

I DISTURBI PSICHIATRICI PERINATALI

Dott.ssa Donatella Moliterno

Dirigente Medico Psichiatra

Responsabile SS CPS 2

Psichiatra referente Area perinatale Ambulatorio Varenna

ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo

CONTESTO SOCIALE



IN REALTÀ...

Maternità=evento attivante perché smuove le viscere legate alla biologia e alla sopravvivenza umana e attiva connessioni neurali acquisite nel tempo come norme sociali interiorizzate

Genitorialità in tutti i mammiferi (umani compresi) è uno dei fenomeni sociobiologici che influenzano maggiormente la plasticità cerebrale



PLASTICITÀ CEREBRALE

Aspetti specifici della maternità

Aumentata sensibilità ai segnali infantili e alle minacce

Maggiore capacità di regolare le emozioni

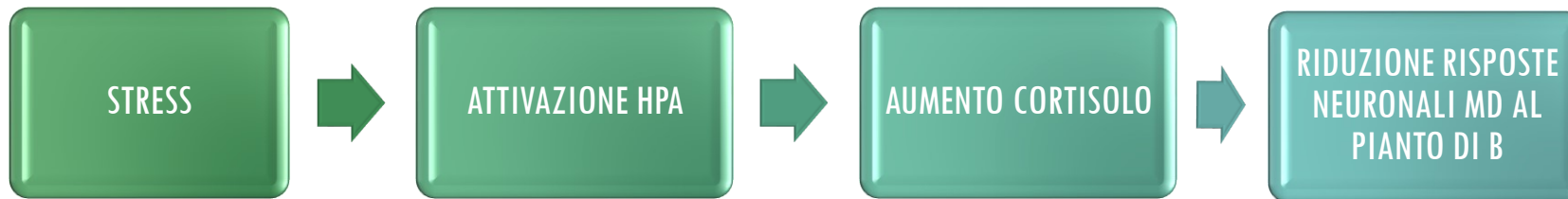
- **GRAVIDANZA:** ruolo fondamentale dei fattori ormonali
- **POSTPARTUM:** subentrano e sembrano aver maggior peso le interazioni dirette con il neonato

PROLATTINA E OSSITOCINA

- Ruolo chiave nella neuroplasticità materna soprattutto in gravidanza
- Attivazione di circuiti specifici che riguardano funzioni cerebrali emozionali-empatiche e socio-cognitive (ipotalamo, amigdala, area tegmentale ventrale, corteccia prefrontale, giro frontale superiore)
- Processo dinamico: si autoalimenta ma mano che cresce il bambino (circuitto della ricompensa-DA) con progressivo aumento della vigilanza e implementazione della valutazione delle espressioni emotive
- diversa produzione in parto naturale vs cesareo e nell'allattamento al seno vs artificiale, con conseguenti diversi sviluppi cognitivo-emotivi nella madre

PLASTICITÀ CEREBRALE E PSICOPATOLOGIA

- M depresse hanno risposte neuronali ridotte nelle aree cerebrali generalmente attivate dalla maternità → disregolazione emozioni nei circuiti deputati a cogliere le informazioni sociali (quando esposte al pianto di B) → aumento della frustrazione → minore motivazione M depressa alla cura di B → **circolo vizioso**
- Stessa cosa succede con uso di **alcool e tabacco in G**, in M con **PTSD** (ridotta attivazione corteccia prefrontale), in M con **stress cronico**



- Ruolo dell'**esperienza di figlia**: M oggetto di cure genitoriali meno calorose nell'infanzia hanno attivazioni neurali ridotte nella regolazione delle emozioni e nella risposta al pianto di B

PLASTICITÀ CEREBRALE E RISPOSTA AL TRATTAMENTO

N.B. maggiore risposta agli stimoli positivi significa anche maggiore risposta agli interventi terapeutici (es. terapia cognitivo comportamentale!!!)

ALLATTAMENTO

- **Importanza del contatto corporeo tra M e B → alti livelli oppioidi endogeni → stimolazione produzione di CRF nell'ipotalamo di B → aumento endorfina e ACTH → aumento DA → nascita di nuovi neuroni e sintesi proteica**
- **Prolattina e ossitocina non solo regolano rispettivamente la produzione e la fuoriuscita del latte ma sostengono e supportano la relazione M-B tramite un aumento del rilassamento e riduzione dello stress e del cortisolo**
- **M che non allatta (vs M che allatta):**
 - **maggior rischio di DPP**
 - **Maggior rischio di emorragia pp**
 - **Maggior ritenzione peso post gravidanza**
 - **Maggior rischio di K mammella e di K ovaio**
 - **Maggior rischio DM2**

NE CONSEGUE...

**Importanza di un aiuto concreto e di supporto
emotivo di M nel puerperio**

PSICOPATOLOGIA PERINATALE



- **Periodo perinatale: dalla gravidanza al primo anno di vita di B**
- **Il 33% delle DPP esordiscono in gravidanza, il 27% ancora prima!!!!**
- **Alcune evidenze suggerirebbero che la prevalenza della depressione potrebbe essere addirittura superiore in G che nel PP!!!!**
- **Quindi non più solo depressione/psicosi post partum ma patologie psichiatriche perinatali (Perinatal Mood and Anxiety Disorders, P.M.A.D.)**

PSICOPATOLOGIA PERINATALE

- I disturbi mentali sono la complicazione più comune nel periodo perinatale e sono associati a significative morbidità e mortalità materna e fetale/infantile
- Non parliamo solo di depressione ma di tutte le manifestazioni psicopatologiche nosograficamente distinguibili tra loro, che possono manifestarsi sia per la prima volta (new onset) sia come riacutizzazione
- OMS: necessità di servizi specifici per l'identificazione precoce e le cure dei disturbi mentali in epoca perinatale (www.who.it)

DISTURBI DELL'UMORE

- Spesso i disturbi dell'umore esordiscono in G o PP
- Eziologia complessa: interazione fattori psicologici, sociali e genetici + variazioni ormonali + modificazioni ritmo sonno-veglia
- Fattori di rischio:
 - Familiarità
 - Storia pregressa dist. Dell'umore (spt se perinatale)
 - Vissuti traumatici (abusi sex, violenza domestica)
 - Difficoltà coniugali
 - Assenza di rete sociale
- **GRAVIDANZA NON È FATTORE DI PROTEZIONE:** elevato tasso di ricaduta di episodio depressivo (anche fino al 70%) nelle donne alle quali viene sospesa terapia AD in G



DISTURBI DELL'UMORE: DEPRESSIONE

- DSM V: depressione perinatale = depressione ad esordio in gravidanza o entro le 4 settimane dal parto
- Tempo troppo ridotto! Meglio considerare 12 mesi pp
- Il 33% delle DPP hanno esordio in G
- Depressione in G spesso sottostimata per prevalenza di sintomi ansiosi vs quelli depressivi e per fattori di confondimento (vomito, anedonia, affaticamento, irritabilità) sovente ricondotti alla gestazione e non al disagio psichico



DEPRESSIONE:

- Deflessione del tono dell'umore
- Alterazioni del sonno e affaticabilità
- Agedonia
- Inadeguatezza
- Ansia e preoccupazioni costanti per B oppure distacco o insofferenza per B
- Rabbia e nervosismo
- Sensi di colpa
- Perdita di speranza
- Pensieri di autonocumento o di fare del male al bambino → chiedere **SEMPRE!!**

MATERNITY BLUES

- **Condizione frequente (40-80% delle puerpere) che emerge tipicamente 2-3 giorni dopo il parto e si risolve entro una decina di gg**
- **Ansia, frequente pianto, stanchezza, ipersensibilità, instabilità dell'umore, tristezza, confusione**
- **Calo estrogeni e progesterone**
- **Importante da identificare perché nel 20% dei casi anticipa l'insorgenza di una depressione**

DPP vs MATERNITY BLUES

- Durata (DPP minimo 2 settimane, MB massimo 10 gg)
- DPP impatta significativamente sulla vita della donna
- DPP spesso associata ad altri disturbi
(fobie specifiche, DOC, PTSD, dist. D'ansia, dist. della personalità)

DISTURBI DELL'UMORE: MANIA O IPOMANIA

Prevalenza 10-20% al terzo giorno pp

N.B.: rischio di viraggio depressivo!



DISTURBI DELL'UMORE: PSICOSI

- Condizione grave
- 1-2 casi/1000 donne
- Psicosi post partum pregressa = 50-70% di rischio di svilupparla in G successiva
- In letteratura è parte del Disturbo Bipolare



PSICOSI: SINTOMI PIÙ FREQUENTI

- Insorgenza 3-10 gg pp
- Improvvisa e rapidamente ingravescente
- Gravi oscillazioni dell'umore
- Sintomi cognitivi (confusione, disorientamento)
- Disturbi del pensiero (disorganizzazione idetica e dell'eloquio, furto o inserzione del pensiero, deliri anche bizzarri)
- Disturbi della percezione (dispercezioni uditive e non)
- Elevato rischio di suicidio e infanticidio → RICOVERO!



DISTURBI D'ANSIA: **D.A.G** E **D.A.P.**

- Prevalenza disturbi d'ansia in G= 4-30%, con picco nel terzo trimestre
- Prevalenza disturbi d'ansia nel pp=16%
- **D.A.G.** 10%; tematiche: paure per la salute del feto, paure per benessere materno, possibile malattia del partner, mortalità durante il parto
- **D.A.P.** 5%
- L'ansia è eccessiva e interferisce nel funzionamento quotidiano



DISTURBI D'ANSIA: D.O.C.

- Prevalenza in G=0,2-3,5%
- Prevalenza in pp=2,3-9%
- Comorbidità con DDM
- Ossessioni più frequenti in G: contaminazione → rituali di pulizia
- Ossessioni più frequenti in pp: aggressività vs B
- DD con psicosi: l'idea di far male al bambino non è reale, non è sottesa da un delirio!



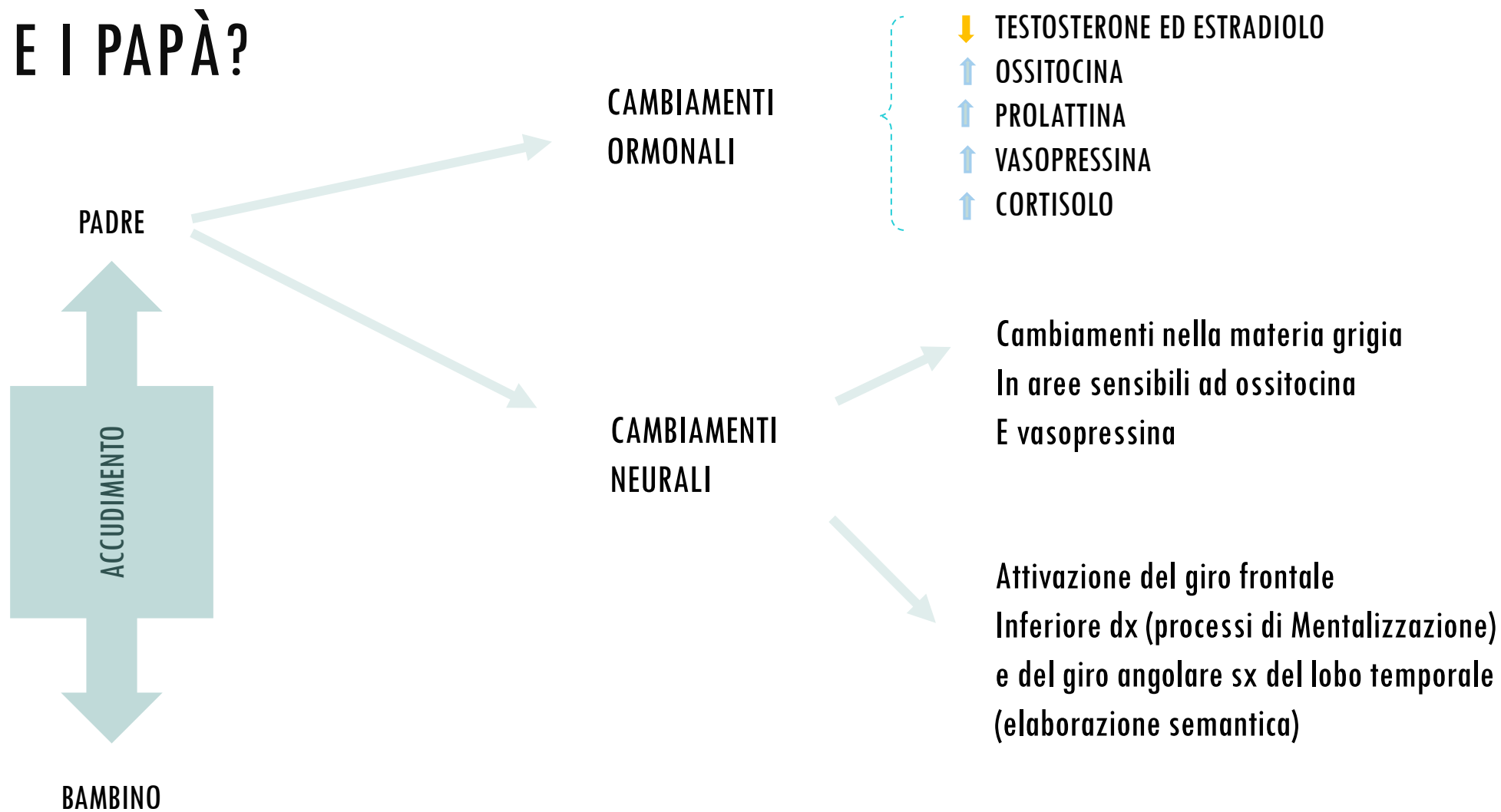
RICORDARE SEMPRE CHE...

**Ogni fattore di rischio può essere convertito
in un possibile ambito di prevenzione e intervento,
se tempestivamente riconosciuto**

E I PAPÀ?

- Papà NON sono IMMUNI dalla psicopatologia: % depressione in epoca perinatale nei padri è lievemente più bassa rispetto alle madri (11-12% in G e dall'8% al 26% nel pp, percentuale complessiva del 9%)
- Nei Pd non c'è stravolgimento ormonale ma vi è il medesimo stravolgimento di vita della Md; il riadattamento ad un nuovo equilibrio può avvenire con difficoltà → disadattamento → franca psicopatologia.
- BIAS CULTURALI (es “i maschi non piangono”) e significativi FATTORI DI CONFONDIMENTO: le difficoltà emotive e le depressioni nell'uomo hanno manifestazioni “tipicamente maschili”, ovvero AGGRESSIVITÀ, ABUSO DI ALCOOL, RITIRO.
- STEREOTIPI SOCIALI: tendenza a coinvolgere poco i futuri padri ed alimentare una cultura “mamma-centrica” del divenire genitori alimentando VISSUTI DI ESCLUSIONE nell'uomo

E I PAPÀ?



PSICOPATOLOGIA PATERNA

- ***DISTURBI D'ANSIA*** (DAG, DAP, fobie, PTSD) colpiscono fino al 18% dei pd
- ***ALTERAZIONI DEL COMPORTAMENTO DI MALATTIA*** (dist. Da somatizzazione, sindromi mediche funzionali, preoccupazioni ipocondriache)
- ***DISTURBI COMPORTAMENTALI*** (crisi di rabbia, condotte violente, attività fisica o sessuale compulsiva, relazioni extraconiugali, fughe da casa o sul lavoro)
- ***ABUSO DI SOSTANZE*** (fumo, alcool, psicofarmaci, droghe) e altri disturbi da dipendenza (gioco d'azzardo patologico, dipendenza da internet)

DISTURBI PSICHIATRICI IN GRAVIDANZA: TRATTAMENTO FARMACOLOGICO?

- **Gravidanza non è periodo protettivo per la salute mentale della donna**
- **Messa in discussione della pratica, ancor oggi in essere, di sospendere la terapia psicofarmacologica quando una donna scopre di essere incinta**
- **Per le pazienti già in trattamento farmacologico la sospensione della terapia aumenta i rischi di ricadute durante la gravidanza del 68% rispetto alle donne che mantengono la terapia**

FARMACI PSICHIATRICI E GRAVIDANZA

Rischi del NON
trattamento



Rischi del
trattamento

- MADRE
- FETO

NON TRATTAMENTO: RISCHI PER LA MADRE

- Scarsa adesione ai programmi di controllo ostetrici
- Uso inappropriato di farmaci ansiolitici e ipnotici
- Abuso di alcool/sostanze
- Peggior stile di vita (fumo, dieta...)
- > rischio di sviluppo di patologie mediche in gravidanza
- > rischio complicanze ostetriche (parto pretermine, preeclampsia, avvio allattamento difficoltoso, aumentato rischio sanguinamento, aborto spontaneo/morte fetale)
- Compromissione della capacità di partecipare attivamente al travaglio e al parto
- Comportamenti autolesivi

NON TRATTAMENTO: RISCHI PER IL BAMBINO

- Parto pretermine
- Basso peso alla nascita
- Basso APGAR
- Alti livelli di cortisolemia neonatale
 - alterato sviluppo emozionale (alterazioni amigdala alla RMN)
 - maggior rischio di sviluppare sintomi ansiosi e/o depressivi, iperattività e aggressività nell'infanzia e nell'adolescenza

TRATTAMENTO: RISCHI PER IL BAMBINO

1. Teratogenesi
2. Tossicità neonatale (effetti collaterali, sospensione brusca)
3. Alterazioni cognitive e comportamentali a lungo termine (?)

Principio generale della perinatalità: prima di iniziare la gravidanza opportuna stabilizzazione clinica di almeno 6-8 mesi



ANTIDEPRESSIVI



ANTIPSIKOTICI



STABILIZZATORI



ANSIOLITICI

ANTIDEPRESSIVI



ANTIDEPRESSIVI **SSRI**

- **SSRI non aumentano rischio di malformazioni maggiori**
(il rischio cade all'interno dell'intervallo della popolazione generale, tra il 2 e il 4%)
- **CASO PAROXETINA: 2005 warning su malformazioni cardiovascolari, studi seguenti non confermano.**
Al 2022 rischio è tra 1 e 2% → se paziente sta prendendo paroxetina e scopre di essere incinta può proseguire, soprattutto se compensata!
- **SERTRALINA: SSRI più utilizzato (40% madri con SSRI);**
nessuna associazione tra SSRI e malformazioni maggiori è stata reputata significativa.

- Citalopram, Escitalopram e Sertraline: “the safest”
- Fluoxetine: “less safe treatment”

ANTIDEPRESSIVI **SNRI E TRICICLICI**

- Casistiche meno numerose
- VENLAFAXINA generalmente considerata sicura in gravidanza ma non di prima scelta
- DULOXETINA: pochi studi
- TRICICLICI: non malformazioni maggiori ma pochi studi
- TCAs: incremento rischio di **preeclampsia**, possibile moderata e transitoria sindrome da “poor neonatal adaptation”; rischio > di ipertensione polmonare persistente, prolungamento QT
- All'interno della categoria dei TCAs, meglio scegliere NOTRIPTILINA (minor numero di eventi avversi), e in seconda scelta tra AMITRIPTILINA e IMIPRAMINA
- CLOMIPRAMINA «less safe treatment»

ANTIDEPRESSIVI **PNAS**

Donne trattate con AD nell'ultimo trimestre di gravidanza

→ **Poor Neonatal Adaptation Syndrome (PNAS):**

irrequietezza, pianto inconsolabile, modesta ipertonia muscolare, sonnolenza, instabilità della temperatura corporea, difficoltà nella suzione, rigurgiti.

Esordio 2-4 gg pp, breve durata, regrediscono spontaneamente e senza conseguenze in pochi gg

IN SINTESI...

Benefici e potenziali rischi dell'utilizzo di antidepressivi in gravidanza: una revisione della letteratura

Antidepressant use in pregnancy: a critical review of the risk and benefits

ARIANNA GORACCI¹, MARTA VALDAGNO¹, ELISA MALTINTI¹, SILVIA SILLARI², ANDREA FAGIOLINI¹

- La maggior parte di SSRI: rischio teratogeno sovrapponibile a controlli non esposti.
- Sertralina prima scelta in caso di primo episodio di malattia
- Le MC cardiache con Paroxetina non vengono confermate da tutti gli studi.
- Evidenze ancora numericamente poco consistenti sul livello di rischio di TCA, SNRI, Mirtazapina, Escitalopram.
- TCA sconsigliati per >effetti indesiderati e tossicità letale ad alte dosi.
- La scelta del farmaco più adatto deve tener conto dell'anamnesi farmacologica personale e familiare

ANTIPSIKOTICI



ANTIPSIKOTICI

- Non solo psicosi ma anche Disturbo Bipolare, depressione, DOC, disturbi di personalità
- Gravidanza in paziente già in trattamento antipsicotico:
privilegiare la scelta di continuare il trattamento antipsicotico in corso, se efficace:
la gravidanza non è il periodo migliore per sperimentare l'efficacia di un farmaco!
- Esordio di sintomatologia psicotica in paziente gravida drug-naive: privilegiare il farmaco con maggiori studi scientifici e con il minor numero di malformazioni fetali riportate

ANTIPSIKOTICI

- OLANZAPINA, RISPERIDONE, QUETIAPINA e ARIPIPRAZOLO: no malformazioni maggiori
- OLANZAPINA: > rischio diabete gestazionale?
- ZIPRASIDONE e CLOZAPINA: pochi dati
- ALOPERIDOLO e FLUFENAZINA: no malformazioni maggiori

ANTIPSIKOTICI

EXPERT OPINION

1. Introduction

Antipsychotic use in pregnancy

Jayashri Kulkarni[†], Adele Storch, Analin Baraniuk, Heather Gilbert, Emmy Gavrilidis & Roisin Worsley

Central Clinical School - Monash University and the Alfred Hospital, The Monash Alfred Psychiatry Research Centre, Melbourne, Australia

- Dato il potenziale danno di non trattare gravi malattie psichiatriche durante la gravidanza, una attenta somministrazione di antipsicotici è raccomandata per le donne in gravidanza che soffrono di disturbi mentali gravi.
- Gli antipsicotici più frequentemente utilizzati in gravidanza sono **olanzapina, risperidone e quetiapina**, e non sembrano causare importanti danni al feto.
- Alcune evidenze suggeriscono un'associazione tra l'uso antipsicotici durante la gravidanza e lo sviluppo di diabete gestazionale.
- Sembra esserci una associazione tra l'uso di farmaci antipsicotici in gravidanza e aumento dei sintomi di astinenza e difficoltà respiratorie neonatali.

STABILIZZATORI



STABILIZZATORI LITIO

TERATOGENESI

- Supposta correlazione con malformazioni cardiache-ANOMALIA DI EBSTEIN → NON CONFERMATA → ipotesi alternativa di correlazione con gravità della psicopatologia materna (rischio malformazioni maggiori 2,9%, sovrapponibile a quello della popolazione cerebrale)
- Cautela soprattutto nel I trimestre
- CORRELAZIONE con DOSE: considerato generalmente sicuro uso di litio fino a 600 mg/die con litiemia entro 0,64 mEq/L

STABILIZZATORI LITIO TOSSICITÀ NEONATALE

**Floppy infant
syndrome**

-Litiemia 0,7-1,2

**Ipotiroidismo
neonatale**

Poliuria

- Ipotonia muscolare
- Letargia
- Ipotermia
- Basso Apgar
- Tachicardia
- Tachipnea
- Cianosi
- Distress respiratorio

Risoluzione senza esiti
entro breve tempo
dall'insorgenza

**Sospensione della terapia
o riduzione dose 3
settimane prima del parto**

LITIO

CONCLUSIONI

Il litio resta lo stabilizzatore dell'umore che rispetto agli altri della stessa categoria mostra meno rischi e risulta pertanto più indicato in G in caso di disturbo dell'umore di tipo bipolare

Somministrazione in dosi frazionate

Mantenere litiemia $< 0,7$ mEq/L

Nelle prime 30 settimane: litiemia ogni 3 settimane

Dalla 31ma settimana a 2 settimane prima del parto: litiemia ogni settimana

STABILIZZATORI

VALPROATO

Teratotossico

Difetti del tubo neurale (I mese):
2-10 volte > popolazione
generale

Rischio MCM in monoterapia
6,7%

Tossicità dose-dipendente
dose > 1000 mg/die

Fetal Valproate Spectrum
Disorder: malformazioni
congenite, dismorfismi facciali,
deficit intellettivo

CARBAMAZEPINA

Teratotossico

Difetti del tubo neurale (I
trim): 0,5-1%

Rischio MCM in monoterapia
2,6%

Tossicità dose-dipendente
Dose > 400 mg/die

Fetal Carbamazepine
Spectrum Disorder:
dismorfismi facciale, ipoplasia
delle unghie della mano

LAMOTRIGINA

Rischio MCM in monoterapia
2,3%

Profilo di sicurezza migliore
vs valp e cbz

Indicazione per prevenzione
delle sole ricadute depressive

TOPIRAMATO GABAPENTIN PREGABALIN

Necessari ulteriori
studi

ANSIOLITICI



ANSIOLITICI **BENZODIAZAPINE**

1975: VALIUM e rischio di labio-palatoschisi (Saxèn & Saxèn, 1975; Safra & Oakley, 1976)

Studi degli anni a seguire **NON CONFERMANO**

No rischio malformazioni maggiori

Meglio bdz a breve emivita (<24 h) e con metabolismo diretto (lorazepam e lorazepam)

Bdz in G, III trim, alte dosi, tempo prolungato → s. similastinenziale: irrequietezza, tremori, mioclonie, difficoltà di suzione, distress respiratorio, iperglicemia, ipersonnia o insonnia

Donne trattate con bdz per via parenterale prima del parto → Infant Floppy Syndrome: ipotonia muscolare, letargia, ipotermia e, raramente, distress respiratorio

FARMACI E ALLATTAMENTO

Tutti i farmaci vengono escreti nel latte materno

L'escrezione del farmaco nel latte materno è un processo dinamico e reversibile

Passa più facilmente molecola piccola (500-600 dalton) e liposolubile → i farmaci attivi sul SNL sono tutti liposolubili!!!

Considerare sempre tempo di picco ed emivita (es. in caso di breve emivita e di tempo veloce di picco somministrare farmaco dopo la poppata)

La dose assunta dal lattante non supera generalmente l'1% della dose materna

Informare sempre pediatra per attento monitoraggio del neonato/lattante

Database: Lact-Med di TOXNET



ANTIDEPRESSIVI E ALLATTAMENTO

SERTRALINA e PAROXETINA sono PRIMA SCELTA

VENLAFAXINA non è prima scelta ma si può dare, monitorando lattante

VORTIOXETINA sembra passare poco nel latte ma pochi studi

AMITRIPTILINA e NORTRIPTILINA si possono dare con monitoraggio lattante



ANTIPSIKOTICI E ALLATTAMENTO

OK ARIPIRAZOLO, ALOPERIDOLO, PERFENAZINA, TRIFUOPERAZINA, RISPERIDONE (fino a 6 mg), OLANZAPINA (fino a 20 mg)

NO AMISULPRIDE e CLOZAPINA

STABILIZZATORI E ALLATTAMENTO

- **LITIO:** ok in monoterapia dal secondo mese di vita, sempre monitorando litiemia, creatinina, azotemia e TSH del neonato
- Se mamma partorisce assumendo litio attenzione nell'immediato pp: rischio aumento litiemia neonato conseguente alla disidratazione da calo ponderale all'inizio dell'allattamento
- **VALPROATO:** bassi livelli nel latte e nel siero neonatale; monitorare neonato per ittero o altri segni di danno epatico
- **CARBAMAZEPINA:** passa più del valproato nel latte ma non vi sono controindicazioni perché non si sono registrati eventi avversi particolari (riportati però alcuni casi di sedazione eccessiva, RGE, sintomi da sospensione e alterazione enzimi epatici)
- **PREGABALIN e GABAPENTIN** non controindicazioni, utilizzati anche nel trattamento del dolore in allattamento



ANSIOLITICI/ALTRI IPNOTICI NON BDZ E ALLATTAMENTO

- Prediligere bdz a breve emivita: LORAZEPAM, LORMETAZEPAM, OXAZEPAM
- Zolpidem, zaleplon e zopiclone sembrano passare poco nel latte materno e avere bassa concentrazione nel siero del lattante ma ci sono pochi studi

SCREENING: SALVAGENTE MAMMA

- progetto attivo dal 2017 presso l'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo
- **OBIETTIVO:** identificazione precoce E trattamento del disagio psichico nel peri-partum
- in collaborazione con le ostetriche dell'ospedale di Bergamo e dei consultori della provincia di Bergamo.
- screening al quinto mese di gravidanza presso gli ambulatori di ginecologia dell'ospedale e al terzo mese dopo il parto presso i centri vaccinali e i consultori

AMBULATORIO VARENNA

- Presidio ambulatoriale Matteo Rota, Via Garibaldi n 13/15, 24122, Bergamo (BG)
- Giorni ed orari di apertura: dal lunedì al venerdì, dalle 9.00 alle 19.00
- Per prenotazioni di visite: dal lunedì al venerdì, dalle 9.00 alle 12.30
Telefono: 035/2278626; email: psichiatria.matteorota.segreteria@asst-pg23.it
- Modalità di accesso: invio da parte della ginecologia, dei consultori (psicologo/a, ostetrico/a), dei CPS, accesso diretto

AMBULATORIO VARENNA

- Direttrice: Dott.ssa Emi Bondi; coordinatrice: Dott.ssa G. Petrilli; Psichiatra: Dott.ssa D. Moliterno; Psicoghe: Dott.ssa G. Petrilli, Dott.ssa N. Gritti, Dott.ssa S. Belotti, Dott.ssa C. Grassi, Dott.ssa S. Lapiello
- FINALITÀ: inquadramento diagnostico e trattamento integrato farmacologico e psicoterapeutico con colloqui individuali, di coppia e/o sostegno alla genitorialità
- collaborazione con il Servizio di Tossicologia dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo e con le ostetriche dell'ospedale e dei consultori
- Per quanto riguarda le pazienti non afferenti al territorio di Bergamo si effettua solo servizio di consulenza (inquadramento diagnostico e invio al consultorio/CPS territorialmente competente)





GRAZIE PER L'ATTENZIONE