

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

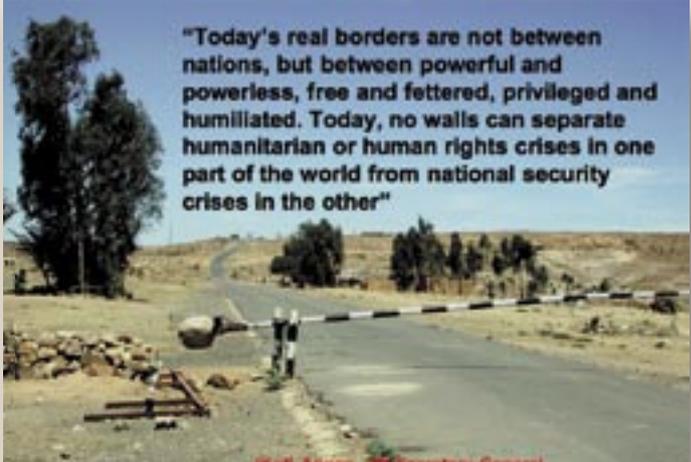



I fattori di rischio: la depressione post partum salute nelle donne a rischio di emarginazione sociale.

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 2008

UN Millennium Development Goals

Keep the promise
Millennium Development Goals

2015

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

4

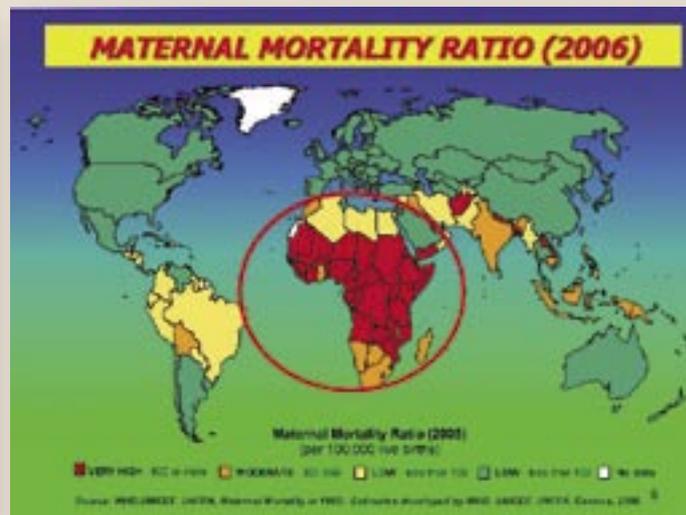
HEALTH AND HUMAN RIGHTS



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



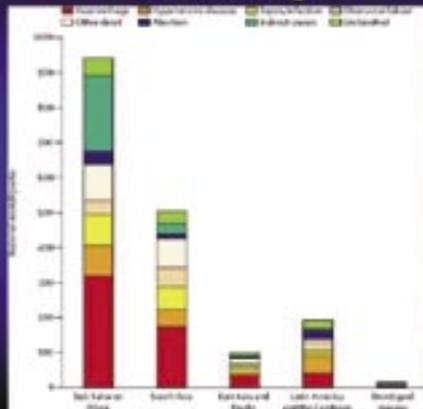
7

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

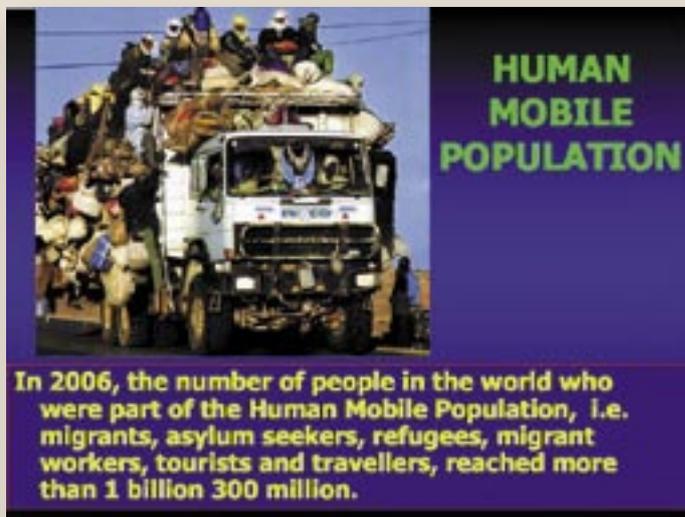


38

39



40

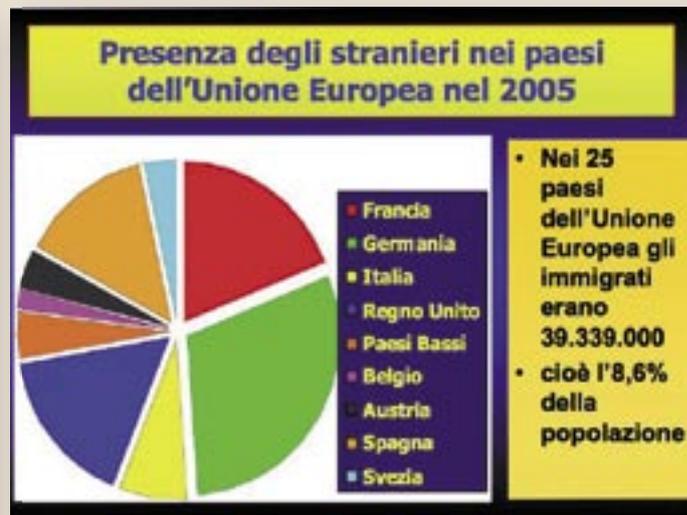


**HUMAN
MOBILE
POPULATION**

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.



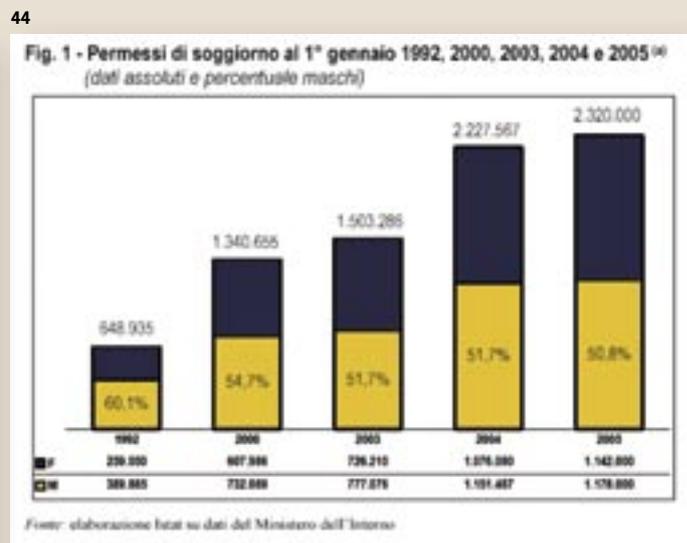
41



42



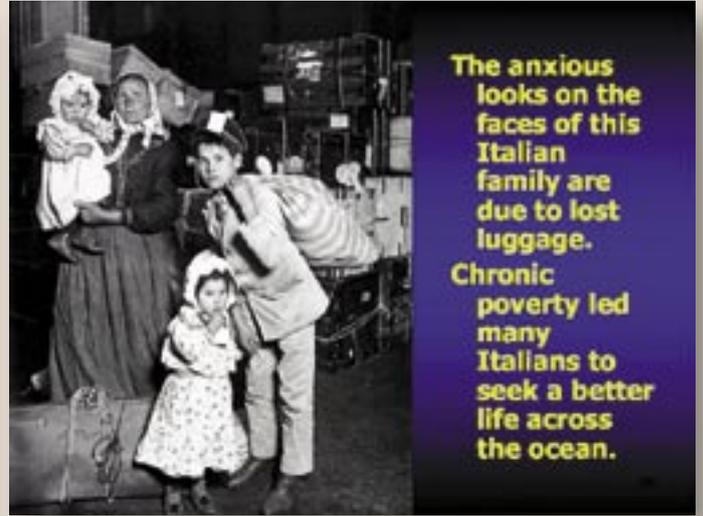
43



44



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



Come eravamo...

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

48



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%



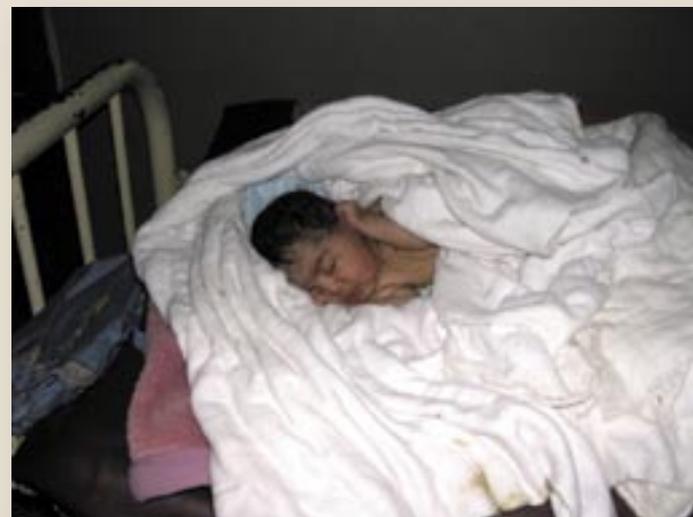
58

60



57

59





61



62

63



64





65



66

67



68

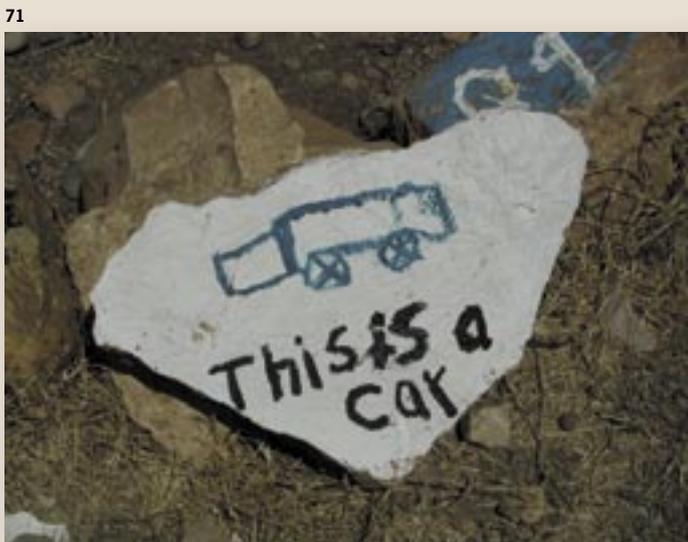




69



70



71



72



73

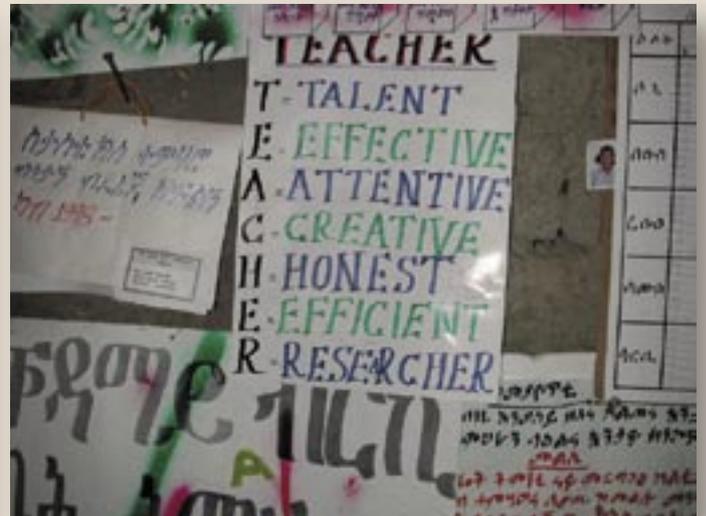


74

75



76





77



78

79

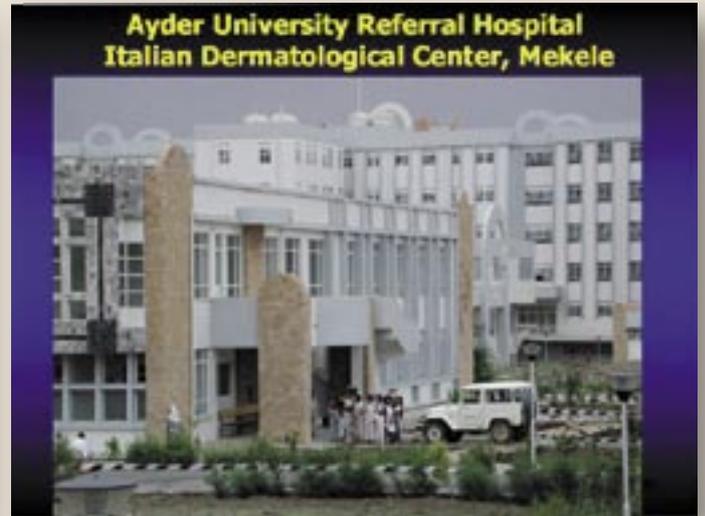


80





81

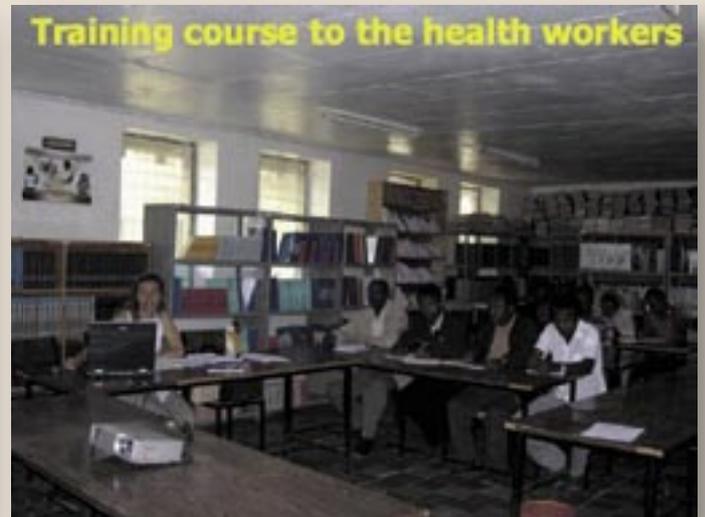


82

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...



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

Atti del Convegno Nazionale SIGO

Non lasciamole sole

Una rete di tutela
contro la depressione post partum

Roma, 2 aprile 2008

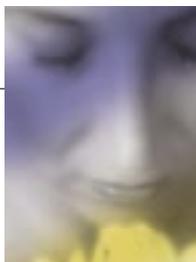


SIGO

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

Indice

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