti generici. L'anamnesi può consentire di "risalire la china" della problematica, però è evidente che la strumentazione non è adeguata se non è supportata da una metodologia scientifica programmata e standardizzata, ad esempio con dei questionari.

Alla domanda "Ha a disposizione strumenti informativi per le donne?", la risposta è sconcertante: assolutamente no. Solo una minima percentuale di ginecologi (17%) ha a disposizione qualche ausilio da utilizzare. Naturalmente, se si chiede se questi strumenti informativi potrebbero essere di una qualche utilità, la grande maggioranza dei ginecologi risponde in maniera positiva.

Venendo all'analisi degli aspetti più operativi, abbiamo chiesto se dopo il parto sia prevista nella struttura una qualche attività di monitoraggio e/o di assistenza alle donne che vengono evidenziate come "a rischio". In questo caso i "sensori" ovviamente sono i collaboratori del ginecologo, le ostetriche e le infermiere della neonatologia; sono soprattutto questi operatori, prevalentemente donne, che convivono le ore successive al parto con la puerpera e che sono in grado di cogliere nella realtà i segnali di allarme. I ginecologi non sono affatto informati se esista una qualche possibilità di attivare reti di supporto: il 45% dice che non è previsto affatto, ma forse cela la propria ignoranza. Il 10% ammette più onestamente "non so", mentre, fortunatamente, una percentuale del 45% sostiene esistano attività strutturate dedicate alla presa in carico del problema.

Per valutare le dimensioni del fenomeno abbiamo chiesto ai ginecologi di rifarsi alla loro esperienza clinica. Va ricordato



che i dati della letteratura indicano che la depressione post parto colpisce circa il 10% delle donne. Il 30% circa dei ginecologi intervistati si colloca intorno a questa percentuale, molti (il 55%) dicono che il problema è decisamente inferiore, addirittura al di sotto del 5% delle donne, mentre il 15% invece sovrastima o forse si colloca realisticamente sul problema affermando che si sviluppa in più di una donna su dieci.

Quali sono i fattori predisponenti? Secondo i colleghi molti sono di tipo socio-psicoesistenziale, ma non dobbiamo limitarci a questi aspetti, perché in realtà la depressione post partum tocca chiunque a qualunque livello socio-culturale ed economico. E se noi chiediamo al ginecologo “secondo te qual è il livello di informazione nelle donne?”, l’84% dice che è insufficiente e solo il 10% ritiene sia sufficiente. Non esistono elementi di riscontro per sapere se questo dato sia realistico, ma è facile immaginare che, se l’informazione è insufficiente tra i professionisti della ginecologia, anche le donne non ne sapranno molto di più, non essendo supportate né sensibilizzate sul tema.

Fra le figure mediche, quella più rilevante per identificare la depressione sembra essere il ginecologo, anche se qui ovviamente c’è un bias di fondo, essendo l’indagine condotta tra i ginecologi, ma è importante notare come nessuna professionalità resti esclusa da questo compito.

Un altro punto molto importante è il periodo previsto per la comunicazione con la donna nei giorni dopo il parto. È già stato ricordato come i tempi di degenza siano oggi talmente

velocizzati che non è quasi più rimasto il tempo per conoscere la donna. Ma è comunque drammatico che nel 40% dei reparti in venga riservata meno di un’ora per colloquiare con la donna. A questa parte fondamentale della relazione medico-paziente viene riservato cioè lo stesso spazio in cui si struttura una cartella clinica. Questo dato non è sempre espressione della disattenzione del ginecologo, ma può celare anche una problematica più complessa, comprensiva dell’organizzazione della struttura. La maggioranza dei ginecologi, il 72%, ritiene che il tempo che si può dedicare sia decisamente insufficiente; i ginecologi quindi sottolineano chiaramente un loro disagio.

È però importante che venga identificata la possibilità di supportare la donna nel post partum (68%), e questo significa l’assistenza a domicilio da parte dei consultori, sinergie con organizzazioni di vario tipo, sostegno per l’allattamento, ecc. Esistono diversi modi per aiutare la donna, ma tutti presuppongono un rapporto adeguato ospedale- territorio. La parte finale della nostra indagine è stata dedicata a valutare il livello di adesione alla campagna SIGO, ritenuta necessaria dall’intero campione di riferimento, così come il 100% riterrebbe utili corsi di aggiornamento su questo tema. In conclusione, da questa “fotografia” si può dedurre chiaramente che è necessario migliorare la sensibilità e la formazione degli operatori, l’organizzazione delle strutture, l’attenzione della società nel suo insieme, e rafforzare l’impegno della Società scientifica a favore di un rinnovamento culturale.

**"Non lasciamole sole"**  
**I GINECOLOGI SIGO E LA DEPRESSIONE POST PARTUM**  
 Roma, Istituto San Gallicano  
 2 aprile 2008



Carlotta Mazzanti SIGO

Arisi Emilio  
 U.O. Ostetricia e Ginecologia  
 Ospedale S. Chiara, Trento  
 Consigliere SIGO



DIAPOSITIVA 1

**CAMPIONE E METODOLOGIA**

- **231 risposte**, pari al 50% delle Unità Operative di Ginecologia italiane
- **Periodo di raccolta dati:** 7 febbraio -23 marzo
- **Strumenti:** e-mail e sito [www.sigo.it](http://www.sigo.it)
- **Target:** ginecologi iscritti alla SIGO



2

**SENSIBILIZZAZIONE DELLA DONNA PRIMA DEL PARTO/DURANTE LA GRAVIDANZA**

**Sensibilizzazione sul tema depressione post partum?**



Category	Percentage
50%	50%
28%	28%
15%	15%
7%	7%

10% solo per le donne che ripete a rischio



3

**VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO PRIMA DEL PARTO ?**

**Valutazione fattori di rischio per depressione post partum?**



Category	Percentage
62%	62%
38%	38%



4



5



6



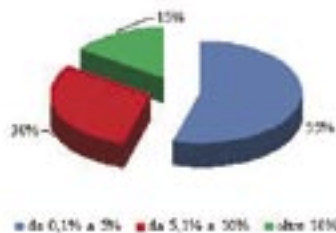
7



8

## LA PERCEZIONE DEL FENOMENO DA PARTE DEL GINECOLOGO

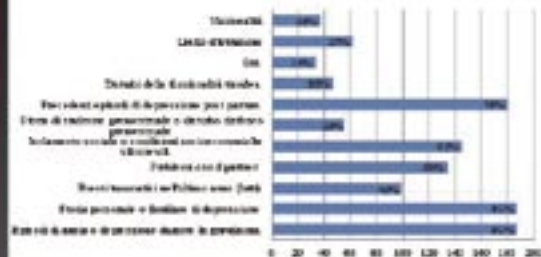
Percentuale di donne che sviluppano depressione postpartum



(letterature circa 10%)

## FATTORI PREDISPONENTI Quali sono ?

Fattori predisponenti

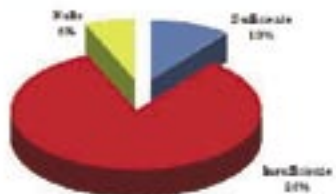


9

10

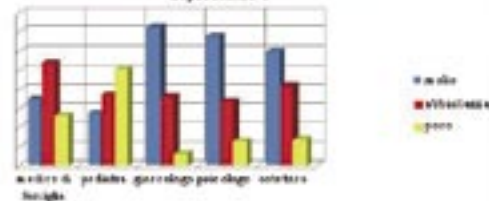
## LIVELLO DI INFORMAZIONE FRA LE DONNE

Livello di informazione



## FIGURA MEDICA DI RIFERIMENTO

Quale figura medica è importante per identificare la depressione ?

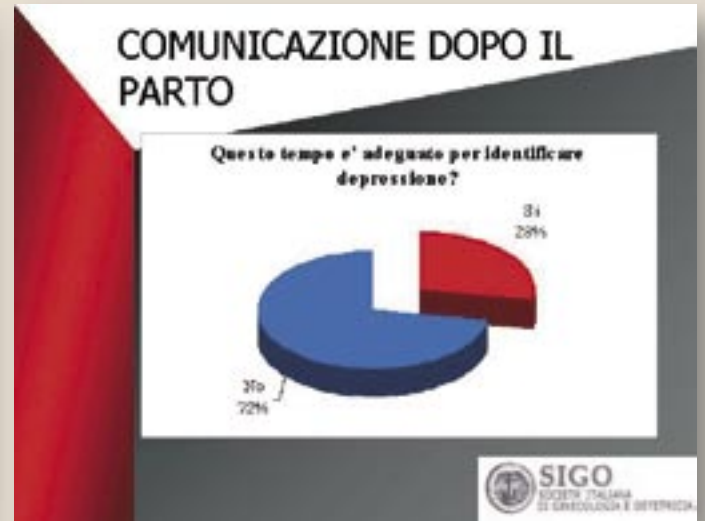


11

12



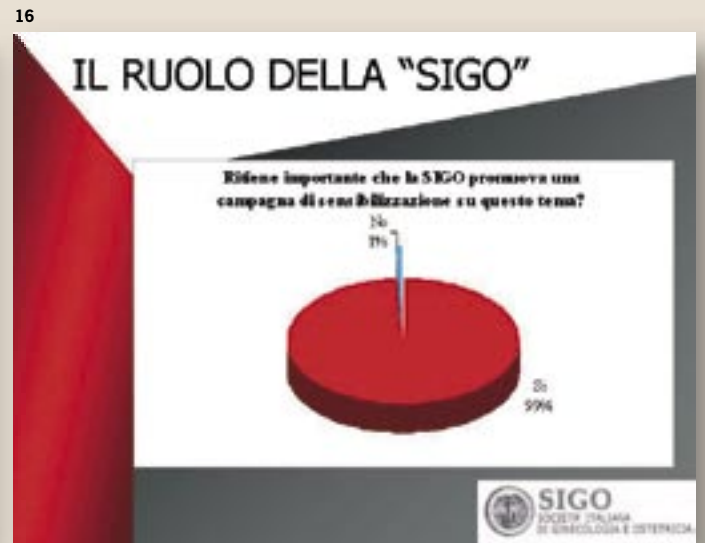
13



14



15



16

## IL RUOLO DELLA "SIGO"

Corsi di aggiornamento utili?



17

## CONCLUSIONI

La depressione post-partum e'  
un fatto clinico presente  
piu' di quanto si presuma

E' necessario migliorare :

- La sensibilita' degli operatori
- La formazione degli operatori
- La organizzazione delle strutture
- La attenzione della societa'
- L'impegno della SIGO

18

19

- GRAZIE
- PER
- L'ATTENZIONE

# La depressione post partum nelle mamme-adolescenti

ALESSANDRA  
GRAZIOTTIN

Direttore del Centro di Ginecologia e  
Sessuologia Medica San Raffaele Resnati,  
Milano

Buongiorno a tutti, è un grande onore per me essere stata invitata qui oggi, anche perché la mia sensibilità su questo tema dura da molto tempo. Da anni mi occupo sia di depressione post partum, che del tema della relazione fra disturbi del sonno (centrali nella depressione) e la salute della donna. Prima di iniziare la mia relazione vorrei ricordarvi che gli studi e le presentazioni a cui farò riferimento sono disponibili sul sito [www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it).

## INTRODUZIONE

Nel mio intervento focalizzerò l'attenzione sull'analisi dell'impatto della depressione post-partum nelle mamme adolescenti con particolare riferimento (Graziottin, 2003, 2005):

1. ai *fattori predittivi di vulnerabilità ai disturbi dell'umore dopo il parto*;
2. alle *comorbilità mediche e psicosessuali*;
3. ai *rischi sul bambino*, aspetto che considero molto rilevante, come donna e come cittadino, prima ancora che come medico.

## I DISTURBI DELL'UMORE DOPO IL PARTO

Una breve panoramica di quanto è già stato ricordato: i disturbi dell'umore in puerperio includono il “*baby blues*”, che le nostre nonne chiamavano “le lacrime del latte”; la *depressione puerperale* e la *psicosi* (Gabbard, 1994). Questi tre disturbi cardinali si intrecciano con altre patologie psichiatriche, per cui si parla anche di “*patoplasticità*”, termine che indica come disturbi diversi possano comparire

e/o associarsi in periodi di particolare *vulnerabilità neurobiologica e psichica*, qual è il periodo dopo il parto, specie nelle mamme adolescenti. Giovani donne in cui è più frequente ritrovare una *comorbilità* importante tra *depressione* e: a) *disturbo di panico*, un'esasperazione di un disturbo d'ansia che merita attenzione già durante la gravidanza; b) *disturbo ossessivo-compulsivo* che poi può sfociare in forme di psicosi; c) *disturbo post traumatico da stress*, presente in quel gruppo di donne che hanno alle spalle una storia di abusi, fisici, psicoemotivi e/o sessuali, la cui condizione di stress si può poi ripercuotere drammaticamente sul bambino (Graziottin, 2003, 2005).

## L'OMISSIONE DIAGNOSTICA

Purtroppo il *dolore fisico ed emotivo della donna depressa dopo il parto* è ancor oggi *misconosciuto* (Yonkers & Chantilis, 1995, Graziottin, 2003, 2005, Mc Queen et al, 2008). I ginecologi diagnosticano solo una parte delle depressioni puerperali (16% diagnosticato vs 22% di incidenza); non commentano i disturbi dell'umore nel 28% dei casi; ancor più grave, non hanno una formazione che consenta loro di riconoscere adeguatamente le depressioni a rischio suicidario. Più del *50% delle depressioni post partum non viene diagnosticato* (Reid & Meadows-Oliver, 2007). Queste percentuali, note in letteratura, trovano un'ulteriore conferma nei dati del sondaggio SIGO, presentati dal prof. Arisi. Purtroppo su questo si registra una difficoltà internazionale. Lo Stato che attualmente mostra invece una grandissima sensibilità su questo tema è il Canada che sta portando

avanti un'articolata attività di attenzione alla donna, specie ma non solo, in ambito ginecologico con eccellenti studi e pubblicazioni.

Un primo suggerimento che possiamo trarre dalla loro esperienza, e dalle linee guida recentemente pubblicate, è la *valorizzazione del ruolo delle ostetriche e delle infermiere*, personale prezioso, specie in questa fase della vita della donna, come dimostra l'esperienza canadese (Secco et Al, 2007; McQueen et al, 2008) e americana (Reid et Al, 2007). Il ginecologo da solo non è sufficiente, abbiamo bisogno di altro personale che sia sensibile e formato per affrontare questo tema.

#### **I FATTORI PREDITTIVI DI DEPRESSIONE**

a. depressione preesistente alla gravidanza

In merito ai fattori predittivi di depressione nelle adolescenti pre e post partum va sottolineato che la *depressione può preesistere alla gravidanza*. Questo stato emotivo è un potente fattore di rischio per il concepimento non voluto perché la depressione nella adolescente si associa ad un profilo di *vulnerabilità a concepimenti indesiderati*. Queste ragazze presentano infatti bassa autostima, scarsa fiducia nelle proprie capacità, perdita di interessi, stili di coping (il modo in cui affrontano le difficoltà nella vita) di tipo passivo o catastrofista, distorsioni cognitive, sensazione di perdita di controllo sugli eventi. Tutti atteggiamenti che possono comportare *inadeguate decisioni in ambito procreativo*, specie sul fronte della *contraccezione*.

Queste ragazze cercano affetto perché hanno bisogno di

essere consolate nella loro depressione, cercano affetto e oggi affetto è fare sesso, ed è un sesso non protetto. La *depressione* comporta quindi vulnerabilità al concepimento nelle adolescenti perché influenza gli atteggiamenti sessuali, *riduce i comportamenti di autoprotezione (es. uso del profilattico), diminuisce la compliance, l'aderenza e la consistenza d'uso dei contraccettivi ormonali* (su questo vi rimando a un altro opuscolo che potete scaricare sempre dal sito perché è il primo pubblicato su questo argomento), influisce sulla relazione di coppia, è associata a cluster di rischio *per abbandono della scuola, emarginazione, negletto, abuso*. L'adolescente che concepisce, soprattutto in una realtà come quella italiana, esprime una situazione di disagio psicosociale drammatico, collegato ad altri elementi di alto rischio per la sua salute fisica, psichica, e psicosociale, che andrebbero diagnosticati e curati prima di arrivare alla gravidanza (Graziottin, 2003, 2005).

b. depressione durante la gravidanza

Una gravidanza in età giovane, in condizioni problematiche, con scarsa assistenza e aiuto da parte della famiglia e dell'ambiente, può aumentare l'ansia e far precipitare la depressione nella giovane donna, già durante la gestazione. La *gravidanza nelle adolescenti* si associa ad un *aumento del rischio gestazionale, con esiti più problematici per la mamma ed il bambino*, a una più bassa scolarità, a maggiore vulnerabilità a dipendenze ed abusi. Come ha già ricordato il professor Mencacci, è diffuso l'uso di alcol e canne in gravidanza, e giustamente si parla di "*fetal abuse*". *Fumo, alcool e droghe in*



*gravidanza, spesso associati a disturbi dell'umore, costituiscono infatti un abuso del bambino in utero: creano infatti delle modificazioni neuro biologiche nel suo cervello che poi diventano elementi di rischio per la dipendenza futura. Inoltre, il fumo in gravidanza comporta un'insufficienza placentare con sofferenza fetale. La gravidanza in età adolescenziale determina inoltre un reddito atteso futuro presumibilmente più basso, quindi una maggiore dipendenza dall'assistenza sociale, una più marcata vulnerabilità alla depressione anche dopo il parto.*

c. depressione dopo il parto

*I fattori predittivi di depressione post-partum e durante il puerperio sono molteplici e relativi a (Gabbard, 1994; Beck, 2001; Graziottin, 2003; Reid & Meadows-Oliver, 2007, Secco et Al, 2007):*

• **precedenti di depressione**

1. *depressione personale* ( $p < 0.0006$ ): ecco quindi che l'anamnesi è importantissima. Se la donna ha già precedenti di depressione, se presenta sindrome premestruale, sappiamo che deve ricevere un'attenzione medica privilegiata;
2. *precedente trattamento per depressione* ( $p < 0.0001$ ): va ricordato che solo il 50% delle depressioni è diagnosticato e curato!;
3. *depressione in gravidanza* ( $p < 0.0001$ ) (Gabbard, 1994; Beck, 2001);

• **giovane età della donna**

4. *giovane età alla gravidanza: il 46% delle madri adolescenti presenta sintomi depressivi: una su due. Se ho una mamma adolescente so già che nel 50% dei casi potrà soffrire di una depressione clinicamente rilevante, cioè psichiatrica. Le adolescenti hanno due volte la probabilità di avere una depressione rispetto alle madri adulte.*

• **modalità di concepimento e tipo di parto**

5. aver concepito con *fecondazione assistita*, fattore di alto rischio per depressione, durante la gravidanza e nel post partum, anche perché molto spesso il bambino perfetto che la mamma sognava non si rivela tale, soprattutto in caso di elevata prematurità. Anche questo va spiegato alle donne, soprattutto quando i parti sono gemellari, anche per dare loro la giusta assistenza;
6. aver avuto un *parto difficile e/o traumatico*;
7. essere *madri di bimbi pretermine* o con *parti multipli* (34% madri di due gemelli vivi, 53% madri di gemelli di cui uno solo vivo);

• **vulnerabilità delle donne immigrate**

8. le afroamericane (questi dati sono di uno studio di Carnet che è stato condotto negli USA) soffrono di depressione dopo il parto in una percentuale doppia rispetto alle donne bianche (48% vs 28%). Da noi si registrano dati ancora più asimmetrici per immigrate verso italiane. Inoltre, esiste una fascia di *popolazione "invisibile"*: non vediamo la popolazione *musulmana*, vediamo pochissimo la *cinese*. Si avverte la necessità di raccogliere dati sulla epidemiologia della depressione post-partum nel nostro Paese, con grande attenzione anche alle donne immigrate. Abbiamo gruppi etnici totalmente non indagati, e su questo tema abbiamo molto da lavorare.

• **eventi della storia personale**

Un'eccellente meta-analisi di 84 studi, la migliore come peso pubblicata finora (Beck, 2001) individua 13 sintomi predittivi di depressione post-partum, e riassume i principali già evidenziati. Un' enfasi particolare va posta sulla storia di *precedente depressione* (1 episodio 50%; 2 episodio 70%; 3 episodio 90%. Con l'anamnesi, con la sola domanda: "ha avuto episodi di depressione?" ricaviamo già la probabilità di diagnosticare una depressione grave). Altri fattori sono la *depressione prenatale* e l'*ansia in gravidanza*, che possono

coinvolgere anche il partner (Matthey et Al, 2003). Per inciso, psichiatra e ginecologo, quando lavorano insieme, condividono la stessa visione del problema con assoluta sintonia. Questo è molto importante perché significa usare le stesse parole e soprattutto quando si parla con la paziente essere molto più credibili perché diciamo le stesse cose: c'è la conferma continua uno dell'altro e la donna si fida molto di più. Sono *predittivi* anche il *maternity blues*, la *bassa autostima*, i *disturbi borderline di personalità*, lo *stress nella cura del bambino*, il *bambino prematuro* e/o *problematico/malato* ( $p < 0.0001$ ), la *gravidanza non desiderata/giovane età*, gli *stress esistenziali*, i *conflitti coniugali* e/o lo *scarso sostegno e affetto legati al contesto*, il *basso supporto sociale*, il *basso livello socioeconomico*, lo *stato di ragazza-madre*. In questa analisi si osserva quindi una sola sostanziale diversità rispetto a quanto ha presentato il professor Mencacci, sui dati raccolti a Milano. E cioè che nella madre adolescente il contesto è in genere povero o comunque di forte solitudine, perché la ragazza di un contesto medio-alto o fa contraccezione o prende la pillola del giorno dopo o interrompe la gravidanza su indicazione/aiuto della madre, e noi ginecologi questo lo vediamo tutti i giorni. La ragazza di basso livello sociale invece non fa contraccezione, non sa dove sbattere la testa, non sa nemmeno che esiste la pillola del giorno dopo, resta incinta e a volte ha persino una diagnosi di gravidanza tardiva. Inoltre, questa solitudine e questa scarsa autoprotezione si proiettano anche sul futuro procreativo della giovane mamma. Una ricerca di Barnett et Al, (2008) ha infatti dimostrato come la *depressione aumenti in modo significativo* ( $p < 0.05$ ) la *probabilità di una seconda gravidanza precoce nelle mamme adolescenti*. Si tratta di giovani donne che si trovano con 2-3-4 bambini, partoriti uno dietro l'altro, con una serie di problemi rilevanti anche per i piccoli, oltre all'aggravarsi della depressione. Il 19% delle madri adolescenti concepisce entro 12 mesi dal parto, questo significa che alla prima

ovulazione dopo il parto è già incinta. Il 38% entro i 24 mesi. Questo significa che il 57% delle mamme adolescenti concepisce entro i due anni. La mancanza di una contraccezione adeguata è un altro elemento di grandissima vulnerabilità che deve spingere noi ginecologi a *usare il progestinico in allattamento* e a *raccomandarlo* perché dobbiamo aiutare la donna ad autoprotiggersi con una contraccezione sicura.

#### LA COLLUSIONE DEL SILENZIO

*Che cosa facilita la persistenza di una depressione non diagnosticata e quindi non trattata* (Hanusa et Al, 2008)?

Un fattore cardinale, che definirei “la collusione del silenzio” (Graziottin, 2003, 2005). È già stato riportato, ma vorrei aggiungere qualche elemento anche dal punto di vista psicodinamico.

#### LA MAMMA ADOLESCENTE NON CHIEDE AIUTO:

- a. *per l'effetto emotivamente paralizzante della stessa depressione;*
- b. *perché è o si sente sola e disperata;*
- c. *perché non sa a chi rivolgersi,*
- d. *perché non sa nemmeno che esista la depressione puerperale,*
- e. *per la paura della stigmatizzazione sociale legata alla malattia mentale;*
- f. *per fattori di isolamento culturale.*

Una recente indagine condotta da Scegli Tu, il progetto istituzionale della SIGO di educazione contraccettiva, mostra come l'86% dei maschi e il 56% delle ragazze non sappia nemmeno dove si trovi il consultorio familiare della propria zona: allora, se l'adolescente non va nell'unica struttura gratuita che avrebbe a disposizione, questo significa un fallimento totale delle nostre campagne di informazione e di contraccezione.

Il ginecologo diagnostica raramente la depressione post-

partum, soprattutto nella adolescente:

- a. per mancanza di formazione;
- b. per mancanza di attenzione e tempo;
- c. per mancanza di motivazione;
- d. per ignoranza sulle conseguenze a lungo termine su madre e bambino.

La frase peggiore che purtroppo viene pronunciata troppo spesso è “passerà”: si tratta del peggiore dei commenti. Forse passerà, ma quando? Come? E *con quali ferite e cicatrici per la madre e per il bambino?*

La depressione che noi vediamo è solo la punta dell’iceberg di una grande complessità di fattori *predisponenti, precipitanti e di mantenimento*, con cui possiamo rileggere i fattori predittivi prima menzionati. Ed è questo iceberg che poi distrugge la vita della donna e del bambino (Graziottin, 2003, 2005).

I *fattori di rischio predisponenti* sono la *vulnerabilità genetica neurobiologica a depressione e ansia, cioè disturbi affettivi*: ecco perché l’anamnesi personale e familiare sono essenziali per eventuali persone a rischio. Ma anche la solitudine, la povertà, un contesto psicosociale sfavorevole, la giovane età, abusi pregressi, lo stato di ragazza madre.

I fattori *precipitanti* ci vengono spiegati dall’endocrinologia che ci dice come *la caduta di estrogeni dopo il parto* sia un fattore di destabilizzazione dell’umore e la prima responsabile delle famose “lacrime del latte” delle nostre nonne. Esse corrispondono al “maternity blues”, descritto dagli anglosassoni. Tuttavia quel fenomeno che non deve superare i 15 giorni altrimenti diventa già per durata una depressione psichiatrica.

Altri fattori precipitanti sono un *parto traumatico, il bambino prematuro in cura intensiva o problematico*, la gravidanza non voluta, la solitudine, la mancanza di supporto familiare.

Tra i *fattori di mantenimento il principale è la mancata diagnosi*. Qui si inserisce con più forza la nostra responsabilità, e qui sta il grande merito della SIGO nell’iniziare questa campagna perché *insieme possiamo cambiare le cose*. L’omissione in questo caso è interamente del professionista, il problema esiste, ma non lo vediamo. Solitudine, mancanza di supporto, difficoltà socio-economiche: le donne affette da depressione post partum hanno il doppio di probabilità di sperimentare un altro episodio depressivo maggiore entro cinque anni. E qui abbiamo un bambino ad altissimo rischio.

#### COME DIAGNOSTICARE LA DEPRESSIONE?

Un dialogo attento e un ascolto empatico al linguaggio verbale e non verbale della giovane donna sono essenziali. Anche le nostre parole devono essere semplici, devono saper cogliere gli elementi meritevoli di attenzione con un linguaggio aderente alla realtà quotidiana, facile da comprendere e da seguire da parte della giovane donna che spesso è spaventata, emotivamente contratta, e in atteggiamento di difesa o di franca sfiducia. Che domande porre, quindi, alla ragazzina che ci arriva in ambulatorio? Queste indicazioni devono tradursi in concretezza operativa. Possiamo quindi identificare domande molto semplici:

- a. riesci a dormire quando il bambino dorme?

La qualità del sonno è un fattore preventivo per la salute mentale: la mamma sana allatta e dopo un secondo dorme, la mamma con problemi di depressione dice che il bambino l’ha svegliata e non è più riuscita a dormire;

- b. mangi con appetito o senza voglia o ti abbuffi?  
nell’adolescente il disturbo del comportamento alimentare è un segnale di attenzione di qualcosa di sostanziale che non

funziona nel rapporto con il proprio corpo e, nello specifico, con la corporeità della maternità;

c. ti senti sola?

se chiedendo con dolcezza “ti senti sola” la ragazza inizia a piangere e singhiozzare la diagnosi è già fatta: le domande che vanno al cuore fanno sì che la persona si senta compresa nella sua solitudine. E questo è il primo passo per stabilire un'alleanza terapeutica di qualità;

d. hai voglia di uscire o preferisci stare in casa?

Anche questo è un segnale di attenzione: la donna contenta di essere mamma e felice del suo bimbo va volentieri a farsi una passeggiata con lui, lo presenta con orgoglio al mondo; la mamma depressa resta chiusa in casa;

e. ti sembra che il bambino sia un carico eccessivo per te?

Il senso di questa domanda è molto empatico. significa: “Capisco che potrebbe esserlo. E una cosa comprensibile e non ti colpevolizzo per questo. Anzi, lo sarebbe anche per me, se fossi una giovane mamma”. Ecco, questa è una frase che aiuta molto a sentirsi capite, a dare voce a un sentimento di inadeguatezza che può altrimenti diventare paralizzante;

f. temi di far del male al bambino?

Questo è un modo gentile per cominciare a far emergere un disagio più profondo, che può consentirci di diagnosticare anche le prime battute di una psicosi, disturbo psichiatrico più raro ma molto grave per mamma e bambino

g. il bambino ha cambiato la tua vita in modo imprevisto e/o che ti preoccupa ?

Qui torniamo di nuovo al bambino dei sogni e al confronto dell'ideale con un bambino che invece ha qualche problema o che soffre anche esclusivamente di piccole coliche o di difficoltà di sonno che la mamma però non sa come trattare) (Graziottin, 2003).

Un altro elemento di grande vulnerabilità è se questa ragazza ha la mamma vicino: in ambito metropolitano si riscontrano molte più depressioni perché ci sono famiglie mononucleari o ragazze sole, mentre la famiglia in passato è stata un grande contenitore di sofferenza post-natale perché la ragazza poteva temporaneamente anche regredire come una bambina e la nonna poteva far da mamma a tutte e due.

La prima diagnosi consiste dunque in un *colloquio attento e sensibile, dolce*, perché la dolcezza porta a sentirsi accolti e questo è il primo passo che possiamo mettere in campo insieme con la psichiatra, con la psicologa. La prima cosa è capire che c'è questo *dolore nel non sentirsi madri adeguate*.

### **COME CURARE LA DEPRESSIONE DOPO IL PARTO?**

Il grado di depressione in sé non dovrebbe dettare in maniera definitiva il tipo di intervento. Piuttosto il trattamento deve essere basato sul bisogno della donna, sulla sua situazione affettiva e di contesto psicosociale, oltre che naturalmente sulla gravità dei sintomi. Questi sono i risultati a cui è giunto anche un recente studio canadese sull'attenzione alla personalizzazione del trattamento (McQueen et Al, 2008). Accanto allo psichiatra, che è la figura cardinale di riferimento terapeutico per la depressione e la psicosi post-partum, noi ginecologi possiamo fare moltissimo sull'area delle *anemie*. Nella mia esperienza di ginecologa che da 30 anni vive questo lavoro con molta passione, *l'attenzione ad avere un emocromo perfetto in gravidanza riduce drasticamente la vulnerabilità della depressione puerperale*. Perché la *depressione è un'assenza di energia vitale* e quando una donna ha un'emoglobina drasticamente ridotta, perché è molto anemica, necessariamente si sente spossata e priva di forze e questo può creare una vulnerabilità neurobiologica all'emergere della depressione anche sul fronte psichico.

Vanno poi trattati specificamente i disturbi dell'umore in puerperio nella loro multifattorialità. Vanno curate quindi non solo le condizioni che peggiorano astenia e debolezza (anemia sideropenica, ipomagnesemia, dieta inadeguata), ma bisogna anche *“dar parole al dolore”, dando cioè alla giovane donna l'opportunità di parlare di sé, dei propri sentimenti di inadeguatezza, delle proprie paure, della propria solitudine, delle proprie speranze.* Offrendo quindi psicoterapia e sostegno familiare/sociale. Eventualmente, se necessari, verranno prescritti dallo psichiatra farmaci antidepressivi: SSRI o triciclici; neurolettici in presenza di delirio (che richiede peraltro ospedalizzazione in ambiente protetto) (Wisner et Al. 1996, Mc Queen et al, 2008). Sono utili anche le associazioni di estrogeni con antidepressivi, da valutare in collaborazione tra ginecologo e psichiatra curanti.

#### **QUALI CONSEGUENZE HA SUL BAMBINO LA DEPRESSIONE DELLA MADRE?**

Un altro punto fondamentale sono le conseguenze sul bambino (Minkovitz et Al, 2005). La depressione della madre lascia un'ombra nera sul destino del bambino. In questo senso noi ginecologi abbiamo una responsabilità fortissima nella diagnosi precoce per individuare poi, in sinergia con psichiatra e psicoterapeuta, una cura adeguata.

Le conseguenze psichiche sul bambino sono molteplici:

- a. *la madre ha un atteggiamento meno affettuoso col piccolo;*
- b. *una minore recettività/responsività ai segnali che il bambino manda:* questo si traduce in una
- c. *frustrazione del bisogno di attaccamento del neonato, che indebolisce la costruzione della sua personalità. La soddisfazione del bisogno di attaccamento è infatti il pilastro su cui si fondano poi la capacità di autonomia e di autostima. Quando invece la madre è depressa, si crea un disinvestimento*

*emotivo dal piccolo; oppure compagno ostilità; o, ancora intrusività col piccolo, termine con cui indichiamo una forma persecutoria di cura del bambino.*

d. *significativo aumento di abuso fisico ( $p < 0.001$ ).* Questo è un dato particolarmente grave. Infatti la depressione ha anche una faccia rumorosa ed aggressiva, che si traduce in percosse e abusi verbali. Nella sindrome premenstruale uno dei segnali è che la madre diventa molto aggressiva con il bambino. I figli di madri depresse tendono ad essere scontenti, irritabili, evitanti, rumorosi, hanno mimica meno sorridente e vocalizzano meno dei figli di madri serene: anche il pediatra può avere quindi una grande responsabilità nel formulare la diagnosi.

Qui si inserisce una straordinaria teoria, chiamata dei *“neuroni specchio”* (elaborata dall'italiano Rizzolatti) che dice come a livello della *corteccia motoria* sia stata dimostrata un'attivazione dei neuroni che coordinano i movimenti che il piccolo sta osservando, prima di effettuarli, mentre guarda la madre che gli parla o gli sorride. Questo viene definito *“neuronal mirroring”*, e indica una attivazione cerebrale nell'area motoria che precede il movimento del piccolo. Si tratta quindi, come mi piace dire, di una sorta di *“gestazione empatica comportamentale”*.

Se il bambino ha una madre che gli sorride apprende il comportamento di sorriderle prima di farlo effettivamente. Viceversa, se ha una madre che si rivolge a lui in modo aggressivo, il linguaggio emotivo che impara questo bambino sarà quello dell'aggressività. Noi apprendiamo perché *“rispecchiamo”* i comportamenti degli altri.

Le conseguenze psicofisiche sul bambino si esplicano anche con un *aumento del 44% dei ricorsi al pronto soccorso pediatrico, per incidenti domestici*, ma anche *riduzione del 20% dei controlli pediatrici periodici e delle vaccinazioni*. Sono quindi bambini meno seguiti che hanno più incidenti a casa, ma che fanno anche meno controlli medici.

Nel lungo termine si possono sviluppare *problemi sia di tipo cognitivo che emotivo*. Questi bambini presentano a 11 anni un QI significativamente inferiore rispetto agli altri e spesso manifestano problemi di attenzione e di concentrazione. Presentano inoltre *disturbi comportamentali, minore "competenza sociale"* perché non hanno acquisito il linguaggio dell'empatia e quindi non lo possono esprimere. *Mostrano un minore QE (quoziente intelligenza emotiva)* che oggi sappiamo essere un fattore predittivo di riuscita nella vita molto più significativo del QI, perché l'intelligenza emotiva è un fattore essenziale di intelligenza sociale e di capacità di rapportarsi agli altri in modo affettuoso e soddisfacente.

## CONCLUSIONI

I disturbi dell'umore in puerperio presentano *un'alta prevalenza* nelle mamme adolescenti: ne soffre una su due. Riconoscono una genesi psiconeuroendocrina, scatenata dalla caduta degli estrogeni post-partum e dal distress adattativo alla nascita e ai cambiamenti che comporta per la giovane donna, che spesso è già in critiche situazioni psicoemotive e sociali.

Sono *drammaticamente sottodiagnosticati*. Questa è una grandissima responsabilità ma anche uno stimolo forte nell'accrescere la nostra capacità di diagnosi precoce. Meritano tempestiva attenzione clinica per le *potenziali gravi conseguenze per la madre e per il bambino, soprattutto nelle madri adolescenti*.

Dal punto di vista pratico, noi dobbiamo *indagare attivamente la depressione nelle adolescenti* come fattore di rischio per inadeguatezza contraccettiva (una delle grandi emergenze del nostro Paese) e per il rischio di *depressione post partum*. Dobbiamo inoltre *strutturare frequenti controlli periodici nel primo anno dopo la nascita per far sentire alla donna che siamo al suo fianco che non è e non sarà più sola*.

Vorrei concludere condividendo con voi la nascita della mia *Fondazione*, [www.fondazionegraziottin.org](http://www.fondazionegraziottin.org), dedicata alla *cura del dolore della donna*. La Fondazione ha ora richiesto l'affiliazione alla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia. Perché il dolore della donna, e la sua verità biologica, sono uno degli aspetti della salute più negletti nel nostro Paese. Insieme contro il dolore fisico e psicoemotivo delle donne, possiamo e dobbiamo fare molto di più.

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

BARNET B, LIU J, DEVOE M, *Double jeopardy: depressive symptoms and rapid subsequent pregnancy in adolescent mothers*. ARCH PEDIATR ADOLESC MED. 162(3):246-52, MARCH 2008

BECK CT, *Predictors of post-natal depression: an update*. NURS RES. 50:275-285, 2001

GABBARD GO, *Psichiatria Psicodinamica*, Masson, MILANO, 1998

GRAZIOTTIN A, *Modificazioni del tono dell'umore in puerperio*  
In AA. VV., *Atti del LXXIX Congresso Nazionale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) su "Dal concepimento alla nascita"*  
CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI, ROMA, 2003, PAG. 599-606, 2003

GRAZIOTTIN A, *Sessuologia medica femminile*, IN DI RENZO G.C. (ED),  
MANUALE DI GINECOLOGIA PER SPECIALIZZANDI, VERDUCI, ROMA, PAG  
1462-1492, 200

HANUSA BH, HUDSON SCHOLLE S, HASKETT RF, ET AL, *Screening for depression in postpartum period: a comparison of three instruments*, JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH, 17, 4, 2008

MATTHEY S, BARNETT B, HOWIE P, KAVANAGH DJ, *Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?*, J AFFECT DISORD. APR; 74 (2):139-47, 2003

MC QUEEN, K, MONTGOMERY P, LAPPAN-GRANCON S ET AL, *Evidence-based recommendations for depressive symptoms in post-partum women*, JOGNN 37,127-136, 2008

MEADE I, ISKOVICS T, *Systematic Review of sexual risks among pregnant and mothering teens in USA*, SOC. SCIE. MED, 122; 33-38, 2005

MINKOVITZ CS, STROBINO D, SCHARFSTEIN D, HOU W, MILLER T, MISTRY KB, SWARTZ K, *Maternal Depressive Symptoms and Children's Receipt of Health Care in the First 3 Years of Life*, PEDIATRICS 115: 306-314, 2005

REID V, MEADOWS-OLIVER M, *Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature*, J PEDIATR HEALTH CARE. 2007 SEP-OCT;21(5):289-98. REVIEW

SECCO ML, PROFIT S, KENNEDY E ET AL, *Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers*, JOGNN 36; 47-54,2007



**DEPRESSIONE  
POST-PARTUM NELLE  
MAMME ADOLESCENTI**

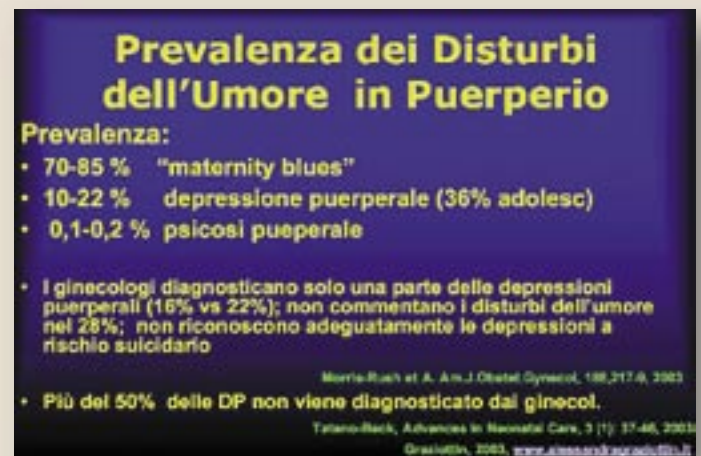
Alessandra Graziottin, MD  
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica  
H.San Raffaele Resnati, Milano

Professore a.c. di Sessuologia Medica  
Università di Firenze e di Parma

[www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)

DIAPOSITIVA 1

4



**Prevalenza dei Disturbi  
dell'Umore in Puerperio**

**Prevalenza:**

- 70-85 % "maternity blues"
- 10-22 % depressione puerperale (36% adolesc)
- 0,1-0,2 % psicosi puerperale

• I ginecologi diagnosticano solo una parte delle depressioni puerperali (16% vs 22%); non commentano i disturbi dell'umore nel 28%; non riconoscono adeguatamente le depressioni a rischio suicidario

Moreno-Ruiz et al. Am J Obstet Gynecol, 188,217-9, 2003

• Più del 50% delle DP non viene diagnosticato dal ginecol.

Tatano-Beck, Advances in Neonatal Care, 3 (1): 37-46, 2003  
Graziottin, 2003, [www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)

## Obiettivi della presentazione

Analizzare l'impatto della depressione post-partum nelle mamme adolescenti con attenzione:

- a) ai fattori predittivi e alle comorbidità mediche e psicosessuali
- b) ai rischi sul bambino

[www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)

2

## Definizione

I disturbi dell'umore in puerperio includono:

- I "baby blues" o "maternal blues"
- la depressione puerperale
- la psicosi puerperale

ad essi sono stati aggiunti:

- il disturbo di panico post-partum (pp)
- il disturbo ossessivo-compulsivo (pp)
- il disturbo post-traumatico da stress (pp)

Tatano-Beck, Advances in Neonatal Care, 3 (1): 37-46, 2003, Harusa et Al, 2006  
Graziottin A. Modificazioni del tono dell'umore in puerperio. In AA. VV., Atti del LXXXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) CIC Editori Internazionali, Roma, vol. 339-404, 2003

3

## Fattori predittivi di depressione nelle adolescenti pre e post partum

5

## Depressione nelle adolescenti

Preesistente alla gravidanza, si associa a:

- Bassa autostima
- Bassa fiducia nelle proprie capacità
- Perdita di interessi
- Stili di coping di tipo passivo o catastrofista
- Distorsioni cognitive
- Sensazione di perdita di controllo sugli eventi

**Inadeguate decisioni in ambito procreativo**

Barnett et al., 2008

6



## Depressione e vulnerabilità al concepimento nelle adolescenti

- Influenza gli atteggiamenti sessuali
  - Riduce i comportamenti di autoprotezione (es. uso del profilattico)
  - Riduce la compliance, aderenza e consistenza d'uso dei contraccettivi ormonali
  - Influisce sulla relazione di coppia
  - E' associata a clusters di rischio per abbandono della scuola, emarginazione, **pregiudizio, abuso sessuale, violenza sessuale, depressione ormonale**. Le ragioni forti della compliance e dell'aderenza alla terapia, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2007
- Reid et Al, 2007; Barnet et Al, 2008; Hanusa et Al, 2008; McQueen et Al, 2008;

7

## La gravidanza nelle adolescenti si associa a:

- Aumento del rischio gestazionale con esiti più problematici per mamma e bambino
  - Più bassa scolarità
  - Maggiore vulnerabilità a dipendenze ed abusi
  - Reddito più basso futuro
  - Maggiore dipendenza dall'assistenza sociale
  - Maggiore vulnerabilità alla depressione
- Reid et Al, 2007; Barnet et Al, 2008; Hanusa et Al, 2008; McQueen et Al, 2008

8

## La depressione postpartum nelle madri adolescenti

- Il 46% delle madri adolescenti ha sintomi depressivi
- Hanno due volte la probabilità di avere una depressione rispetto alle madri adulte
- Le afroamericane sono il doppio rispetto alle bianche (48% vs 28%); da noi dati ancora più asimmetrici per immigrate verso italiane

Barnet et Al, Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 162; 3, 246-252, marzo 2008

9

## La depressione postpartum nelle madri adolescenti

- La depressione aumenta in modo significativo ( $p < 0.05$ ) la probabilità di una seconda gravidanza precoce
- Il 19% delle madri adolescenti concepisce entro 12 mesi dal parto
- Il 38% entro i 24 mesi

Meade & Iskovic  
Systematic Review of sexual risks among pregnant and mothering teens in USA  
Soc. Sci. Med. 2005

10

## Fattori di rischio per la depressione in puerperio

Fattori predittivi di DP in puerperio:

- depressione personale ( $p < 0.0006$ )
- prec. trattamento per depressione ( $p < 0.0001$ )
- depressione in gravidanza ( $p < 0.0001$ )
- **madri di bimbi pretermine o con parti multipli** (54%  
madri di due gemelli vivi, 52% madri di gemelli di cui uno solo vivo)

Morris-Rush et al. Am J Obstet Gynecol. 198;217-8, 2008

**Essere madri adolescenti**

Talano-Beck, 2003; Graziotin, 2006; Barnet et al, 2008

## Fattori di rischio per la depressione in puerperio

Meta-analisi di 84 studi: 13 sintomi predittivi ( $p < 0.001$ )

### a) personali

- storia di precedente depressione (1 ep. 68%; 2 ep. 79%; 3 ep. 95%)
- depressione prenatale
- ansia prenatale
- maternity blues
- bassa autostima / disturbi borderline di personalità
- stress nella cura del bambino
- bambino prematuro e/o problematico / malato ( $p < 0.0001$ )
- **gravidanza non desiderata / giovane età** ←
- stress esistenziali

Beck CT Predictors of post-natal depression: an update, Nurs Res. 50:275-285, 2005

11

12

13

## Fattori di rischio per la depressione in puerperio

### b) coniugali

- conflitti coniugali e/o scarso sostegno e affetto

### c) legati al contesto

- basso supporto sociale
- basso livello socioeconomico
- **stato di ragazza-madre** ←

Beck CT Predictors of post-natal depression: an update, Nurs Res. 50:275-285, 2005

Barnet et al, 2008

14

## La collusione del silenzio (a)

La mamma adolescente non chiede aiuto:

- per l'effetto emotivamente paralizzante della stessa depressione
- perché è o si sente sola e disperata
- perché non sa a chi chiedere aiuto
- perché non sa nemmeno che esista la depressione puerperale
- per la paura della stigmatizzazione sociale legata alla malattia mentale
- per fattori di isolamento culturale

[www.alessandragraziotin.it](http://www.alessandragraziotin.it)

Barnet et al, 2008; Hanusa et al, 2008; McQueen et al, 2008

### La collusione del silenzio (b)

Il ginecologo non diagnostica la depressione nell'adolescente per mancanza di:

- formazione
- attenzione e tempo
- motivazione
- consapevolezza sulle conseguenze a lungo termine su madre e bambino.

➔ "Passerà" è il peggior dei commenti

www.alexandragraziottin.it

15

### Depressione clinica



The image shows an iceberg floating in the ocean. The tip of the iceberg, which is above the water line, is labeled "Depressione clinica". The much larger part of the iceberg, which is submerged below the water line, is labeled "Complessità dei fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento".

Complessità dei fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento

© A. Graziottin, 2008

16

### Fattori di rischio

- predisponenti:  
vulnerabilità neurobiologica a depressione e ansia
- precipitanti:  
caduta di estrogeni dopo il parto  
bambino prematuro in cura intensiva / problematico gravidanza non voluta/ madre adolescente  
solitudine, mancanza di supporto familiare

➔

www.alexandragraziottin.it

17

### Fattori di rischio

- di mantenimento:  
mancata diagnosi !!!  
solitudine  
mancanza di supporto  
difficoltà socio- economiche

➔ Le donne affette da depressione postpartum hanno il doppio di probabilità di avere un altro episodio depressivo maggiore entro cinque anni

www.alexandragraziottin.it

18

## Diagnosi di disturbi dell'umore nelle mamme adolescenti in puerperio

- riesci a dormire quando il bambino dorme?
- mangi con appetito o senza voglia o ti abbuffi?
- ti sente sola?
- hai voglia di uscire e preferisci stare in casa?
- ti sembra che il bambino sia un carico eccessivo per te?
- hai paura di far del male al bambino?
- il bambino ha cambiato la tua vita in modo imprevisto e/o che ti preoccupa?

[www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)

19

## Diagnosi di disturbi dell'umore in puerperio

questionari validati:

- Postpartum Depression Predictors Inventory
- Edinburgh Postnatal Depression Scale
- Hamilton di ansia e depressione
- Illness behaviour questionnaire

[www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)

20

21

**The degree of depression  
should not dictate  
the type of intervention**

**Rather, treatment should be based  
on maternal needs,  
preferences  
and severity of symptoms**

McQueen et Al. JOGNN, 37, 127-136, 2008

22

## Terapia dei disturbi dell'umore in puerperio

- trattare condizioni che peggiorano astenia e debolezza (anemia sideropenica, ipomagnesemia, dieta inadeguata)
- psicoterapia e sostegno familiare/sociale
- antidepressivi: SSRI  
triciclici
- neurolettici se delirio
- associazione di estrogeni con antidepressivi

[www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)

## Conseguenze sul bambino

23

## Conseguenze psichiche sul bambino (1)

- atteggiamento meno affettuoso col piccolo
- minore recettività/responsività ai segnali che il piccolo manda = frustrazione del bisogno di attaccamento
- disinvestimento emotivo oppure ostilità o intrusività col piccolo
- significativo aumento di abuso fisico ( $p < 0.001$ )  
Tetano Deck, 2003; Barnet et al, 2008; Reid et Al, 2008
- i figli di madri depresse tendono ad essere scontenti, irritabili, evitanti, rumorosi, hanno mimica meno sorridente e vocalizzano meno dei controlli figli di madri serene  
www.alessandragraziottin.it

24

## Conseguenze neurobiologiche sul bambino

### teoria dei "neuroni specchio"

- a livello della corteccia motoria è stata dimostrata un'attivazione dei neuroni che coordinano i movimenti che il piccolo sta osservando, mentre guarda la madre che gli parla o gli sorride "neuronal mirroring"
- questa attivazione precede il movimento del piccolo, sorta di "gestazione empatica comportamentale"

Rizzolatti et Al, 1996, 2006, 2007  
Suwa & Tsumbu, 2002, Oulaya, 2007

25

## Conseguenze psicofisiche sul bambino (2)

- Aumento del 44% dei ricorsi al pronto soccorso pediatrico
- Riduzione del 20% dei controlli pediatrici periodici e delle vaccinazioni

CS. Minkovitz et Al. Maternal Depressive Symptoms and Children's Receipt of Health Care in the First 3 Years of Life. Pediatrics 115: 306-314, 2005

26

## Conseguenze a lungo termine sul bambino

### COGNITIVE

- QI a 11 anni significativamente più bassi dei controlli
- problemi di attenzione e di concentrazione

### EMOTIVE

- disturbi comportamentali
- minore "competenza sociale"
- minore QE (quoziente intelligenza emotiva)

Talano Beck, 2003; A.Graziottin, 2005; Bernet et Al, 2008

27

## Conclusioni (1)

- I disturbi dell'umore in puerperio presentano un'alta prevalenza nelle mamme adolescenti
- Riconoscono una genesi psiconeuroendocrina, scatenata dalla caduta degli estrogeni post-partum e dal distress adattativo alla nascita e ai cambiamenti che comporta per la giovane donna, che spesso è già in critiche situazioni psicoemotive e sociali

28

## Conclusioni (2)

- Sono drammaticamente sottodiagnosticati
- Meritano tempestiva attenzione clinica per le potenziali gravi conseguenze per la madre e per il bambino, soprattutto nelle madri adolescenti

29

## Conclusioni (3)

- Indagare la depressione nelle adolescenti come fattore di rischio
  - a) per inadeguatezza contraccettiva
  - b) per rischio di depressione postpartum
- Strutturare frequenti controlli periodici nel primo anno post-partum

30

The screenshot shows the homepage of the 'Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna'. The header features the organization's name in white text on a dark blue background. Below the header, there is a navigation menu on the left with categories like 'Home', 'Chi siamo', 'Cura del dolore', and 'Ricerca'. The main content area is titled 'La donna, il suo corpo e la medicina d'oggi' and includes a profile picture of Alessandra Graziottin. The footer contains the website URL 'www.fondazionegraziottin.org'.

31

32



# I fattori di rischio: la depressione post partum nelle donne a rischio di emarginazione sociale

**ALDO MORRONE**

Direttore Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà, Roma

Nella mia relazione voglio mostrare alcune immagini che ci aiuteranno a capire come, la depressione post partum, ma soprattutto la gravidanza, si vivano a pochi chilometri da noi. Vi parlerò di un ospedale che si trova al confine tra l'Eritrea e l'Etiopia, un luogo in cui operiamo da tanti anni. Si tratta di una frontiera, una frontiera nera, perché, come ha detto Kofi Annan nel suo discorso nel ricevere il Nobel per la pace del 2001, "Va oltre i veri confini che non sono le nazioni, piuttosto chi ha il potere e chi non ce l'ha, chi è libero e chi è umiliato".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità parla di diritto alla salute, riconosciuto come uno dei diritti fondamentali degli esseri umani, senza distinzione di razza, religione, etnia sociale ed economica. Nei fatti sappiamo che esistono enormi disparità. Tanto per cominciare, uno spermatozoo che incontra l'ovulo, in quella parte del mondo, ha una speranza di vita di 47 anni, mentre se l'incontro avviene nella "nostra" parte del mondo, la speranza di vita arriva ad 80 anni. Quindi il luogo dell'incontro è determinante, a volte ben più dei fattori genetici. Lo stesso profondo divario si nota confrontando l'indice della mortalità materna. Analizzando il rapporto tra la mortalità materna e neo natale e la presenza di assistenza qualificata al parto, vediamo come passando dall'Europa all'Africa man mano diminuisca l'assistenza qualificata e aumenti invece la mortalità materna e neonatale. La probabilità di morire in seguito al parto per una donna che vive in Nord America è di una su 3.700, mentre in Africa è di una su 16. Le principali cause sono le emorragie, le infezioni, l'ipertensione e le difficoltà impreviste al momento

del parto perché non c'è nessuno che aiuti queste donne. Il 65% delle donne partorisce infatti sotto la sorveglianza di personale non qualificato. Il problema più grave è l'emorragia, che nei villaggi diventa spesso estremamente difficile riuscire a tamponare. A questa situazione, già critica, si aggiunge talvolta il dramma dell'infibulazione, che impedisce al feto di uscire. Ogni minuto di ogni giorno, in qualche luogo del mondo, una donna muore per complicanze insorte durante la gravidanza e il parto. Molte di queste morti si sarebbero potute evitare con piccole misure preventive del costo di pochi dollari. Ogni anno, sono oltre 600.000 le donne che muoiono di parto e di queste il 99% si trova in un Paese in via di sviluppo.

La morte di una donna durante la gravidanza non rappresenta solo un problema sanitario, ma anche una questione di giustizia sociale. Esiste infatti una malattia che non viene mai citata nelle nostre casistiche ed è la povertà estrema. Non è in un determinante sociale della salute, ma è una malattia in sé che tra gli addetti ai lavori è purtroppo ben nota.

L'immigrazione di cui abbiamo notizia rappresenta solo una piccola parte del fenomeno più generale della mobilità delle popolazioni che riguarda circa 1 miliardo e 300 milioni di persone. Gli immigrati nel mondo, sono invece solo 191 milioni e in tale numero troviamo chi viene per lavorare, chi per studiare, chi per ricongiungersi alla famiglia...

In Italia, cosa accade sul tema della salute? Apparentemente nessuno è escluso dai servizi sanitari e tutti dovrebbero aver garantito libero accesso alle prestazioni. Però in realtà tra la popolazione immigrata si riscontrano: infortuni sul lavoro,



elevata incidenza di IVG, alto numero di parti cesarei e basso peso alla nascita, calendario vaccinale non adeguato, alto tasso di TBC, alto tasso di HIV/AIDS, ridotto accesso alle campagne di diagnosi precoce e di prevenzione, alto tasso di depressione post partum e di anemia sideropenica.

Se confrontiamo il dato della mortalità neonatale, fortemente indicativo, vediamo che è pari a 9,3 bambini morti nei primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi da madre straniera rispetto al 4,4 per 1.000 tra le italiane.

Il grande tema che con la SIGO e il professor Vittori affronteremo con forza è l'accesso all'IVG, l'accesso alla contraccezione, l'accesso ai consultori. Negli ultimi 20 anni in Italia si è infatti osservata una netta riduzione delle IVG, per le donne italiane e un altrettanto netto aumento nelle donne straniere. Nel 2001 sono state notificate 132.234 IVG, con un decremento del 2,1% rispetto al 2000 (per le sole italiane il decremento è stato del 5,%). Di queste, 25.094 sono state effettuate da donne straniere (19,1%). In alcune Regioni, dove è maggiore la presenza di immigrati, la percentuale risulta anche più alta: nel Veneto il 38%, in Lombardia il 37%, in Emilia Romagna il 34%, in Piemonte il 33%, nel Lazio il 31%.

Questi i numeri, ricordando che le donne immigrate in età feconda rappresentano non più dell'1% del totale della popolazione. A fronte di ciò noi, in sinergia con il Ministro, abbiamo lanciato una campagna per una responsabilizzazione

rispetto alla gravidanza e all'accoglienza della vita. Vogliamo infatti affermare il concetto dell'accoglienza della vita tra nord e sud del mondo. Uno dei temi forti che dobbiamo spiegare ad esempio, è che il bambino quando nasce ha una carnagione inizialmente chiara, e questo a volte rappresenta per le madri un evento drammatico. Può sembrare banale ma queste donne vanno preparate, questo è uno degli elementi importanti per lo sviluppo di depressione post partum.

Cosa abbiamo imparato in questi anni? Ad accogliere prima le persone e solo dopo curare le malattie, a parlare di persone malate e non di utenti o pazienti, a rispettarsi reciprocamente, a sottolineare la comune appartenenza. Gli immigrati, in particolare le donne, ci hanno "imposto" di guardare oltre "il nostro giardino", ai Paesi che sono costretti a lasciare. Ci aiutano a "scoprire" i "nostri" esclusi. Ci chiedono di reinventare i modelli di intervento sanitario secondo nuovi principi:

1. di facile accesso;
2. efficace in termini di costo-beneficio;
3. capace di accogliere e di prendersi cura.

Gli immigrati *ci sfidano* sul piano del *sistema sanità*: deve essere *nazionale, universale, solidale e pubblico*. Il tema della salute delle donne migranti ci impone anche una riflessione sulla salute come diritto universale: la salute non è l'equivalente delle prestazioni sanitarie erogate ed acquistate dai cittadini.

**"Non lasciamole sole"**



Roma, 2 aprile 2008




**I fattori di rischio: la depressione post partum salute nelle donne a rischio di emarginazione sociale.**

**Aldo Morrone**

WHO European Office For Investment For Health and Development Venice  
Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà, Roma, Italy

**"Today's real borders are not between nations, but between powerful and powerless, free and fettered, privileged and humiliated. Today, no walls can separate humanitarian or human rights crises in one part of the world from national security crises in the other"**




(Kofi Annan, UN Secretary-General, in his acceptance speech upon receiving the 2001 Nobel Peace Prize)

DIAPPOSITIVA 1

2

3

By the year 2015, all 191 United Nations Member States have agreed to meet eight goals




**UN Millennium Development Goals**

**Keep the promise  
Millennium Development Goals** **2015**

<b>1</b> Eradicate extreme poverty and hunger	<b>2</b> Achieve universal primary education
<b>3</b> Promote gender equality and empower women	<b>4</b> Reduce child mortality
<b>5</b> Improve maternal health	<b>6</b> Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases
<b>7</b> Ensure environmental sustainability	<b>8</b> Develop a global partnership for development

4

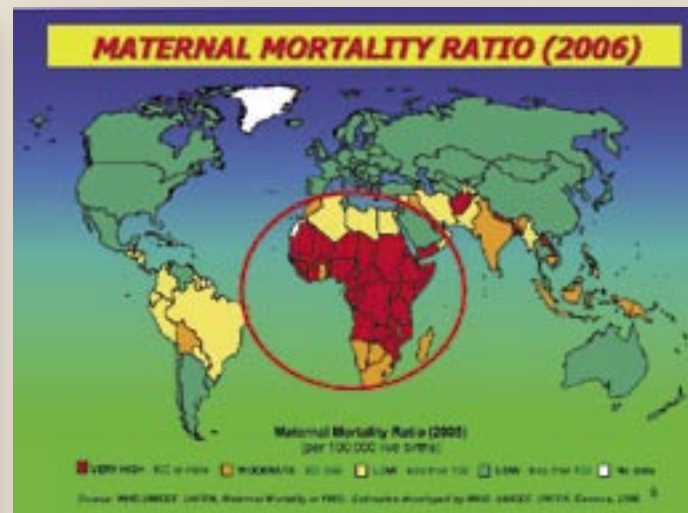
**HEALTH AND HUMAN RIGHTS**



- **The WHO Constitution states that "The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political, economic or social condition".**



5



6



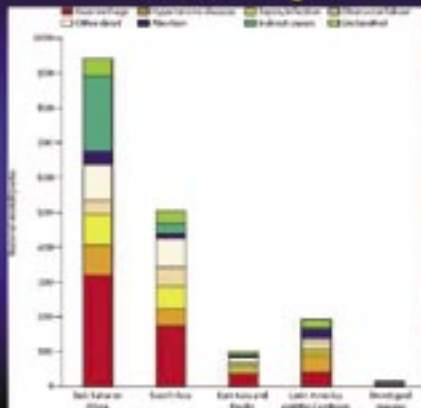
7

### WOMEN'S LIFETIME RISK OF DYING FROM PREGNANCY

REGION	RISK OF DYING
Africa	1 in 16
Asia	1 in 65
Latin America and Caribbean	1 in 130
Europe	1 in 1400
North America	1 in 3700
All developing countries	1 in 48
All developed countries	1 in 1900

8

## Maternal mortality ratios for 2000 by medical cause and world region



**"La mortalità materna è una tragedia per le singole donne, per le loro famiglie e per le loro comunità"**



**"Ogni minuto di ogni giorno, in qualche luogo del mondo, una donna muore per complicanze insorte durante la gravidanza e il parto."**

"Reduction of maternal mortality" & John WHO/UNFPA/UNICEF World Bank Statement (Geneva 2004)

9

10

11

## ESSERE DONNA NEL SUD DEL MONDO



• Molte di queste morti si sarebbero potute evitare con piccole misure preventive del costo di pochi dollari.

• Le principali cause di morte sono gli aborti in condizioni "rischiose", le emorragie, le infezioni, l'ipertensione e le difficoltà impreviste al momento del parto.

"Reduction of maternal mortality" & John WHO/UNFPA/UNICEF World Bank Statement (Geneva 2004)

12

## Essere madri Gravidanza e parto nel sud del mondo



- Su 100 mila nati vivi, si contano mille decessi di partorienti
- Il 65% delle donne partorisce sotto la sorveglianza di personale non qualificato.

### ESSERE DONNA NEL SUD DEL MONDO



Ogni anno sono oltre 600.000 le donne che muoiono di parto e di queste il 99 per cento si trova in un paese in via di sviluppo.

"Reduction of maternal mortality" A Subj. WHO/UNFPA/UNICEF World Bank Statement (Geneva 1995)



13

### DIRITTI UMANI SOPPRESSI




"La morte di una donna durante la gravidanza non è solo un problema sanitario, ma anche di giustizia sociale"

"Reduction of maternal mortality" A Subj. WHO/UNFPA/UNICEF World Bank Statement (Geneva 1995)

14

### DETERMINANTS OF HEALTH

- "... we should not lose sight of the fact that the determinants of health are social and not pharmaceutical. Health is not primarily based on medicine, but on the circumstances under which we live."



(Dr. H. Grossman, Tanzania)

15

### Z59.5 - EXTREME POVERTY



The world's biggest killer and the greatest cause of ill-health and suffering across the globe is listed almost at the end of the International Classification of Diseases. It is given the code Z59.5 – "Extreme poverty..."

(World Health Report 1995 – The state of world health - WHO: Geneva)

16



17

### Evidenze Scientifiche Internazionali

Le donne che lasciano paesi a bassa incidenza per vivere in paesi occidentali a piu' alta incidenza assumono rischio piu' alto in circa una generazione – l'aumento di rischio e' proporzionale agli anni trascorsi nel paese ospite e all'eta' della migrazione



18

19



20





21



22

23



24





25



26

27



28







29



30

31



32





33



34

35



36

**NON DOVREMMO DIMENTICARE ...**

**Cosa significano  
Libertà  
Giustizia  
Diritti  
E dignità umana  
Per colui che va  
A dormire  
Senza aver mangiato e  
non sa se  
Domani mangerà?**  
*(Willy Brandt)*



37

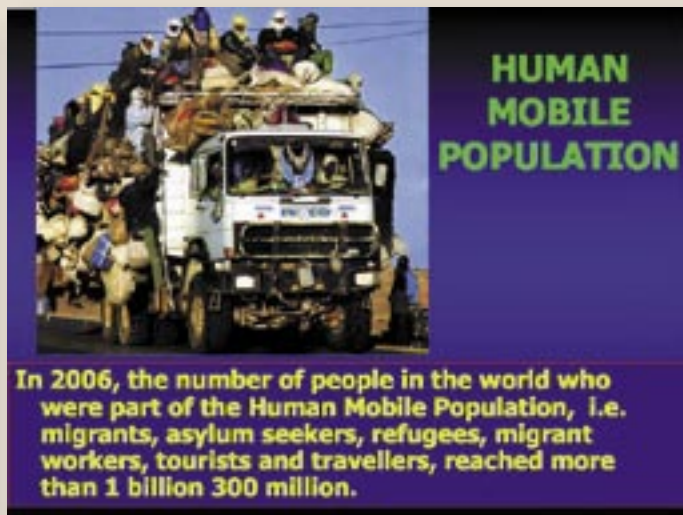


38

39



40

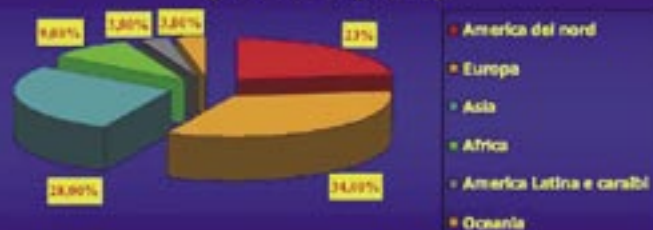


**HUMAN  
MOBILE  
POPULATION**

**In 2006, the number of people in the world who were part of the Human Mobile Population, i.e. migrants, asylum seekers, refugees, migrant workers, tourists and travellers, reached more than 1 billion 300 million.**

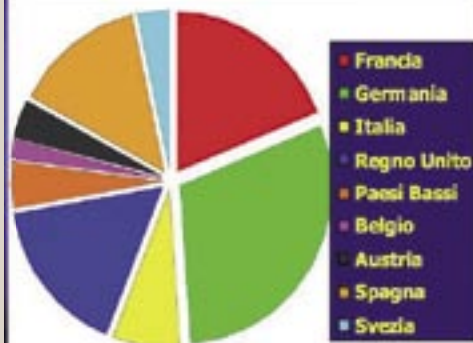
## MIGRANTI NEL MONDO

(191 milioni, 2005)



Fonte: Banca Mondiale, 2006

## Presenza degli stranieri nei paesi dell'Unione Europea nel 2005

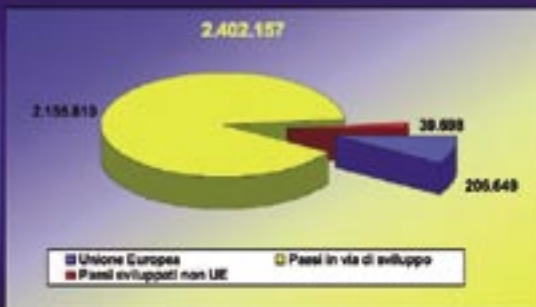


- Nei 25 paesi dell'Unione Europea gli immigrati erano 39.339.000
- cioè l'8,6% della popolazione

41

42

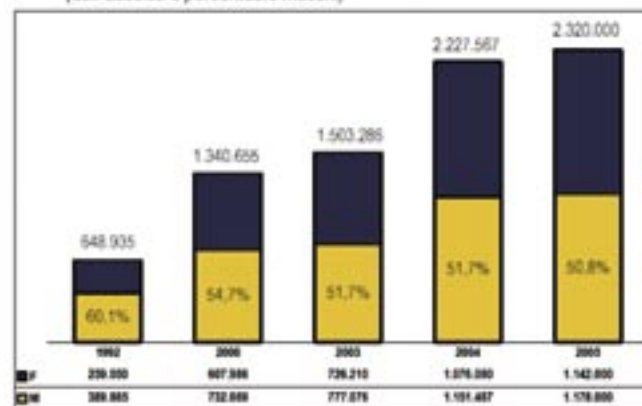
## STRANIERI REGOLARMENTE PRESENTI IN ITALIA AL 1 GENNAIO 2006



Elaborazioni Istituto S. Galliciano su dati del Ministero degli Interni

44

Fig. 1 - Permessi di soggiorno al 1° gennaio 1992, 2000, 2003, 2004 e 2005<sup>(\*)</sup>  
(dati assoluti e percentuale maschi)



Fonte: elaborazione Istat su dati del Ministero dell'Interno



45



The anxious looks on the faces of this Italian family are due to lost luggage. Chronic poverty led many Italians to seek a better life across the ocean.

46

47



48



Come eravamo...

Giovani donne sottoposte a visita medica a Ellis Island, primo novecento.



49




50

51



52

**Migranti e salute: aree critiche**



- Apparentemente non c'è più l'esclusione dai servizi sanitari
- Malattie da disagio
- Infortuni sul lavoro
- Elevata incidenza di TFG
- Alto numero di parti cesarei e basso peso alla nascita
- Calendario vaccinale non adeguato
- Alto tasso di TBC
- Alto tasso di HIV/AIDS
- Ridotto accesso alle campagne di diagnosi precoce e di prevenzione.

### Nati vivi da madri nate all'estero. Lazio (valori assoluti e percentuali 2000-2005)

Anno	Totale nati vivi	Nati vivi da madri nate all'estero
2000	48.379	6.942 (14,3)
2001	49.113	7.545 (15,4)
2002	49.260	8.202 (16,7)
2003	51.743	9.103 (17,6)
2004	52.806	9.753 (18,5)
2005	52.332	10.124 (19,3)

Fonte: Ministero dell'Interno

53

### NASCERE STRANIERI



- Mortalità neonatale:  
9.3 bambini morti nei primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi da madre straniera rispetto a 4.4 per 1.000 tra le italiane.

54

55

### Migranti e salute: aree critiche

• Negli ultimi 20 anni in Italia si è osservata una netta riduzione dell'IVG, per le donne italiane. Un altrettanto netto aumento nelle donne straniere.

- Nel 2001 sono state notificate 132.234 IVG, con un decremento del 2,1% rispetto al 2000; (per le italiane da sole il decremento è stato del 5,0%). Di queste, 25.094 sono state effettuate da donne straniere 19,1%



56

### IVG praticate da donne con cittadinanza straniera

1995	8.967
1996	10.131 (7,4%)
1997	11.978
1998	13.826
1999	18.806
2000	21.201 (15,9%)
2003	31.836 (26%)

## IVG praticate da donne con cittadinanza straniera

- In alcune Regioni, dove maggiore è la presenza di immigrati, la percentuale risulta più alta:
- Veneto 38%
- Lombardia 37%
- Emilia Romagna 34%
- Piemonte 33%
- Lazio 31%



57

58

59

60





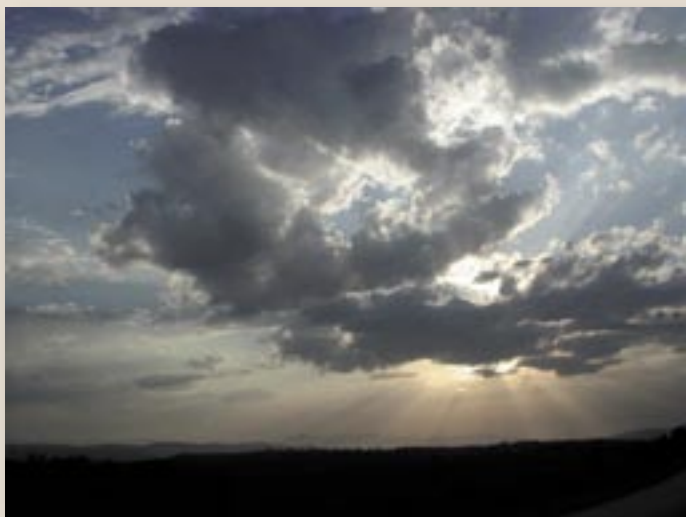


61



62

63



64





65



66

67



68





69



70



71



72



73



74



75



76



77



78

79

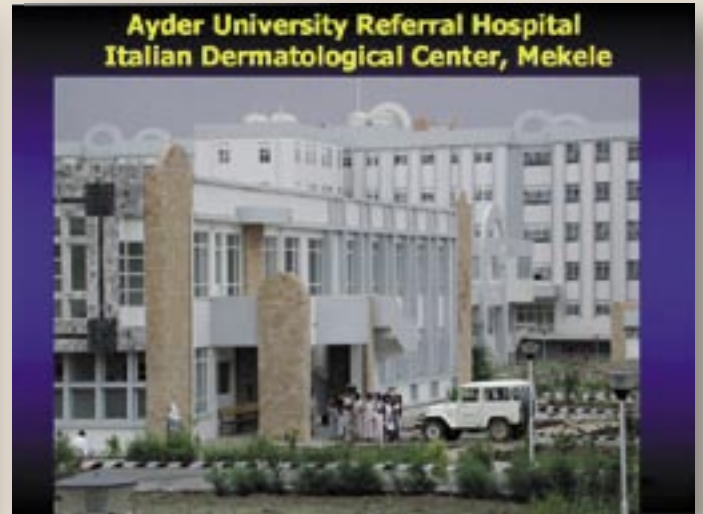


80





81



82

83



84





85



86

87



88





89



90



91



92





93



94

95

## COSA ABBIAMO IMPARATO?

- Accogliere persone e poi curare malattie
- Persone malate non utenti o pazienti
- Rispetto reciproco
- Il senso della vita
- Abbiamo un passato comune
- Abbiamo un futuro comune

96

## Donne migranti e salute: la salute è un diritto universale?

Gli immigrati, in particolare le donne, ci hanno "costretto" a guardare oltre "il nostro giardino", ai Paesi dai quali sono costretti a venir via. Ci aiutano a "scoprire" i "nostri" esclusi.

A reinventare modelli di intervento sanitario

1. di facile accesso,
2. efficaci in termini di costo-beneficio,
3. capaci di accogliere e di prendersi cura.

Gli immigrati ci sfidano sul piano del sistema sanità: deve essere nazionale, universale, solidale e pubblico.

La salute non è l'equivalente delle prestazioni sanitarie erogate ed acquistate dai cittadini.



97



98

99

***"It is my aspiration that health will finally be seen not as a blessing to be wished for, but as a human right to be fought for."***



United Nations Secretary General,  
Kofi Annan

100

**Grazie per l'attenzione...**







**Tavola rotonda**

Quali interventi possibili?

# Introduzione

S A B R I N A S M E R R I E R I

Giornalista

Ringraziando ancora tutti voi per essere qui, diamo inizio alla seconda parte di questa giornata promossa dalla SIGO.

Un'occasione preziosa per affrontare un tema che, come abbiamo sentito dagli interventi molto interessanti che si sono susseguiti in mattinata, richiede un approccio multi disciplinare ed integrato. Per questo motivo andremo ora ad ascoltare esperti provenienti da diverse formazioni: ginecologi, psichiatri, psicologi, Associazioni di donne, medici di famiglia e Istituzioni.

Dopo gli interventi lasceremo spazio alle domande ed ai commenti dei presenti: in sala abbiamo oggi un pubblico eterogeneo composto non solo da ginecologi ma anche da psicologi, mediatori culturali, infermiere, donne sensibili al problema, giornalisti.

Tutti insieme cercheremo quindi di individuare possibili approcci per affrontare il problema e tentare di proporre soluzioni che attingano alle professionalità e specificità di ciascuno e permettano di valorizzare e utilizzare al meglio le risorse già presenti nel nostro sistema sanitario.

È infatti fondamentale non solo far emergere il problema e creare maggiore sensibilità fra medici e cittadini, ma anche proporre possibili risposte. In questa fase ci addentriamo quindi ancor più nel vivo della Campagna “Non lasciamole sole”: passare dall’analisi della situazione, ben illustrata dai risultati del sondaggio e dalle relazioni già presentate, al momento delle proposte concrete. Nessuno ha la soluzione, il valore aggiunto di occasioni come questa è proprio riuscire, dal confronto, ad individuare una strada possibile.

# La depressione post partum nella formazione del ginecologo

ROBERTO RUSSO

Presidente Società Italiana  
di Psicoprofilassi Ostetrica

Intorno agli anni '60 nella clinica ostetrica della Sapienza di Roma, ove avvenivano circa 5.000 parti ogni anno, gli assistenti erano deputati solamente ad accompagnare il parto essendo i compiti della ginecologia molto ristretti. Nello specifico contesto la stretta collaborazione fra ostetriche e ginecologi si concretizzava in un lavoro di équipe. Questa formazione sul campo ci rendeva competenti e professionalmente adeguati alla assistenza al parto, ma poco o nulla preparati ad affrontare, e ben che meno a prevenire, le componenti a rischio psicologico, dal che si può dedurre che ci sia ancora molta strada da percorrere in questo senso. A proposito della possibilità di individuare le donne in gravidanza a rischio depressivo il prof. Ammaniti in un suo studio sulla formazione della identità materna distingue fra madri integrate, ristrette e ambivalenti. Sintetizzando: le integrate sono quelle che decidono la gravidanza, gioiscono e vivono questo periodo insieme alla famiglia e al proprio partner. Le ristrette, sono le madri che pensano molto alla vita sociale, al loro lavoro, che non vogliono credere che la gravidanza possa essere un ostacolo per continuare le loro abitudini e la loro carriera. Le ambivalenti, infine, sono quelle che vogliono diventare madri ma si caricano di aspettative negative. Come si è visto – continua Ammaniti –, le diversità psicologiche di ogni donna rispecchiano la storia personale che ognuna di loro ha vissuto durante l'infanzia e l'adolescenza, così come le loro esperienze di vita e le loro relazioni affettive incidono in modo significativo durante la gravidanza. Questo ci dà un'idea della complessità della lettura ed interpretazione delle manifestazioni in gravidanza e

con quanta cautela e competenza bisogna relazionarsi. Oltre alla gravidanza è il puerperio il momento essenziale per riuscire a capire la presenza della depressione e l'eventuale gravità. Il problema attualmente è poco curato, la donna che partorisce in modo spontaneo viene dimessa dopo tre giorni, con il cesareo dopo quattro e viene consigliato, salvo eccezioni, un controllo dopo quaranta giorni dal parto. Essendo questo il periodo a più alto rischio depressivo, sarebbe necessaria una maggiore e più accurata assistenza che oggi, salvo rare eccezioni, è assente; è quindi necessario sensibilizzare le strutture sanitarie e gli organismi adibiti alla salute ad occuparsi concretamente di questa fase a rischio che è già ben evidenziata.

Ma come possiamo agire sul fronte della formazione oggi? La psico-profilassi al parto, oggi accompagnamento alla nascita, offre in questa direzione un importante contributo non solo nella preparazione delle gestanti, ma anche nelle competenze pluridisciplinari del personale a questo preposto che durante il periodo della gravidanza, il parto, il puerperio e l'allattamento, informa e sostiene la coppia genitoriale nelle modifiche psicofisiche che accompagnano questo percorso, fornendo adeguate indicazioni di comportamento. Questo è un contributo nella direzione del benessere del nuovo nucleo familiare dove ginecologi, ostetriche, pediatri, psicologi insieme ai medici di medicina generale lavorano con gli obiettivi di prevenzione e individuazione delle persone a rischio, ed in questo momento, in particolare, a rischio depressivo. Sul tema della depressione la formazione dei ginecologi deve

essere arricchita da una formazione ad indirizzo psicologico che gli permetta di raccogliere una anamnesi, che tenga conto di questi fattori, una maggiore sensibilità al problema, sembra essere sostenuta in conseguenza del fatto che le ginecologhe sono sempre più numerose, le specializzande in ginecologia e ostetricia, rappresentano circa l'80% del totale, questo fa sperare in una facilitata empatia di genere.

Oggi siamo molto legati alla tecnologia ostetrica ed ad una crescente medicalizzazione del parto, che devono integrarsi con la capacità di un ascolto empatico che permetta una visione olistica della gestante. Guardando le esperienze recenti, si è molto parlato, ed ha riscosso grande successo,

l'iniziativa "Ospedale amico del bambino".

Uno degli obiettivi dell'iniziativa, è stato promuovere l'allattamento al seno che è un sostegno alla coppia madre e figlio. Obiettivo raggiunto grazie alla formazione specifica coadiuvata dai mezzi di informazione che sono riusciti a trasmettere il messaggio all'opinione pubblica.

Oggi possiamo pensare ad un progetto integrato territorio-centro nascita che preveda un "Ospedale amico della mamma", per affrontare in modo sistematico e globale l'immenso e complesso universo della maternità, in un contesto sociale sempre più difficile da comprendere e da affrontare.

# L'ostetricia: medicina della persona, unità dell'assistenza alla nascita, dalla visita preconcezionale alla fine del puerperio

ROMANO FORLEO

Primario Emerito Fatebenefratelli Isola  
Tiberina Roma, Docente di psicomatematica  
Ostetrica e Ginecologia Scuola di  
Specializzazione Tor Vergata

Per affrontare il problema della depressione post partum, ritengo indispensabile una “conversione” del ginecologo, cercando di trasformarci da medici di organi ed apparati in medici della persona.

Questa vera e propria rivoluzione è in parte già iniziata: i ginecologi, anzi, le ginecologhe, (perché non ci sono più ginecologi maschi nelle scuole di specializzazione), hanno compreso che non vi sono solo gli elementi tecnici alla base della professione, e stanno sempre più approfondendo anche gli aspetti intrapsichici e relazionali della donna che si rivolge loro. Non sono poche le ginecologhe che stanno iniziando anche a studiare psicoterapia, a integrazione del proprio curriculum. Altra osservazione a mio avviso importante è la maggiore coscienza critica della coppia in attesa: ritengo essenziale infatti il protagonismo della coppia. In base alla lunga esperienza universitaria, prima a Firenze poi a Roma, e alla direzione del più grande Centro Nascite del Centro Italia, da me creato nel 1974 nell'antico Ospedale Fatebenefratelli sull'Isola Tiberina, ritengo che l'assistenza alla nascita sia ancor oggi la parte più impegnativa ed anche forse la più difficile della professione del/della ginecologo/a.

Perché però la coppia possa realmente essere protagonista della nascita del proprio figlio occorre che l'Ospedale fornisca delle “lezioni” alle gestanti ed ai futuri papà, che comprendano anche i problemi delle turbe dell'umore, delle difficoltà del legame all'interno della triade, non limitandosi solo ad offrire esami di laboratorio, ecografie e visite mediche ad alto livello.

Per quanto riguarda gli incontri sulla depressione post partum, inizialmente, avevamo affidato il tema a psichiatri,

e la cosa non funzionava del tutto, perché questi colleghi non sempre riuscivano a cogliere la differenza fra maternità blues e depressione, fra questi due fenomeni del tutto diversi anche nella genesi, essendo il primo un fatto essenzialmente biologico dovuto all'improvviso venire meno degli ormoni placentari. Oggi invece è una ginecologa che tiene queste incontri e spiega alla coppia cosa potrà succedere, in modo che sia preparata, e nello stesso tempo richiama il ginecologo a non limitarsi alla visita post-partum e a controllare la lochiazione e la correttezza della genialità, ma stabilire un colloquio atto a verificare il tono dell'umore della puerpera. Stiamo poi lavorando per dotare il ginecologo di mezzi semplici perché riesca ad individuare durante la gravidanza, le persone a maggior rischio di una futura depressione. Negli Stati Uniti ci si sta muovendo molto su questo fronte. Esiste un'inchiesta simile a quella condotta dalla SIGO, che ha coinvolto i ginecologi americani (“*Are you screening for depression during your practice?*”) che ha già prodotto risultati interessanti: molti colleghi statunitensi, non solo arrivano alla diagnosi di una depressione ai cenni iniziali ma adottano anche i primi trattamenti, anche perché è molto difficile indirizzare in questa fase le donne dallo psichiatra. Si tratta quindi di una procedura complessa, ma non c'è dubbio sul fatto che si debba partire.

La psicoterapia è fondamentale, ma rappresenta già un passo successivo: si tratta di spiegare in modo semplice il problema e di discuterlo nel proprio rapporto medico-gestante, e non solo nei corsi di preparazione al parto. Il /la ginecologo/a, infatti, oggi deve seguire la coppia dalla visita preconcezionale ai sei mesi dopo la nascita e deve quindi anche affrontare temi che



aiutino nel difficile settore della genitorialità e della vita di coppia.

Il nostro Paese sconta un grave problema, quello dell'aver rotto l'unità della assistenza alla nascita. Io stesso mi impegnai molto nel 1974 per la legge di costituzione dei consultori, che però hanno condotto a quel fenomeno del tutto italiano che è la gravidanza seguita da uno staff o da un medico durante la fase pre-parto, da un altro gruppo negli ospedali durante travaglio e parto e da altri ancora nel post partum, con impostazioni di assistenza anche molto diverse l'una dall'altra. E' fondamentale quindi che si riporti l'assistenza affidata ad una sola équipe, legata dalle stesse linee guida dalla visita preconcezionale ai sei mesi dopo il parto.

È indispensabile inoltre, da parte dei ginecologi, la modestia nel comprendere che su questo problema c'è molto da imparare e la necessità di coinvolgere anche altre figure, come le psicologhe e le stesse ostetriche, chiamate a incontrare le gestanti in specifici corsi su cui noi abbiamo investito molto. Siamo arrivati al 21° anno della Scuola annuale per conduttrici di corsi di psicoprofilassi al parto per ostetriche e psicologhe, per formare le persone che poi andranno a

condurre i corsi rivolti alle donne. Oltre ad una serie di lezioni settimanali le psicologhe hanno l'obbligo di assistere in ospedale almeno a 40 parti. Oggi porto avanti lo stesso schema anche nelle Cliniche Accreditate Città di Roma ed Aurelia Hospital, con personale preparato nella nostra scuola. Il discorso è lungo, anche perché abbiamo elaborato una ricerca per lo screening delle pazienti a rischio di depressione, i cui risultati saranno esposti al congresso SIGO di Torino, ma qui desidero far presente perché vorrei che altri centri nascita adottassero gli stessi protocolli di ricerca in modo da avere dati comparabili su un numero più ampio di gestanti: ad oggi abbiamo seguito durante la gravidanza e per un anno dopo il parto trecento donne.

Diciamo fin da ora che la nostra équipe, che fa capo alla dott.ssa Anna Rita Grimaldi, psicologa, e alla dott.ssa Anna Paola Cavalieri, ginecologa, dottorande in ricerca di neuropsicoendocrinologia della riproduzione e sessualità, è ben lieta di mettere a disposizione di altri Centri Nascita i protocolli da noi adottati e tutte le informazioni necessarie per impiantare la ricerca. Per informazioni è possibile scrivere a questo indirizzo: [rcforleo@mclink.it](mailto:rcforleo@mclink.it).

# La maternità oggi: momento di transizione

V I V I A N A G A R B A G N O L I

Presidente dell'associazione  
"la Casa Rosa", Milano

L'apertura del giornale, gesto abituale del mattino mentre prendiamo il caffè, porta quasi ogni giorno alla nostra attenzione il problema della maternità. Madri che non diventano tali se non in tarda età, tasso tra i più bassi d'Europa sulla natalità, madri aggressive verso i loro piccoli e, talvolta, persino matricide.

In America è uscito da poco un libro (*Perfect Madness*, di Judith Warner) sulla condizione della donna come madre nel quale è usato il termine "mess" che non è esattamente senso di colpa o stress, ma qualcosa di più e di diverso: "mess" è sostanzialmente un gran pasticcio, un caos, un perenne stato di ansia e di frustrazione alimentato dalla paura di sbagliare.

A questo proposito Silvia Vegetti Finzi ricorda la grande diversità che esiste tra il bambino sognato e il bambino reale, e quanta idealizzazione destinata a restare frustrata e, a sua volta a frustrare sia nata in questi anni intorno alla maternità. Marina Piazza, sociologa, esperta di politiche di genere, ci dice che in questa società si apprezzano le competenze femminili, ma si pretendono comportamenti maschili. Dunque, la società attuale sembra richiedere un disconoscimento materno condivisibile dai più.

Maternità e ambiente, maternità sociale, questi i nuovi temi su cui gli esperti lavorano. Ma come mai ne discutono tanto gli esperti e così poco le donne giovani, le dirette interessate? Che ne è stato del movimento delle donne?

Le giovani donne sembrano soffrire di un'ansia perenne, sempre di corsa a rincorrere un lavoro temporaneo, un master nuovo, una posizione più prestigiosa, a passare dall'uno all'altro. E nonostante questa grande corsa, questo tentativo di

assimilare sempre di più i comportamenti e le tecniche maschili "di competizione", non riescono a raggiungere ruoli e livelli veramente importanti e di rilievo: è come se fossero sempre le eterne seconde di un podio la cui posizione di vertice è naturalmente destinata a un altro.

Frustrazione, aggressività, senso di impotenza, questo è quanto raccontano le giovani trentenni di oggi, le quali con il loro desiderio, assolutamente condivisibile, di volere essere apprezzate per le loro competenze, hanno finito per dimenticare le loro capacità di "rappresentarsi", di chiedere alla società che fa finta di ascoltarle e di ottenere da essa risposte adeguate ai loro bisogni.

Mancano, nel nostro paese le strutture primarie idonee ad aiutare queste giovani donne a non sentirsi tanto sole. La recente indagine presentata alla Commissione Igiene e Sanità del Senato dalla relatrice Margherita Baio Dossi dà conto di come in Italia non si sia fatto quasi più niente, negli ultimi quindici anni, per aiutare le donne che lavorano. Mancano i nidi, mancano gli asili, mancano i luoghi di cura per affrontare questo nuovo stato sociale di solitudine delle giovani donne. Ma il welfare, la sicurezza economica, i sostegni sociali, sebbene necessari, non sono sufficienti. Occorre un cambiamento culturale più profondo. È necessario ritornare a pensare che fare un figlio non è poi un avvenimento traumatico così profondo. Per fare questo bisogna che si ritorni ad una cultura del simbolo e del desiderio, ad un mondo in cui la cura dell'altro ridiventi uno dei punti centrali della prevenzione, al benessere sociale, in cui l'essere donne, e quindi potenzialmente anche madri, non sia un fastidio, ma una potenzialità.

Non possono esserci attese, e non possono esserci speranze se non nel contesto del tempo e quello che sembra mancare oggi è proprio la conoscenza del “tempo”, di un “tempo interiore”. Tempo dell’attesa e della speranza, ma anche della noia e della malinconia. Perché la concezione del tempo rende possibile riconsiderare la questione nell’orizzonte di alcune emozioni, senza le quali non è possibile intravedere il cammino frastagliato della vita.

Appare oggi decisivo rivedere, rivalutare, cambiare, riordinare l’assetto mentale non solo di chi chiede aiuto ma anche di chi l’aiuto è chiamato a darlo (medici, ostetriche, infermieri, psicologhe). Ritornare a guardare per capire, osservare per modificare, senza ancorarsi al ricordo di modalità terapeutiche e di modelli che hanno potuto funzionare in un particolare contesto sociale che appartiene al passato.

Occorre ritornare ai temi dell’incertezza e della speranza, del desiderio e della scoperta, della capacità di sopportare un nuovo che può anche destabilizzare. Ritornare ad osservare il silenzio del corpo che parla, della parola che non ha suono, del tempo interiore che è così diverso in chi è curato dal tempo di chi cura.

La depressione delle donne nel *post partum* sembra così legata non solo ad un avvenimento fisiologico ma anche ad un elemento psichico che si intreccia sempre più con elementi sociali, rendendo la cura più difficile e meno canalizzabile in categorie nosologiche, perché le consuete categorie non avevano previsto l’esperienza del *silenzio sociale*.

Questa espressione, che potrà apparire assai strana, nasce da lunghi colloqui con le donne, con donne colte, istruite, con buone posizioni sociali, apparentemente “riuscite”, contraddistinte da quel modo di fare così rapido, rigido, incline al giudizio, aggressivo che la società in questi anni ha loro imposto per poterne fare parte. Un silenzio sociale che si è preso gioco di un mondo interno che chiede, in un

frastuono di rumori che arrivano da tutte le parti, di potere stare in ascolto. Ma fuori dal mondo interno tutto corre così velocemente da non lasciare spazio al pensiero.

Per le generazioni passate, divenire madri era un passaggio naturale, quasi obbligato: un passaggio che chiedeva al mondo rispetto, ed era circondato da una certa sacralità.

Penso al rito dell’ostetrica che arrivava a casa, delle bacinelle d’acqua calda, dei panni tenuti puliti e ordinati per l’evento, delle donne chiamate a raccolta intorno alla partoriente: la donna che stava per dare alla “luce” un piccolo viveva il rapporto con le altre donne in un clima di fiducia e di abbandono.

Penso al termine dare alla “luce”, che voleva significare e consegnare qualcosa di prezioso perché solo la luce fa crescere e dà la possibilità di trasformare il mondo intorno a noi.

Penso ancora ai quaranta giorni dopo il parto e alla loro ritualità: dal brodo caldo che le era riservato anche nelle famiglie più povere, al rispetto che veniva imposto al marito di avere per la sua donna, rispetto allora molto spesso disatteso nella quotidianità.

Era, dunque, una questione di tempo. Oggi, le strutture sanitarie di regola procedono alla dimissione della puerpera in terza giornata. Costei non ha ancora avuto il tempo per capire cosa è accaduto al suo corpo, che si trova già fuori, buttata nel brusio della vita, circondata da persone felici per lei, sorridenti ma veloci nei loro sorrisi, nel darle suggerimenti e prescrizioni. Ho osservato a lungo le dimissioni ospedaliere; le donne poi me ne hanno raccontate tante. Nel vortice dell’efficienza standardizzata e nel mito delle economie di gestione, siamo divenuti molto bravi nel dare prescrizioni precise, cambi di pannolini, ore della poppata, sonno, veglia, cibo, visita di controllo del piccolo dopo una settimana e così via. Ma spesso si dimentica o si trascura di fermarsi ad osservare cosa accade nel caso specifico a quella donna con il suo bambino:

una firma e buongiorno, adesso lei vada pure, è tutto fatto. Tutto effettivamente è stato fatto, con efficienza, esperienza e scrupolo medico, con la speditezza necessaria e talvolta con la fretta che richiede la nostra società anche a chi deve partorire, dimentica del tempo.

Queste donne usciranno e cercheranno, perché non abituate a pensare al tempo interiore, di fare tutto in modo perfetto, di non disobbedire nemmeno ad una delle più minute regole insegnate tanto scrupolosamente nei corsi pre-parto, di allattare come loro insegnato, di cambiare, lavare e riordinare, di sorridere ed essere efficienti, di non lasciarsi trasportare dal tempo. Ma il tempo arriva inesorabile, e le ferma, le blocca. Allora tutto d'improvviso cambia: un'ora di tempo può diventare un'eternità, oppure essere breve e tumultuosa, angosciata o vuota, in connessione diretta con lo stato d'animo e le diverse emozioni che improvvisamente riflettono la percezione della vita che ognuna porta con sé.

Come possiamo riflettere sulla depressione se non proviamo a pensare al nostro tempo, alla sua dimensione soggettiva? Quando dilaga una depressione radicale la psichiatria insegna che il presente è risucchiato costantemente dal passato, che cresce tumultuoso come un fiume in piena; il futuro si sbriciola di fronte a tanto affluire e si dissolve.

Sant'Agostino, le cui riflessioni sulla dimensione del tempo e sulla dimensione soggettiva del tempo sono ancora oggi attuali, così scriveva: *“Cos'è dunque il tempo? Se nessuno mi interroga, lo so; se volessi spiegarlo a chi mi interroga non lo so: questo però posso dire con fiducia di sapere: senza nulla che passi, non esisterebbe un tempo passato; senza nulla che venga, non esisterebbe un tempo futuro, senza nulla che esista, non esisterebbe un tempo presente”* (undicesimo libro delle Confessioni).

Dunque il tempo delle illusioni, delle utopie, delle certezze, delle possibilità e delle impossibilità, dei sogni dolorosi fa parte del nostro mondo interiore; di contro, il tempo dell'orologio,

della velocità, dell'efficienza, della quotidiana ansietà, fa parte del mondo esterno che non tollera di fermarsi e di ascoltare per cercare di comprendere. È come se si vivesse costantemente immersi in un mondo caratterizzato da un'effimera e falsa presenza di efficienza quotidiana.

Così racconta Antonia: *“È come se fossi sprofondata in un non tempo. Il tempo non trascorre più. Guardo in continuazione l'orologio e le lancette sembrano immobili davanti a me, a me che non avevo mai tempo, che ero sempre alla ricerca di un tempo. Adesso non c'è differenza tra la mattina e la sera, il mondo è cambiato, le persone sono cambiate davanti a me, i loro volti. Mi sembra di non avere sensazioni mi sento come anestetizzata”*.

E poi Anna: *“Le ore non passano più. Ieri ho portato il piccolo alla visita di controllo, sorridevano tutti e mi facevano i complimenti per il mio bel bambino, ma nessuno mi ha chiesto niente. Mentre ero lì, il tempo che ho passato mi è sembrato tutto uguale. Io non vedo il mio bambino che cresce, mi sembra sempre uguale. Ora tutto è uguale. Il tempo non va avanti, ma tutti mi dicevano che lui era cresciuto e rapidamente (era nato sottopeso) ma io non riesco a stare dietro al tempo ...”*.

In queste donne, spesso, si sente che vivono l'accudimento del bambino da un lato come se fosse un lavoro sfinente e dall'altro come se fossero costantemente inadeguate ed incapaci. L'esame dei loro racconti consente di individuare forti spinte aggressive inconsce nei confronti del piccolo, che è arrivato a sconvolgere una routine di vita. Molte di loro dicono di sentirsi come in gabbia, e prendono le distanze affettive da questo piccolo, come difesa e blocco inibitorio; ogni affetto è bloccato, compresa l'aggressività, e il bambino diventa un estraneo. L'impossibilità di immedesimazione fa sì che non si sviluppi quella capacità empatica che permette alla madre di comprendere i bisogni del piccolo.

Le ipotesi che si vanno formulando fanno costantemente ritornare all'idea di una madre che già durante la fase della

gravidanza abbia negato il trasformarsi del suo corpo, abbia continuato a fare le cose di sempre, senza modificare il suo stile di vita fino al parto; oppure di una madre che durante la gravidanza abbia enfatizzato qualsiasi piccolo cambiamento anche fisico: in ogni modo all'idea di donne che non abbiano mai preso coscienza del loro corpo, del loro tempo interno, delle trasformazioni come ricerca di vita.

La situazione di queste donne ha profonde radici nei processi consci e inconsci che accompagnano la gravidanza ed il parto. Il puerperio è un momento di elaborazione del lutto: se per vari motivi questo non avviene, se la perdita del bambino ideale non è soppiantata dall'attaccamento al bambino reale, i toni depressivi dell'umore si potranno cronicizzare in stati sempre più depressivi.

Non appare facile rispondere alla domanda su cosa fare di fronte a una situazione di depressione *post partum* che vede oggi coinvolti più elementi che la caratterizzano. È probabile che la difficoltà stia nel dovere ritornare ad occuparci della maternità non solo come uno stato sociale a cui ridare importanza e rilevanza, ma anche tenendo conto in modo scientifico di tutti gli aspetti inediti che sono entrati nella vita delle donne e che hanno determinato negli anni un pensiero nuovo rispetto alla maternità stessa.

Cosa fare di fronte ad una società che ha aperto le porte al lavoro femminile spingendo però le donne verso un ruolo sempre più maschile e quindi allontanandole dal normale desiderio di maternità?

Forse possiamo provare a lavorare dando uno spazio e una dimensione diversa al tempo che precede il parto.

Possiamo provare a ristrutturare il nostro lavoro ed inserire da subito l'idea dell'aiuto, dell'incontro con il partner e della sua importanza prima e dopo il parto.

Possiamo provare a togliere quell'aurea di super efficienza che caratterizza la modalità del lavoro attuale degli operatori per costruire una relazione basata di più sulla confidenza e sulla fiducia.

Possiamo provare a rallentare i tempi.

Se nel nostro cammino di accompagnamento delle donne al parto riuscissimo a fare percepire l'importanza della scoperta di un tempo interiore che coincide con la crescita del piccolo dentro di sé, al fine di poterle accompagnare verso una visione meno angosciante di un tempo che cambierà d'improvviso la loro vita, talvolta travolgendole, allora con buone probabilità avremmo avviato un buon percorso di aiuto per il superamento della depressione *post partum*.

Molti definiscono la depressione *post partum* una malattia biopsicosociale, nel senso che accomuna in sé aspetti biochimici, aspetti psicologici e aspetti sociali. È questa natura così ibrida, questo intreccio così complesso che fa tanto discutere e induce a cercare nuove strade per un efficace lavoro sulla depressione.

Il tema del tempo e della sua definizione in termini scientifici – quando diventa il tempo che uccide qualsiasi speranza, quando è un tempo interiore mai o poco analizzato che ha fatto fare scelte sempre di corsa, quando ancora è un tempo sociale diventato usanza (i figli si fanno solo dopo avere fatto “carriera”) – mi è sembrato un tema interessante da proporvi come invito alla discussione e alla riflessione.

# Il ruolo di sentinella del Medico di Famiglia

RAFFAELLA MICIELI

Segretario Nazionale  
Società Italiana Medicina Generale

Nonostante il titolo della mia relazione sia *Il ruolo di sentinella del Medico di Famiglia*, dalle relazioni che mi hanno preceduto emerge un quadro sconcertante e, purtroppo, noto: il medico di medicina generale sembra non esistere. È un dato di fatto, nel percorso assistenziale della nascita il medico di famiglia non viene considerato se non per sbrigare qualche pratica o accelerare i tempi degli accertamenti. Questo non è il ruolo del medico di medicina generale, come i nostri pazienti sanno bene. Quindi nella mia relazione vorrei parlarvi di quello che fa il medico di medicina generale, e di quello che potrebbe fare. La risposta dei ginecologi al questionario fa emergere una certa incertezza sul ruolo del MMG. Il dato rispecchia questo sentire comune, che sconta una mancata conoscenza di come lavora il medico di famiglia. Invito spesso i miei colleghi ospedalieri a visitare il mio ambulatorio, così come io sono stata in ospedale, ho vissuto e lavorato in ospedale. Tutti i medici infatti devono avere una formazione ospedaliera e lo trovo molto corretto. Ritengo però altrettanto necessario per un medico specialista un contatto più diretto con il territorio. Mi associo alla dottoressa Garbagnoli sull'interesse alla medicina di genere, che noi abbiamo stimolato anche all'interno della nostra associazione scientifica, la Società Italiana di Medicina Generale. In particolare, disponiamo di un database che si chiama Health Search dal quale siamo in grado di estrapolare informazioni molto preziose, raccolte da tutti i nostri iscritti. Da qui emerge che le donne sono più malate degli uomini, soprattutto in psichiatria, e questa è nozione comune per chi si occupa di medicina di genere. Le donne frequentano di più gli ambulatori e, nel caso dei

problemi di tipo psichiatrico, assumono più del doppio dei farmaci rispetto ai maschi. I più diffusi sono i disturbi d'ansia, dell'umore e la depressione.

Nel percorso della gravidanza e del puerperio esistono molti momenti critici in cui il medico di famiglia può giocare un ruolo importante: in particolare, noi possiamo, se adeguatamente preparati, "prevedere" gli episodi più gravi perché conosciamo le donne da prima che entrino in gravidanza, le vediamo dopo e quindi abbiamo modo di seguirle con continuità.

È evidente che anche il medico di medicina generale deve affinare la sua sensibilità, perché oggi ha poca attenzione al problema della patologia di tipo psichiatrico in gravidanza e puerperio, sia che si tratti di maternity blues che di depressione post partum, perché la conosce poco e manca una formazione specifica che permetta di non sottovalutare i sintomi. Sottolineerei tre momenti: il primo è precedente alla gravidanza. Infatti abbiamo dalla nostra un grande vantaggio: conosciamo queste donne prima della gravidanza. Molte donne per gran parte della vita "dimenticano" che possono fare figli e cominciano a pensarci intorno ai 35-38 anni, con un partner che magari ne ha 42-45. Questo è un primo elemento da valutare: "Hanno cercato una gravidanza? L'hanno voluta? L'hanno desiderata spasmodicamente e sono già in ansia perché il figlio non arriva? Non l'hanno cercata per niente perché ne avevano già timore? L'hanno rifiutata e cioè hanno fatto un'IVG perché nel momento in cui erano gravide non hanno potuto/voluto tenere un bambino? Hanno allontanato nel tempo questa possibilità, e per quale motivo questo è accaduto?".

Già una prima risposta a queste domande può aiutarci a capire la psicologia di questa persona e che tipo di reazione potrà sviluppare con il bambino. Un altro elemento importante, che il medico di famiglia conosce e può valutare, è il rapporto con il partner e con la famiglia. Un fattore molto rilevante nel post partum, ma anche nella decisione rispetto alla gravidanza. Non va infatti trascurata l'importanza che può avere la famiglia nello stimolo ad avere figli presto o, al contrario, a non averne per niente e quanto questo può influire nell'accettazione del bambino.

Il secondo momento è durante la gravidanza: soprattutto nei primi mesi ci sono donne che vivono in maniera drammatica e problematica la nuova condizione: posso muovermi andare in bicicletta?, posso mangiare e cosa mangio? Non parliamo poi della sfera sessuale. Avere rapporti farà male al bambino? Insomma, fin dall'inizio della gravidanza, vi sono donne che sviluppano una serie di patemi e paure che possono accendere un campanello d'allarme.

A questo si può sommare un'eccessiva medicalizzazione della gravidanza, come ad esempio la volontà di sottoporsi ad amniocentesi anche in donne giovani, controlli ripetuti, una visita al mese, esami non necessari, un'ansia eccessiva per la salute del bambino che verrà. Nessuno può assolutamente certificare che un bambino nascerà sano, anche sottoponendosi a tutti i controlli possibili, quindi è chiaro che chi sviluppa un atteggiamento di questo tipo difficilmente riuscirà a farsi rassicurare e si appresterà a una gravidanza difficile.

Il terzo momento è dopo il parto perché può accadere che la donna sia assolutamente sola. La mamma sta a casa col bambino, che spesso piange e non sa perché, gli controlla la fontanella perché le pare che si deprima solo perché l'ultima poppata non è stata abbondante, il partner di solito non è presente perché deve lavorare, e i nonni molto spesso non ci

sono, specialmente se la coppia ha cambiato città. Se la donna precedentemente lavorava, improvvisamente si trova in una nuova condizione, in una solitudine in cui non deve fare nulla, in cui non serve a nessuno se non a questo esserino che la succhia in continuazione. Alcune donne poi si aspettano di sperimentare uno sconvolgimento emotivo, mentre spesso nei primi giorni non si prova assolutamente nulla. In questo momento iniziale le donne sono estremamente vulnerabili. A questa situazione poi talvolta si aggiunge il ruolo del partner, che carica la donna di nuove ansie, legate anche per lui alla nuova condizione di padre ed alla difficoltà di capire i bisogni del neonato. Questa prima fase di depressione di lieve entità, il *maternity blues*, può essere fisiologico e va bene quindi cercare di rassicurare la donna visto che nell'80% dei casi la situazione si risolve nel giro di una settimana, al massimo due. Diversa è la depressione post partum, che per essere identificata e misurata (con le apposite scale che sono state messe a punto) necessita una grande sensibilità e preparazione che non sono certa nemmeno i ginecologi attualmente possedano.

Vorrei però soffermarmi, vista anche la sede che ci ospita, sulle problematiche delle donne immigrate, una parte di popolazione che sta diventando sempre più rilevante: i miei dati, a partire dal 2000, indicano come il numero sia cresciuto del 20% in sei anni. Nella mia esperienza, la maggior parte delle problematiche che queste persone mi presentano in ambulatorio sono legate alla sfera sessuale, con l'aggravante che spesso le donne parlano per bocca del marito. La gravidanza è uno degli argomenti principali perché loro vogliono bambini, e li vogliono molto presto, se a 21 anni non sono ancora venuti spesso è già un dramma. Si presentano quindi problemi nuovi e diversi rispetto alle donne italiane: queste donne sono molto più giovani, generalmente sperimentano meno patologie nella gravidanza, ma hanno difficoltà a relazionarsi con l'esterno.

All'apparenza sono in genere contente della gravidanza ma è difficile valutare una possibile depressione perché con noi purtroppo non parlano. Indubbiamente vivono delle difficoltà perché non hanno le madri vicino, difficilmente hanno sorelle, possono contare solo sul partner che però lavora e spesso fa i turni. Come dicevo, non posso personalmente testimoniare situazioni depressive in queste donne, ma credo che bisognerà sorvegliarle con attenzione perché si tratta di una grossa fetta di popolazione che presenta situazioni problematiche anche nel vissuto quotidiano.

Mi auguro quindi che da oggi possa prendere il via un'intensa attività di sensibilizzazione e formazione su questo tema. L'invito che mi è stato rivolto dal professor Vittori è la testimonianza di un percorso di collaborazione che è già iniziato tra SIGO e SIMG, per cui ribadiamo la voglia di collaborare e affrontare insieme una patologia che è anche collegata alle problematiche di genere e ci coinvolge moltissimo.

## Il ruolo di sentinella del medico di famiglia

---

**Raffaella Michieli**  
Segretario Nazionale SIMG

DIAPPOSITIVA 1

2

### Differenze di genere in psichiatria

---

- **I disturbi d'ansia e dell'umore sono più frequenti**
- Nelle forme schizofreniche sono più frequenti i sintomi negativi (isolamento sociale)
- Nei disturbi bipolari ci sono cambiamenti d'umore più rapidi
- Maggior vulnerabilità all'alcol

- Antidepressivi
  - Donne 15%
  - Uomini 7%
- Ansiolitici
  - Donne 20%
  - Uomini 9%

Fonte HS



3

### Momenti critici

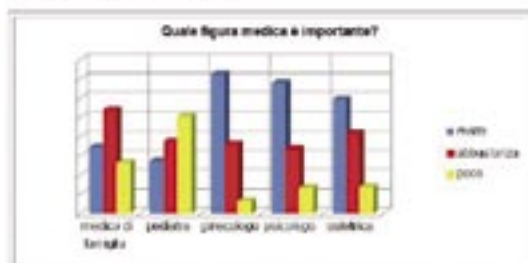
---

Patologici	Fisiologici
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Interventi chirurgici sull'apparato genitale femminile</li> <li>○ Sterilità</li> <li>○ Gestosi</li> <li>○ Aborti spontanei o provocati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gravidanza</li> <li>○ Puerperio</li> <li>○ Menopausa</li> </ul>



## Ma cosa fa il MMG?

8. Quale tra queste figure mediche ritiene possa svolgere un ruolo importante nell'identificazione di una possibile depressione post-partum?



## Ruolo del MMG



- Maggior attenzione alle donne a rischio
- Non sottovalutare
- Cogliere i sintomi iniziali
- Diagnosi precoce e tempestiva

4

5

6

## Prima della gravidanza

- **Conosce la donna nella sua vita prima della gravidanza**
  - L'ha cercata?
  - L'ha rifiutata?
  - L'ha allontanata nel tempo?
  - Che rapporto ha con il partner?
  - E con la famiglia?

## All'inizio della gravidanza

- **Vede le prime reazioni all'inizio della gravidanza**
  - **Ansia per se**
  - **Ansia per la salute del bambino**
  - **Paura (alimentazione, attività fisica, attività sessuale)**
  - **Eccesso di controlli**

7

## Subito dopo il parto

- È spesso sola
- Aiuto familiare (partner - nonni)
- Difficoltà nell'allattamento
- Difficoltà nella comprensione dei "segni" del bambino
- Mancanza del rapporto umano abituale (assenza dal lavoro)
- Richieste del partner

## Puerperio : Maternity blues



- 25% - 85% del parti
- Entro una settimana dal parto
- Facilità al pianto
- Astenia, irritabilità, cefalea,, difficoltà di concentrazione

8

9

## Maternity blues

- Dura circa una settimana = latenza di elaborazione



- Angoscia di separazione
- Incertezza sulle proprie capacità materne

## Terapia

- Rassicurazione
- Supporto
- Informazione



80%  
Guarigione



20%  
Depressione PP

11

## Depressione post partum

- 9% - 22%
- 50% dei casi sconosciuto
- Esordio nelle 4 sett dopo il parto (anche fino a 9 mesi?)
- Insorgenza lenta e insidiosa
- EPDS



## Depressione post partum

- Rischio di ricadute
- Effetto negativo sulla relazione di coppia
- Minor capacità di prendersi cura del neonato
- Effetti negativi sullo sviluppo ed il benessere del bambino
  - Disturbi nell'attaccamento
  - Disturbi del sonno
  - Problemi di alimentazione
  - Problemi di separazione

12

13

## Terapia

- Esclusione cause organiche
- Stessa terapia della depressione maggiore
- Inefficace la terapia ormonale(EP)
- Terapie non farmacologiche



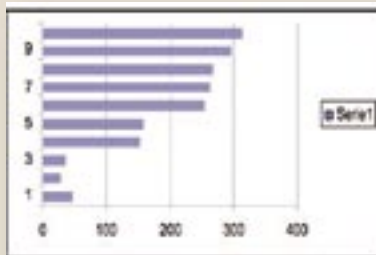
14

15

DOPO PIU' DI VENT'ANNI DI IMMIGRAZIONE I TERMINI DELLA SITUAZIONE APPAIONO PROFONDAMENTE MUTATI, LE MIGRAZIONI NON SONO FENOMENI DI BREVE DURATA MA SI # DI FRONTE A FLUSSI STABILI..

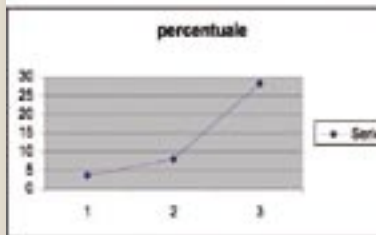
— CIO E' CONFERMATO DA DUE ELEMENTI: L'ACCRESCIUTO NUMERO DI DONNE IMMIGRATE PER RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE E L'ACCRESCIUTO NUMERO DI BAMBINI FIGLI DI IMMIGRATI CHE FREQUENTANO LE SCUOLE ITALIANE





### Numero di pazienti extracomunitari

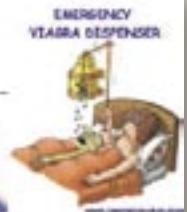
- Il numero è cresciuto del 20% in 6 anni
- E' cresciuto il numero delle donne
- Con la loro presenza sono cresciute le gravidanze e le patologie della sfera genitale femminile



16

### Problematiche particolari

- **Gravidanza**
- **Sessualità**
- **Infertilità**
- **Contracezione**
- **Disfunzione erettile**



17

### Immigrati

- Molte più gravidanze
- Molto più giovani
- Molto più contente
- Molte difficoltà:
  - Comunità chiusa
  - Senza le madri/sorelle
  - Che rapporto con il partner?



18

### Disturbi psichici in gravidanza

- ↑ ○ Sintomatologia ansioso - ansioso/depressiva
- ↓ ○ Sintomatologia psichiatrica maggiore
- ↑ ○ Disturbi fobici - ossessivo/compulsivi



19

## Puerperio : Maternity blues

---

- Fattori di rischio
- Familiarità x disturbi psichiatrici
- Sindrome premenstruale
- Primo parto
- Disturbi psichici del 3 trimestre
- Parto distocico
- Difficoltà di allattamento naturale

## Puerperio : Depressione puerperale

---

- Fattori di rischio
- Pregressi disturbi psichici
- Caratteristiche della personalità
- Disturbi psichici in gravidanza
- Maternity blues
- Conflitti coniugali
- Sdr premenstruale
- Conflittualità con i genitori
- Giovane età
- Stress sociali e psicologici
- Eventi traumatici recenti
- Morte del bambino

20

21

## Sintomi d'allarme

---

- Sintomi tipici
  - Umore depresso
  - Facilità al pianto
  - Labilità emotiva
  - Perdita di interesse
- Sintomi "comuni"
  - Disturbi del ritmo sonno-veglia
  - Disturbi dell'appetito
  - Disturbi della memoria
  - Irritabilità/affaticabilità
- Sintomi "nascosti" dalle donne

## Sentimenti delle donne

---

- Inadeguatezza
- Incapacità di prendersi cura del neonato
- Paura di perdere il controllo
- Paura di fargli del male
- Eccessiva preoccupazione per la salute del neonato

22

23

# Quando chiedere aiuto diventa necessario

ALESSANDRO GRISPINI

Psichiatra

Oggi abbiamo molto sottolineato l'importanza della capacità degli operatori, ai vari livelli, di saper riconoscere il disturbo mentre non abbiamo sufficientemente evidenziato un altro problema secondo me strategico: considerare i nostri interlocutori, le donne ma anche i familiari, come potenziali alleati per poter loro stessi riconoscere precocemente il disturbo. Se enfatizziamo solamente il ruolo dello specialista e degli operatori e non lavoriamo su un'adeguata cultura e sensibilizzazione della popolazione, ogni nostro compito diventa assai arduo. Inizierò con una breve ricapitolazione delle ragioni che fanno sì che la depressione post partum sia un rilevante problema di salute pubblica.

- a. Alta prevalenza (circa il 15% delle gravidanze).
- b. Potenziale gravità dei quadri clinici con rischi suicidari in una minoranza di casi e rischio di cronicizzazione.
- c. Alterazione precoce della relazione madre-neonato e alterazione dello sviluppo emozionale e cognitivo nella prole. In particolare, lo stile patologico di attaccamento, è uno dei motivi fondamentali per cui dobbiamo ricordarci che curando la donna e il sistema famiglia, stiamo svolgendo anche un lavoro preventivo nei confronti della prole. Che presenterà in molti casi, notevoli complicazioni nello sviluppo. Il nostro quindi è un intervento curativo ma anche preventivo.
- d. Aumento dell'*emotional burden* nella famiglia (cioè il sistema familiare va in una condizione di grande sofferenza). A parte la situazione clinica in cui è il padre ad andare incontro ad una depressione post partum, prendersi cura della sofferenza del contesto familiare, primaria (e quindi con possibile significato patogenetico) o secondaria, è un elemento decisivo per l'attuazione del progetto terapeutico.

e. Alti costi diretti e indiretti.

Quando parliamo di interventi, dobbiamo quindi innanzitutto conoscere il problema, individuare le situazioni di rischio, intervenire in fase precoce: questi sono gli obiettivi strategici per qualsiasi iniziativa da mettere in campo. Un ritardo diagnostico presenta infatti conseguenze molto importanti:

- un recupero inadeguato (la prognosi è meno favorevole quando interveniamo tardi);
- maggior numero di ricadute depressive nel corso degli anni;
- problemi sullo sviluppo psicologico e sociale nel bambino;
- compromissione del ruolo genitoriale;
- complicanze: abuso di sostanze, disabilità, rischio suicidario, maggior numero di ricoveri.

Qualsiasi intervento si vada a programmare, dobbiamo tenere a mente che il nostro primo problema è proprio evitare il ritardo diagnostico. Comunque lo si voglia vedere, il problema centrale è quello di attuare delle strategie preventive.

Esistono tre tipi di interventi preventivi: *generali*, *selettivi*, *indicati*.

Gli **interventi preventivi generali** non si focalizzano sulla malattia ma sulla salute (cioè il target sono persone che stanno bene, non quelle malate). Occorre, in altri termini realizzare strategie di promozione, come ad esempio sviluppare programmi di psicoeducazione per permettere alle persone di avere una maggiore competenza e maggiore fiducia alle proprie capacità, alle proprie risorse. Non dobbiamo dimenticare che la presenza di una condizione morbosa riduce la capacità di gestione del problema da parte della paziente. Il nostro lavoro

preventivo dovrebbe quindi aiutare le donne e i loro familiari ad imparare ad usare le proprie risorse: sapere di avere un problema, sapere quando chiedere aiuto, sapere a chi rivolgersi. E questa opera di sensibilizzazione deve interessare le persone quando stanno bene e non quando si ammalano. Non conoscere l'esistenza di un consultorio o di un centro di salute mentale è, in definitiva, una questione di mancanza di potere individuale. Tutto ciò che favorisce l'auto-aiuto incrementa l'*empowerment*, che possiamo tradurre come l'aumento del potere soggettivo di orientare positivamente il corso degli eventi. Un buon *empowerment* è una precondizione per qualsiasi trattamento efficace.

Il messaggio chiave è il seguente: l'intervento sulla riparazione del danno è irrinunciabile, ma intervenire una volta che il danno è avvenuto comporta una quantità ingentissima di risorse che il sistema non può sostenere. Dobbiamo invece anticipare una parte di questo lavoro attraverso la crescita di una maggiore competenza delle persone nel gestire i propri problemi. Voglio essere ben chiaro a questo proposito: non ritengo che basti l'auto-aiuto e la prevenzione per gestire la depressione post parto, ma vi posso assicurare che attuare una efficace campagna conoscitiva (che non riguarda solo le donne e le loro famiglie, ma anche i ginecologi ed i medici di base) può aiutare la donna a chiedere un sostegno perché il grande problema che c'è nella depressione post partum è la vergogna, la non accettabilità, oltre che della mamma, di tutto l'entourage, di denunciare quello che in quel momento agli occhi di tutti sembra un fallimento. Questa vergogna può comportare una ulteriore difficoltà nel cogliere le situazioni veramente a rischio perché le donne ce le nascondono, consapevolmente.

Dobbiamo quindi lavorare attraverso questi interventi preventivi per migliorare la sensibilità e la cultura generale. Gli *interventi preventivi selettivi* riguardano donne che pur

avendo minimi o assenti segni di disagio soggettivo ed obiettivo, presentano tuttavia un alto rischio di sviluppare un disturbo depressivo perché vi sono fattori di rischio accertati.

Il messaggio fondamentale è il seguente: questi fattori di rischio sono individuabili sin dal momento della gravidanza. Questo è lo scopo del counselling familiare in gravidanza. Attraverso un'intervista clinica mirata e utilizzando uno strumento di autovalutazione molto semplice (*la Scala di Edimburgo*), qualsiasi ginecologo è in grado di avere le informazioni essenziali sul rischio di sviluppare problemi di salute mentale in gravidanza o nel puerperio. Da qui si può attivare una serie di percorsi che possono favorire un approdo a uno specialista, se necessario. La fase di intervento preventivo su donne a rischio che non hanno ancora nessuna sintomatologia è molto importante perché ci consente, nei casi in cui si dovesse individuare una donna veramente a rischio, di evitare quel ritardo di cui parlavo prima, perché il ritardo della presa in carico è ricco di conseguenze e di adattamenti patologici che comportano una prognosi negativa. Questo intervento preventivo va condotto anche in gravidanza e non solo nel post partum: tra i tanti esami, la somministrazione di una scala di Edimburgo non costa nulla, può essere compilata dalla donna in 5 minuti e può portare grandi benefici perché è in grado di darci informazioni attendibili. Questo strumento si può utilizzare in maniera "seriale", cioè a intervalli prestabiliti, consentendoci così di monitorare nel tempo la salute mentale della mamma. Nel momento in cui ci troviamo invece di fronte ad una donna che ha già dei disturbi lievi o più evidenti, è sempre indicato un *intervento terapeutico vero e proprio*. Il trattamento, anche nei casi lievi, deve essere integrato, perché la depressione post partum è una condizione a genesi multi fattoriale, ha cioè cause diverse e quindi l'unico modello che si può utilizzare è un modello biopsicosociale che unisca elementi biologici, psicologici e sociali.

Tra queste dimensioni terapeutiche non c'è solo la psicoterapia individuale, non c'è solo la farmacologia, ma anche il supporto sociale. In Inghilterra esistono ad esempio le *home visitations*: donne che hanno avuto problemi nel parto o immediatamente dopo la gravidanza e si trovano in una situazione di alto rischio, vengono supportate attraverso visite domiciliari bisettimanali, da parte di personale specializzato che le aiuta ad esempio nelle attività domestiche, ecc. Questo sistema, che comporta il mantenimento della donna in loco, è molto importante perché serve a migliorare l'aspetto dello sviluppo della relazione madre-bambino. L'home visitation da parte di queste operatrici consente di ridurre al minimo l'impatto per quanto riguarda il disturbo dell'attaccamento.

Concludo con una breve nota, perché per sviluppare il problema degli interventi preventivi generali, quelli cioè di prevenzione della salute mentale, dobbiamo utilizzare anche strumenti che consentano di divulgare notizie semplici ed efficaci alle persone. Ho scritto una piccola guida per la depressione post partum, di prossima pubblicazione, dal titolo *Le depressioni post partum. Una guida per la sopravvivenza* (Fioriti Editore, Roma), pensata espressamente per familiari, donne e entourage, con raccomandazioni che possono sembrare banali, ma che risultano, a mio parere, di grande utilità. È molto focalizzata sulla descrizione del problema, in maniera molto semplice, ma cerca allo stesso tempo di dare raccomandazioni alla donna, ai familiari, al marito, ecc. su come aumentare la propria capacità di poter gestire il problema.

Ricordiamo però che nessuna paziente, nessun sistema familiare, anche quando assistito da specialisti, può rinunciare alla capacità di attingere a risorse proprie su cui fare affidamento, perché altrimenti si è di fronte a una delega. Quando le risorse dei pazienti non vengono stimolate non si può raggiungere una buona adesione alle cure.



DIAPOSITIVA 1

2





**CONOSCERE IL PROBLEMA**

**INDIVIDUARE LE SITUAZIONI DI RISCHIO**

**INTERVENIRE IN FASE PRECOCE**

3

**CONSEGUENZE DEL RITARDO DIAGNOSTICO**

- RECUPERO INADEGUATO (PROGNOSI MENO FAVOREVOLE)
- MAGGIOR NUMERO DI RICADUTE DEPRESSIVE NEL CORSO DEGLI ANNI
- PROBLEMI SULLO SVILUPPO PSICOLOGICO E SOCIALE NEL BAMBINO
- AUMENTO DELLA CONFLITTUALITA' FAMILIARE
- COMPROMISSIONE DEL RUOLO GENITORIALE
- COMPLICANZE: ABUSO DI SOSTANZE, DISABILITA', RISCHIO SUICIDARIO
- MAGGIOR NUMERO DI RICOVERI

4

**INTERVENTI**

**INTERVENTI PREVENTIVI GENERALI**

- Promozione della salute
- Programmi di psicoeducazione
- **AUTO-AIUTO ED EMPOWERMENT**
- Counselling familiare in gravidanza

**INTERVENTI PREVENTIVI SU DONNE A RISCHIO**

- **individuazione precoce** dei casi ad alto rischio e sostegno psicologico (in gravidanza e dopo il parto)

**INTERVENTI TERAPEUTICI**

- **individuazione precoce** della depressione
- Home visitation strutturate
- Trattamenti integrati (psicoterapeutici, farmacologici, ecc.)

5

Alessandra Grispini

*Le depressioni postpartum*


Introduzione di un medico psichiatra. Racconti di donne su gli aspetti medici del problema. Testi psicoeducativi, integrati, animazioni, Strumenti pratici e strategie a cui ricorrere della donna, del partner, dei familiari, il ruolo del pediatra, la nascita di fratelli e sorelle nel corso della gravidanza e nel neonato. Il ruolo della famiglia, il sostegno, la rete di supporto, il ruolo del medico curante e del pediatra. Come riconoscere e intervenire con successo su segni e sintomi della depressione postpartum. Come riconoscere il rischio, gli stadi del disturbo postpartum e le strategie per affrontare meglio i loro stati, gli interventi, le strategie e i percorsi.

Manuale di riferimento  
Intervento familiare psicoeducativo

Guida per la gravidanza  
Il ciclo  
gravidanza

Alessandra Grispini è psicologa e psicoterapeuta. Vive in Capri e lavora in modo stabile nella ASL Salerno. È il direttore di "Crisis Talk" la prima rivista di "Psicologia" in Italia. È la curatrice di Roma "La Repubblica", da aprile a luglio, del numero di aprile, del "Primo Piano" magazine, in collaborazione con il "Piccolo" di Roma.

€ 10,00  
www.grispini.it  
9788832814444  
www.borlaediting.it



6

# Istituzioni e ginecologi insieme, a fianco della donna

NICOLA DI TULLIO

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Sono lieto di concludere i lavori di questa interessante mattinata che ci ha visti discutere di un tema estremamente complesso, anche perché rischia spesso di essere banalizzato oppure, al contrario, estremizzato. Un grande plauso va alla SIGO, che ha voluto affrontare apertamente questo problema, e che ha saputo fornirci, interrogandosi al suo interno, una fotografia attuale e precisa della situazione nel nostro Paese.

I dati presentati oggi, denunciano una sottovalutazione del problema in termini soprattutto di formazione della classe medica, spesso impreparata a valutare i possibili fattori scatenanti in fase di gravidanza e a cogliere segnali d'allarme nel post. Ma denunciano anche, ed è qui che entrano in gioco le Istituzioni, pesanti carenze organizzative del sistema, finora incapace di costruire una rete di tutela: la donna incinta resta un soggetto distinto per i vari professionisti che l'assistono, il ginecologo, il medico di famiglia, l'ostetrica, senza che nessuna figura se ne prenda in carico la gestione. E le esigenze organizzativo-gestionali delle strutture, che spesso impongono ritmi serrati e non sempre offrono corsi di assistenza al parto gratuiti, rappresentano un ulteriore ostacolo al raggiungimento di quel complesso equilibrio di informazione e fiducia, necessario affinché la donna riesca a "confessare" una situazione di pesante disagio come quella della depressione post partum.

Grazie all'azione della Società scientifica di riferimento siamo certi che i ginecologi italiani saranno sensibilizzati e formati,

per favorire una corretta gestione del problema. Ma questo non basta. Anche le Istituzioni, in primo luogo il Ministero che oggi rappresento, devono fare la loro parte. Innanzitutto sostenendo le buone pratiche e le iniziative coraggiose come questa, a cui il Dipartimento ha infatti concesso il proprio patrocinio.

In secondo luogo facendosi a loro volta promotori di iniziative trasversali, rivolte direttamente ai cittadini.

Pensiamo soprattutto a campagne di informazione sui media nazionali, così da massimizzare la ricaduta dei messaggi.

Ma soprattutto devono attivarsi per riorganizzare il sistema sociale dell'assistenza per ridurre gli ostacoli, culturali ed economici, che impediscono pari accesso al godimento delle prestazioni e all'esercizio dei propri diritti. Non è un caso che accedano ai corsi pre parto soprattutto le donne laureate, mentre quelle con un livello di istruzione più basso molto meno. È significativo inoltre che il 63% dei ginecologi abbiano segnalato l'isolamento sociale e le condizioni socioeconomiche sfavorevoli come fattori che possono favorire lo sviluppo di depressione post partum. Per questo dobbiamo impegnarci per prevedere l'attivazione strutturata di corsi pre parto gratuiti, il potenziamento dei servizi consultoriali e dell'assistenza psicologica.

Il sostegno del nostro Ministero a questa campagna nasce ora e proseguirà per tutte le attività in programma, per far sì che la gestione di questo tema diventi parte integrante del percorso di assistenza alla nascita e sostegno alla maternità.

## La campagna SIGO “Non lasciamole sole”

GIORGIO VITTORI

Presidente SIGO

Dopo aver ascoltato tutti i relatori, con un inquadramento del problema e le possibili soluzioni, vorrei ora concludere lanciando delle proposte pratiche, definendo le strategie per ottenere i risultati sperati.

La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia si impegnerà nel raccogliere materiali e promuovere ogni tipo di iniziativa volta alla sensibilizzazione rispetto alla depressione post partum, uno dei momenti qualificanti più importanti nella vita di una donna. In particolare, selezioneremo il materiale informativo esistente e ne produrremo ad hoc, ci occuperemo della diffusione negli ospedali, nelle Università e nelle scuole di specialità, nei consultori, di favorire l'informazione sui media, nelle scuole. In particolare, vogliamo sostenere la preparazione degli operatori promuovendo, nel nostro convegno nazionale di Torino, un corso di formazione per operatori sanitari dedicato al riconoscimento, alla prevenzione, e agli effetti negativi della depressione post partum.

Si tratterà di un corso pratico di formazione, a partire dagli strumenti che oggi sono stati elencati, dedicato

all'organizzazione di una vera e propria strategia diagnostico-terapeutica da condividere e affidare poi ai vari operatori. Riteniamo l'attivazione di questo corso una vera priorità perché è segno di serietà e correttezza professionale, quando si offre una possibilità diagnostica ad un paziente, proporre contemporaneamente anche la soluzione del problema. Campagne di informazione e formazione degli operatori devono quindi viaggiare su due binari paralleli.

A partire da oggi si avvia ufficialmente la campagna *Non lasciamole sole*, che prevede fin da subito guide di informazione sulla depressione post partum rivolte alle donne e ai loro familiari e che vedrà la SIGO coordinatore di un percorso che coinvolga le altre Società scientifiche e le Istituzioni, per costruire quella rete di tutela che è l'obiettivo finale della nostra attività.

Vorrei concludere questa mattinata ringraziando tutti i partecipanti e soprattutto i relatori, che ci hanno arricchito con spunti di riflessione molto qualificati e molto bene argomentati, è un onore che facciate parte del comitato promotore di questa campagna di sensibilizzazione.

# Indice

5	<b>Introduzione</b> Mauro Boldrini, Aldo Morrone, Giorgio Vittori		
7	<b>La depressione post partum in Italia: fotografia del problema</b> Claudio Mencacci, Roberta Anniverno		
31	<b>Il punto di vista dei ginecologi italiani: i risultati del sondaggio SIGO</b> Emilio Arisi		
38	<b>La depressione post partum nelle mamme-adolescenti</b> Alessandra Graziottin		
55	<b>I fattori di rischio: la depressione post partum nelle donne a rischio di emarginazione sociale</b> Aldo Morrone		
			<b>Tavola rotonda: Quali interventi possibili?</b>
		84	Introduzione Sabrina Smerrieri
		85	La depressione post partum nella formazione del ginecologo Roberto Russo
		87	L'ostetricia: medicina della persona, unità dell'assistenza alla nascita, dalla visita preconcezionale alla fine del puerperio Romano Forleo
		89	La maternità oggi: momento di transizione Viviana Garbagnoli
		93	Il ruolo di sentinella del Medico di Famiglia Raffaella Michieli
		101	Quando chiedere aiuto diventa necessario Alessandro Grispini
		105	<b>Istituzioni e ginecologi insieme, a fianco della donna</b> Nicola Di Tullio
		106	<b>La campagna SIGO "Non lasciamole sole"</b> Giorgio Vittori

