La depressione in gravidanza e nel post parto

Ancona, 28 giugno 2012

A cura di Claudio Mencacci

Dipartimento Neuroscienze,

A.O.Fatebenefratelli-Oftalmico, Milano

European Neuropsychopharmacology (2011) 21, 655–679

ELSEVIER

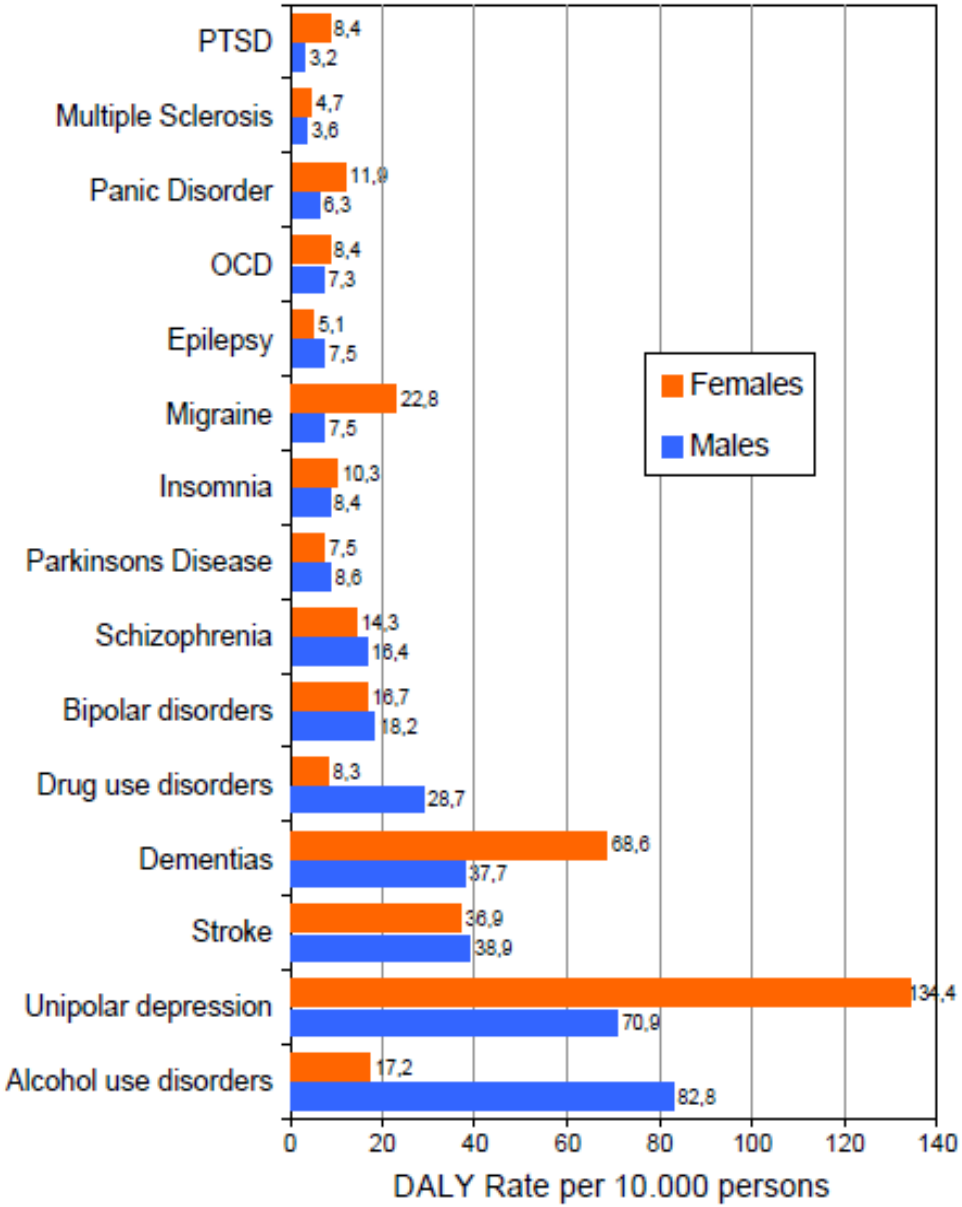
www.elsevier.com/locate/euroneuro

ECNP/EBC REPORT 2011

The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010

H.U. Wittchen [a,*,1], F. Jacobi [a,1,2], J. Rehm [a,b], A. Gustavsson [c], M. Svensson [d], B. Jönsson [e], J. Olesen [f], C. Allgulander [g], J. Alonso [h], C. Faravelli [i], L. Fratiglioni [j], P. Jennum [k], R. Lieb [l], A. Maercker [m], J. van Os [n], M. Preisig [o], L. Salvador-Carulla [p], R. Simon [q], H.-C. Steinhausen [l,r,s]

[a] *Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Center of Epidemiology and Longitudinal Studies (CELOS), Technische Universität Dresden, Dresden, Germany*
[b] *Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada*
[c] *i3 Innovus, Stockholm, Sweden*
[d] *Department of Economics and Statistics, Karlstad University, Sweden*
[e] *Department of Economics, Stockholm School of Economics, Sweden*
[f] *Department of Neurology, Glostrup Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark*
[g] *Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden*
[h] *Health Services Research Unit, IMIM (Hospital del Mar Research Institute), Barcelona, Spain*
[i] *Department of Neurology and Psychiatry, University of Florence, Florence, Italy*
[j] *Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden*
[k] *Glostrup Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark*
[l] *Clinical Psychology and Epidemiology, Department of Psychology, University of Basel, Basel, Switzerland*
[m] *Department of Psychology, Psychopathology and Clinical Intervention, University of Zürich, Zurich, Switzerland*
[n] *Department of Psychiatry and Neuropsychology, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands*
[o] *Department of Psychiatry, University Hospital Center and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland*
[p] *UNIVIDD (Intellectual Disability-Developmental Disorders Research Unit), Villablanca Foundation, Reus, Spain*
[q] *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon, Portugal*
[r] *Child and Adolescent Psychiatry, Aalborg Psychiatric Hospital, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark*
[s] *Department of Child and Adolescent Psychiatry, University of Zurich, Zürich, Switzerland*



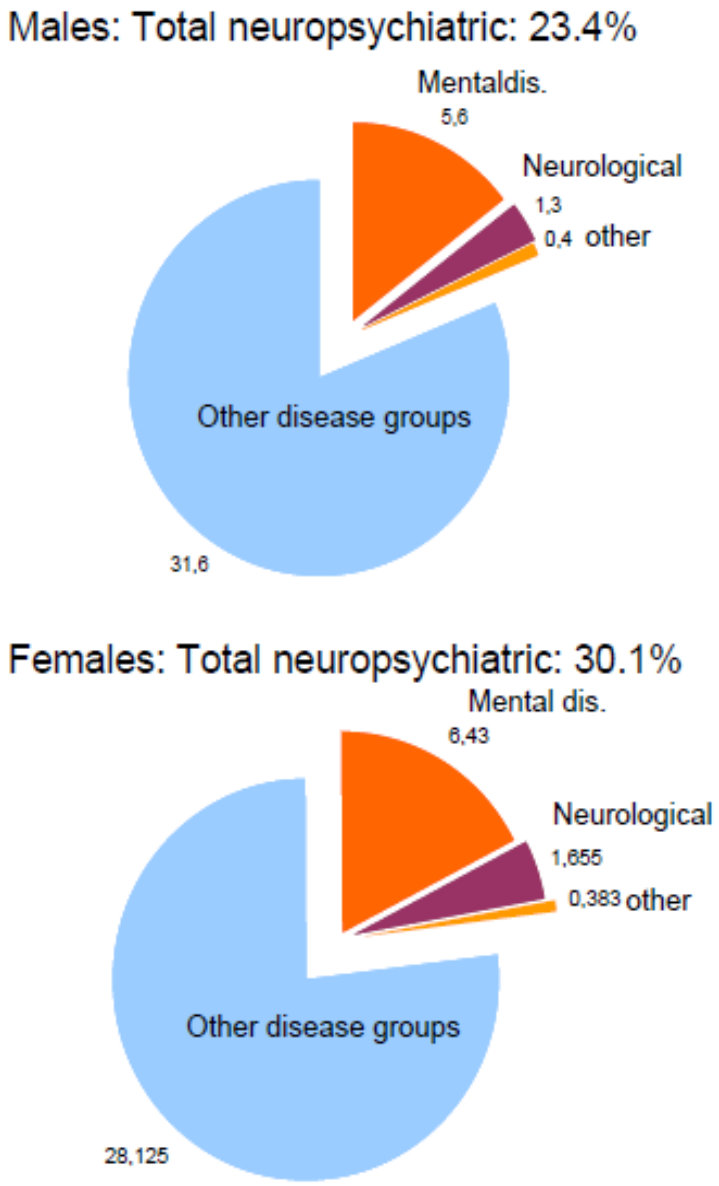
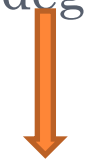


Fig. 2 Summary of DALY estimates.

PREMESSA

Durante la gravidanza possono insorgere difficoltà psicologiche superabili con una buona capacità di elaborazione interna dei propri conflitti e con buone risorse adattative al nuovo contesto.

Tuttavia la gravidanza non è un periodo di benessere psichico per tutte le donne nonostante l'assetto ormonale cerchi di tutelare e proteggere, con l'effetto calmante del progesterone e con l'effetto neurotrofico degli estrogeni il nostro cervello.



Esiste quindi la possibilità di potersi ammalare di depressione o di disturbi d'ansia anche durante la gestazione.

PREMESSA

E' importante non sottovalutare queste patologie ed i sintomi che le rappresentano perché un loro mancato riconoscimento può peggiorare le condizioni psichiche di una donna e compromettere il buon andamento ed esito della sua maternità.

Si dimostra un intervento preventivo assai funzionale nella gravidanza la gestione **dell'ansia primaria** e dei suoi correlati somatici.

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

Anche la **depressione,** può influire negativamente sul decorso della gravidanza e sulla salute del nascituro.

Una attenta valutazione delle condizioni psicopatologiche della futura mamma ed un corretto riconoscimento dei fattori di rischio che possono determinare una depressione o l'ansia patologica in gravidanza devono essere una competenza acquisita da parte degli operatori sanitari che lavorano nell'ambito della maternità.

PSICOPATOLOGIA DELLA MATERNITA'

October 4, 2010
TIME
How the first nine months shape the rest of your life
The new science of fetal origins
BY ANNIE MURPHY PAUL

Recenti studi pongono in evidenza come la gravidanza risulti un periodo ad **"alto rischio"** per i disturbi affettivi.

(*Lee S. Choen, Ruta M., Nonacs 2005*)

In Italia oltre 90.000 donne soffrono di Disturbi Depressivi e di Ansia nel periodo perinatale (gravidanza e 12 mesi dopo il parto).

PSICOPATOLOGIA IN GRAVIDANZA

PSICOPATOLOGIA IN GRAVIDANZA

La gravidanza rappresenta per la donna una fase di sviluppo fondamentale che comporta profondi cambiamenti fisici e psicologici. Sebbene il post-partum sia un'epoca meritevole di attenzione e di valutazione rispetto ad un eventuale sviluppo di sintomi depressivi, anche durante la gestazione è fondamentale prestare attenzione a possibili "campanelli d'allarme" .

Durante la gravidanza molte donne possono sembrare più stressate emotivamente, ma senza soddisfare i criteri di una qualunque malattia mentale. Possono comparire normali alterazioni psicologiche, comprese ansia, labilità dell'umore e preoccupazioni esterne riguardanti i cambiamenti del corpo ed il benessere del feto.

Fattori di rischio Depressione in gravidanza

- Storia psichiatrica pregressa
- Precedente storia di psicopatologia in gravidanza o postpartum
- Famigliarità per disturbi psichiatrici
- Recenti eventi vita stressanti (lutti, malattie, aborti, violenza domestica)
- Storia di abuso (fisico, sessuale, psicologico)
- Relazione conflittuale con il partner
- Mancanza di supporto famigliare/sociale
- Gravidanza non desiderata o non programmata
- Vulnerabilità ormonale (donne con storie di SPM DDPM pregressa depressione post parto)
- Patologia medica della madre (disturbi tiroidei , diabete)
- Complicanze fetali (malformazioni primarie /secondarie)
- Uso di sostanze psicoattive (stupefacenti, alcool, sostanze dopanti)

Alcune donne in questo periodo della loro vita hanno difficoltà ad accettare lo stato di gravidanza, provano sentimenti contrastanti di felicità ma anche di paura e di preoccupazione per ciò che le attende. Queste reazioni sono in realtà condivise da molte donne, ma non vengono espresse nel timore di sentirsi diverse o giudicate inadeguate.

L'uso di specifiche scale di valutazione della sintomatologia depressiva e dei fattori di rischio sovracitati, durante la gravidanza, permette di evidenziare con uno strumento oggettivo la condizione psicopatologica della donna.

Risultati ottenuti da uno studio su una coorte a larga scala comprendente 14.000 donne ha evidenziato la sintomatologia depressiva in gravidanza possa essere più comune della depressione post-partum. (Evans et al.2001)

DEPRESSIONE in GRAVIDANZA

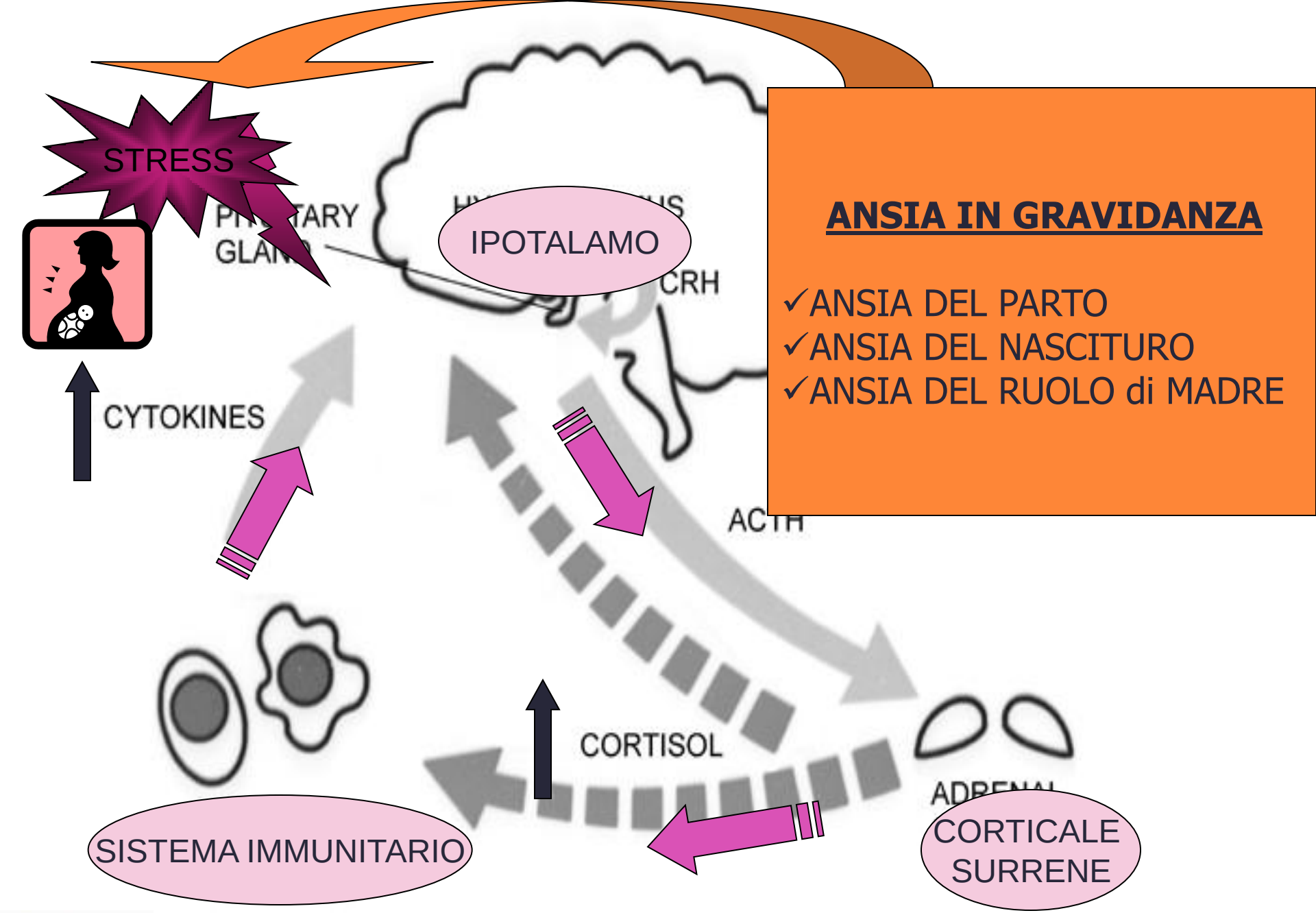
La prevalenza della depressione in gravidanza è sicuramente maggiore nel primo trimestre (13%) mentre decresce nel secondo (2,5-7%) e nel terzo (2,3-6.3%).

Solo il 49% delle donne in gravidanza che presentano sintomi depressivi richiede un intervento medico.

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.

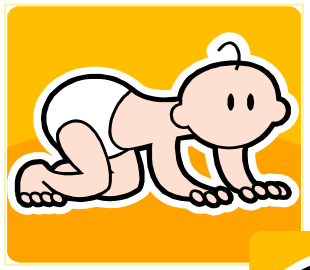
L'ansia è frequentemente in comorbidità con la depressione, ma viene trascurata negli studi riguardanti la gravidanza e il periodo post-natale



ANSIA IN GRAVIDANZA

- ✓ANSIA DEL PARTO
- ✓ANSIA DEL NASCITURO
- ✓ANSIA DEL RUOLO di MADRE

PRENATAL ANXIETY-DEPRESSION OUTCOMES NEGATIVI



- Depressione post partum
- Disturbi di sviluppo e attività fetali
- Basso peso alla nascita
- Difetti fisici nel bambino
- Problemi comportamentali-emozionali

- *Austin M-P, Leader L.:" Maternal stress and obstretic and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. Aust NZ Obstet Gynaecol 2000;40:331-337*
- *Huizink AC, Robles De Medina PG, Mulder EJH, Visser GHA, Buitelaar JK :" Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002; 41(9): 1078-1085*
- *O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V:" Maternal prenatal anxiety and children's behavioural/ emotional problems at 4 years." Br J Psychiatry 2002; 180 (8): 502-508*

INTERVENTO PRECOCE

PRENATAL | PERINATAL | POSTNATAL

Ambulatorio Ginecologia
Esami di laboratorio
Esami strumentali (ecografia – morfologica)
Corso preparto
Ricovero per parto
Visita ginecologica 40 gg

Austin M-P : "Psychosocial assessment and the management of depression and anxiety in pregnancy:key aspects of antenatal care for general practice." 2003 Aust Fam Physician 32: 119-126

INTERVENTO ANSIA PRENATALE

Riconoscere l'assetto ansioso
Valutare comorbidità con sintomi depressivi
Valutare l' intensità: l' impatto sulla qualità di vita
Valutare l'impatto sulla gestione della 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

Focus di intervento
Psicologico
Supporto
Farmacologico

DEPRESSIONE PUERPERALE SOTTODIAGNOSTICATA

- **Solo il 49%** delle donne in gravidanza che presentano sintomi depressivi richiede un intervento medico.
- **Fino al 50%** dei casi di depressione nel post-partum restano sconosciuti.
- I sintomi che compaiono in questo periodo sono frequentemente sottovalutati e trascurati sia dalle pazienti che dai clinici.

(Coates et al. 2004, Evins et. al 2000)

- I ginecologi diagnosticano solo una parte delle depressioni post-partum (16% - 22%).
- Non riconoscono adeguatamente le depressioni a rischio suicidario.

(Morris-Rush et al. 2003)

- Dimissioni in 3° giornata
- Visita di controllo a 40 giorni

PSICOPATOLOGIA IN PUERPERIO

EMIOLOGIA DISTURBI DELL'UMORE IN P
PARTUM

MATERNITY BLUES
Si presenta nel 50-70%
Il 20% può evolvere in depressione post-partum

POST-PARTUM BLU

RESSIONE PUERP
PND

PND
13% PND
nelle prime settimane dopo il parto
14.5% di donne ha un nuovo ep. depressivo maggiore o minore nei primi tre mesi postnatali
20% PND
nel primo anno dopo il parto

PSICOSI POST-PARTUM
Si manifesta in meno di 2 casi ogni 1000 parti
E' la più grave delle sindromi post-partum
Circa il 70% degli episodi psicotici rappresenta l'episodio psicotico di un dist. bipolare o di un ep. depressivo maggiore

Austin M-P Priest SR: "Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders." Acta Psychiatr Scand 2005: 112: 97 104

Fattori di Rischio Depressione in post partum

- Una storia psicopatologica pregressa
- Famigliarità psichiatrica
- Una storia di psicopatologia in gravidanza
- Una precedente depressione post partum
- Patologie endocrine (ipotiroidismo)
- SPM o DDPM
- Giovane età
- Life stress events recenti
- Complicazioni ostetriche
- Nascita pre termine, neonato prematuro con patologia

Fattori Rischio Depressione in post partum

- Storia di abuso
- Violenza domestica
- Abuso di Droghe /alcol
- Gravidanza indesiderata o non programmata
- Gravidanze ravvicinate
- Parto con taglio cesareo
- Lungo tempo di concepimento (pratiche di fertilità)
- Mancanza di supporto sociale
- Relazione conflittuale con il partner
- Modalità di coping disfunzionali

Fattori rischio Ansia nel post partum

- Fattori specifici in disturbi d'ansia per specifici Cluster
- Una storia psicopatologica pregressa
- Famigliarità psichiatrica
- Una storia di psicopatologia in gravidanza
- Un precedente Disturbo d'ansia nel post partum
- Parto traumatico (PtSD)
- Abuso Sessuale (PTSD)

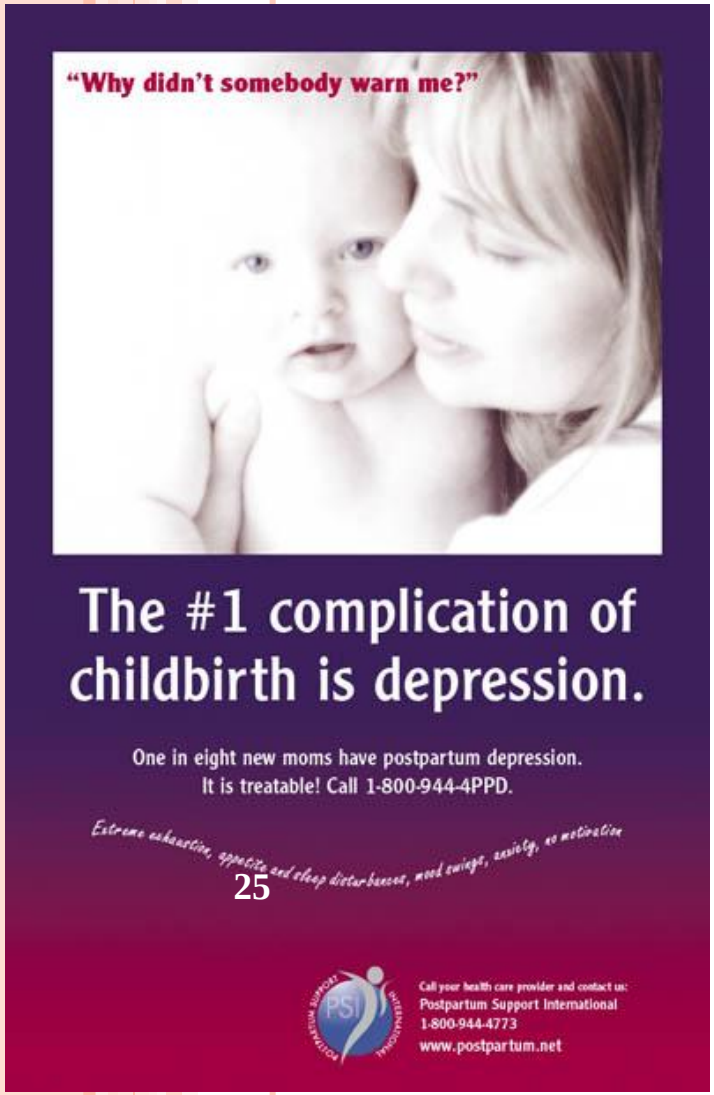
MATERNITY BLUES

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.

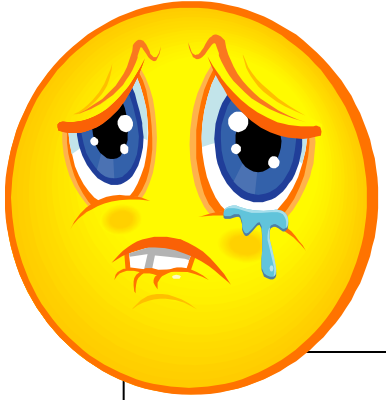
DEPRESSIONE POST-PARTUM



HA LE CARATTERISTICHE DELLA DEPRESSIONE MAGGIORE

SI PRESENTA NELLE 4 SETTIMANE DOPO IL PARTO (DSM IV -R)

LA DONNA PRESENTA PER ALMENO 2 SETTIMANE:



SINTOMI DEPRESSIVI

“non mi è mai successo di…”

- …piangere così facilmente (**labilità emotiva**)
- …essere giù di morale (**deflessione dell’umore**)
- … sentire che non ce la faccio (**sentimenti di inadeguatezza)**
- …sentirmi in colpa (**sentimenti di autosvalutazione e di colpa**)
- …litigare con mio marito (**irritabilità**)

SINTOMI D'ANSIA

<u>"non mi è mai successo di…"</u>

- … avere pensieri e preoccupazioni per il mio bambino, mio marito, me stessa (**ansia**)
- … sentirmi sul "filo del rasoio"(**stato d'allarme**)
- … avere le palpitazioni, il respiro corto, il nodo alla gola (**ansia fisica**)

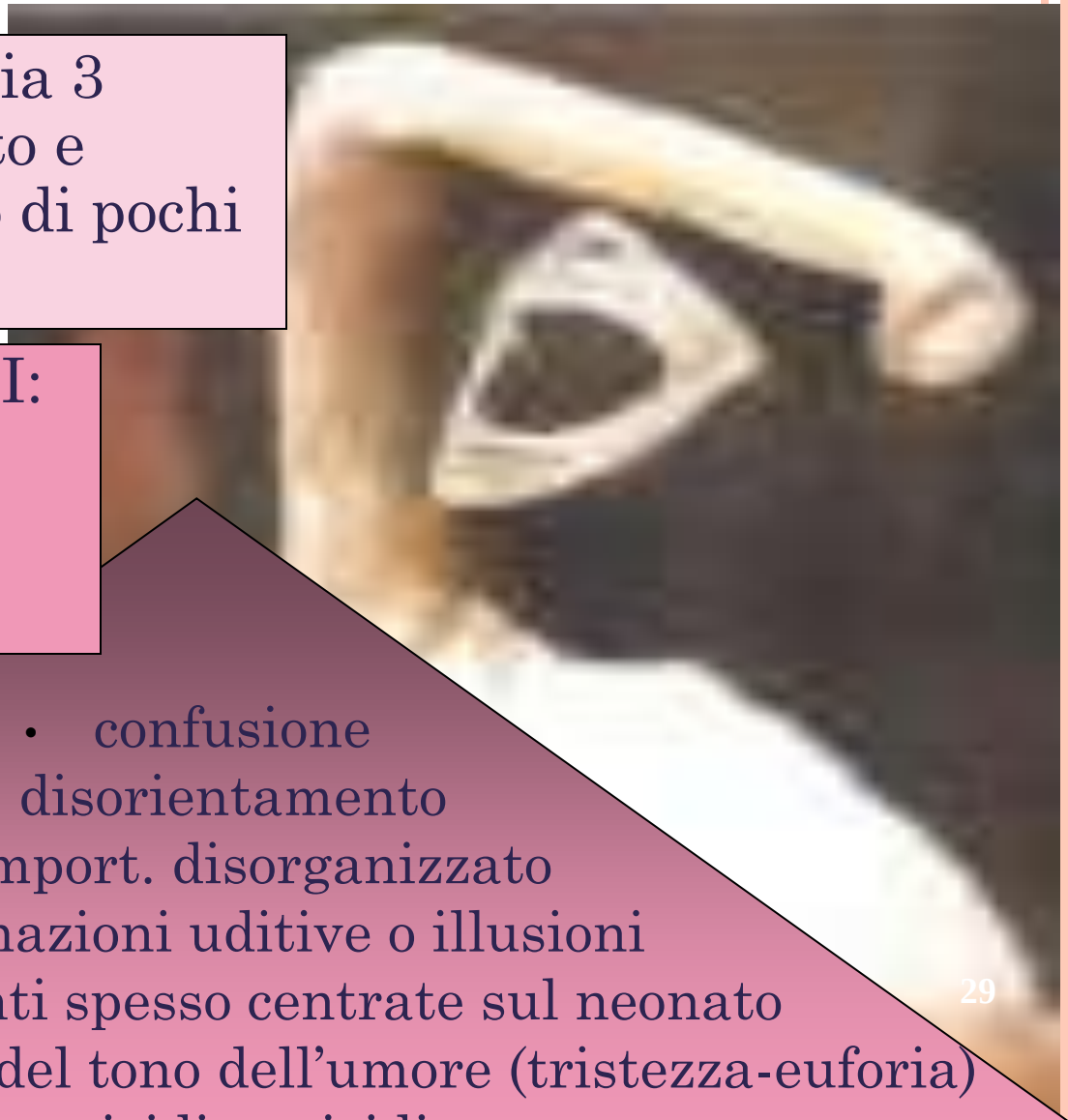
SINTOMI NEUROVEGETATIVI

“non mi è mai successo di…”

- …svegliarmi presto (**alterazioni del sonno**)
- …mangiare con tanta difficoltà, senza appetito (**alterazioni dell’appetito**)
- …mangiare in modo eccessivo, senza freno
- …perdere il desiderio sessuale verso il mio compagno

PSICOSI POST PARTUM

L'esordio di solito inizia 3 settimane dopo il parto e spesso anche nell'arco di pochi giorni



I PRIMI SINTOMI:

- 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

FATTORI DI RISCHIO PSICOSI POST PARTUM

- Pregressi disturbi psichici
- Familiarità psichiatrica
- Disturbi di Personalità (Borderline)
- Primo parto
- Età avanzata
- Patologia neonatale (prematuro, problematico, malato)
- Eventi traumatici/Stress in anno precedente la gravidanza

LE CONSEGUENZE PSICOPATOLOGICHE

I.Brockington: "Diagnosis and management of post-partum disorders:a review" Word Psychiatry 3:2- June 2004 89-95

MATERNITY BLUES	**EPISODIO DEPRESSIVO**
DEPRESIONE POST-PARTUM	**TRASCURATA PUO' EVOLVERE IN QUADRI PSICOPATOLOGICI COMPLESSI CHE COMPROMETTONO LA FUNZIONE MATERNA**
PSICOSI POST-PARTUM	**AGITI AUTO-ETEROLESIVI** ➢Circa il 5% delle donne con Psicosi Post-partum commette suicidio ➢Il suicidio rimane la più comune causa di morte nel primo anno di nascita (Confidential Enquiry into Maternal and Child Health) ➢Circa il 4% infanticidio ➢Circa 2/3 di queste donne presenta una ricaduta nelle fasi successive ➢Circa 2/3 avranno successivi episodi psicotici puerperali

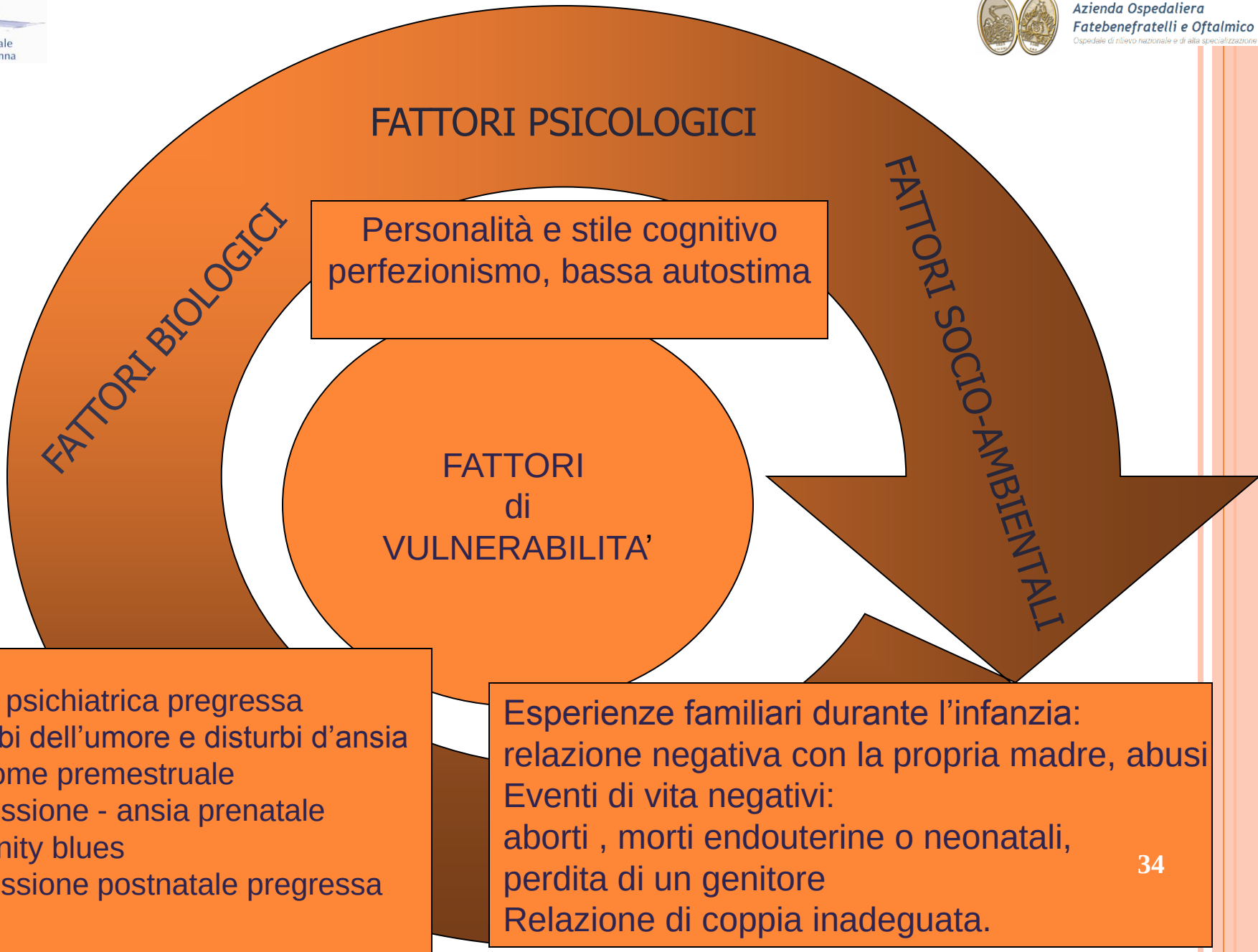
DISTURBO DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

Disturbo dell'attaccamento della madre verso il bambino caratterizzato da sentimenti di rifiuto, astio e collera verso il neonato.

- Il disturbo di relazione è un fenomeno distinto dalla depressione puerperale:
  - ✓ l'avversione materna al proprio bambino non è proporzionata alla gravità del quadro depressivo;
  - ✓ non è presente una depressione puerperale.
- L'eziologia del disturbo è verosimilmente differente dalla depressione puerperale con maggiore enfasi ad alcuni fattori di rischio come una gravidanza indesiderata o un bambino impegnativo.

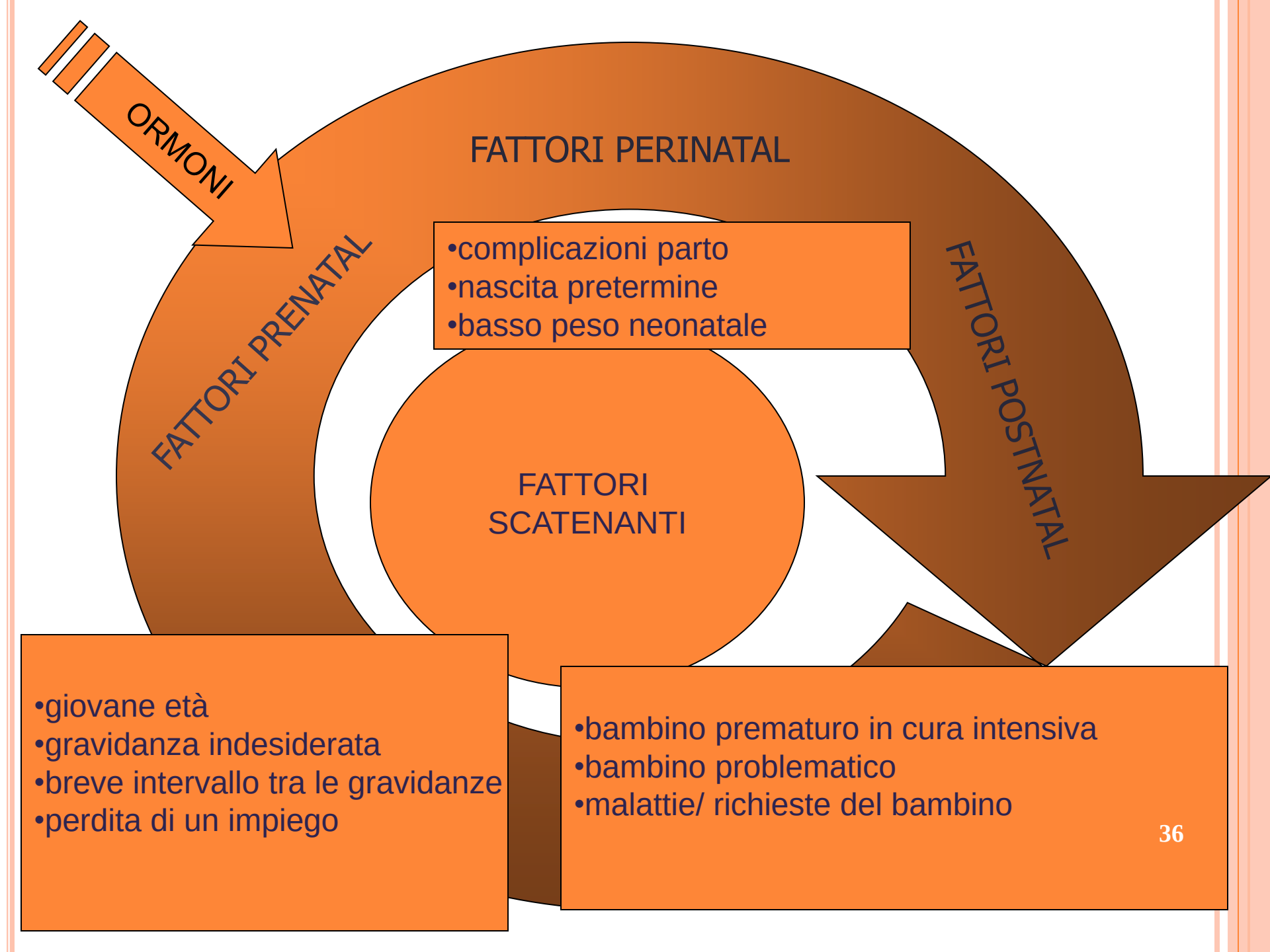
DISTURBO DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

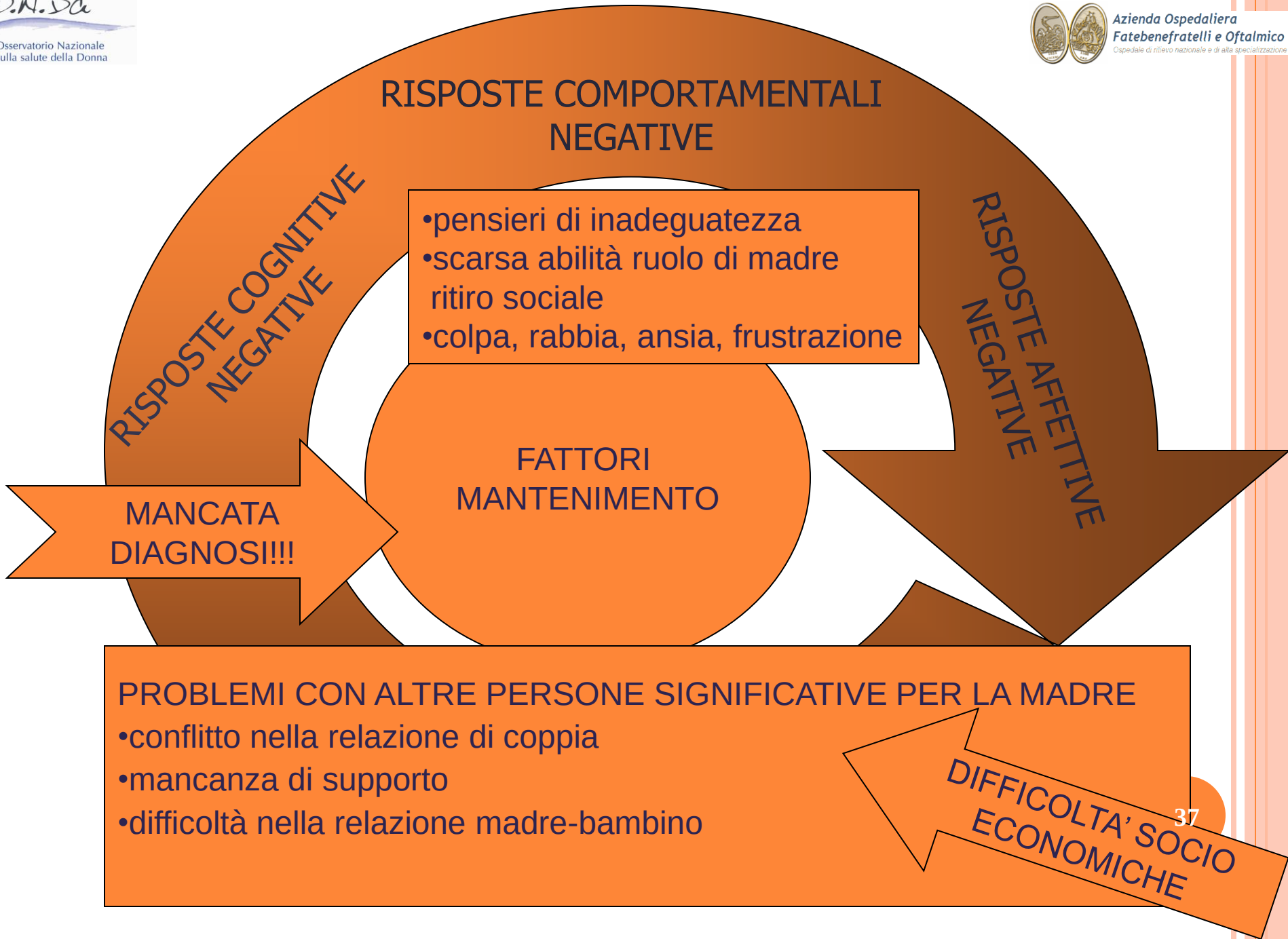
- Comportamento di fuga o di affido.
- Ideazioni polarizzate sul bambino: rubato o morte in culla.
- Manifestazioni di avversione al neonato: gridare, imprecare, strillare.
- Impulsi aggressivi: colpire, scuotere, soffocare non trattati evolvono in infant abuse o negligenza nelle cure.
- Trattati regrediscono con risoluzione completa.


FATTORI PSICOLOGICI
FATTORI BIOLOGICI
FATTORI SOCIO-AMBIENTALI
Personalità e stile cognitivo
perfezionismo, bassa autostima
FATTORI
di
VULNERABILITA'
Storia psichiatrica pregressa
Disturbi dell'umore e disturbi d'ansia
Sindrome premestruale
Depressione - ansia prenatale
Maternity blues
Depressione postnatale pregressa
Esperienze familiari durante l'infanzia:
relazione negativa con la propria madre, abusi
Eventi di vita negativi:
aborti , morti endouterine o neonatali,
perdita di un genitore
Relazione di coppia inadeguata.

PREVALENZA – IMPATTO DELLA PRECEDENTE STORIA PSICHIATRICA

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


ORMONI
FATTORI PERINATAL
•complicazioni parto
•nascita pretermine
•basso peso neonatale
FATTORI PRENATAL
FATTORI POSTNATAL
FATTORI SCATENANTI
•giovane età
•gravidanza indesiderata
•breve intervallo tra le gravidanze
•perdita di un impiego
•bambino prematuro in cura intensiva
•bambino problematico
•malattie/ richieste del bambino


RISPOSTE COMPORTAMENTALI NEGATIVE
RISPOSTE COGNITIVE NEGATIVE
•pensieri di inadeguatezza
•scarsa abilità ruolo di madre
ritiro sociale
•colpa, rabbia, ansia, frustrazione
RISPOSTE AFFETTIVE NEGATIVE
FATTORI MANTENIMENTO
MANCATA DIAGNOSI!!!
PROBLEMI CON ALTRE PERSONE SIGNIFICATIVE PER LA MADRE
•conflitto nella relazione di coppia
•mancanza di supporto
•difficoltà nella relazione madre-bambino
DIFFICOLTA' SOCIO ECONOMICHE

FATTORI SOCIO-CULTURALI

- Credenze irrealistiche e miti: idea che la maternità sia un evento esclusivamente gioioso
- Carenza in alcuni contesti sociali di strutture per sostenere i nuovi genitori
- Aspettative culturali che non corrispondono alla realtà

Ginecologo

Neonatologo

Ostetrica

Pediatra

Medico di famiglia

Puericultrice

Neuropsichiatria Infantile

Psichiatra

Psicologo

Quali conseguenze?

- Conseguenze psicopatologiche sulla madre
- Conseguenze sulla diade madre-bambino
- Conseguenze sul neonato-bambino
- Conseguenze sulla coppia
- Conseguenza sul partner

Quali conseguenze?

- Conseguenze psicopatologiche sulla madre
- Conseguenze sulla diade madre-bambino
- Conseguenze sul neonato-bambino
- Conseguenze sulla coppia
- Conseguenza sul partner

STILE DI INTERAZIONE DELLA MADRE DEPRESSA

Nella diade madre depressa -bambino , le madri sono meno coerenti
nelle risposte, più distaccate e più negative:

- espressione immobile
- scarsa mimica
- rifiuto alla comunicazione con minor contatto visivo durante l'allattamento

I bambini sono meno costruttivi e più negativi:

- manifestano angoscia guardando meno spesso e per intervalli più brevi le loro madri
- sono accigliati
- hanno uno sguardo evitante e/o fanno forti richieste di attenzione alle madri

- *Hipwell AE,Goossens FA, Melbuish EC, Kumar R. : "Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment." Dev Psychopathol. 2000 Spring;12(2):157-75*
- *Stein A, Gath DH, Bucher J, et al. "The relationship between post-natal depression and mother-child interaction" Br J Psychiatry 1991;158:46–52."*

QUALI CONSEGUENZE?

- Conseguenze psicopatologiche sulla madre
- Conseguenze sulla diade madre-bambino
- Conseguenze sul neonato-bambino
- Conseguenze sulla coppia
- Conseguenza sul partner

IL NEONATO DI 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.
- Significativo aumento di abuso fisico.

- *Mc Learn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W: "The timing of maternal depressive symptoms and mothers' parenting practices with young children: implications for pediatric practice." Pediatrics. 2006 Jul;118(1):e174-*
- *Flynn HA,Davis M,Marcus SM,Cunningham R,Blow FC: " Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization" . Gen Hosp Psychiatry. 2004 Jul-Aug;26(4):316-22.*

QUALI CONSEGUENZE?

- Conseguenze psicopatologiche sulla madre
- Conseguenze sulla diade madre-bambino
- Conseguenze sul neonato-bambino
- Conseguenze sulla coppia
- Conseguenza sul partner

- *Paulson JF,Dauber S,Leiferman JA.: "Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior." Pediatrics. 2006 Aug;118(2):659-68.*
- *Dennis CL, RossL,:"Women's perceptions of partner support and conflict in the development of ostpartum depressive symptoms." J Adv Nurs. 2006 Dec;56(6):588-99.*

Depressione Post Partum nei padri

INTERVENTO SUL PARTNER

- Condivisione emotiva
- Supporto/coinvolgimento nella gestione della maternità
- Attenzione al nuovo ruolo paterno
- Attenzione ad eventuali psicopatologie del partner
- Intervento psicoeducazionale / **gruppo**
- Compilazione questionario

STRATEGIE DI INTERVENTO

PREVENZIONE

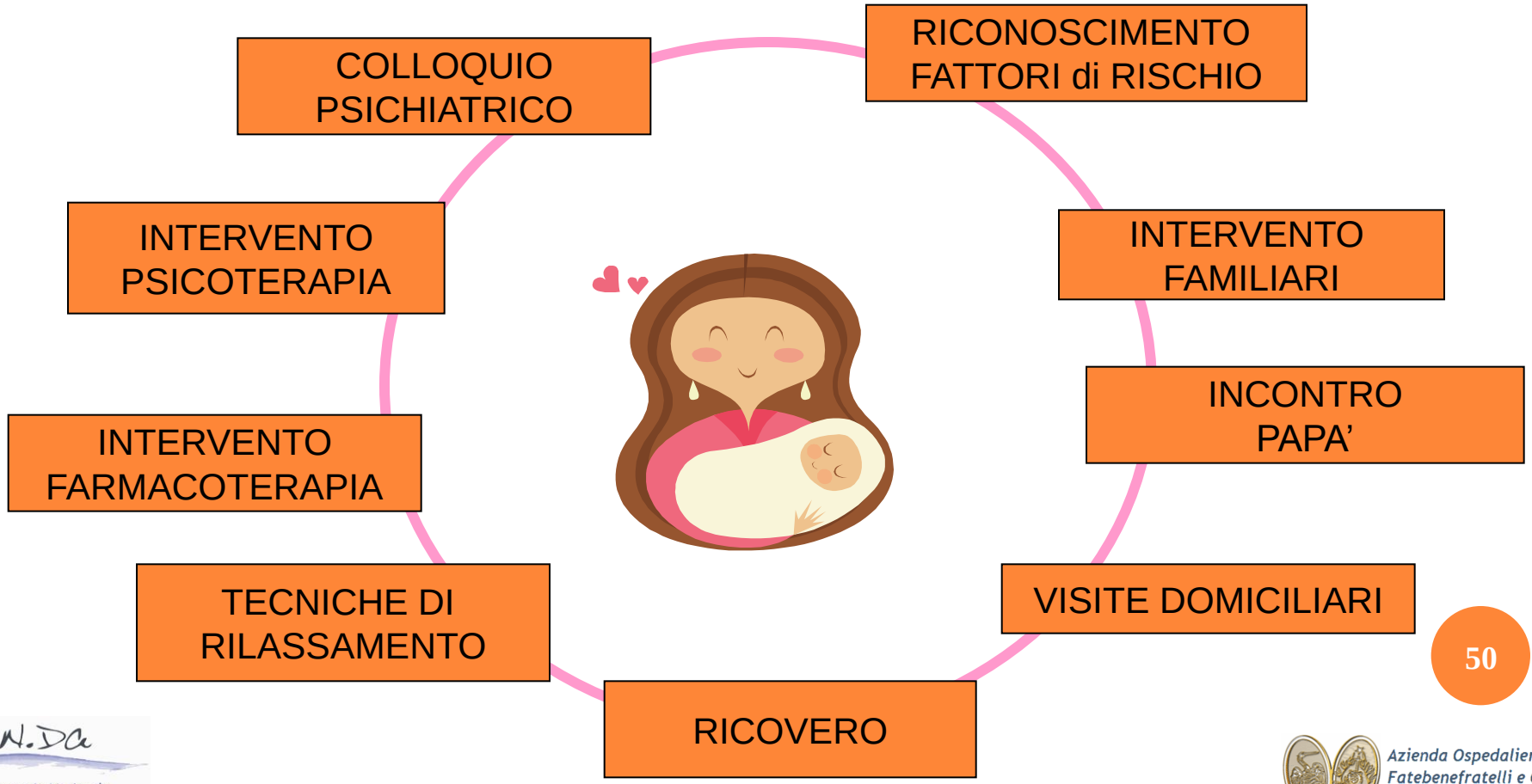
- **PREVENZIONE PRIMARIA:** riguarda la messa in atto di interventi volti alla riduzione del rischio prima che compaia il disturbo stesso;

- **PREVENZIONE SECONDARIA:** si applica ad un target selezionato, le donne in gravidanza e nel postpartum. Lo scopo è ridurre la prevalenza della psicopatologia perinatale riducendo la gravità e la durata di malattia e limitando le conseguenze avverse;

- **PREVENZIONE TERZIARIA:** si applica sulle donne con psicopatologia conclamata (es.: depressione postpartum, psicosi puerperale). Lo scopo è ridurre la gravità e le conseguenze della condizione clinica sul funzionamento globale della donna.

DIAGNOSI

La diagnosi permette di riconoscere, in base ai sintomi, le forme di depressione e di stabilire la tipologia di percorso da realizzare.



TRATTAMENTO

Il programma terapeutico è modulato in relazione all'intensità dal quadro psicopatologico osservato. Si avvale di percorsi terapeutici che si articolano e si modulano in relazione all'evoluzione del quadro clinico all'interno di un contesto personalizzato di cura.

- **Saper ascoltare:** la presenza di sentimenti contrastanti ed emozioni ambivalenti possono caratterizzare questo percorso di adattamento alla maternità, pertanto è necessario avere un'apertura accogliente e non giudicante ed un ascolto attivo per esplorare la natura e i significati degli stessi e diminuire la probabilità che evolvano su un continuum di gravità;

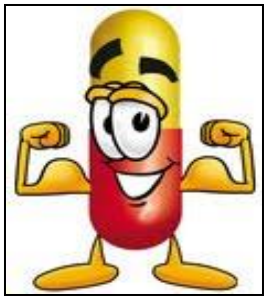
- **Saper riconoscere:** è importante avere la consapevolezza che indagando il malessere di una madre in gravidanza o nel postpartum si possono rilevare le condizioni cliniche ad alto rischio per la donna o per il bambino;

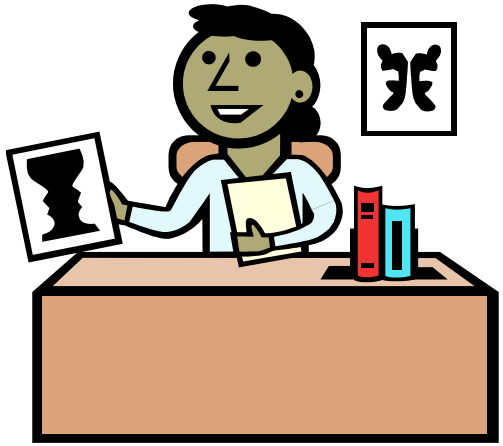
- **Saper chiedere:** sviscerare qualsiasi domanda possa essere indicatrice vissuti di conflittualità o traumi nella donna.

TRATTAMENTO

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

TRATTAMENTI PSICOLOGICI





RISCHIO NON TRATTAMENTO

RISCHIO TRATTAMENTO

INTERVENTI PSICOEDUCAZIONALI

PROGETTO O.N.DA SULLA DEPRESSIONE PERINATALE

O.N.Da, l'Osservatorio Naturale sulla salute della Donna sta
realizzando un progetto sulla depressione perinatale
presentato a Palazzo Chigi il 1 dicembre 2010 con l'obiettivo
di informare le future madri e le neomamme sugli strumenti
esistenti per affrontarla.

A un anno dall'avvio della campagna
di comunicazione sono stati presentati alla stampa i dati sugli
infanticidi che sono diminuiti da 19 nel 2010 a 7 nel 2011.

PROGETTO O.N.Da SULLA DEPRESSIONE PERINATALE

Le aree di attività del progetto sono tre:

- **Attività istituzionale**: approvazione di una Mozione in Senato nel 2010 per migliorare la diagnosi e la curabilità; interrogazione al Parlamento Europeo nel 2011 per sapere cosa faranno i Paesi membri al fine di ridurre la mortalità entro il 2020; attività di lobbying per la realizzazione di Linee Guida dedicate agli operatori.

- **Attività di comunicazione**: spot, virale, sito dedicato www.depressionepostpartum.it. (esperti che rispondono online, Forum tra donne, consigli utili, elenco centri e associazioni di riferimento)

- **Attività territoriali**: l'obbiettivo è creare una rete territoriale nazionale di riferimento per tutte le donne affette da questa patologia. Ai sei centri promotori del Progetto si stanno affiancando altre strutture dove vengono organizzati Convegni aperti alla popolazione.

Il supporto delle Parlamentari

...dalle indicazioni di buona pratica a linee guida nazionali

O.N.Da ha presentato all'Istituto Superiore di Sanità un documento con le **Indicazioni di buona pratica clinica** per la gestione delle depressione perinatale richiedendo l'istituzione di un tavolo tecnico per realizzare delle Linee guida nazionali che facciano riferimento ai criteri metodologici utilizzati da tutte le principali agenzie internazionali.

Il 16 marzo 2012, in occasione del 3° Incontro istituzionale sulla Salute Riproduttiva O.N.Da – O.M.S, è stato richiesto il **supporto** del gruppo di Parlamentari presenti (Sen. Fiorenza Bassoli, Sen. Dorina Bianchi, Sen. Rossana Boldi, Sen. Barbara Contini, On. Sabrina De Camillis, Sen. Maria Rizzotti) per la realizzazione del tavolo tecnico.

Il supporto delle Parlamentari

...dalle indicazioni di buona pratica a linee guida nazionali

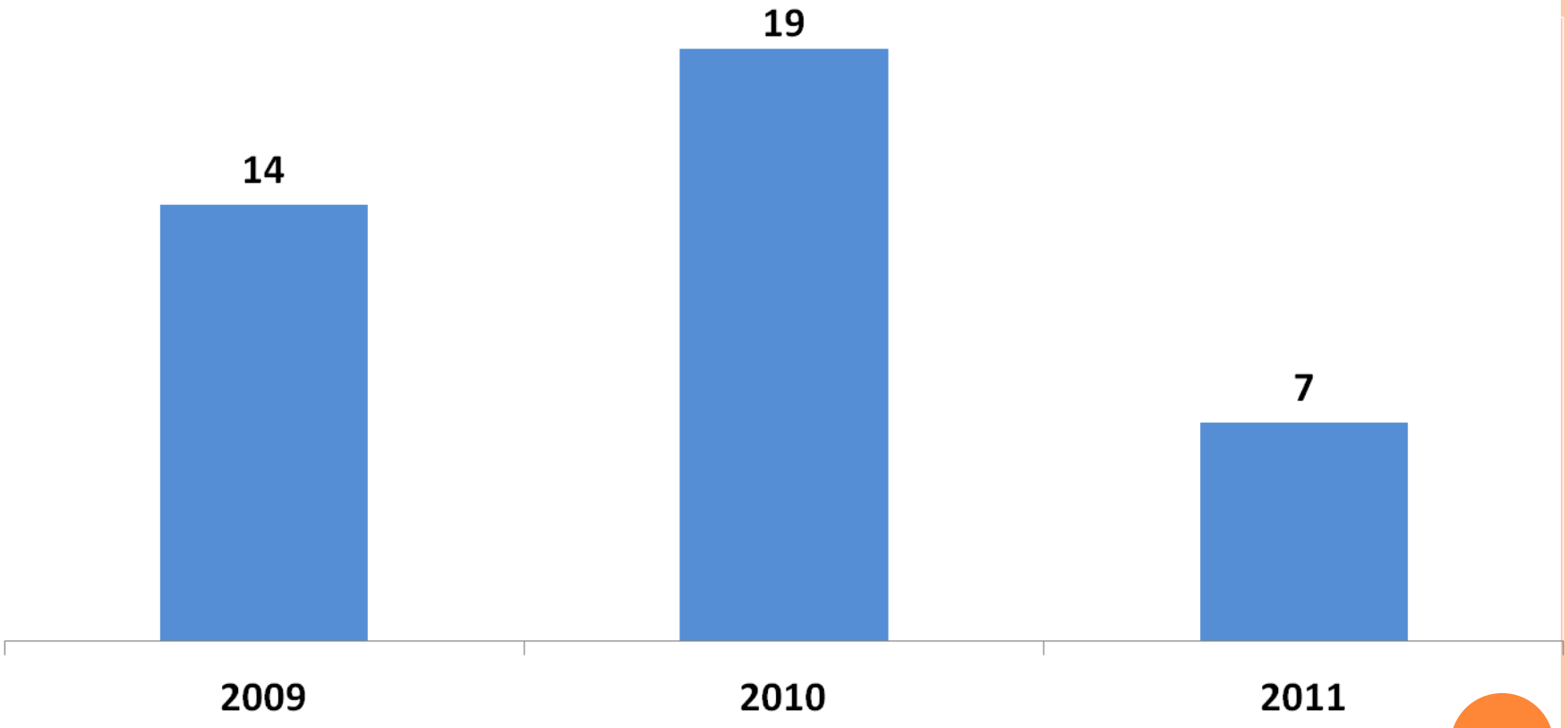
Successivamente all'incontro O.N.Da-O.M.S., presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato si è tenuta una audizione, avente come oggetto il Progetto *Un sorriso per le mamme*, nell'ambito dell'Indagine "Nascere sicuri" sul percorso nascita volta a individuare le criticità specifiche sulla tutela della salute della donna e

del feto.

A seguito dell'audizione:

- Le Senatrici Bassoli e Rizzotti si sono impegnate a richiedere al **Ministro della Salute** l'istituzione del tavolo tecnico.
- Analoga azione è stata promossa tramite l'Onorevole De Camillis presso la Conferenza **Stato-Regioni**.

FIGLICIDIO IN ITALIA



PREVENIRE SI PUÒ… SI DEVE
NON LASCIAMOLE PIÙ SOLE

Grazie per
l'attenzione