

IL PROGETTO **RebecCA**

Personaggio biblico, madre di Giacobbe ed Esaù - Ebbe una gravidanza gemellare tormentata e dolorosa, che portò felicemente a termine.

1

I NUMERI DELLA DEPRESSIONE PERINATALE	1
IL PROBLEMA	2
IL MODELLO CULTURALE DI RIFERIMENTO DEL PROGETTO REBECCA	3
I PROBLEMI ETICI DELLA PSICHIATRIA PERINATALE	4
LE FUNZIONI DI TUTELA DELLO STATO AL NEONATO	9
INNOVAZIONI DEL PROGETTO REBECCA	9
LA SOCIETÀ DEVE TORNARE A SVILUPParsi	11
FASE 1 DISCUSSIONE SULLA BIOETICA	13
FASE 2 LA CREAZIONE DI UNA RETE A SUPPORTO DELLA MAMMA E DELLA FAMIGLIA	13
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE	14

I NUMERI DELLA DEPRESSIONE PERINATALE

550 MILA DONNE PARTORISCONO OGNI ANNO IN ITALIA

Il 5% delle donne partorisce il 20% dei figli. L'indice di fertilità è di 1,26 figli per donna (1,99 in Francia, 2,1 Irlanda, 1,7 Nord Europa, 1,6 Est Europa). 31 anni l'età media dalla mamma alla nascita del primo figlio (30 anni in Francia).

50-80% DI LORO ANDRANNO INCONTRO AD UN POST PARTUM BLUES

Lieve flessione dell'umore, di breve durata che si conclude entro due settimane dal parto.

70 MILA DONNE (13,5% DELLA POPOLAZIONE) SVILUPPERANNO UN QUADRO DI DEPRESSIONE PERINATALE

È un quadro conclamato di depressione, con una forte componente ansiosa, che può iniziare anche dopo alcuni mesi dal parto e che può essere il momento iniziale di una patologia depressiva che si può cronicizzare. Si tratta di una condizione che deve essere trattata anche con farmaci specifici.

NON VI SONO DATI IN ITALIA SULLA CURA DELLA DEPRESSIONE PERINATALE.

VI SONO DEGLI INDICATORI PRECISI CHE, IN MOLTI CASI, POSSONO PREDIRE GIÀ DURANTE LA GRAVIDANZA SE LA DONNA HA UN RISCHIO DI SVILUPPARE QUESTA PATOLOGIA.

LA DEPRESSIONE PERINATALE PUÒ INTERFERIRE NEGATIVAMENTE SULLO SVILUPPO EMOTIVO E COGNITIVO DEL BAMBINO FINO ALL'ETÀ DI 5 ANNI.

I figli di madri depresse hanno necessità di maggiore assistenza da parte delle strutture di cura primaria, assumono più farmaci e sono più frequentemente ricoverati rispetto ai figli delle madri non depresse.

2

CIRCA IL 3% DELLE PUERPERE (CIRCA 15 MILA) È AFFETTO DA DISTURBO BIPOLARE

Queste donne devono essere curate anche durante la gravidanza, perché sono già malate e il rischio di recidive immediatamente dopo il parto è estremamente elevato (circa 20 volte superiore alle altre donne).

1.000 DONNE OGNI ANNO SVILUPPANO UNA CONDIZIONE DI DEPRESSIONE GRAVE

Non collaborano alla cura. Nel Regno Unito esistono su base regionale delle specifiche unità di ricovero madre – bambino per trattare questi casi. In Italia non esistono strutture dedicate.

CIRCA 500 DONNE OGNI ANNO SVILUPPANO UNA PSICOSI PUERPERALE

È una forma particolarmente grave di patologia e che richiede l'immediata ospedalizzazione in reparto psichiatrico.

IL RISCHIO DI RECIDIVA DI UNA MALATTIA PSICHIATRICA AUMENTA DI 21 VOLTE NELLA SETTIMANA DOPO IL PARTO

IL RISCHIO DI RICOVERO PSICHIATRICO PER UNA PUERPERA AUMENTA DI 7 VOLTE

23 SONO STATI GLI INFANTICIDI NEL 2009

CIRCA 300 SONO STATI I BAMBINI ABBANDONATI NEI CASSONETTI O PER STRADA, ALCUNI SONO SOPRAVVISSUTI

IL PROBLEMA

La Depressione Post Partum è un problema di cui "non si vuol sapere di non sapere", parafrasando Donald Rumsfeld (Segretario della Difesa USA – 2002) a proposito della guerra in Afghanistan

- Manca uno spazio culturale per la depressione post partum.
- Non esiste uno screening della depressione post partum e quindi un'efficace prevenzione primaria e secondaria.
- Il ricovero nei servizi psichiatrici delle puerpere a rischio di infanticidio è molto difficoltoso e ne viene contestata la legittimità.
- L'affidamento ai servizi territoriali dei casi di grave depressione post partum è inefficiente e non protegge né la donna, né il bambino.
- Esiste un pregiudizio nei confronti dell'intervento psichiatrico.

LA MAMMA È LO SNODO SENSIBILE DEL PROCESSO DI PROCREAZIONE CHE COINVOLGE L'INTERA FAMIGLIA

- Si tratta di un problema culturale ancora sconosciuto alla maggior parte degli operatori e dell'opinione pubblica.
- Molti paesi europei vantano oggi numerosi progetti efficaci in questo ambito.

È NECESSARIO

- *Garantire un salvagente alle mamme e ai neonati*
- *Ricostruire una cultura della procreazione*
- *Costruire un progetto d'intervento a sostegno della procreazione basato sui principi etico – antropologici*
- *Definire procedure chiare ed affidabili per le mamme e le famiglie in difficoltà*
- *Costruire una rete di relazione a supporto della famiglia*

3

IL PROGETTO REBECCA FA SUE QUESTE PROBLEMATICHE CON I SEGUENTI OBIETTIVI

- Creare un dibattito nel mondo scientifico e istituzionale che sviluppi la cultura in merito ai problemi della procreazione e al ruolo della famiglia nel suo complesso.
- Porre l'attenzione sul rapporto madre – bambino nel periodo perinatale come condizione determinante per il raggiungimento della piena vitalità del figlio.
- Definire i presupposti etici del rapporto madre – bambino nella fase perinatale.
- Tutelare il rapporto madre – bambino nel periodo perinatale con una specifica attenzione di tipo medico e psicologico.
- Favorire la creazione di una sezione specifica della Società Italiana di Psichiatria dedicata alla Psichiatria Perinatale.
- Realizzare un chiaro progetto d'intervento contro il rifiuto del figlio e a protezione dall'infanticidio.
- Definire procedure specifiche di intervento a tutela dei vari attori del processo di procreazione, che siano una chiara guida per le istituzioni interessate.
- Definire uno specifico progetto di supporto alla famiglia nel periodo perinatale, mediante la creazione di una rete sociale.

IL MODELLO CULTURALE DI RIFERIMENTO DEL PROGETTO REBECCA

LA DEPRESSIONE POST PARTUM, NELLA CULTURA ODIERNA, È CONSIDERATA UNA COLPEVOLE DEBOLEZZA DELLA MAMMA

Lo screening della depressione post partum è oggi una procedura di difficile esecuzione e offre risultati poco affidabili.

La prevenzione della depressione è, nell'organizzazione attuale, competenza dello psichiatra o dello psicologo.

Il timore di una stigmatizzazione allontana le mamme dal potenziale aiuto perché la donna che si dichiara depressa rimane sola a portare questo peso e rischia di essere etichettata come malata o incapace, anche per tutta la vita.

LA PROCREAZIONE È UN PROCESSO COMPLESSO CHE NON TERMINA CON LA NASCITA DI UN BAMBINO

La vita intellettuale dell'uomo ha un valore del tutto prevalente sulla semplice vita biologica. Per favorire lo sviluppo del cervello, la selezione naturale ha determinato che la gravidanza termini prima della completa maturazione del feto, che altrimenti avverrebbe dopo 20-24 mesi di gestazione. Un feto completamente maturo avrebbe un cervello e un cranio troppo grandi per impegnare il canale del parto. Alla mamma è quindi affidato il compito di garantire il raggiungimento della piena maturità biologica del nuovo nato mediante una speciale relazione che occupa i primi anni di vita del bambino. Il compito della mamma non consiste nel semplice accudimento, ma anche nel creare uno spazio

esistenziale per il nuovo nato in cui egli possa essere accolto. Inserire il figlio in un mondo culturalmente e intellettualmente complesso ed esigente richiede molte energie e molte risorse mentali e di relazione che, in primo luogo, la mamma è chiamata a sostenere. Lei stessa rappresenta l'anello di congiunzione tra il sistema sociale e il nuovo nato. Il suo funzionamento è l'espressione dell'organizzazione dell'intero sistema familiare che concentra tutte le sue risorse sul supporto alla mamma. L'attore principale del processo di procreazione è, in realtà, la famiglia nel suo complesso, dove la famiglia include non solo la triade madre – padre – figlio, ma anche altri ruoli ad essa intrinseci (sorelle, fratelli, nonni, zii).

Le recenti trasformazioni della società hanno modificato fortemente il funzionamento della famiglia, aumentando la solitudine e la tensione interna della mamma, divisa tra il nuovo ruolo della donna, dove la procreazione non è più una priorità, e quello familiare tradizionale. Quando la mamma è sola all'interno della famiglia il compito di integrazione del nuovo nato diviene estremamente più gravoso. Se la famiglia non è più la polarità centrale della società, questo espone la mamma alla depressione.

La famiglia monoparentale ha mostrato tutti i suoi limiti culturali e pedagogici nell'esperienza francese, dove il sussidio erogato alla mamma, indipendentemente dall'esistenza di una famiglia istituzionale, ha portato alla conseguenza aberrante che 7,5 milioni di giovani francesi non conoscano il loro padre.

Se il processo familiare d'integrazione del nuovo nato fallisce, la mamma sviluppa la condizione che è chiamata depressione post partum: comincia a percepire una sensazione d'inadeguatezza e un'ansia crescente ed emergono dentro di lei pensieri intrusivi di rigetto verso il figlio. Questo può preludere ad una vera malattia depressiva e a comportamenti anche molto dolorosi di rifiuto della sua creatura o di se stessa. La tentazione dell'infanticidio è una possibile conseguenza del fallimento del processo, in cui la mamma non può essere lasciata sola.

Vi sono casi in cui il processo fallisce perché la mamma è già malata, ma molti altri sono invece l'espressione di un sovraccarico della mamma sana che si scompensa di fronte ad un peso troppo impegnativo per lei.

Il progetto Rebecca ha l'obiettivo di creare un sistema di supporto alla famiglia e alla mamma che consenta di identificare precocemente eventuali condizioni di difficoltà, che possano portare alla depressione, e di intervenire con un sistema di rete.

I PROBLEMI ETICI DELLA PSICHIATRIA PERINATALE

LA FAMIGLIA, RISORSA INSOSTITUIBILE

Oggi si legge ovunque della crisi della famiglia. Ma la famiglia non è in crisi. E' solo messa in difficoltà da un sistema sociale e da uno Stato che non la pongono più al centro dei loro interessi. La famiglia, infatti, è un'esigenza strutturale dell'essere umano, una struttura antropologica di acquisizione dell'identità di ciascun soggetto attraverso i vincoli biologici e simbolici della familiarità. Quale dimensione co-essenziale all'acquisizione dell'identità umana, essa può essere messa in difficoltà, ma resta sempre e comunque punto di riferimento, risorsa insostituibile di energie e capitale umano, soggetto responsabile pubblico e privato. È in nome di questa responsabilità, che la caratterizza intrinsecamente, e di un autentico principio di sussidiarietà, che la famiglia deve poter chiedere aiuto allo Stato quando è in difficoltà.

Il processo procreativo e la maternità sono le due dimensioni originarie della famiglia che presiedono alla strutturazione dei ruoli (madre, padre, figlio) e delle identità dei suoi membri e meritano, come tali, attenzione e investimenti di risorse da parte dello Stato (art. 31 cost.). In particolare, in una prospettiva autenticamente sussidiaria della società civile, si rende oggi più che mai necessario mettere da parte il sistema di aiuto assistenzialistico alla famiglia (che tende a farne un soggetto passivo, che, quando possibile, riceve aiuto dall'alto) e preferire un approccio di tipo promozionale, capace cioè di "rimettere in moto" il sistema famiglia di fronte alle difficoltà e ai bisogni. La famiglia, cioè, non può essere destinataria passiva di prestazioni, ma deve essere parte attiva di un percorso di aiuto all'interno di un sistema "di rete", che la sostenga dall'esterno e la porti ad essere più coesa e rafforzata al suo

interno, facendola uscire dalla situazione di bisogno. Nella prospettiva promozionale, pertanto, le risorse messe a disposizione dai servizi e dallo stato (professionisti, politiche, risorse, strutture) devono entrare in sinergia con le capacità e le potenzialità delle famiglie destinatarie degli interventi. Solo così, infatti, le difficoltà possono essere non solo superate, ma risolte, restituendo alla famiglia il suo ruolo di soggetto responsabile all'interno della società.

LA PREVENZIONE DELLO STIGMA INTRAFAMILIARE DELLA DEPRESSIONE PERINATALE

Lo stigma primario della depressione perinatale è intrafamiliare, perché una donna che si dichiara depressa, incapace come madre e perfino con sentimenti di rifiuto verso il figlio, si espone al giudizio negativo e allo stigma del marito, che può condizionare la relazione familiare anche per tutta la vita.

Il naturale obiettivo primario del marito è difendere il figlio, mentre la cura della moglie può avere per lui un significato marginale. Questo è il motivo principale per cui la donna non parla della sua depressione e per cui la depressione perinatale è un tabù culturale. Ancora oggi, l'incapacità di procreare ha come conseguenza il ripudio della moglie, in molte culture.

Gli altri componenti della famiglia hanno un ruolo determinante perché possono alleggerire il carico di lavoro della mamma e condividere la problematica emotiva, aiutando la mamma a confidare la sua difficoltà. Supporto e condivisione, infatti, sono gli strumenti primari di prevenzione dello stigma.

Affermare che la depressione della donna possa essere conseguenza della mancanza di aiuto da parte del marito e della scarsa educazione dell'uomo ad una condivisione del ruolo genitoriale, coglie solo un aspetto della realtà. Spesso la depressione è il risultato di un'alleanza disfunzionale tra marito e moglie, ma il marito non può semplicemente sostituire la moglie in difficoltà. Il ruolo centrale della mamma non può esserle tolto. Non esiste infatti un'intercambiabilità dei genitori, che appare in contrasto con la natura stessa della famiglia, costituita come l'espressione di un'alleanza esclusiva tra uomo e donna, basata sulla ripartizione dei ruoli e delle competenze, in modo particolare per quanto attiene alla procreazione. Un tipo di alleanza diverso, in cui i ruoli siano indifferenziati, non può infatti essere definito famiglia.

Obiettivo primario del trattamento è la difesa dell'alleanza coniugale, intervenendo, laddove possibile, affinché l'uomo assuma un ruolo attivo e collaborativo nella co-responsabilità della procreazione, ma soprattutto evitando di sancire un fallimento della donna o ancor peggio il suo diritto ad una esistenza depressiva come scelta culturale. La depressione perinatale può provocare una profonda rottura dell'alleanza coniugale, che può essere sanata solo aiutando la donna a recuperare la centralità del suo ruolo nella procreazione e mettendo il marito in condizione di supportare la moglie senza perdere la fiducia in lei.

Il trattamento medico della depressione deve essere quindi realizzato, finché possibile, all'interno di uno spazio riservato e personale, frutto della relazione tra la mamma e lo psichiatra, distinguendolo dal supporto alla coppia e alla famiglia che usa invece prevalentemente strumenti di tipo psicoeducazionale. L'autodichiarazione pubblica della mamma come depressa è da evitare.

La conseguenza dello stigma primario e la difficoltà della mamma a chiedere aiuto, rendono indispensabile un'efficace e sistematica azione di screening per intervenire sulla depressione, quando è necessario.

Lo stigma secondario derivante dalla relazione con lo psichiatra è sicuramente meno rilevante di quello primario, ma deve comunque essere limitato, rendendo competenti figure mediche familiari alla mamma ad effettuare una valutazione psichiatrica di primo livello.

L'intervento psichiatrico di secondo livello è una risorsa fondamentale per garantire il pieno recupero della mamma e proteggere il diritto del neonato.

LA CURA DELLA DEPRESSIONE PERINATALE E IL RUOLO DI GARANZIA DELLO STATO

Posto che la procreazione è un processo complesso che non termina con la nascita di un bambino e che coinvolge l'intera famiglia, la depressione perinatale della mamma determina una condizione particolare in cui può non essere presente una esplicita richiesta di salute che possa attivare un meccanismo di cura. La mamma può non riconoscere la sua condizione di malattia e la sua famiglia può altrettanto non essere consapevole del suo stato. Il figlio neonato, che si trova nella condizione di subire con particolare intensità le conseguenze della malattia della mamma, non è in grado di esprimere una richiesta valida di aiuto.

La mamma ha il diritto ad essere sussidiata nella sua relazione parentale e, se necessario, curata nel modo adeguato nel contesto in cui vive, e il bambino egualmente deve essere tutelato nel suo completo diritto di accedere ad un'esistenza piena ed integrale.

Questo implica che il sistema sanitario deve agire con efficaci procedure di prevenzione primaria (screening) e secondaria per garantire alla mamma e all'intera famiglia un'offerta di salute adeguata.

LA MAMMA DEVE ESSERE INFORMATA CONVENIENTEMENTE SULLA PARTICOLARITÀ DELLA SUA CONDIZIONE E L'INTERA FAMIGLIA DEVE ESSERE COINVOLTA NEL PIANO DI PSICOEDUCAZIONE¹ E DI EVENTUALE TRATTAMENTO.

Lo stato deve assumere la funzione di garante del neonato attraverso il supporto alla salute della mamma e dell'intera famiglia, fino al completamento della fase evolutiva.

Si definisce quindi il concetto di psichiatria perinatale come cura della relazione madre – bambino nell'età evolutiva e supporto alla famiglia, al fine di garantire il completo diritto del neonato ad uno sviluppo pieno ed integrale della sua persona.

Il Regno Unito ha costruito ormai da molti anni un'efficace rete d'intervento che si basa su questo modello culturale.

Se la mamma è affetta da una malattia psichica, la relazione madre – bambino appare quindi l'oggetto della cura che lo stato deve garantire, anche in assenza di un'esplicita richiesta di salute.

La psichiatria perinatale ha caratteristiche diverse, dal punto di vista patologico, sia dalla psichiatria infantile, sia dalla psichiatria dell'età adulta, e richiede un approccio specifico che non si può basare solo su di un'esplicita richiesta di salute, perché lo stato deve interpretare il bisogno non espresso del neonato e tutelarlo.

L'organizzazione attuale appare assolutamente carente e le istituzioni devono assumere come indispensabile la strutturazione di una efficace psichiatria perinatale come impegno primario nei confronti della tutela del processo di procreazione nella sua interezza.

In particolare, l'effettuazione di uno screening efficace della depressione post partum appare come la condizione primaria e indispensabile per tutelare il neonato nei suoi diritti, che deve essere affiancato da un appropriato intervento di psicoeducazione per la mamma e la famiglia.

La limitazione della privacy della mamma in una fase tanto delicata della sua vita viene limitata al minimo indispensabile in funzione del valore etico prevalente del diritto del bambino.

IL DIRITTO DI NON CURARSI DELLA MAMMA MALATA

¹ La **psicoeducazione** è un percorso formativo che permette di conoscere i meccanismi psicologici che sostengono alcuni disturbi emotivi e relazionali e di avere informazioni e istruzioni per prevenirli o affrontarli in modo efficace.

In Italia, circa mille mamme ogni anno, hanno bisogno di un supporto particolare perché la loro condizione di malattia depressiva è troppo grave e la capacità di aderire ad un progetto di cura è insufficiente.

In questi casi si genera una profonda situazione di conflitto d'interessi tra il diritto primario del neonato a raggiungere la pienezza della sua esistenza, che gli deve essere garantito in primo luogo dalla mamma, e il diritto della mamma di non curarsi

Il diritto della mamma di non curarsi comprime il figlio in un'esistenza limitata, ne compromette gravemente il normale sviluppo psicofisico e mette a repentaglio addirittura la sua stessa vita.

7

Obiettivo primario è ottenere la piena collaborazione della mamma e della famiglia al progetto di cura, con tutte le risorse potenzialmente utili.

Se la mamma ammalata non accetta di curarsi, nonostante l'attuazione di tutti i presidi sanitari e psicoeducazionali, si determina una condizione incompatibile con la vita del bambino.

Il diritto di esistenza senza cure della mamma malata non può limitare il pieno diritto ad una vita integra del bambino.

Quando si verifichi la circostanza che la mamma possa manifestare dei comportamenti potenzialmente pericolosi per il neonato, a causa di una malattia che limiti la sua capacità di esprimere un progetto di vita compatibile con la procreazione, è necessario invocare le procedure di tutela definite dalla legge 180 per obbligare alle cure la mamma, anche se il suo stato psichico non è alterato in funzione della sua mera esistenza come persona.

Il concetto di procreazione va esteso ai primi tre anni di vita del bambino, cioè a quel periodo definito come età evolutiva, in cui il nuovo nato dipende dalla mamma per il raggiungimento della sua piena funzionalità come persona.

Fatte salve tutte le condizioni di garanzia per il neonato previste dall'attuale ordinamento, il semplice diritto di rifiutare le cure non può essere garantito alla mamma malata, senza compromettere in maniera grave il diritto del figlio.

Questo si traduce nell'interpretazione della norma esistente nel modo seguente.

In presenza di una patologia psichica della mamma, un trattamento sanitario obbligatorio deve essere attuato quando esiste un rischio per l'incolumità fisica del neonato.

La relazione madre – bambino deve essere tutelata nelle forme appropriate, e la collaborazione della mamma e della famiglia deve essere ricercata in modo prioritario al fine di potenziare le risorse intrafamiliare, per limitare al massimo ogni forma di compressione del diritto della madre.

La scelta di attuare un trattamento obbligatorio non contempla come prioritaria certamente la segregazione della madre in un reparto psichiatrico. Il trattamento sanitario obbligatorio domiciliare, già previsto in ipotesi dalla legge attuale, appare come il modello che garantisce maggiormente le due figure e l'intera famiglia.

Questo problema è ben noto dal punto di vista scientifico e nel Regno Unito è stato risolto creando delle unità di ricovero madre – bambino, su base regionale.

Il modello realizzabile è quello di inviare una équipe di persone a domicilio della mamma che supportino lei e la sua famiglia durante l'intero arco della giornata, per un periodo di tempo sufficiente a stabilizzare la sua patologia ed ottenere una valida collaborazione al trattamento.

Il trattamento nell'ambiente in cui la relazione ha luogo normalmente appare la soluzione di scelta.

L'obbligatorietà del trattamento è un concetto che riguarda la relazione nel suo complesso e impone anche alle istituzioni preposte alla cura il rispetto di questo criterio fondamentale.

In mancanza di questa interpretazione si può verificare la circostanza che il primo sintomo rilevante della gravità della patologia della relazione madre – bambino sia proprio l'atto violento della madre o addirittura l'infanticidio.

Il significato preventivo del trattamento obbligatorio a protezione del bambino assume pertanto un valore etico prevalente sulla limitazione della libertà personale della mamma.

8

IL DIRITTO DELLA MAMMA MALATA AD ESSERE SOSTENUTA

La mamma che non riesce a collaborare attivamente alle cure può disporre di un ulteriore ausilio che lo stato può garantirle.

L'amministrazione di sostegno, prevista dalla legge N. 6/2004, appare come uno strumento utile per garantire alla mamma malata il pieno recupero della sua salute, anche a tutela dei diritti del neonato.

L'amministratore di sostegno può essere utilmente indicato tra le donne della famiglia, in particolare tra coloro che hanno competenza come madri.

LE FUNZIONI DI TUTELA DELLO STATO AL NEONATO

INFORMAZIONE ALLA MAMMA E ALLA FAMIGLIA

La mamma come snodo sensibile del processo di procreazione che coinvolge l'intera famiglia.

La responsabilità per la mamma di stare bene per garantire i diritti fondamentali del neonato di raggiungere una piena funzionalità psicofisica.

Il diritto alla prevenzione dello stigma primario intrafamiliare della depressione perinatale.

SCREENING DELLA DEPRESSIONE

Il diritto della mamma di conoscere il suo stato di salute in maniera obiettiva.

Il diritto di mantenere il ruolo di protagonista della cura della sua salute.

Il diritto di programmare lo screening e la sua ripetizione in un contesto agevole.

Il diritto a ricevere uno screening di primo di livello da parte di figure mediche familiari alla donna (ginecologo, medico di base, pediatra) e di mantenere la psichiatria solamente come risorsa di secondo livello.

PSICOEDUCAZIONE

Il diritto della mamma e della famiglia di avere un'informazione sensibile al contesto, di avere precise indicazioni e spiegazioni relative alla sua condizione e alle possibilità di aiuto e sostegno.

VALUTAZIONE PSICHIATRICA

Il diritto ad avere una appropriata valutazione psichiatrica di secondo livello e di poter esprimere il gradimento sulla sua efficacia.

TRATTAMENTO IN UN SISTEMA DI RETE

Il diritto ad avere accesso a tutte le risorse disponibili per il suo stato all'interno di un sistema di rete.

Il diritto ad essere curata all'interno di uno spazio riservato che garantisca la sua privacy e la difenda dall'essere stigmatizzata.

SUPPORTO DOMICILIARE OBBLIGATORIO ALLA FAMIGLIA IN DIFFICOLTÀ (TSO EXTRA – OSPEDALIERO)

Il diritto a disporre, nei casi di particolare gravità, di un supporto familiare domiciliare, di pronto intervento, che garantisca un aiuto durante l'intero arco della giornata, fino alla stabilizzazione del quadro clinico, per prevenire eventuali comportamenti a rischio per il neonato.

AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO PER LA MAMMA BISOGNOSA DI AIUTO

Il diritto a usufruire di un amministratore di sostegno nei casi di malattia in cui la mamma non sia in grado di collaborare efficacemente alla cura, preferibilmente scelto tra le donne della famiglia.

INNOVAZIONI DEL PROGETTO REBECCA

- Il concetto di depressione post partum è definito come il sintomo di una criticità all'interno del processo di procreazione che, pur riguardando l'intera famiglia, si manifesta nella mamma che è lo snodo più sensibile del sistema.
- La psicoeducazione della famiglia è incentrata sul valore della responsabilità dell'intero nucleo familiare a supporto della procreazione.
- La psicoeducazione della mamma ha come cardine l'impegno alla cura della sua salute per garantire il pieno sviluppo psicofisico del figlio.
- La funzione di sussidiarietà dello stato viene definita come tutela dei diritti fondamentali alle pari opportunità del neonato.
- La depressione perinatale è affrontata suddividendo le donne in due sottogruppi distinti: donne che hanno un problema di malattia, donne sane che si scompensano di fronte ad un carico troppo gravoso.
- La valutazione della depressione diventa una procedura standardizzata di autovalutazione, in cui la donna è protagonista.
- La donna a rischio entra in un progetto di psicoeducazione specifico per la sua condizione e riceve delle chiare istruzioni di comportamento, senza che sia etichettata come malata.
- Le figure mediche più vicine alla donna (ginecologo, pediatra, medico di base) sono rese competenti per valutare un eventuale rischio di patologia, mediante l'utilizzo di uno specifico strumento informatico che consenta loro di svolgere un'efficace prevenzione primaria e secondaria e le metta in condizione di attivare in maniera tempestiva il sistema di rete.
- L'alleanza tra mamme e medici rende l'effettuazione dello screening un processo gradevole, non stigmatizzante, efficace e ripetibile.
- L'intervento dello psichiatra è limitato ai casi realmente necessari.
- Lo psichiatra assume la funzione di psichiatra perinatale, il cui obiettivo è garantire la corretta relazione madre – bambino e supportare la famiglia. Egli attiva tutte le risorse disponibili per la mamma e la famiglia in difficoltà, coordinando l'intervento delle varie figure professionali e di volontariato.
- La donna è messa in condizione di accedere direttamente alle informazioni, confrontarsi con altre mamme, ottenere consulenza da persone esperte, conoscere con chiarezza le risorse disponibili nella sua condizione, esprimere una precisa valutazione sul gradimento dell'intervento effettuato da ciascuna figura professionale.
- La famiglia come istituzione è restituita al ruolo centrale del processo di procreazione, rimarcando la profonda diversità funzionale con la famiglia monoparentale. Il sussidio alla mamma non modifica la fragilità del suo ruolo che, senza una famiglia al suo supporto, rimane debole e sostanzialmente disfunzionale.
- Viene costruita un'efficace rete di relazione tra gli attori principali del processo di procreazione (mamma, famiglia, istituzioni, associazioni, agenzie sociali).

LA SOCIETÀ DEVE TORNARE A SVILUPParsi

LA DEPRESSIONE PERINATALE È ANCORA UN PROBLEMA DI CUI “NON SI VUOL SAPERE DI NON SAPERE”?

“Nessuna domanda è più difficile di quella la cui risposta è ovvia” George Bernard Shaw

11

La depressione perinatale è pericolosa per il processo di procreazione, intacca l'immagine sociale della mamma e la espone allo stigma. Quindi è conveniente per il sistema sociale nascondere questa debolezza.

La resistenza culturale ad affrontare il problema deve essere considerata un segno da interpretare e non la manifestazione di un pregiudizio irrazionale. Il tabù di ignorare fermamente il problema serve a difendere l'equilibrio sociale della procreazione.

LA VISIONE STRATEGICA DEL PROGETTO REBECCA OFFRE UNA SPIEGAZIONE PER SUPERARE QUESTA POSIZIONE.

FARE POSTO A NUOVI FIGLI È SEMPRE PIÙ COSTOSO

Lo sviluppo di una società richiede un tasso di fertilità di almeno 2,4 figli per donna. Oggi in Italia il tasso è intorno a 1,3 figli per donna. Nessuna società è tornata a svilupparsi dopo essere scesa sotto 1,8 figli per donna.

Il processo di procreazione è sempre più concentrato su di un numero molto ridotto di figli e il rischio di insuccesso aumenta. Le coppie arrivano molto più anziane e meno vitali a procreare. La motivazione per la procreazione è molto più bassa perché i figli non sono una necessità funzionale dei genitori, come avveniva fino a pochi decenni or sono, ma la conquista di uno status sociale di appagamento.

La trasmissione della cultura della procreazione si è notevolmente impoverita per la forte riduzione della comunicazione all'interno del sistema famiglia e per la forte distanza di età fra le generazioni. La polarità della vita si è spostata dalla casa familiare alla casa lavorativa.

Se la famiglia allargata scende sotto il numero di componenti che rappresenta la massa critica, la solitudine aumenta in modo drammatico, anche in conseguenza dell'aumento delle distanze e dei tempi di spostamento.

Solitudine, età avanzata, mancanza di cultura, rendono il processo di procreazione un processo ad alto rischio.

La famiglia come istituzione è notevolmente impoverita di contenuti e di strumenti di diritto, perché la protezione dei figli ha meno importanza in un sistema a basso tasso di procreazione. La conseguenza è la diminuzione dei matrimoni che aumenta la complessità della difesa dei diritti dei figli.

La società richiede sempre maggiori risorse economiche e psichiche per far posto ai nuovi nati in un sistema ad alta cultura e ad alto benessere. I figli a basso costo e a bassa cultura sono una risorsa di sviluppo che modifica profondamente la società, che finisce per assestarsi su modelli di organizzazione molto meno evoluti culturalmente.

Per rilanciare lo sviluppo occorre diminuire il costo sociale dei figli ad alta cultura, aumentando l'efficienza del sistema di procreazione.

LA SFIDA PER RECUPERARE LO SVILUPPO È RIUSCIRE A FARE POSTO A FIGLI A BASSO COSTO E AD ALTA CULTURA

La bioetica offre le opzioni fondamentali sulla definizione dei diritti del neonato nella fase evolutiva.

La scienza sociale capace di intercettare il disagio può conquistare un ruolo strategico, in grado di pensare e di contribuire al futuro della società.

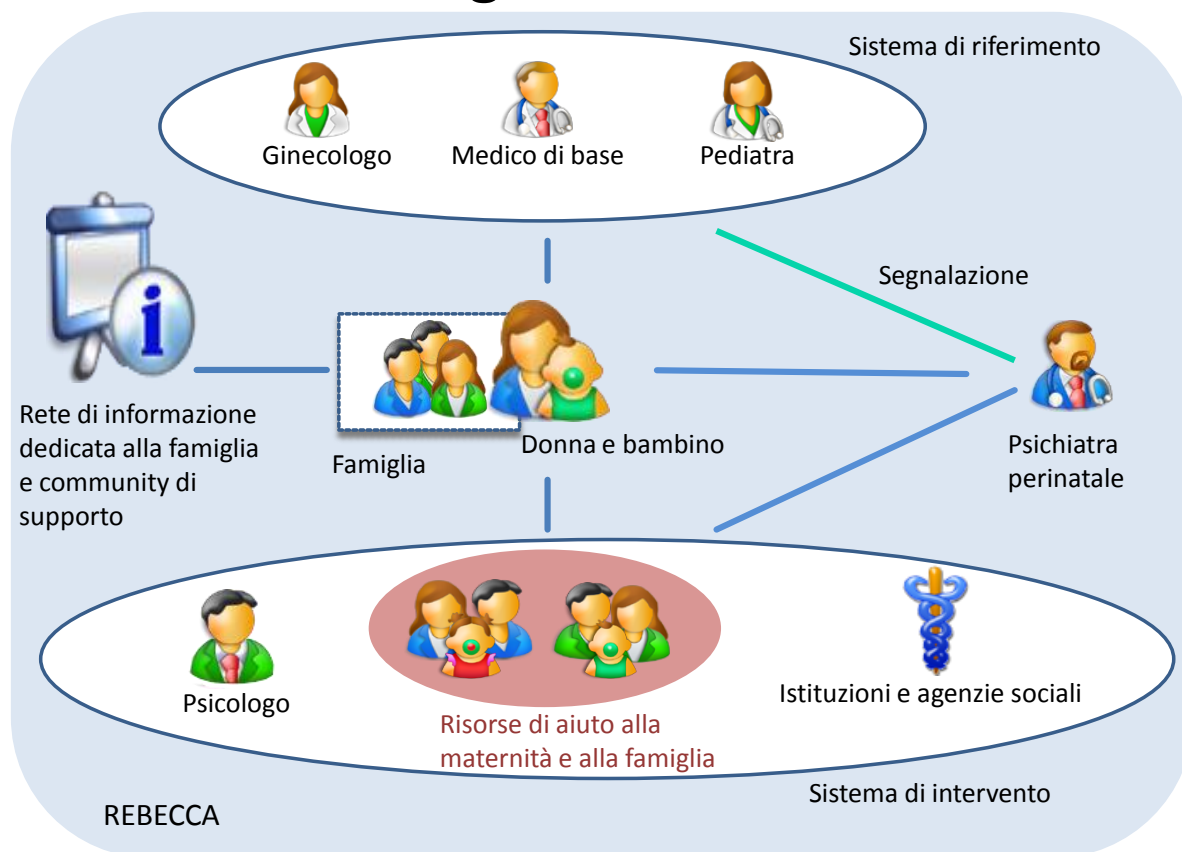
L'unica strada per cambiare le sorti del processo di procreazione, che appaiono altrimenti segnate, è l'incremento della circolazione dell'informazione e della cultura della procreazione, aumentando con nuove risorse tecnologiche il supporto alla famiglia e al processo procreativo.

12

IL PROGETTO REBECCA È UN SISTEMA DI SUPPORTO AL PROCESSO DI PROCREAZIONE DELLA FAMIGLIA, BASATO SU DI UNA STRUTTURA DI RETE, CON UNA FORTE AMPLIFICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE DELLA CULTURA DELLA PROCREAZIONE, TRAMITE UN AUSILIO TECNOLOGICO AVANZATO

La capacità di intercettare il disagio della procreazione, di mantenere la mamma protagonista della sua salute, di offrire risorse complete e puntuali e di permettere una chiara valutazione del gradimento, offre una prospettiva del tutto nuova di supporto alla famiglia.

Il Progetto Rebecca



FASE 1 DISCUSSIONE SULLA BIOETICA

PRESENTAZIONE AL COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA DEL DOCUMENTO DI BASE SULLA DEPRESSIONE PERINATALE

FASE 2 LA CREAZIONE DI UNA RETE A SUPPORTO DELLA MAMMA E DELLA FAMIGLIA

CENSIMENTO TRAMITE WEB DELLE RISORSE UTILIZZABILI

OPERATORI COMPETENTI CHE DICHIARANO LA LORO DISPONIBILITÀ AD INTERESSARSI DI QUESTO PROBLEMA

FIGURE CHE HANNO UN RILIEVO CULTURALE NELLA SOCIETÀ CHE POSSONO OFFRIRE IL LORO CONTRIBUTO

ATTIVAZIONE DELLA RETE

ATTIVAZIONE DELLO SCREENING IN RETE IN COLLABORAZIONE CON GINECOLOGI, PEDIATRI E MEDICI DI MEDICINA GENERALE

ATTIVAZIONE DEL PORTALE INFORMATIVO

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

PER LE CARATTERISTICHE DELL'EVOLUZIONE DELL'UOMO

Derek Denton

Le emozioni primordiali. Gli albori della coscienza

Bollati Boringhieri Torino 2009

Michel S. Gazzaniga

Human. Quel che ci rende unici

Raffaello Cortina Editore Milano 2009

PER LE CARATTERISTICHE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM

Br J Psychiatry. 1987 Jun;150:782-6

Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R

Arch Womens Ment Health. 2010 Jul 6. [Epub ahead of print]

Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms.

Abramowitz JS, Meltzer-Brody S, Leserman J, Killenberg S, Rinaldi K, Mahaffey BL, Pedersen C.

Am J Psychiatry. 2007 Dec;164(12):1817-24; quiz 1923.

Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation.

Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Remnick A, Zurick A, Cohen LS.

PER LA STRUTTURA RELAZIONALE DELLA FAMIGLIA

Pierpaolo Donati

Teoria relazionale della società: i concetti di base

Franco Angeli , Milano 2009

PER I COSTI SOCIALI DELLA PROCREAZIONE

Pierpaolo Donati

Il costo dei figli. Quale welfare per le famiglie?

Franco Angeli , Milano 2010

PER LA STRUTTURA DI RETE A SUPPORTO DELLA FAMIGLIA

Jan Schroeder

Wirkungsorientierung: Sozial und Gesellschaftspolitik gemeinsam gestalten

Deutscher Verein (Hsrg) 2010

IL PROGETTO È STATO REALIZZATO CON IL CONTRIBUTO DI

DOTT. ANTONIO PICANO

Medico Psichiatra – Dirigente Psichiatra DSM ASL RMD – Ospedale S. Camillo – Forlanini Roma

Presidente StraDe Onlus – Studio e Trattamento della Depressione

Coordinatore Progetto Rebecca

15

PROF.SSA GABRIELLA GAMBINO

Ricercatrice Filosofia del Diritto – Università degli studi di Roma Tor Vergata

DOTT. PAOLO AMPOLLINI

Psichiatra – Responsabile CSM Valli Taro e Ceno – Azienda USL di Parma

PROF. ANTONIO VIRZÌ

Professore Aggregato di Psichiatria e Scienze Umane - Università di Catania

PROF. GIORGIO VITTORI

Presidente SIGO – Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

PROF. JOSÈ MARIA GÀLVAN CASAS

Docente di Teologia Morale presso la Facoltà di Teologia della Pontificia Università della Santa Croce e di Antropologia Teologica nell'Istituto Superiore di Scienze Religiose all'Apollinare

DOTT.SSA MICHELA MELCHIORRI

Segretario Generale StraDe

DOTT.SSA FLAVIA SANTOBONI

Psicologa Psicoterapeuta

DOTT.SSA M.GIUSY ROSAMONDO

Psicologa