

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 sconsolante 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 possiedano.

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

DIAPOSITIVA 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

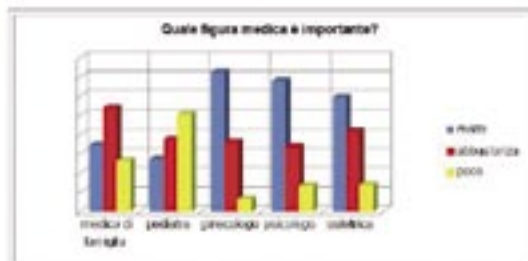
3

Momenti critici

Patologici	Fisiologici
○ Interventi chirurgici sull'apparato genitale femminile	○ Gravidanza
○ Sterilità	○ Puerperio
○ Gestosi	○ Menopausa
○ Aborti spontanei o provocati	

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

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

6

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

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

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



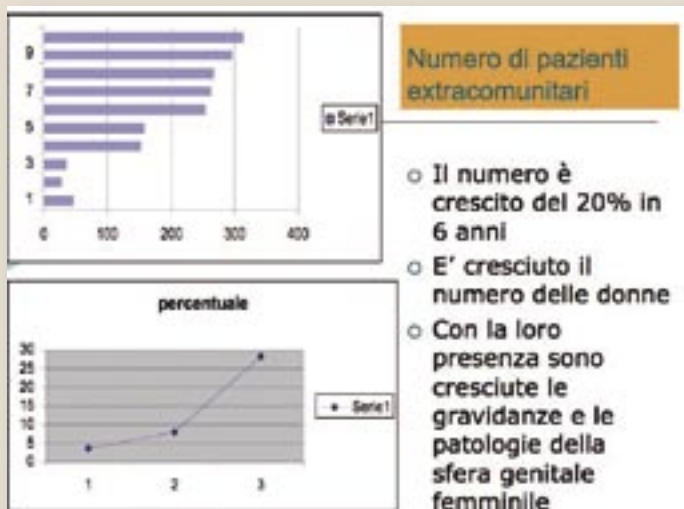
14

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 A 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





16

18

Immigrati

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



Problematiche particolari

- **Gravidanza**
- sessualità
- Infertilità
- Contraccezione
- Disfunzione erettile





17

19

Disturbi psichici in gravidanza

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



Puerperio : Maternity blues

Fattori di rischio

- Familiarità x disturbi psichiatrici
- Sindrome premestruale
- 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 premestruale
- Conflittualità con i genitori
- Giovane età
- Stress sociali e psicologici
- Eventi traumatici recenti
- Morte del bambino

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

Non lasciamole sole

Una rete di tutela
contro la depressione post partum

Atti del **Convegno Nazionale SIGO**

Roma, 2 aprile 2008

Atti del Convegno Nazionale SIGO

Non lasciamole sole

Una rete di tutela
contro la depressione post partum

Roma, 2 aprile 2008



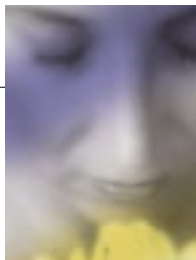
SIGO

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 Psicosomatica 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 Grispini, 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

5	Introduzione Mauro Boldrini, Aldo Morrone, Giorgio Vittori		
7	La depressione post partum in Italia: fotografia del problema Claudio Mencacci, Roberta Anniverno		
31	Il punto di vista dei ginecologi italiani: i risultati del sondaggio SIGO Emilio Arisi		
38	La depressione post partum nelle mamme-adolescenti Alessandra Graziottin		
55	I fattori di rischio: la depressione post partum nelle donne a rischio di emarginazione sociale Aldo Morrone		
			Tavola rotonda: Quali interventi possibili?
		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	Istituzioni e ginecologi insieme, a fianco della donna Nicola Di Tullio
		106	La campagna SIGO “Non lasciamole sole” Giorgio Vittori