



# INCONTRO ISTITUZIONALE SULLA SALUTE RIPRODUTTIVA

*Fattori critici della salute della donna*

Documento preparato per orientare la discussione nell'incontro con le Parlamentari italiane, promosso da O.N.Da Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, con il supporto e la collaborazione del Dipartimento di Salute Riproduttiva e Ricerca (RHR) Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.)

**Roma, 16 marzo 2012**

# FATTORI CRITICI DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

## *A) La depressione in gravidanza e nel post partum*

La depressione e l'ansia sono disturbi molto diffusi tra gli italiani, soprattutto tra le donne, con conseguenze che vanno dal disagio personale per la vergogna di una malattia tanto stigmatizzata, ai costi sociali, come l'assenza prolungata dal lavoro.

Numerosi studi hanno dimostrato che una parte di donne in gravidanza presenta disturbi dell'umore (Depressione-Ansia). I sintomi depressivi sono comuni tanto in gravidanza quanto nel post partum (Milgrom 2008). Il 40% delle donne che presentano depressione nel post partum era già depresso in gravidanza (Austin 2004)<sup>1</sup>.

Esiste un'ampia variabilità negli studi che propongono risultati epidemiologici della depressione in gravidanza: una percentuale di donne gravide che va dal 10-16% (Obstetric Gynecol Clin Am 2009) al 14-23% ha manifestato una sintomatologia depressiva (episodio depressivo, depressione minore-subsindromica) durante la gravidanza (Yonkers et Al., 2009)<sup>2</sup>.

A livello italiano non esistono dati epidemiologici aggiornati sulla depressione in gravidanza e nel post partum, ma i seguenti dati raccolti dal Centro "Psiche-Donna" del FBF, possono illustrare la tipologia dei casi trattati all'interno di una struttura sanitaria.

Luogo	No. Parti (2008)
Lombardia	98096
FBF	2723

<sup>1</sup> AUSTIN M.P. (2004) *Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: where to from here?* Arch Womens Ment Health, 7(1):1-6.

<sup>2</sup> Yonkers K.A. et al., 2009, *The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists*, General Hospital Psychiatry 31: 403-413.

<b>Tipo di Patologia</b>	<b>No. casi anno Regione</b>	<b>No. casi FBF</b>
Depressione in gravidanza	12.752	353
Depressione nel post partum	15.695	435
Psicopatologia grave: psicosi puerperali, disturbo bipolare, disturbo border-line di personalità, pazienti con ideazione auto-etero lesiva	490	14

I disturbi depressivi in gravidanza possono essere una reazione alla gravidanza stessa, associati ad una patologia internistica o ad eventi di vita stressanti (stressor importanti). I sintomi depressivi in gravidanza possono essere la manifestazione di un continuum depressivo o la ricorrenza di una condizione depressiva precedente. A quest'ultima evenienza sono particolarmente esposte le donne che hanno sospeso un trattamento antidepressivo per la gravidanza (Oates 2006).

## L'IMPEGNO DI O.N.DA

O.N.Da vuole offrire degli elementi per contribuire a creare una maggiore consapevolezza della estrema vulnerabilità psichica di ogni futura mamma e ad aiutare la donna ad uscire dallo stato di profonda solitudine in cui spesso si trova quando cade in una depressione in gravidanza o nel post-partum. Questa condizione di solitudine e di isolamento sociale aggrava le condizioni personali della mamma e inficia pesantemente la qualità della relazione con il proprio figlio.

O.N.Da ha preparato una Mozione che è stata approvata in Senato (vedere allegato-a) per avvicinare le donne alla diagnosi e alla terapia delle patologie psichiche. Inoltre, O.N.Da ha avviato una campagna di comunicazione (spot di Lowe Pirella Fronzoni, sito web dedicato [www.depressionepostpartum.it](http://www.depressionepostpartum.it), forum online, esperto risponde) che ha l'obiettivo di comunicare alle giovani donne che si può guarire da questa patologia, se si è adeguatamente supportate sotto il profilo psicoterapeutico e farmacologico. Ulteriormente, con lo scopo di identificare, per ciascuna regione, un centro di eccellenza nell'ambito di questa patologia, O.N.Da ha iniziato un lavoro in rete tra 6 Centri specializzati in Italia (Milano, Pisa, Torino, Ancona, Napoli e Catania).

Inoltre, considerando che in Italia sono presenti diversi interventi di trattamento che non raggiungono un modello unitario né una rete di lavoro comune, O.N.Da, con il supporto della Direzione di Psichiatria dell'Ospedale Fatebenefratelli, primo centro di eccellenza nella prevenzione e cura di questa patologia, ha preparato un documento contenente le indicazioni preliminari di buona pratica clinica per la gestione della depressione perinatale (vedere allegato-**b**).

La gestione della depressione perinatale richiede l'applicazione di un modello di intervento formalizzato, esplicativo di procedure standardizzabili ed esportabili nelle diverse realtà sanitarie nazionali. Pertanto è indispensabile redigere linee guida nazionali che permettano di diffondere un modello di intervento comune e funzionale, come già presente in numerose realtà internazionali. Il documento che è stato preparato vuole significare un punto di partenza per la realizzazione delle linee guida sulla depressione post-partum, che si declineranno nelle seguenti aree di intervento: prevenzione, diagnosi, cura.

## LINEE GUIDA ISS

L'ISS si occupa di Linee Guida e di documenti “*evidence based*”, facendo riferimento a criteri metodologici espliciti e utilizzati da tutte le principali agenzie internazionali che si occupano di questo argomento. Per la produzione ed approvazione delle Linee Guida nazionali è necessario seguire queste attività:

1. Conformare un panel multidisciplinare composto dalle diverse figure professionali interessate all'argomento che partecipano a tutte le fasi di elaborazione del documento;
2. Utilizzare una ricerca della letteratura strutturata<sup>3</sup>.
3. Realizzare una valutazione qualitativa dei lavori scientifici individuati con conseguente graduazione delle prove e della forza delle raccomandazioni;
4. Inserire nel documento indicatori di monitoraggio di implementazione della linea guida

---

<sup>3</sup> Il documento preparato da O.N.Da ha fatto riferimento a linee guida australiane e canadesi, le più avanzate al momento.

## Supporto Parlamentari

O.N.Da ha già presentato all'ISS il documento con delle indicazioni preliminari di buona pratica clinica per la gestione della depressione perinatale, ma richiederebbe il supporto del gruppo di Parlamentari per fare un appello all'ISS per la costituzione di un tavolo tecnico con un panel di esperti per la realizzazione delle vere Linee Guida Nazionali utili per gli operatori sanitari.

### ***B) Il parto pretermine e la cura del neonato***

Si definisce parto pretermine, o prematuro, un parto il cui travaglio avviene prima della 37esima settimana, per la precisione 36 settimane + 6 giorni (un periodo di gestazione inferiore a 258 gg). Una diagnosi non corretta di parto pretermine potrebbe comportare degli interventi non necessari con un conseguente aumento dei costi e dei rischi. Ogni anno nascono circa 13 milioni di neonati prematuri, 40 mila solo in Italia.

I bambini nati pretermine sono più a rischio rispetto ai bambini nati a termine per la varietà di problemi di salute che possono incidere nel loro sviluppo. Le complicazioni comprendono affezione respiratoria acuta, problemi gastrointestinali, immunologici, del sistema nervoso centrale, dell'udito e della vista. Inoltre, a lungo termine, si possono presentare complicazioni nel sistema motorio, cognitivo, visivo, uditivo, comportamentale, socio-emozionale e problemi di crescita. I tassi di disabilità severa variano secondo l'età gestazionale:

Età gestazionale	Percentuale
23 sett	42,9%
24 sett	21,4%
25 sett	16,3%
26 sett	14,1%
27 sett	10,3%
28 sett	7,1%

Le donne in gravidanza devono usufruire di un piano di cura che permetta di controllare i fattori di rischio per sé e il bambino e che consenta di prevenire gli effetti negativi sulla salute di entrambi. La prevenzione di un parto pretermine contribuisce a ridurre i costi psicologici ed economici delle famiglie e a generare un risparmio considerevole per il Servizio Sanitario Nazionale. Secondo il

Manifesto dei Diritti del Bambino nato prematuro (vedere i diritti del bambino prematuro nell'allegato: **c**), esiste una considerevole differenza nei costi che il sistema sanitario deve sopportare per i casi dei bambini che nascono prima della 37<sup>a</sup> settimana. Se il costo per bambino sopravvissuto a termine è pari a 51.169 euro, il costo per un bambino sopravvissuto che nasce di 23 settimane è pari a 336.530 euro. Questi costi comprendono non solo le spese sanitarie dirette, ma i servizi assistenziali globali che garantiscono la qualità di vita dei sopravvissuti.

## L'IMPEGNO DI O.N.DA

O.N.Da vuole contribuire a creare maggiore conoscenza e consapevolezza nella popolazione femminile e all'interno delle strutture sanitarie sui fattori di rischio durante la gravidanza e le complicanze legate alla nascita prematura. In particolare O.N.Da, con il sostegno delle Parlamentari presenti all'incontro, vuole raggiungere questo obiettivo tramite le seguenti azioni:

- Promozione di un percorso diagnostico-terapeutico per l'individuazione precoce e il contenimento dei rischi di parto pretermine
- Sviluppo e implementazione di indicatori che evidenzino standard di qualità per il trattamento e la cura dei neonati pretermine e dei neonati a rischio all'interno delle strutture ospedaliere.
- Miglioramento dell'assistenza psicologica e sociale ai genitori di neonati prematuri dopo la dimissione dell'ospedale
- Utilizzo di fondi di ricerca per migliorare i risultati del trattamento nella cura neonatale