



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 24

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SUL PERCORSO NASCITA E SULLA SITUAZIONE DEI PUNTI NASCITA CON RIGUARDO ALL'INDIVIDUAZIONE DI CRITICITÀ SPECIFICHE CIRCA LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL FETO E SULLE MODALITÀ DI ESERCIZIO DELL'AUTODETERMINAZIONE DELLA DONNA NELLA SCELTA TRA PARTO CESAREO O NATURALE: «NASCERE SICURI»

324^a seduta (pomeridiana): martedì 3 aprile 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Audizione di esperti**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 14	* DI DONATO	Pag. 3, 13
BASSOLI (PD)	11	RINALDI	6, 13
GUSTAVINO (UDC-SVP-UT:UV-MAIE-VN- MRE-PLI-PSI)	12		
* RIZZOTTI (PdL)	12		

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, la dottoressa Giulia Di Donato, responsabile del progetto «Un sorriso per le mamme» dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna in collaborazione con l'Azienda ospedaliera Fatebenefratelli e oftalmico di Milano e il professor Lucio Rinaldi, professore aggregato dell'Istituto di psichiatria e psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

I lavori hanno inizio alle ore 14,40.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di esperti

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo e naturale: «NASCERE SICURI», sospesa nella seduta del 27 marzo scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È oggi in programma l'audizione di esperti. Ascolteremo la dottoressa Giulia Di Donato, responsabile del progetto «Un sorriso per le mamme» dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna in collaborazione con l'Azienda ospedaliera Fatebenefratelli e oftalmico di Milano, e il professor Lucio Rinaldi, professore aggregato dell'Istituto di psichiatria e psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Do subito la parola alla dottoressa Di Donato, delegata dal professor Mencacci, direttore del dipartimento di neuroscienze, impossibilitato ad intervenire nella seduta odierna. A lei, dottoressa, le chiedo di porgere i miei saluti al professor Mencacci, in quanto ci lega un rapporto di profonda amicizia.

DI DONATO. Signor Presidente, la ringrazio per l'opportunità che ci avete concesso oggi, anche da parte del professor Mencacci e della dottoressa Merzagora, di cui porto i saluti.

Personalmente sono coordinatrice del progetto: «Un sorriso per le mamme», che si occupa della depressione perinatale.

L'intensità e la gravità dei disturbi dell'umore durante la gravidanza e nel puerperio si presentano come un *continuum*, che va dalle forme più lievi (ad esempio il *baby blues*, non considerato un vero e proprio disturbo in quanto legato alle brusche variazioni ormonali che avvengono qualche giorno dopo il parto e che tende ad autolimitarsi per poi scomparire definitivamente nel giro di pochi giorni) alle forme più serie della depressione *post partum* fino alla psicosi *post partum*, che richiede in genere il ricovero.

In Italia oltre 90.000 donne (il 16 per cento delle donne in gravidanza) soffrono di disturbi depressivi e di ansia nel periodo perinatale (gravidanza fino a 12 mesi dopo il parto). Queste condizioni dipendono dall'intrecciarsi di molteplici fattori: fattori ormonali, in particolare di tipo sessuale e tiroideo e fattori legati ai livelli dei neurotrasmettitori; fattori immunologici; fattori fisici (ad esempio, la stanchezza indotta dai ritmi imposti dal bambino e la fatica del *post partum*, diventano un potente induttore di *stress*); fattori psicologici (ad esempio, una personalità caratterizzata dalla bassa autostima o tendente al perfezionismo); fattori sociali (come la giovane età, l'inesperienza e la scarsità di aiuto e sostegno); fattori cognitivi, come il nutrire aspettative irrealistiche sull'essere madre o sul bambino.

Esistono varie tipologie di prevenzione: una prevenzione primaria, che riguarda la messa in atto di interventi volti alla riduzione del rischio prima che compaia il disturbo stesso. Una prevenzione secondaria, che si applica ad un *target* selezionato, ovvero alle donne in gravidanza e nel *post partum*. Lo scopo è quello di ridurre la prevalenza della psicopatologia perinatale riducendo la gravità e la durata di malattia e limitando le conseguenze avverse. Infine, vi è una prevenzione terziaria, che si applica sulle donne con psicopatologia conclamata. Lo scopo è ridurre la gravità e le conseguenze della condizione clinica sul funzionamento globale della donna.

La diagnosi permette di riconoscere, in base ai sintomi, le forme di depressione e di stabilire la tipologia di percorso da realizzare. Attraverso il riconoscimento dei fattori di rischio viene stabilito il primo colloquio psichiatrico e deciso che tipo di intervento realizzare (di psicoterapia o farmacologico). Soprattutto, si cerca di capire se è necessario attivare anche interventi familiari o incontri con il papà o addirittura, laddove possibile, visite domiciliari, fino ad arrivare a forme più severe con il ricovero.

Purtroppo la depressione puerperale è sottodiagnosticata. Solo il 49 per cento delle donne in gravidanza che presentano sintomi depressivi richiede un intervento medico. Quindi, fino al 50 per cento dei casi di depressione nel *post partum* restano sconosciuti.

I sintomi che compaiono in questo periodo sono frequentemente sottovalutati e trascurati sia dalle pazienti che dai clinici.

Purtroppo, come è a tutti noto, dalla dimissione del terzo giorno della mamma dopo il parto, la prima visita di controllo avviene dopo 40 giorni. In questo periodo la mamma non è sostenuta, a volte neanche dal suo ginecologo.

Dal punto di vista del trattamento, la cosa più importante è saper ascoltare la donna. È necessario avere un'apertura accogliente e non giudicante ed un ascolto attivo. È necessario saper riconoscere e chiedere alla donna eventuali traumi precedenti che possono avere influito sullo stato e sui sintomi.

Esistono sia trattamenti psicologici che farmacologici. Esistono infatti delle nuove molecole che, prescritte sotto controllo medico, possono essere assunte anche durante la gravidanza. Per questo motivo l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, in collaborazione con l'azienda Fatebenefratelli di Milano, in particolare con il professor Mencacci, direttore del dipartimento di Neuroscienze, ha deciso di realizzare questo progetto, che è stato lanciato a dicembre 2010. Il progetto ha tre aree di attività principali: un'attività istituzionale, un'attività di comunicazione e un'attività territoriale. Dal punto di vista istituzionale è stata infatti approvata in Senato una mozione sul tema della depressione il 18 novembre 2010, che impegna il Governo a migliorare l'accessibilità alle cure, a sensibilizzare la popolazione sulla depressione come patologia curabile, a creare una rete tra medici di medicina generale e specialisti e, soprattutto, a istituire dei centri regionali di riferimento per la cura della depressione in gravidanza e nel *post partum*, riconosciuti dal Ministero della salute.

Il 16 marzo 2012, in occasione del 3° Incontro istituzionale sulla salute riproduttiva tra O.N.Da e Organizzazione mondiale della sanità è stato richiesto il supporto del gruppo di parlamentari presenti per la creazione di un tavolo tecnico al fine di realizzare Linee guida nazionali dedicate agli operatori da veicolare nei Centri preposti alla cura della depressione perinatale, che purtroppo in Italia non sono ancora presenti.

La base di lavoro potrebbe essere il documento «Indicazioni di buona pratica clinica per la gestione della depressione perinatale», realizzato dal *team* del professor Mencacci.

La seconda area di attività è quella di comunicazione. L'obiettivo della campagna è stimolare sia la classe medica che l'opinione pubblica a confrontarsi e ad essere più consapevoli della grande vulnerabilità psichica di ogni futura mamma, aiutando la donna ad uscire dallo stato di solitudine in questo delicato momento della vita. È stato infatti creato un sito *ad hoc* dove le mamme possono porre domande agli esperti di riferimento e sono stati realizzati uno *spot* e una campagna stampa per sensibilizzare le donne.

L'ultima parte – a nostro avviso la più importante – è l'attività territoriale. Infatti O.N.Da, attraverso la mozione che è stata approvata, ha individuato sei centri promotori del Progetto, a cui si stanno affiancando altre strutture preposte all'assistenza e alla cura delle donne in gravidanza e nel *post partum*. Sono stati definiti, insieme ai sei responsabili dei dipartimenti di Neuroscienze dei centri promotori, dei criteri specifici per aderire al *network* dei Centri di eccellenza. L'obiettivo è creare una rete territoriale di riferimento per tutte le donne affette da questa patologia. I primi sei centri promotori sono localizzati omogeneamente in tutto il ter-

ritorio nazionale: a Milano, Torino, Pisa, Ancona, Napoli e Catania. Ad oggi si sono aggiunti altri 12 centri dislocati in diverse Regioni italiane.

Quello che crediamo fondamentale a livello di assistenza sul territorio è che vi sia un'accessibilità omogenea alle cure. Per questo motivo abbiamo chiesto all'Istituto superiore di sanità di istituire un tavolo tecnico volto a creare delle linee guida dedicate agli specialisti, affinché possano diagnosticare la patologia e curare la donna utilizzando i medesimi criteri. Abbiamo anche notato, da uno studio condotto dalla dottoressa Bramante del Fatebenefratelli, che negli ultimi due anni, coincisi con l'avvio del progetto, i figlicidi sono diminuiti da 14 nel 2009 a 7 nel 2011. Crediamo che ciò non sia dovuto esclusivamente al nostro progetto, ma ad una maggiore attenzione da parte di tutti gli *stakeholder* su questo tema. Crediamo quindi che sia fondamentale attivare un network sinergico tra tutti gli *stakeholder* coinvolti con l'obiettivo di creare una rete di sostegno e di supporto della donna in questa delicata fase della vita.

Dal punto di vista della sanità pubblica, abbiamo visto anche dagli ultimi studi che attuare interventi di prevenzione porterebbe un grande risparmio rispetto al trattamento di casi più severi.

Ciò che vi chiediamo oggi, in conclusione, è di non lasciare le donne sole in questa delicata fase della loro vita in quanto vi sono possibilità di intervento anche da parte delle istituzioni per migliorare la situazione attuale.

RINALDI. Desidero innanzi tutto salutare e ringraziare il Presidente e i senatori della Commissione. Il documento che mi accingo a presentare riguarda il lavoro che da anni stiamo svolgendo al Policlinico Gemelli di Roma sulla depressione *post-partum*, un tema che ci vede coinvolti dal punto di vista della psichiatria di *liaison* da circa trent'anni. Solo negli ultimi anni però siamo riusciti a svolgere un'attività mirata, pur nei limiti delle possibilità di un ospedale generale delle dimensioni del Policlinico Gemelli.

La mia breve presentazione si articolerà in tre parti: una rapida riflessione sulla depressione *post-partum*; una descrizione dei percorsi di prevenzione, diagnosi, trattamento e interventi precoci; una riflessione conclusiva sulle prospettive future di intervento.

Inizierei la parte introduttiva ponendo alcuni interrogativi, che reputo importanti al fine di focalizzare l'attenzione sul tema della depressione. Innanzi tutto occorre chiedersi se si è di fronte ad un quadro psicopatologico ben definito oppure se la depressione *post-partum* appartiene ad una complessità di forme con espressione diversa dal punto di vista psicopatologico. Infatti, focalizzare troppo l'attenzione sulla depressione *post-partum* potrebbe finire per non far vedere una parte di problematiche relative alla gravidanza e al puerperio che credo siano altrettanto importanti.

Esiste certamente una difficoltà diagnostica. I fattori ormonali, citati precedentemente, sono sicuramente presenti. Possiamo tuttavia individuare fattori di rischio e fattori protettivi. Teniamo molto a sottolineare le conseguenze che tale depressione può avere sulla donna, sul bambino e ancor

più sulla relazione madre-bambino. È un punto su cui occorre discutere in termini di prevenzione onde valutare le ricadute successive sulla salute dell'individuo in generale.

Non mi soffermerò sul quadro clinico, ma esistono tante diagnosi che vanno dalle forme depressive conclamate alle forme minori. Alcuni studi recentemente ritengono che le teorie eziologiche non appaiono specifiche per cui vale ancora la pena parlare di depressione *post-partum* oppure di uno spettro psicopatologico che va dalle forme depressive all'ansietà, al disturbo *post-traumatico* alla forma psicologica. Siamo dunque in un'area piuttosto complessa.

Studi relativamente recenti indicano che un alto livello di tensione durante la gravidanza si correla con la depressione *post-partum* e può predire la depressione post-natale. Sembrerebbe quindi esserci un *continuum* tra la sofferenza vissuta durante la gravidanza e la sua espressività nel periodo perinatale. Nei Paesi ad alto reddito l'incidenza della depressione *post-partum* sembra essere inferiore rispetto a quella dei Paesi a basso reddito, come risulta da alcuni studi dell'Organizzazione mondiale della sanità, il che fa pensare all'esistenza di fattori protettivi. Sicuramente è importante il fattore ormonale. Studi recenti, che vanno da 2009 al 2011, indicano l'importanza del ruolo della serotonina e dei livelli di pCRH. Occorre studiare questo fenomeno sul piano biologico e mentale dal momento che i due fattori si intrecciano.

L'Organizzazione mondiale della sanità, in un recente studio sulle nazioni a medio e basso reddito, rileva una serie di fattori di rischio e di fattori protettivi. Senza entrare nel dettaglio, laddove esistono situazioni di maggiore stabilità e protezione si è di fronte ad una minore probabilità dell'espressività del quadro psicopatologico.

Un punto importante da sottolineare concerne quanto è emerso da ricerche condotte nel tempo, che hanno dimostrato come le psicopatologie del *post-partum* possono avere conseguenze non solo sulla salute mentale della donna ma anche sulla relazione madre-bambino e sullo strutturarsi della mente del bambino. Poiché il bambino costruisce la sua mente nelle prime fasi di vita attraverso l'interrelazione con la madre, la madre che non è in grado di fornire un'attenzione specifica, essendo assorbita da situazioni di tensione personale, costruisce una relazione con il bambino disregolata che si riflette sullo sviluppo futuro del bambino, come evidenzia uno studio condotto dalla rivista *Pediatrics* nel 2011.

Al Policlinico Gemelli in quest'ottica stiamo cercando di portare avanti un lavoro di prevenzione di base al fine di prevenire la possibilità che si strutturino disturbi della gravidanza e del puerperio. È possibile fare questo con un ospedale in prima linea, disposto ad accogliere numerosi problemi presenti in alcune fasi della vita, prima fra tutte l'adolescenza. Occorre poi ridurre, se possibile, il senso di precarietà. Infatti, in relazione ai fattori di rischio di cui abbiamo parlato poc'anzi, le condizioni di precarietà sociale e psicologica andrebbero limitate per ridurre al massimo il rischio di un'evoluzione psicopatologica.

Al Policlinico Gemelli abbiamo cercato di operare in una psichiatria di *liaison* in collaborazione con il personale, perché non crediamo molto all'approccio per delega allo psichiatra, come operatore, o allo psicologo come colui che interviene. Infatti, dal momento che le madri e i genitori hanno a che fare con l'ospedale e con figure che quotidianamente, molto più degli psichiatri e degli psicologi, entrano in contatto con le difficoltà di queste donne e di questi genitori nella relazione con i bambini, il problema è proprio di aiutare i colleghi e il personale infermieristico a sviluppare una maggiore sensibilità, un'attenzione privilegiata, un modello di ascolto e di intervento più proficuo nel garantire un percorso protetto. Abbiamo svolto un lavoro nel tentativo di definire strumenti diagnostici più adeguati al fine di effettuare interventi precoci e lavorare molto sulla relazione madre-bambino che, in alcuni casi, abbiamo ritenuto di individuare come punto centrale.

Il principio guida del nostro lavoro è il sostegno alla maternità e alla genitorialità piuttosto che un'azione finalizzata ad operare nel senso di una patologia o di una mancanza di funzioni. Se cambiamo prospettiva riusciamo a lavorare sul sostegno alle madri e ai genitori e possiamo passare da una logica del difetto ad una logica di costruzione insieme agli operatori sanitari. Si tratta di un progetto complesso e ambizioso sul quale tuttavia abbiamo puntato. Attraverso gli incontri con madri in attesa e puerpere il nostro servizio di consultazione svolge un ruolo di costruzione di progetti fondamentali.

Venendo ora agli interventi, desidero sottolinearne uno di particolare rilevanza che il nostro ospedale, nel quale sono responsabile dell'area dell'adolescenza, sta portando avanti con notevole impegno con riferimento all'approccio alla crisi adolescenziale. Se vogliamo lavorare sul rischio di depressione della donna in gravidanza dobbiamo pensare a come esso si è costruito nel corso dell'evoluzione psicologica della donna e l'adolescenza, proprio per l'acquisizione dei presupposti dell'identità femminile, rappresenta una fase nevralgica. Per tale ragione abbiamo avviato, nei laboratori di ginecologia adolescenziale, un lavoro di individuazione delle problematiche evolutive, sempre in *liaison* ovvero in collaborazione con i nostri colleghi. In particolare, nella gravidanza, nel parto e nel puerperio abbiamo tentato di affiancare sempre al ginecologo, all'ostetrica e all'infermiera una psicologa capace di lavorare con loro dietro le quinte e non in prima battuta. Ho l'impressione, infatti, che quando le persone si rivolgono alla sanità non cercano direttamente lo psicologo ma le cure mediche. Arrivare a pensare che vi possa essere già una richiesta di aiuto mentale presuppone un percorso che in quel momento appare eccessivamente anticipato. Invece, la formazione, con corsi ed esperienze di condivisione, di operatori sanitari più competenti ad accogliere le difficoltà della donna e della coppia in quella particolare fase appare una soluzione ideale. Per tale ragione abbiamo sviluppato corsi di approccio interdisciplinare all'adolescenza con interventi in vari settori (dermatologia, ginecologia, quadri somatoformi) nei quali sembrano potersi rinvenire i presupposti degli scompensi in gravidanza.

Nello specifico, abbiamo corsi di preparazione al parto tenuti, per la logica di cui parlavo poc'anzi, non dallo psicologo ma da un ginecologo e dall'ostetrica. Lo psicologo lavora insieme al ginecologo negli incontri con le donne. Esiste poi un'area di riflessione di *equipe*, ma sostanzialmente l'intervento di prevenzione si articola in due aree. La prima consiste nell'individuazione di gravidanze potenzialmente a rischio, la seconda negli interventi precoci che riguardano le aree clinico-diagnostiche nelle quali possono esprimersi particolari tensioni emotive.

Esaminiamo allora quali sono le gravidanze potenzialmente a rischio emotivo. Premetto che sicuramente importante è l'intervento da effettuare nel reparto di patologia ostetrica, dove il lavoro di *liaison* è più rilevante – lo ripeto – rispetto all'intervento di consulenza diretto, che risulta essere un passaggio ulteriore. Nell'ambito delle gravidanze potenzialmente a rischio emotivo ne rileviamo alcune, quali ovviamente le gravidanze insorte in minore età, ossia nelle adolescenti; le gravidanze con feti incompatibili con la vita; le gravidanze in cui vi siano delle doppie diagnosi di patologia (materne e fetali); le gravidanze e il cancro, e a tal proposito, ricordo che l'ospedale Gemelli ha attualmente un polo di eccellenza nell'ambito della psiconcologia; infine, le gravidanze gemellari.

Vi presento ora alcuni degli interventi che vengono effettuati. Per quanto riguarda la gravidanza dell'adolescente, si tratta di un ambito nel quale subentrano numerosi problemi riguardanti l'aiuto alle ragazze coinvolte, alle loro famiglie di origine – spesso quest'ultime assumono il compito di sostenerle durante la gravidanza – ed eventualmente ai padri che, nel tempo, vanno accompagnati a prendere posto nella relazione con il bambino. In tale caso esiste una rete che viene attivata attraverso gli assistenti sociali del Gemelli, che possiamo al momento definire, facendo riferimento alle situazioni incontrate, abbastanza strutturata.

Interessante è il Progetto GperiG, che chiamiamo «Un nido per i gemelli», che è stato realizzato dal professore Ferrazzani e da una nostra collega, la dottoressa Fischetti, i quali hanno lavorato preventivamente sulle coppie in attesa di gemelli, durante tutto il periodo della gravidanza. Sono stati realizzati incontri di discussione d'*équipe* una o due volte al mese, per integrare le conoscenze reciproche. È stato effettuato un lavoro di *counselling* alla paziente da ginecologi istruiti sul modello su cui si stava lavorando, nonché un vero e proprio intervento a valenza psicoterapeutica durante sia la degenza della donna in ospedale sia nel puerperio. Spesso gli incontri sono poi continuati nel tempo per un gruppo di gemelli anche nel loro ambiente familiare.

Il lavoro finora descritto viene effettuato anche in altre aree come il Centro di sorveglianza delle gravidanze oltre termine e presso il *day hospital* di ostetricia.

Nelle aree clinico-diagnostiche nelle quali possono esprimersi particolari tensioni emotive rientra la sala parto, nella quale la gestione delle diverse situazioni che possono crearsi avviene in modo contestuale. Ovviamente, quando il lavoro funziona, la gestione avviene nel tempo, ossia longitudinalmente, nel senso che non si lavora sull'urgenza; a volte, in-

vece, è proprio nel momento in cui si incontra il problema che occorre intervenire. Ciò accade nell'area della neonatologia e della terapia intensiva neonatale.

Per quanto riguarda la diagnosi, a mio giudizio, abbiamo posto in essere un lavoro davvero interessante. I nostri pediatri, nell'ambulatorio di pediatria, svolgono una attività in un certo senso diversa da quella descritta poc'anzi dalla collega che mi ha preceduto. Essi effettuano controlli seguendo le indicazioni della *American Accademy of Pediatrics*, la quale li raccomanda, nel primo anno di vita del bambino, con una scadenza che va dai 2 ai 7 giorni, dopo un mese, due mesi, quattro mesi, sei mesi, nove mesi e 12 mesi. Ciò consente di effettuare un monitoraggio a più breve scadenza della situazione della madre e quindi del bambino.

All'interno dell'approccio multidisciplinare i pediatri, durante la visita, somministrano alle madri e ai padri l'EPDS (*Edimburg Postnatal Depression Scale*). Si tratta di una scala di valutazione, di un *self-report*, attraverso cui viene fornita ai pediatri una indicazione abbastanza attendibile dello stato depressivo in cui si trovano la madre e il padre. È questo un aspetto davvero interessante, in quanto – come potete rilevare dallo schema che vi ho consegnato – negli ultimi due anni, su 1.122 madri e 499 padri, alla scala dell'EPDS, è stata riscontrata una positività alla depressione del 26 per cento nelle madri e del 30 per cento nei padri. Detta positività, rivalutata poi clinicamente, scende complessivamente al 12 per cento.

In merito ai fattori di rischio, anch'essi rientrano nell'ambito delle zone di scarsa protezione, per cui si fa riferimento all'età, al fatto di essere stati sradicati in una cultura diversa, ad un livello di istruzione più basso o ad una situazione occupazionale più complessa e precaria. Ciò è tanto vero che, su questa tipologia di rischio, è stato pubblicato un volume della professoressa De Rosa, dal titolo «Luci e ombre sulla vita nascente», riguardante il progetto negli ambulatori, nel quale sono riassunti i fattori che abbiamo considerato a rischio. In detto volume si rilevano tutte le situazioni che possono rendere ancora più complicato un processo che, dal punto di vista sia biologico che psicologico, ha già di per sé profondi motivi di complessità.

Un'altro aspetto interessante è l'utilizzazione dell'ADBB, ossia dell'*alarm distress baby scale*, peraltro validato nella sua versione italiana proprio presso il Gemelli. Si tratta di una scala di valutazione, e non di un *self-report*, che può essere posta in essere anche da infermieri o personale addestrato, in base alla quale si osserva il tipo di interazione del bambino con la madre e gli atteggiamenti assunti dal bambino stesso. Ciò consente di valutare la presenza o meno di precursori, sulla base delle osservazioni dell'*Infant Research*, di una situazione di ritiro del bambino, la quale starebbe ad indicare una disregolazione della relazione con la mamma. Attraverso questa scala abbiamo rilevato di interessante che il 70 per cento dei bambini positivi alla ADBB ha madri con depressione *post partum*. Possiamo dire in tal senso che questo strumento, oltre ad essere utile a realizzare uno *screening* precoce di un eventuale problema di

disregolazione e indi a seguire in modo migliore i bambini, ci consente anche di poter usufruire di una strada sussidiaria nell'individuazione di problematiche nella mamma. Non si tratta, però, di colpevolizzare la mamma, bensì di tentare di aiutarla il più possibile laddove se ne riscontra la necessità.

In ultima analisi, dopo aver organizzato il quadro psicopatologico, si passa al trattamento. Importante è poter pensare che la gravidanza e il puerperio rappresentano non solo un momento critico nella vita della donna, ma per alcune caratteristiche anche una fase di grande produttività e creatività. Si tratta, pertanto, di un momento nel quale è possibile procedere ad una riformulazione identitaria sicuramente del bambino, ma prevalentemente della mamma. In sostanza, è una occasione particolare nella quale si muove l'identità materna e quindi si può realizzare un buon lavoro di ridefinizione.

Ovviamente varie sono le ricerche multidisciplinari che ci forniscono il senso del tentativo che stiamo portando avanti: non rimanere isolati come psichiatri a lavorare esaminando solo la parte che ci interessa, ma costruire un vero modello di approccio integrato. Questa dovrebbe essere una prospettiva – come abbiamo più volte detto – anche per rubare sempre meno la maternità alle madri e le madri ai figli.

BASSOLI (PD). Innanzitutto ringrazio il presidente Tomassini per l'attenzione che ha rivolto nei confronti della richiesta da me avanzata di aprire un confronto sul tema della depressione *post partum*. In seguito alla giornata di discussione organizzata da Onda, a cui era presente anche la collega Rizzotti, ho avuto modo di conoscere una serie di problematiche legate, da una parte, al parto prematuro e, dall'altra, proprio alla depressione *post partum*.

Abbiamo quindi ritenuto utile inserire questo argomento nell'ambito della nostra indagine conoscitiva, con la quale dovremo creare un tavolo tecnico per la stesura di linee guida a valenza nazionale.

Professor Rinaldi, lei ci ha ampiamente parlato della prevenzione e dell'individuazione della depressione e della cura in ambito ospedaliero e *post* ospedaliero. Vorrei sapere se reputa necessario rafforzare la prevenzione attraverso una rete di servizi territoriali – mi riferisco, per esempio, ai consultori e ai medici di famiglia – al fine di individuare, proprio all'inizio della gravidanza, possibili fattori di rischio della depressione. Vorrei sapere se questo argomento è adeguatamente affrontato nei corsi di preparazione al parto. Ciò sarebbe utile proprio per sdrammatizzare le situazioni, informando preventivamente la donna delle forme fisiologiche o patologiche che la stessa depressione può assumere. Probabilmente sono una mamma «antica», visto che mio figlio ha 32 anni. Anch'io ho seguito il corso di preparazione al parto in un importante ospedale milanese che si occupa di bambini, ma nessuno mi ha mai informato di tutto questo; pertanto, quando mi sono trovata in difficoltà, non ero consapevole del fatto che ciò può accadere a tutte e che poi passa.

Di conseguenza, ritengo che il personale che prepara al parto, se riconosce che la donna potrebbe trovarsi successivamente in una condizione patologica, dovrebbe attivarsi fin dall'inizio per garantirle un supporto adeguato. Penso anche ad una certa accortezza al momento del parto, in quanto una persona depressa che si trova ad affrontare una prova non sempre facile – anzi, il più delle volte difficile – deve essere aiutata.

Inoltre, ritengo che sarebbe utile far conoscere anche ai padri la fase di preparazione al parto perché spesso anche i familiari più stretti, come i papà, possono essere di sostegno in questa fase delicata della vita della donna; in genere, invece, non lo sono perché non sono sufficientemente informati. È una questione di cui non si parla, come sempre avviene nel nostro Paese per i problemi che hanno un'origine psichica e che rimangono coperti da una coltre di silenzio e di imbarazzo generale, quando invece basterebbe soltanto farli conoscere.

Ho posto queste domande per arricchire la nostra riflessione in modo tale che quando concluderemo l'indagine anche questo aspetto abbia la parte che merita, senza voler drammatizzare e soprattutto nell'ottica di prevenire un'eccessiva medicalizzazione. L'idea è quella di promuovere sempre più la salute come benessere della persona e non come semplice assenza di malattia.

RIZZOTTI (*PdL*). Signor Presidente, mi associo anch'io ai ringraziamenti nei confronti del Presidente per aver consentito questo ciclo di audizioni e nei confronti degli auditi per le interessanti relazioni presentate.

A proposito dell'individuazione degli interventi precoci nelle gravidanze potenzialmente a rischio, chiedo al professor Rinaldi se nell'esperienza del Policlinico Gemelli è disponibile una percentuale delle conseguenze della depressione *post partum* in base ai fattori di rischio.

GUSTAVINO (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI*). Signor Presidente, desidero ringraziare gli intervenuti che oggi hanno focalizzato l'attenzione su un tema che credo meriti davvero un approfondimento.

Come sempre, molte cose sono già fatte, ma molte ancora sono da fare. La prima riflessione è nel senso di cercare di usare bene quelle che già esistono. I corsi di preparazione al parto sono stati individuati più volte come strumenti utili; ebbene, vorrei sapere come potrebbero esserlo di più. In sostanza, sarebbe utile una valutazione dei soggetti auditi sulle modalità per renderli più efficaci. In fondo, essi rappresentano uno strumento se non così diffuso (come si potrebbe immaginare), sicuramente di facile comunicazione e immediatamente usufruibile.

Infine, un'ultima curiosità riguarda il tema dell'accoglienza. Sarebbe utile comprendere, attraverso una valutazione degli auditi, le forme di sostegno volte all'accoglienza di una nuova vita all'interno della coppia, la quale si trova comunque, proprio per missione, a dover gestire il tempo del *post partum*, immaginando che, per quante considerazioni si possono fare, trattandosi di una sindrome ed essendo comunque cospicui gli elementi eziopatogenetici, dovremmo pur sempre dire che esiste una depres-

sione dovuta alla gravidanza e che, come tale, va gestita anche con questo profilo di conoscenze.

DI DONATO. Signor Presidente, grazie a tutti, anche per le domande poste.

Nell'esperienza del progetto di O.N.D.a e della messa in rete dei centri promotori abbiamo potuto visionare i materiali forniti durante i corsi pre-parto in cui in realtà è sempre presente un modulo dedicato alla depressione *post partum*. Infatti questo punto è stato inserito tra i criteri per identificare i centri di eccellenza. Al contempo, ritengo che anche la genitorialità, quindi la figura del padre, all'interno di questi corsi sia fondamentale.

Esistono certamente delle eccellenze presenti sul nostro territorio quale, ad esempio, il Policlinico Gemelli, come appena esposto dal professor Rinaldi. A mio avviso, non vi è nulla di nuovo da creare. Bisogna solo mettere in rete la conoscenza e fare ricchezza delle esperienze già esistenti al fine di rendere l'assistenza omogenea sul territorio. La realtà purtroppo è che vi sono ancora oggi tantissime strutture dove questi servizi (come i semplici corsi pre-parto) non vengono erogati. Pertanto, ciò che risulta fondamentale è mettere in rete gli ospedali e, all'interno delle stesse strutture, le esperienze di eccellenza per poter formare gli operatori sanitari, siano essi psicologi, psichiatri o ginecologi.

RINALDI. Signor Presidente, credo di poter rispondere con una risposta unica al primo e al terzo quesito.

Tornando all'inizio della mia presentazione, ho sottolineato l'importanza del lavoro sulla genitorialità, rilevando quanto esso fosse fondamentale per il lavoro sulla depressione. Se non leghiamo questi due aspetti e se non aiutiamo la coppia a sviluppare una particolare dimensione di accoglienza del bambino, sostenendola in questo processo, certamente arriveremo a vedere il momento difettuale, senza seguire il percorso. Credo piuttosto che vadano costruiti precocemente quei precursori che sono protettivi della nascita non solo del bambino, ma anche di due genitori, perché con la nascita non nasce solo un bambino; nasce anche una coppia di genitori, che deve costruirsi una propria esperienza nella vita. In questo senso è fondamentale sia il supporto alla genitorialità, sia il poter comunicare la possibilità che insorgano, durante la gravidanza, alcuni fenomeni fisiologici o patologici, meglio definibili come «disarmonie». Ciò credo possa essere fatto solo in un lavoro di estrema condivisione multidisciplinare con i colleghi. In qualità di psichiatri, dobbiamo lavorare molto nella formazione degli operatori che sono accanto ai pazienti perché questi ultimi in quel momento hanno bisogno del ginecologo, ma è il ginecologo che deve essere aiutato ad elaborare una modalità d'osservazione, di ascolto e di risposta. Quindi, anche nei corsi di preparazione al parto tutto quello che si restituisce è quello che abbiamo dentro. Pertanto, anche gli operatori che si occupano di preparazione non solo devono essere istruiti, ma «costruiti nel pensare», se così si può dire, perché l'istruzione è un

livello, e il fatto che si comincino a pensare delle cose garantisce che le si trasmettano anche all'interlocutore.

Quanto ai fattori di rischio, non sono in grado di fornire in questo momento dati precisi. So che nella nostra esperienza su un campione di 30 coppie con gemelli non ci sono state situazioni di depressione dopo la gravidanza e questo perché, in quei casi, è stata seguita non solo la madre, ma la coppia durante tutta la gravidanza e nel puerperio.

Credo sia proprio questo il modello con cui si può intervenire: un modello che vede coinvolti entrambi i genitori, perché senza il coinvolgimento del padre, la madre viene lasciata troppo sola e priva di protezione.

PRESIDENTE. Comunico che la documentazione consegnata dagli auditi, poiché nulla osta, sarà resa disponibile alla pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione.

Ringrazio quindi i nostri ospiti e dichiaro conclusa l'audizione. Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,15.

