



Percorso nascita, le raccomandazioni degli esperti in tempi di Covid-19

Arrivano due nuovi Rapporti dall'Istituto superiore di sanità, il primo fornisce indicazioni aggiornate su tutte le fasi del percorso nascita, dalla gravidanza all'allattamento passando per il travaglio, il parto, il post partum e la degenza ospedaliera. Il secondo prende in esame il periodo perinatale che va dal concepimento ai 18 mesi di vita del bambino, e che per le donne rappresenta un periodo particolarmente delicato e vulnerabile

IL FOCUS ISS "Indicazioni ad interim per gravidanza, parto e allattamento e cura dei piccolissimi 0-2 anni in risposta all'emergenza Covid-19" è dedicato alle neomamme, alle professioniste e ai professionisti che le assistono e ai piccoli da 0 a 2 anni.

Premesso che le donne in gravidanza non sembrano essere a maggior rischio rispetto alle non gravide di contrarre l'infezione da Covid-19 e che non c'è al momento evidenza di un aumentato rischio di aborto in relazione all'infezione, né di effetti teratogeni sul feto, ecco alcune raccomandazioni contenute nel Rapporto dell'Iss:

- Assistenza alla gravidanza. In caso di gravidanza a basso rischio, mantenere un minimo di 6 visite prenatali in presenza, includendo, se possibile, in un unico appuntamento la visita, l'ecografia ed eventuali altri esami diagnostici, mentre in caso di gravidanza a rischio si può richiedere un maggior numero di con-

Dall'Iss le ultime indicazioni su percorso nascita e rischio depressione post partum

trolli. Per le donne incinta positive al Sars-CoV-2, nonostante non siano ad oggi disponibili evidenze di associazione causale tra Covid-19 e rischio di iposviluppo fetale, è raccomandata una ecografia di controllo 14 giorni dopo la risoluzione della malattia acuta diagnosticata in gravidanza.

- Travaglio e parto. Le unità di triage dovrebbero offrire consulenza telefonica, laddove sia necessaria una visita di valutazione e/o il ricovero, occorre garantire che le donne con infezione da Covid-19, confermata o sospetta, siano identificate e isolate all'arrivo in ospedale. L'infezione da Sars-CoV-2 non è un'indicazione al taglio cesareo. La decisione della posizione da assumere durante il travaglio, l'indicazione, il timing e le modalità del monitoraggio della frequenza cardiaca fetale non cambiano in base all'emergenza da Coronavirus, ma devono essere valutati su base individuale.
- Post partum. Accoglienza del neonato e allattamento: il contatto pelle a pelle non è controindicato per le donne positive al virus. Durante tale contatto, come pure durante il rooming-in e l'allattamento, sono raccomandate le misure di prevenzione previste per i casi di positività. Madre e bambino non devono essere separati e dev'essere garantita la presenza del partner o di una persona a scelta della donna. Alla luce delle evidenze disponibili, non è confermata la presenza del virus nel latte materno, mentre è certo che i benefici dell'allattamento superano ampiamente i potenziali rischi.

NEOMAMME A RISCHIO DEPRESSIONE

Un altro Rapporto "Indicazioni per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza Covid-19", a cura del Gruppo di lavoro Iss su Salute mentale ed emergenza pandemica, prende in esame il periodo perinatale che va dal concepimento ai 18 mesi di vita del bambino, e che per le donne rappresenta un periodo particolarmente delicato e vulnerabi-

le in cui possono emergere e consolidarsi difficoltà psicologiche e disturbi mentali, a causa del sottile intreccio tra aspettative, risorse disponibili e realtà della maternità.

Secondo l'Oms, infatti, il 10% delle donne in gravidanza e il 13% di quelle che hanno appena partorito - valori che raggiungono rispettivamente il 16% e il 20% nei Paesi in via di sviluppo - soffrono di un disturbo mentale, in primis la depressione. In Italia, i pochi studi disponibili mostrano una grande variabilità con percentuali che vanno da 1,6% a 26,6% per la depressione e da 6,4% a 20,5% per l'ansia. Non c'è dubbio che gli effetti delle politiche di lockdown possano peggiorare un tale contesto di fragilità.

Il Rapporto descrive un programma di intervento per intercettare il disagio psicologico delle donne in gravidanza e nel periodo post parto, già attivo prima dell'emergenza Covid-19 in diversi Servizi e Reparti ospedalieri di alcune regioni italiane. Il programma si basa sul coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari del settore materno-infantile (l'ostetrica, l'infermiere, lo psicologo, lo psichiatra, il ginecologo, il pediatra, il medico di base) e prevede uno screening iniziale con la raccolta dei dati socio anagrafici e la somministrazione di agili questionari, sia prima che dopo il parto.

Alle donne che risultino a maggior rischio di ansia e depressione viene proposto un percorso di sostegno psicologico e un follow up presso i consultori familiari, i Reparti ospedalieri o i servizi territoriali dei Dipartimenti di salute mentale.

Il Rapporto illustra quindi le modifiche apportate al programma di screening e intervento in alcuni Servizi durante il lockdown e le misure di distanziamento sociale; l'adattamento da remoto del programma consente di continuare a fornire alle donne un sostegno psicologico appropriato, tempestivo e efficace anche in situazioni emergenziali.

(I documenti sono consultabili sul sito dell'Iss)



Rischio suicidio in gravidanza e nel primo anno dopo il parto

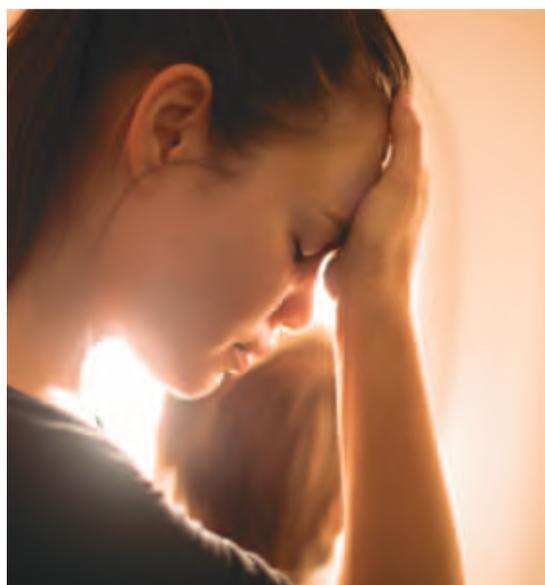
Dai ricercatori dell'Iss arriva anche un focus su un fenomeno che seppur limitato nei numeri (riguarda 2,3 donne per 100mila nati vivi) merita attenzione. A partire dalle possibili cause scatenanti che vanno da una gravidanza indesiderata o in età troppo giovane fino alla circostanza di essere state vittime di abusi o violenze

IL SUICIDIO IN GRAVIDANZA e nel primo anno dopo il parto è un evento raro, tuttavia, in Italia riguarda 2,3 donne per 100mila nati vivi; un tasso più elevato di quello relativo, ad esempio, all'emorragia ostetrica (1,92 donne per 100mila nati vivi). Il periodo più a rischio è quello compreso tra l'ultimo trimestre di gravidanza e i primi mesi dopo il parto. È un fenomeno complesso e multifattoriale influenzato da fattori genetici, psicologici, sociali e culturali. Tra questi:

- gravidanza non desiderata o un precedente aborto, soprattutto tra le giovani e giovanissime, e il decesso di un figlio
- gravidanza in età molto giovane
- aver avuto complicazioni ostetriche e neonatali
- disturbo psichiatrico già presente o insorto dopo la gravidanza (in particolare disturbo depressivo, disturbo bipolare e psicosi puerperale) ma anche il consumo di alcol, tabacco e di sostanze stupefacenti



Iss: "In Italia fenomeno raro, ma comunque preoccupante"



- avere attuato un precedente tentativo di suicidio
- aver avuto un suicidio in famiglia
- separazione della donna dal suo bambino/a
- mancanza di una rete sociale di supporto
- aver subito abusi nell'infanzia
- aver subito e/o subire violenza da parte del partner
- perdita del lavoro.

Le donne che si tolgono la vita (o tentano di farlo) nel periodo della gravidanza, del post partum e del puerperio utilizzano più frequentemente metodi "violenti" più letali rispetto alla popolazione femminile generale, indice questo di un'elevata intenzionalità del gesto.

Numerosi studi condotti in alcuni Paesi meno industrializzati riportano un maggior rischio di suicidio nel periodo della gravidanza e del post partum tra le donne non sposate e con bassa scolarità. Questi risultati possono far ipotizzare, anche nei Paesi più industrializzati, un rischio maggiore tra le donne appartenenti ad alcuni gruppi etnici e ceti sociali più svantaggiati.

Indagare il rischio di suicidio è fondamentale per poter intervenire in modo tempestivo sulla tutela della salute materno-infantile. Le aree da studiare sono principalmente quelle legate all'ideazione suicidaria:

- presenza di pensieri suicidi (quanto frequenti e persistenti?)
- pensieri di morte persistenti e sentimenti di disperazione
- livello di impulsività
- presenza di un "piano" (quanto realistico? il metodo indicato è letale? ci sono le condizioni perché possa realizzarsi?)
- accesso e/o disponibilità di sostanze e mezzi (sostanze chimiche o farmaci; armi da fuoco ecc.)
- presenza di un disturbo psichiatrico (tra cui disturbo depressivo e disturbo post traumatico da stress)
- familiarità per suicidio

- avere un parente/familiare che soffre di disturbo psichiatrico
- storia di abuso di sostanze
- disturbi del sonno
- lutto recente e eventi di vita avversi
- pensieri di fare del male al bambino
- isolamento sociale
- violenza domestica e precedenti abusi sessuali.

IL RUOLO DELLA VIOLENZA DOMESTICA

La violenza domestica durante la gravidanza è un problema di salute pubblica rilevante, ancora troppo sottovalutato e occultato, che incide sulla salute fisica e psicologica della donna, del feto e del neonato.

Difficilmente si pensa a un legame tra due termini - violenza e gravidanza - comunemente considerati molto distanti tra loro. È infatti diffuso lo stereotipo secondo cui la gravidanza ha una funzione protettiva rispetto alla violenza. Tuttavia i dati smentiscono tale realtà.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che nel mondo 1 donna su 4 sia stata vittima di una forma di violenza in gravidanza. Per quanto riguarda l'Italia, l'Istat evidenzia che circa il 10% delle donne ha subito violenze dal partner anche durante la gravidanza e, per il 70% di queste, l'intensità della violenza è aumentata (11%) o, comunque non è diminuita (58%). Il 6% delle donne riporta l'inizio della violenza proprio nel periodo della gravidanza.

Si tratta di dati probabilmente sottostimati soprattutto a causa della ritrosia delle donne nel denunciare la violenza subito dal partner. Inoltre, diversi studi evidenziano come anche episodi di violenza e abuso sessuale subiti in passato, non sufficientemente e psicologicamente trattati, si riattualizzano in gravidanza o durante il parto.

LO STATO MENTALE DELLA DONNA

Nel valutare il rischio suicidario è importante considerare lo stato mentale della donna e i suoi sentimenti: disperazione, rabbia, senso di colpa, vergogna, agitazione e impulsività.

Si passa infatti da un basso livello di rischio, quando i pensieri di farsi del male o di suicidio sono transitori, a un rischio medio quando i pensieri di morte e intenzionalità non sono accompagnati da un piano, sino ad arrivare a un rischio elevato, caratterizzato dalla presenza di continui e specifici pensieri suicidari, intenzionalità, pianificazione e scelta del mezzo lesivo. Bisogna inoltre considerare che la presenza contemporanea di più fattori aumenta il livello complessivo di rischio.

Dal punto di vista psicologico le donne a maggior rischio sono quelle con una ridotta capacità di problem solving e una ridotta capacità di adattamento, che mostrano un approccio passivo nell'affrontare i cambiamenti e che hanno una minore capacità di gestione dello stress.

In un recente studio italiano è emerso che uno dei fattori più importanti nello sviluppo di sintomi di depressione perinatale è il non poter contare su amici e famiglia per un supporto psicologico. Al contrario, la presenza di una rete sociale di supporto risulta invece essere anche in questa fase particolare della vita un fattore protettivo.

Poter contare sulla famiglia e sugli amici per un aiuto pratico o per un supporto psicologico, essere soddisfatti della propria relazione sentimentale, poter contare sul compagno quando ci si sente preoccupate o nervose e per un aiuto pratico sono tutti aspetti protettivi.