

I documenti di:

quotidiano **sanità**.it

Quotidiano online di informazione sanitaria

Dossier

Documentazione legislativa

Studi e ricerche

Interventi e relazioni

MAMME IN ARRIVO



Save the Children

Italia ONLUS

Il testo è stato redatto da
Francesca Romana Marta
in collaborazione con
Elena Scanu Ballona

Si ringraziano per la collaborazione:
Laura Anzideo e Annamaria Cosatti,
Save the Children
Serena Battillomo,
Ministero della Salute
Maurizio Bonati,
Istituto Mario Negri
Giuseppe Cirillo,
Associazione Culturale Pediatri
Cesare Cislighi,
AGENAS
Serena Donati,
Istituto Superiore di Sanità
Giancarlo Gualtieri,
ISTAT
Marcello Lanari,
Società Italiana di Neonatologia
Sabrina Prati,
ISTAT

L'associazione CAF di Milano
La consulta dei consultori di Roma
Le operatrici e gli operatori del Progetto
Fiocchi in Ospedale di Niguarda-Milano,
associazione Mitades; Cardarelli-Napoli,
associazione Pianoterra;
Policlinico-Bari, Associazione Il Melograno

Il lavoro del Rapporto è frutto, tra l'altro,
delle riflessioni e dei contributi elaborati
in questi mesi nell'ambito del Comitato
Scientifico del progetto Fiocchi in
Ospedale di Save the Children.

Foto di copertina:
Save the Children

Grafica:
Enrico Calcagno

Stampa:
Edithink srl

Pubblicato da:
Save the Children Italia Onlus
Febbraio 2015



Save the Children
Italia ONLUS

Save the Children Italia Onlus
Via Volturno 58 - 00185 Roma
tel +39 06 480 70 01
fax +39 06 480 70 039
info@savethechildren.org

www.savethechildren.it

Indice

Introduzione	2
1. Nascere in Italia	5
1.1 Meno nascite e meno figli	
1.2 L'Italia cambia, cambiano le famiglie	
1.3 Le prime sfide: il contesto della nuova nascita	
2. Gli attraversamenti multipli del percorso nascita: sicurezza, umanizzazione, socialità e qualità dell'accoglienza	13
3. Sono incinta	17
3.1 Il consultorio familiare: una lunga storia e una controversa attualità	
3.2 Il ruolo centrale delle ostetriche per la salute di donne e bambini nel mondo	
3.3 I corsi di accompagnamento alla nascita. L'opzione numero uno dell'offerta attiva	
4. Il parto	27
4.1 Parto e dolore	
4.2 Ma il parto in analgesia si paga?	
4.3 A proposito di taglio cesareo: l'Italia tra i primi, ma non da sola	
4.4 Bimbo accanto e allattamento al seno	
4.5 Mamme segrete	
5. Si torna a casa	41
5.1 Monitoraggio, assistenza e continuità assistenziale	
5.2 La continuità dell'assistenza dopo le dimissioni	
5.3 Imparare ad allattare	
5.4 Attraversare il cambiamento: la depressione post-partum	
5.5 Maternità e gestione del tempo	
5.6 Quanto (e come) pesa l'alternativa tra lavoro e famiglia?	
5.7 Accedere al nido	
5.8 Mamma e papà si dividono il lavoro	
5.9 Mamma e papà si dividono la cura	
5.10 Congedi e protezione dei lavoratori-genitori	
5.11 Chi conosce i voucher maternità?	
Conclusioni e raccomandazioni	56
Bibliografia e fonti delle tavole e dei grafici	60

Introduzione

Il percorso nascita si può considerare come l'insieme dei comportamenti, delle scelte e delle opportunità che i neogenitori e altre persone mettono in opera, nell'ospedale, a casa e sul territorio dove il bambino o la bambina comincerà a vivere. Tutto questo comporta un tempo di maturazione organica e affettiva, un cammino di consapevolezza personale e di coppia, e una traccia visibile delle relazioni sociali, dell'organizzazione dei servizi e della coesione di una comunità territoriale.

Quando si parla di percorso nascita, quindi, non si parla solo di un iter sanitario che conduce al momento del parto, né tanto meno di una contrapposizione di tipo ideologico su che cosa sia la vita e quando cominci. Ci si riferisce piuttosto alla quantità, alla modalità e alla qualità con le quali una società mette a disposizione risorse culturali, politiche, organizzative e umane per fare fronte a un evento che non è solo privato.

Non è solo un momento di grande gioia ed emozione, ma anche un momento di profonda trasformazione delle vite personali al quale spesso si aggiungono fattori di stress derivanti dall'ambiente poco accogliente, dalla scarsità di informazioni, dalla solitudine, dalla difficoltà di relazionarsi con il personale medico per ostacoli linguistici o culturali. Tutti fattori che colpiscono la mamma o la coppia genitoriale ma che, indirettamente, danneggiano la qualità della vita del nuovo nato.

Se si consultano i motori di ricerca, alla voce "percorso nascita" si incontrano una enorme quantità di informazioni, indicazioni e raccomandazioni relative alla salute dei nuovi nati e delle loro mamme. La qual cosa è importante, così come è confortante sapere che in Italia si nasce in relativa sicurezza per quello che riguarda la salute della mamma e del bambino. Tuttavia, sembrano rimanere più in ombra tutti gli aspetti "sociali" del percorso nascita: l'accoglienza di una maternità nei contesti lavorativi; l'integrazione dei servizi di cura e assistenza per il nuovo nucleo familiare; la solitudine delle mamme e dei papà; la solitudine delle mamme sole; le dilatazioni sociali della cosiddetta depressione post-partum; il contraddittorio rapporto tra una cultura sociale che spinge molto il valore della maternità e un'organizzazione del lavoro e dei servizi che ne carica la gestione quasi esclusivamente sulle spalle della coppia – quando c'è – o del singolo genitore.

Il rapporto cerca di fare un poco di luce su questa faccia opaca del percorso, attraverso una lettura di dati statistici, di testimonianze dirette, di progetti e iniziative.

Non è semplice arrivare a delle conclusioni o anche a delle semplici considerazioni di ordine generale, anche perché le informazioni di cui si dispone non sono organiche, le fonti sono disomogenee e la materia trattata risente molto di una deriva di ordine ideologico che va dalle dispute – già menzionate – sull'origine della vita, alle contrapposizioni sul tasso di medicalizzazione delle gravidanze, fino alle teorie divergenti sull'allattamento al seno o sulla scelta di partorire in casa.

Il rapporto ha altri obiettivi, e privilegia dunque il tentativo, attraverso l'interpretazione dei materiali disponibili, di fornire spunti utili alla qualificazione delle politiche di sostegno al percorso nascita, a cominciare da un uso più organico e "di sistema" delle informazioni disponibili e una corretta interpretazione e applicazione delle molteplici indicazioni legislative, raccomandazioni, linee guida che, ad ogni livello, sono state prodotte, e che, molto spesso, trovano una scarsa e discontinua attuazione.

Nascere in Italia

I.1 Meno nascite e meno figli

Nel 2013, per il quinto anno consecutivo, le nascite in Italia diminuiscono, attestandosi all'incirca sul numero di 514.000¹.

Fanno meno figli le coppie composte da entrambi i genitori italiani (-70.000 tra il 2008 e il 2013), mentre le coppie composte da almeno un genitore straniero presentano un tasso di natalità in crescita, sebbene meno rilevante che nel decennio 1998-2008. Oltre il 20% delle nascite del 2012 è rappresentato da bambini nati da coppie straniere o miste con un aumento di nuovi nati tra il 2008 e il 2012 che supera le 10 mila unità.

Dato questo che sollecita un'urgente revisione delle normative che regolano l'acquisizione della cittadinanza e un'accelerazione del processo di acquisizione di diritti e responsabilità per persone che sono, a tutti gli effetti, parte della comunità italiana. Le nuove nascite sono riferibili per l'80% a donne italiane e per il 20% a donne straniere. Il tasso di fecondità generale, che scende da 1,42 a 1,39 nell'arco di un anno (tra il 2012 e il 2013) si riduce progressivamente sia per le donne italiane che per quelle straniere, passando tra il 2008 e il 2013 da 1,34 a 1,29 per le prime e da 2,65 a 2,10 per le seconde, contro una media europea che si attesta su 1,58 figli per donna.

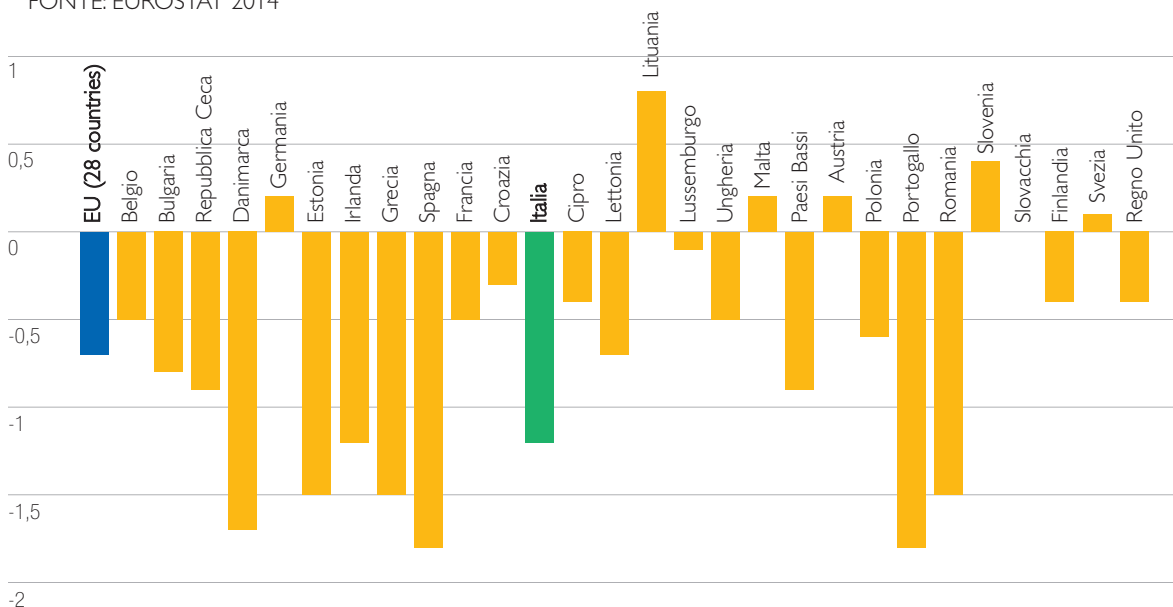
Dai dati raccolti da Eurostat² relativamente al tasso di fertilità di 31 paesi europei tra il 2007 e il 2011, si può vedere come l'esplosione della crisi economica, sia come fenomeno strutturale che come rappresentazione cognitiva, incida significativamente sul tasso generale di fertilità. Sebbene non ci siano evidenze scientifiche che mostrino una diretta correlazione tra crisi economica e calo delle nascite, a partire dal 2009, momento di massima evidenza della crisi e anno nel quale 30 paesi su 31 hanno registrato una crescita negativa del prodotto interno lordo, il tasso di fertilità europeo ha cominciato a scendere progressivamente. Dal considerevole aumento del tasso di fertilità nel biennio 2007-2008 (la fertilità aumenta in 29 stati su 31 di quelli considerati), si passa a una diminuzione di tale tasso in 11 paesi su 31 nel biennio 2008-2009, e poi ad una dinamica costante di discesa della fertilità che coinvolge 13 stati su 31 nel biennio 2009-2010 e arriva a 23 stati nel biennio 2010-2011, anche in presenza di una lieve ma costante ripresa della crescita economica europea. Questo a dimostrazione che la rappresentazione della crisi ha pesato in maniera significativa nella definizione dei progetti riproduttivi dei paesi europei.

¹ ISTAT, "Natalità e fecondità della popolazione residente", 27 novembre 2014, pag. 1.

² Eurostat, "Towards a 'baby recession' in Europe? Differential fertility trends during the economic crisis", Statistics in focus 13/2013, p. 1.

FIGURA I - VARIAZIONE TASSO DI NATALITÀ 2007 – 2013 PER 1000 ABITANTI

FONTE: EUROSTAT 2014



La situazione italiana mostra che le regioni del centro nord, dove la tradizione migratoria è più stabile e radicata, presentano una maggiore percentuale di nascite da genitori stranieri o da coppie miste. Un bimbo su 5 in Emilia Romagna, in Veneto e in Lombardia ha almeno un genitore straniero. Al contrario, in tutte le regioni del sud la percentuale di bambini nati da genitori stranieri è più modesta (5% al sud e 4,6% nelle isole). Una eccezione tra le regioni del centro sud è rappresentata dall'Abruzzo, con una percentuale di nascite da coppie straniere o miste che arriva quasi all'11%. Le mamme straniere più numerose sono rumene (quasi 20 mila bambini nel 2013) seguite dalle marocchine (12.778 bambini nel 2013), dalle albanesi (9.966 bambini) e dalle cinesi (5.204 nascite). Le mamme di queste quattro nazionalità, nel loro insieme, rappresentano quasi il 45% di tutte le mamme straniere³.

11 neonati su 100 in Italia hanno una mamma sotto i 25 anni, mentre 8 su 100 hanno una mamma di 40 anni. Tra i bambini figli di mamme italiane, per 8 bimbi con una mamma sotto i 25 anni, altri 8 ne hanno una di 40. Al sud questa tendenza è leggermente meno evidente: infatti il 13% delle neo mamme ha meno di 25 anni, mentre solo il 6% tocca i 40 anni. Le mamme più mature si registrano in Liguria, Sardegna e Lazio (rispettivamente, 11,5%, 11,4% e 11% del totale).

Al contrario si riducono le maternità molto precoci, di ragazze con meno di 18 anni. Nel 2009 erano 2.434 e addirittura 3.142 nel 1995, mentre scendono a 1.922 nel 2013, tra le quali 1.551 italiane, pari allo 0,4% del totale.

Anche in questo caso, esistono sensibili diversità territoriali. Mentre il fenomeno delle mamme minorenni è praticamente irrilevante al nord, con una percentuale dello 0,2% del totale dell'area, il fenomeno sembra più consistente al sud: soprattutto in Campania con 363 nati da mamme minori (0,7% dei nati nella regione) e in Sicilia, con 444 nati, pari all'1,1% dei nati totali nella regione.

L'estrema dispersione delle età materne rispetto ad un'ipotetica teoria dell'età ottimale che le concentrerebbe tra i 25 e i 35 anni, fa comprendere che i percorsi nascita e le relative prese in carico delle mamme debbono tenere in conto una grande pluralità di variabili. Certamente il fatto che in Italia nel 2013 628 mamme avessero 16 anni, e ben 280 avessero più di 50 anni⁴, dato che in termini percentuali suona come un "minore", rende però evidente che le condizioni in cui si può vivere una maternità sono molto diverse. Un bambino nato da una mamma sedicenne, 149 in Sicilia e 128 in Campania, si misurerà nei primi anni di vita con un contesto relazionale e organizzativo del tutto diverso da un bambino, 44 in Lombardia e 42 nel Lazio, nato da una mamma cinquantenne o ultracinquantenne.

³ ISTAT, "Natalità e fecondità nella popolazione residente, anno 2013", 27 novembre 2014, p. 4-5.

⁴ Istat, "Demografia in cifre", anno 2013, "Stima dei nati per regione di residenza, età ed anno di nascita della madre".

CHIARA, NAPOLI

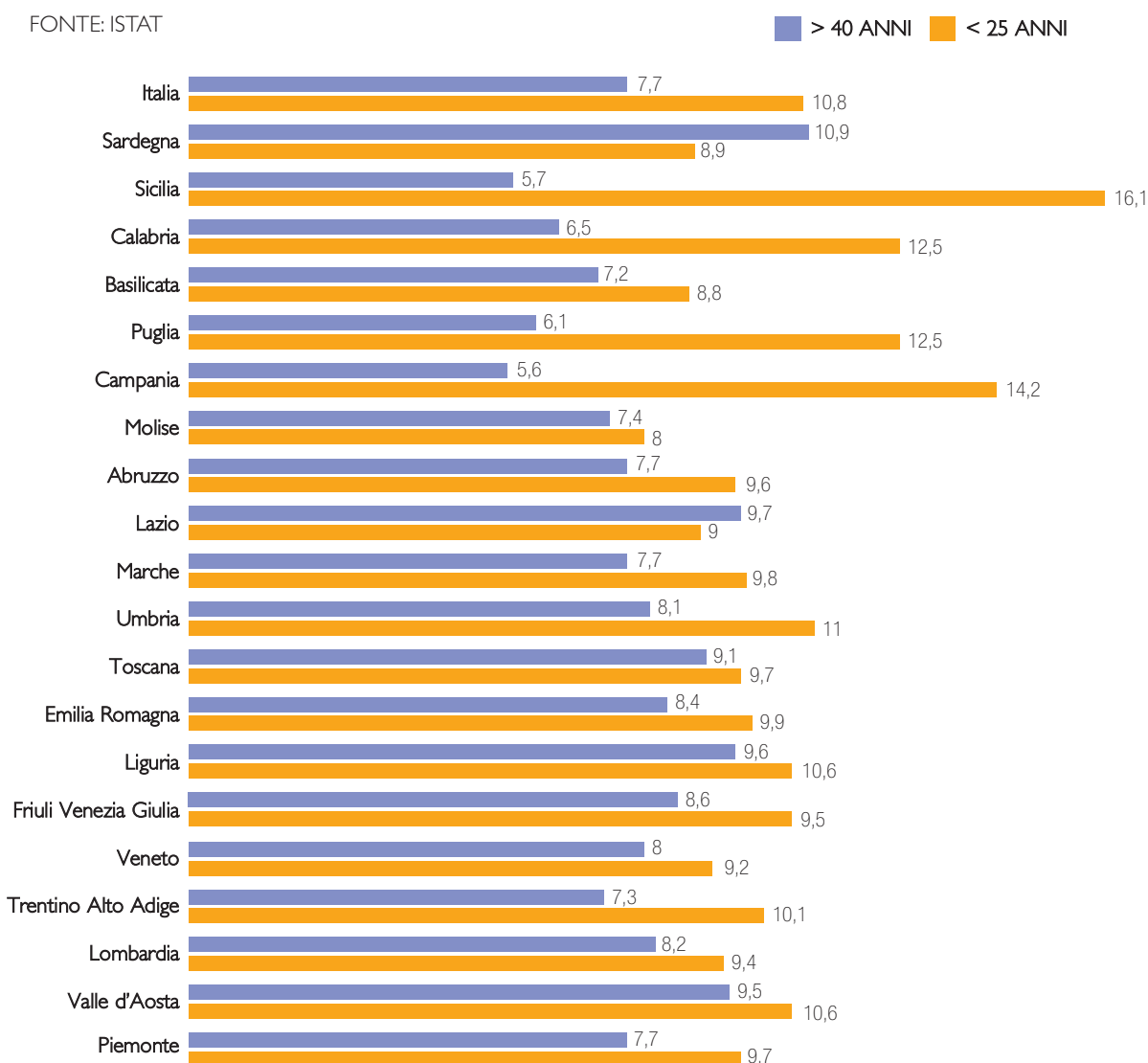
L'importanza di non essere sole

Chiara ha 14 anni e quando arriva allo sportello del progetto di Fiocchi in Ospedale è incinta di 24 settimane. Il padre è Antonio, anche lui minorenne. Chiara si presenta al colloquio con gli operatori insieme alla madre; entrambe sono molto preoccupate per il futuro. La mamma di Chiara, Maria, ha 39 anni e altri tre figli (di 16, 10 e 5 anni); è separata dal marito, lavora come

domestica e vive con il padre. Per Maria e Chiara non è semplice accettare la notizia della gravidanza. La donna è molto preoccupata per le ridotte disponibilità economiche della famiglia, per l'accudimento del neonato e per l'interruzione degli studi della figlia. Anche Chiara è preoccupata per il rientro a scuola, per la perdita di contatti con il gruppo dei suoi coetanei e per il parto, che non sa bene come affrontare. Maria e Chiara sono legatissime, e la madre sostiene la figlia durante tutto il percorso, dalle visite mediche a quelle nel

consultorio. Questo tranquillizza Chiara, che si sente più serena e consapevole. Il sopravvento di contrazioni anticipate costringe Chiara al ricovero; dopo le dimissioni dall'ospedale e il rientro in famiglia, dato l'assoluto riposo prescritto dai medici, la ragazza è stata accolta in casa della mamma di Antonio, dove poteva essere seguita con maggiore attenzione; gli operatori del progetto Fiocchi in Ospedale continuano a seguirla attraverso telefonate ed incontri via skype, per poterle comunque fornire sostegno emotivo e consulenze.

FIGURA 2 - % NATI PER ETÀ DELLA MADRE E REGIONE – ANNO 2013



1.2 L'Italia cambia, cambiano le famiglie

⁵ ISTAT, "Natalità e fecondità nella popolazione residente", cit., p. 8-9.

⁶ Secondo la classificazione dell'ISTAT, deve intendersi come famiglia "l'insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o vincoli affettivi, coabitanti e aventi dimora abituale nello stesso comune (anche se non sono ancora iscritte nell'anagrafe della popolazione residente del comune medesimo). Una famiglia può essere costituita anche da una sola persona".

⁷ ISTAT, Rapporto annuale "La situazione del paese", 2014, p. 146.

Le famiglie cambiano, a causa di cambiamenti culturali, del venire meno di tradizioni, o semplicemente in ragione di considerazioni di carattere pratico ed economico. Nei fatti, comunque, aumentano in modo rilevante i neo genitori non sposati, soprattutto nelle regioni del Centro-Nord. Nel 2013 sono circa 133 mila i bambini nati da coppie non sposate pari quasi al 26% del totale, una proporzione più che tripla rispetto al 1995, quando il fenomeno riguardava poco più dell'8% dei nati.

Diversa la situazione delle coppie straniere. Solo nel 16,4% dei casi i bambini nascono fuori dal matrimonio, mentre è significativa la situazione delle coppie miste che raggiungono la percentuale più alta in assoluto di figli fuori dal matrimonio, circa il 35%⁵.

Il numero totale delle famiglie⁶ è in crescita, mentre diminuisce la loro dimensione. Dal 2006 al 2013, l'ISTAT riporta un incremento del 7,6% del numero di famiglie⁷, che passano da un totale di 23 milioni e 216 mila (in media 2006-2007) a 24 milioni e 979 mila (in media 2012-2013). Contemporaneamente prosegue la diminuzione del numero medio di componenti per famiglia da 4 (1951), a 2,6 (2001), a 2,4 (2011), con punte massime,

oggi, in Campania (2,8) e minime in Liguria (2,1). Infatti, sono in aumento le coppie senza figli e in diminuzione quelle con i figli. Le prime passano dal 28,7 al 29,3% (pari a 4 milioni e 852 mila famiglie, con un incremento di 165 mila famiglie) tra il biennio 2006-2007 e il 2012-2013; le coppie con figli, al contrario, diminuiscono sensibilmente: sono circa 320 mila in meno, rispetto al biennio 2006-2007 e rappresentano solo il 34,6% del totale. In crescita il fenomeno dei ricompattamento dei nuclei familiari, dovuto talvolta a cause economiche, e, più spesso, alle conseguenze di divorzi e separazioni, o alla necessità di conciliazione di esigenze di cura dei genitori anziani. Tra il 2006-2007 e il 2012-2013 l'ISTAT segnala la crescita delle famiglie con due o più nuclei, che raggiungono nel 2012-2013 l'1,5% del totale, pari a 370 mila famiglie. In aumento anche le famiglie con un solo genitore (non vedovo/a), che, nel 2013, superano quota 1,5 milioni, con un aumento del 47% rispetto al 2006-2007 per un totale di 3,7 milioni di persone. La maggioranza di queste famiglie è costituita da madre con figli (83,7%)⁸.

1.3 Le prime sfide: il contesto della nuova nascita

Nel 2011, in Italia, si sono registrati 2.084 decessi di bambini sotto i 5 anni di vita. Poco più di un secolo prima, nel 1887, se ne contavano 399.505. Si è passati cioè da 347 decessi per mille nati vivi a meno del 4 per mille. Oggi il tasso di mortalità dei bambini sotto i 5 anni in Italia è inferiore a quello medio europeo e a quello degli Stati Uniti. Se alla fine dell'800 i bambini morivano principalmente a causa di malattie infettive, oggi il 72% dei decessi è dovuto a condizioni di origine perinatale (48%) e a malformazioni congenite (24%).

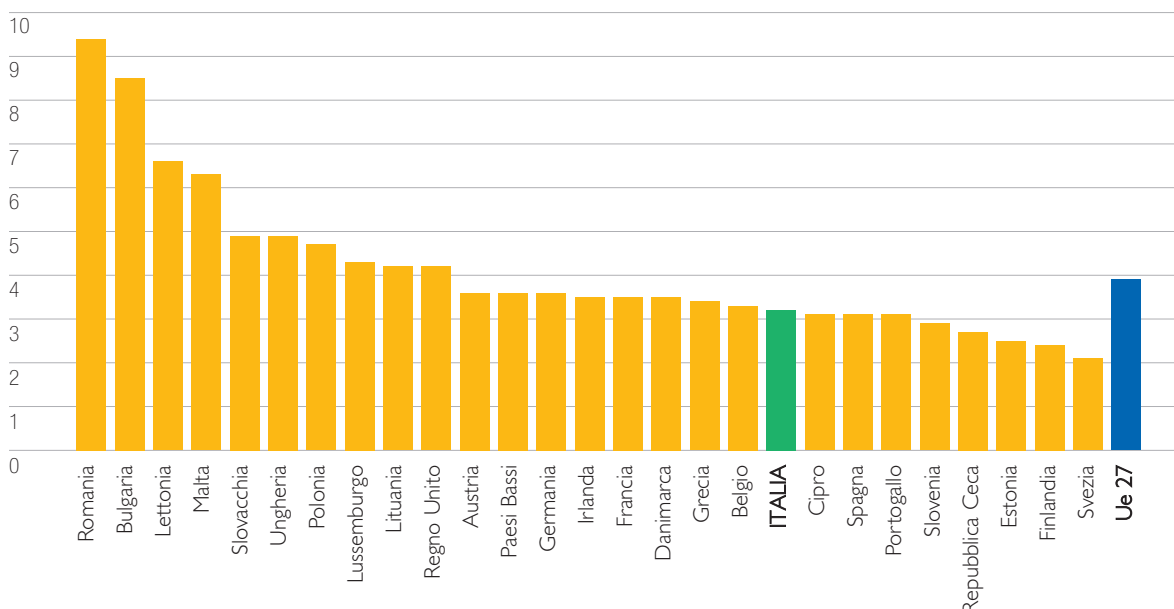
Nel 2011, in Italia, l'85% dei decessi sotto i 5 anni si è verificata nel primo anno di vita e la metà delle morti si concentra nei primi sette giorni.

Il tasso di mortalità relativo al primo anno di vita è del 3,3 ‰ (2,9 tra i bambini residenti italiani e 4,3 tra i bambini residenti stranieri)⁹. Questo tasso colloca l'Italia in una buona posizione nel contesto europeo, nel quale, nonostante il quadro di generale riduzione del fenomeno, si evidenziano notevoli squilibri, con una netta polarizzazione tra est e ovest del continente, che vede ai primi posti per mortalità infantile la Romania con quasi 10 morti per ogni 1.000 nati vivi, seguita dalla Bulgaria con l'8,5 ‰¹⁰.

⁸ ISTAT, Rapporto annuale, cit., p. 147.
⁹ ISTAT, "La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia, anni 1887-2011", gennaio 2014.
¹⁰ ISTAT, "Noi Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo", 2014, scheda 38.

FIGURA 3 - TASSO DI MORTALITÀ INFANTILE NEI PAESI UE ANNO 2011 PER 1000 NATI VIVI

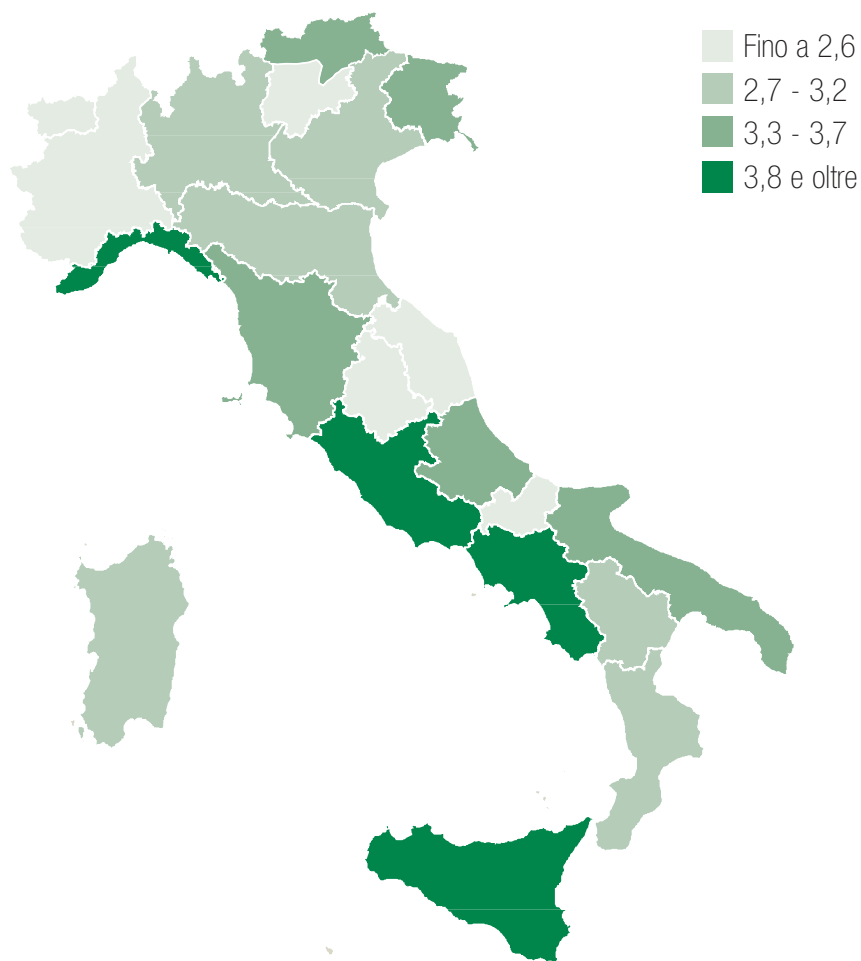
FONTE: ISTAT, NOI ITALIA EDIZIONE 2014



A livello nazionale permangono delle differenze territoriali e, questa volta, non del tutto ascrivibili alla posizione geografica. I tassi più elevati di mortalità infantile – sempre riferiti al primo anno di vita – si registrano in Sicilia (4,8 ‰), Campania (4,1), Lazio (3,9) e Liguria (3,8)¹¹.

FIGURA 4 - MORTALITÀ INFANTILE NEL PRIMO ANNO DI VITA PER 1.000 NATI VIVI IN ITALIA PER REGIONI – ANNO 2010

FONTE: ISTAT – NOI ITALIA 2014



La riduzione della mortalità infantile, mortalità che nel 70% dei casi riguarda il primo mese di vita, ha, come si vede, un andamento diverso nelle diverse aree del paese. In particolare, le regioni del Mezzogiorno mostrano una mortalità del 30% superiore alle regioni settentrionali.¹² Oltre alle disparità di ordine sociale ed economico, una componente rilevante della maggiore mortalità dei bambini nelle regioni del Mezzogiorno è ascrivibile alla insufficiente organizzazione delle cure perinatali. Ma il tasso di mortalità infantile di un paese è solo uno degli indicatori del suo grado di *welfare*. Questo, con il passare degli anni, registra una sostanziale diminuzione mettendo in luce un importante innalzamento degli standard di benessere in cui il bambino viene al mondo. Tuttavia, parlare di benessere significa tenere in considerazione molteplici aspetti della vita dei più piccoli che riguardano il contesto in cui crescono.

In tal senso, recenti dati ISTAT sottolineano come sia in considerevole aumento il rischio di povertà dei nuovi nati. L'Istituto Nazionale di Statistica definisce povera in termini relativi una famiglia di due

¹¹ ISTAT, "Noi Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo", 2014, scheda 38.

¹² Società Italiana di Pediatria, "La salute dei bambini e la sanità delle Regioni. Differenze inaccettabili", 2014.

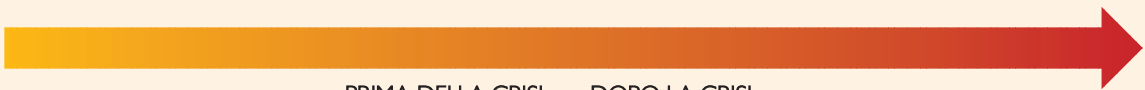
componenti che abbia una spesa mensile per consumi inferiore o pari alla spesa media mensile procapite di quel paese. Per l'anno 2013 la soglia di povertà relativa si abbassa a 972,52 euro, 18 euro in meno del 2012 (-1,9%)¹³. Nel 2013 il 12,6% delle famiglie italiane è in condizione di povertà relativa (per un totale di 3 milioni 230 mila), rimanendo sostanzialmente stabile in tutte le aree del paese rispetto al 2012 (12,7%). Ma il fenomeno che tra il 2012 e il 2013 subisce un incremento assai significativo è quello della povertà assoluta. La soglia di povertà assoluta, sempre secondo la definizione adottata dall'ISTAT, rappresenta il valore monetario, a prezzi correnti, del paniere di beni e servizi considerati essenziali per ciascuna famiglia, definita in base all'età dei componenti, alla ripartizione geografica e alla tipologia del comune di residenza. La povertà assoluta è aumentata tra il 2012 e il 2013 di 1,1 punti percentuali, passando dal 6,8% al 7,9% (per effetto dell'aumento nel Mezzogiorno, dal 9,8 al 12,6%), e coinvolgendo circa 303 mila famiglie e 1 milione 206 mila persone in più rispetto all'anno precedente.

Secondo l'ISTAT, "la povertà assoluta aumenta tra le famiglie con tre (dal 6,6 all'8,3%), quattro (dall'8,3 all'11,8%) e cinque o più componenti (dal 17,2 al 22,1%). Peggiora la condizione delle coppie con figli: dal 5,9 al 7,5% se il figlio è uno solo, dal 7,8 al 10,9% se sono due e dal 16,2 al 21,3% se i figli sono tre o più, soprattutto se almeno un figlio è minore. Nel 2013, 1 milione 434 mila minori sono poveri in termini assoluti (erano 1 milione 58 mila nel 2012)"¹⁴.

In generale, aumentano le famiglie che hanno difficoltà a sostenere spese per beni e servizi necessari: tra il 2008 e il 2013 sono passate dal 15 al 19% le famiglie che arrivano con fatica alla fine del mese; quelle che non riescono a sostenere le spese mediche, che passano da valori inferiori all'11% al 13,3%; quelle che hanno difficoltà a sostenere le spese di trasporto, che superano l'11% contro il 9 di 6 anni fa.

Nell'ultimo rapporto della Caritas, si sottolinea non solo come l'incidenza della povertà assoluta subisca un incremento molto sensibile tra il 2007 e il 2012, soprattutto nelle famiglie che hanno due minori a carico, passando dal 3,8% del 2007 al 10% del 2012¹⁵, ma anche come il periodo della crisi abbia modificato sostanzialmente il volto della povertà assoluta, ampliando la platea dei potenziali poveri assoluti.

IL NUOVO VOLTO DELLA POVERTÀ IN ITALIA



PRIMA DELLA CRISI	DOPO LA CRISI
Questione meridionale	Questione meridionale + questione settentrionale
Un problema perlopiù degli anziani	Un problema degli anziani e dei giovani
Riguarda chi ha almeno 3 figli	Riguarda chi ha almeno 2 figli
Non tocca chi ha un lavoro	Tocca anche chi ha un lavoro

FONTE: CARITAS, RAPPORTO ANNUALE¹⁶

¹³ ISTAT, "La povertà in Italia, anno 2013", p. 1, 14 luglio 2014.

¹⁴ ISTAT, "La povertà in Italia, anno 2013", p. 1, 14 luglio 2014.

¹⁵ Caritas italiana, "Il bilancio della crisi, Rapporto 2014", p. 15.

¹⁶ Caritas italiana, "Il bilancio della crisi, Rapporto 2014", p. 17.

Gli attraversamenti multipli del percorso nascita: sicurezza, umanizzazione, socialità e qualità dell'accoglienza

¹⁷ Cfr. tra gli altri, EURO PERISTAT, "The European perinatal health 2013"; Gruppo di lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, "7° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia, 2013-2014", aprile 2014 p. 84-85; ISTAT, Rapporto annuale 2014.

¹⁸ Tratti dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», 16 dicembre 2010.

Ogni storia di gravidanza e nascita ha un suo percorso e una sua variabilità clinica, organizzativa ed emotiva. Gran parte di questo percorso riguarda le persone che sono coinvolte direttamente. Tuttavia, è compito pubblico quello di rendere il percorso meno accidentato possibile, riducendo i fattori di stress, rendendo disponibili le informazioni, alimentando le competenze dei neo genitori, riducendo ansia e dolore, favorendo la prosecuzione di un sostegno assistenziale e umano anche dopo l'uscita dalle strutture sanitarie e bilanciando le esigenze e gli standard di sicurezza clinica con il riconoscimento della nascita, salvo casi specifici, come un fenomeno naturale e non come una malattia. In questo quadro d'insieme, si possono individuare alcune criticità tipicamente italiane, che le statistiche europee e nazionali non mancano di segnalare: una scarsa funzionalità della medicina territoriale e quindi un forzoso e pesante ingresso delle gravidanze in un iter ambulatoriale e ospedaliero, a volte senza reale necessità; una grande frammentazione della rete dei punti nascita, spesso a danno della qualità dell'assistenza; un eccesso di ricorso al parto chirurgico; una preoccupazione delle donne italiane nei confronti della maternità, dovuta principalmente alla scarsità e/o alla scarsa accessibilità dei servizi di supporto per le prime fasi della vita dei bambini e, più in generale, per favorire la conciliazione tra vita familiare e lavorativa; una inadeguata preparazione a fronteggiare l'aumento di donne straniere che non sono spesso in grado nemmeno di comprendere la lingua italiana¹⁷. Allo scopo di rendere più sicuro e al tempo stesso di "umanizzare" il percorso nascita, sono stati messi a punto alla fine della primo decennio degli anni 2000, una serie di linee guida e di strumenti di indirizzo rivolti agli operatori sanitari e agli amministratori, ma anche alle famiglie. In particolare, alla fine del 2010, con l'accordo sancito dalla Conferenza Unificata Stato Regioni, è stata disposta la stesura e la divulgazione di un sistema di linee guida relative alla gravidanza fisiologica e alla riduzione del parto cesareo, delineando un percorso ideale della gravidanza, sia per quanto riguarda la pianificazione territoriale, sia per



I punti dell'accordo¹⁸

Misure di politica sanitaria e di accreditamento -

razionalizzazione dei punti nascita, messa in sicurezza o chiusura dei punti nascita che effettuano meno di 500 parti all'anno; messa a regime del sistema di trasporto di emergenza materno e neonatale.

Carta dei Servizi per il percorso nascita - sviluppo nelle aziende sanitarie di carte dei servizi ad hoc sul percorso nascita con informazioni riguardanti l'operatività dei servizi, la rete ospedale-territorio con riguardo particolare al ritorno a casa e alle modalità assistenziali durante tutto il percorso.

Integrazione territorio-ospedale - presa in carico e continuità assistenziale; integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale; percorsi assistenziali differenziati che favoriscano la gestione delle gravidanze

fisiologiche presso i consultori; cartella integrata sull'intero percorso nascita; diffusione di corsi di accompagnamento alla nascita; sostegno nel puerperio attraverso "dimissioni protette".

Sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo - aggiornamento della pratica clinica; stesura di una sintesi divulgativa delle linee guida rivolta alle donne.

Programma di implementazione delle linee guida. Elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita - aggiornamento, implementazione e diffusione della Raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione della mortalità materna e della mortalità neonatale.

Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto - promozione di procedure assistenziali,

farmacologiche e non, per il controllo del dolore in corso di travaglio-parto; stesura di protocolli per la erogazione di tale prestazione.

Formazione degli operatori - rendere prioritari, nell'ambito delle attività di formazione continua ECM aziendale e regionale, percorsi di formazione/aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita.

Monitoraggio e verifica delle attività - promuovere l'utilizzo di sistemi di monitoraggio delle attività previste dall'accordo.

Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita - istituzione di un Comitato per il Percorso Nascita (CPN), interistituzionale, con funzione di coordinamento e verifica delle attività di livello nazionale e regionale.

migliorare le modalità di assistenza e cura, sia infine per favorire la divulgazione dell'informazione per preparare, sostenere e rassicurare la donna e il suo partner durante i mesi che precedono il momento del parto e nel periodo immediatamente successivo.

Tra i dieci punti dell'accordo, alcuni risultano particolarmente indicativi di quello che si potrebbe definire un modello ideale del percorso alla luce di quattro obiettivi principali:

- **umanizzare il percorso**, riducendo, dove possibile, l'approccio medicalizzato e rafforzando invece aspetti come l'informazione, l'accoglienza, la riduzione del dolore e dello stress, l'accompagnamento dei neogenitori alla cura del bambino, con una particolare attenzione all'addestramento delle mamme all'allattamento al seno;
- **rendere sicure le procedure diagnostiche e terapeutiche e il parto**, tutelando la salute della mamma e del neonato, mettendo in sicurezza i punti nascita, razionalizzando le strutture di assistenza e rafforzando gli strumenti per fronteggiare le emergenze;
- **favorire la continuità dell'assistenza e l'integrazione tra ospedale e territorio**, con particolare riguardo al rafforzamento della rete dei consultori familiari e dei servizi sociali per la presa in carico delle situazioni di maggiore fragilità;
- **ridurre le disparità territoriali**, a cominciare dal divario tra regioni del centro nord e regioni del sud.

A distanza di quasi 4 anni dall'accordo, alcuni passi sono stati compiuti, ma la situazione rimane ancora molto critica, specie per alcuni aspetti, che, in parte, verranno trattati in questo rapporto.



Fiocchi in Ospedale: un progetto per facilitare e umanizzare il percorso

Promosso da Save the Children Italia, dal settembre 2012 il progetto Fiocchi in Ospedale si propone di contribuire al miglioramento del benessere delle mamme, dei bambini e delle loro famiglie durante il percorso nascita. Con la collaborazione delle associazioni Mitades a Milano, Pianoterra a Napoli e il Melograno a Bari, il progetto ha preso avvio presso le strutture Niguarda (Milano), Cardarelli (Napoli) e Policlinico (Bari). L'iniziativa si realizza, tra l'altro, attraverso l'attivazione di uno sportello/postazione all'interno dei reparti materno – infantili, che faciliti la collaborazione tra i reparti di ostetricia e pediatria nella presa in carico e cura della mamma e del bambino, la collaborazione tra le unità

psicologiche e materno-infantile per la presa in carico dei casi di malessere genitoriale e di disagio socio-economico, la realizzazione di una sorta di "dimissione protetta" di accompagnamento sociale nei casi particolarmente critici (mamme sole, giovani, neomamme straniere, donne in condizioni di povertà economica, emergenza abitativa) e la mediazione culturale per le mamme straniere. Sebbene il termine "ospedale" sia parte integrante del nome del progetto, l'attività degli operatori e delle operatrici riguarda anche (e spesso soprattutto) il periodo della gravidanza e della preparazione al parto e quello successivo alle dimissioni dall'ospedale. Visite a domicilio, orientamento per l'accesso ai servizi territoriali, supporto alla soluzione di problemi materiali ed economici, sostegno per

l'allattamento e lo svezzamento dei bambini, sostegno psicologico e formativo per la coppia genitoriale e promozione di occasioni di incontro tra mamme e tra genitori per favorire la condivisione di problemi e soluzioni. Nel periodo compreso tra settembre 2012 e marzo 2014 sono stati raggiunti negli ospedali Niguarda di Milano, Policlinico di Bari e Cardarelli di Napoli 6.241 tra mamme e familiari; hanno fruito direttamente di un servizio 2.093 mamme; sono stati presi in carico complessivamente 430 bambini.

Sono incinta

La scoperta di una gravidanza e la decisione di diventare mamma/genitori, apre il percorso nascita e dà l'avvio alla preparazione di un evento che, oltre ad essere naturalmente privato, investe, per alcuni aspetti, anche la collettività. E' da questo momento che, attraverso un percorso personale e di coppia, ci si incontra con l'organizzazione, l'accessibilità e l'operatività dei servizi, le informazioni utili a prendere decisioni, le persone e le strutture alle quale appoggiarsi per avere sostegno e consiglio.

3.1 Il consultorio familiare: una lunga storia e una controversa attualità

Il consultorio familiare è molto di più di un presidio sanitario: è parte di una storia di emancipazione del concetto di salute e dell'idea della partecipazione sociale al benessere individuale.

Negli anni '70 del secolo scorso, il tema della salute come processo di autodeterminazione, in contrasto aperto con l'approccio paternalistico-direttivo e con il modello cosiddetto biomedico di salute venne posto prepotentemente all'ordine del giorno.

La spinta più decisa in tal senso venne dal movimento delle donne che, contestando alla radice le relazioni gerarchiche della medicina in tema di salute e sessualità, propose, tra le altre cose, l'istituzione dei consultori familiari, realizzandone molti in forma autogestita. Il consultorio familiare rappresentava uno spazio di gestione e autogestione del benessere della donna, della sua salute riproduttiva e della sua necessità di rendersi sempre più consapevole del suo corpo e della sua sessualità. Dal 1975 i consultori sono stati istituiti come presidio territoriale per la salute delle donne¹⁹, delle coppie e della famiglia, in particolare per quello che riguarda il percorso riproduttivo, la sessualità e la salute di coppia, la gestione delle diverse fasi della vita e delle loro diverse manifestazioni fisiche e psicologiche, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e dei tumori dell'apparato riproduttivo.

La caratteristica fondamentale dei consultori familiari, oltre alla ramificazione territoriale che li rende dei veri e propri servizi di prossimità, consiste nell'approccio multidisciplinare che si esprime con la compresenza di diverse figure professionali: ginecologo/a, ostetrica/o, psicologo/a, assistente sociale, pediatra. E' questo approccio che conferisce al consultorio la sua peculiarità di visione globale della salute della donna e della coppia, e lo distingue da un semplice ambulatorio.

Il consultorio familiare rappresenta la porta di accesso principale alla gravidanza. L'accordo Unificato Stato Regioni del 2010 auspica che ci sia, da parte del consultorio, una presa in carico addirittura precedente alla fase del concepimento. È il consultorio che dovrebbe indicare alla donna, in base alla tipologia della sua gravidanza, quale sia il percorso assistenziale più appropriato: se la gravidanza si presenta nei limiti della fisiologia, l'ostetrica continua a seguirla presso il consultorio, altrimenti la donna viene dirottata verso le strutture ambulatoriali e ospedaliere.

Nel caso quindi che la gravidanza risulti "fisiologica", cioè priva di specifici elementi di rischio clinico, il consultorio dovrebbe essere il servizio deputato alla presa in carico fino al momento del parto e oltre.

Il Ministero della Salute identifica come caratteri portanti per i consultori familiari: l'intervento per l'em empowerment delle donne, la modalità operativa dell'offerta attiva e l'approccio multidisciplinare²⁰.

Appare chiaro che l'intenzione è quella di fare dei consultori il perno di un processo di umanizzazione del percorso nascita, e in generale della gestione della salute riproduttiva di uomini e donne, valorizzando la loro diffusione capillare e la loro possibilità di muoversi verso le persone adottando un approccio quanto più possibile individualizzato e mirato alla globalità delle necessità e non al singolo organo o alla singola patologia.

¹⁹ Legge 405 approvata il 29 luglio 1975, Istituzione dei consultori familiari.

²⁰ Ministero della Salute, Progetto Obiettivo Materno Infantile POMI 2000; Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità, "Percorso nascita: promozione e valutazione dei modelli operativi", 2012.

²¹ In Italia, stando alla relazione del Ministro Beatrice Lorenzin dell'ottobre 2014 (cfr. nota 22) sono attivi 130 consultori privati che operano in convenzione con le strutture sanitarie regionali e forniscono servizi al pubblico, in parte a titolo gratuito e in parte a pagamento.

Ministero della Salute, "Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (l. 194/1978)", 15 ottobre 2014, tab. 17.

Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità, "Percorso nascita: promozione e valutazione dei modelli operativi", 2012, p. 5-6.

Nonostante questa responsabilità che ai consultori viene attribuita e che, nei fatti, non è sostituita da alcuna ipotesi alternativa e sebbene i consultori siano la rete di servizi più estesa e ramificata sul territorio nazionale, dopo quella dei Comuni, in Italia, anche in ragione della estrema diversità di regolamentazione e di impostazione delle politiche sanitarie delle singole Regioni, quello dei consultori è senza dubbio uno degli ambiti più critici dal punto di vista degli investimenti in strutture e risorse umane.

FIGURA 5 - CONSULTORI FAMILIARI FUNZIONANTI – ANNO 2012

	Publici	Privati ²¹	Consultori pubblici x 20.000 abitanti
Piemonte	224	0	1
Valle d'Aosta	22	0	3,5
Lombardia	209	56	0,4
Bolzano	0	14	0
Trento	9	0	0,3
Veneto	99	20	0,4
Friuli Venezia Giulia	21	6	0,3
Liguria	73	-	0,9
Emilia Romagna	239	0	1,1
Toscana	264	14	1,4
Umbria	31	2	0,7
Marche	64	0	0,8
Lazio	161	-	0,6
Abruzzo	59	9	0,9
Molise	4	0	0,3
Campania	170	-	0,6
Puglia	146	-	0,7
Basilicata	36	0	1,2
Calabria	70	0	0,7
Sicilia	182	9	0,7
Sardegna	69	-	0,8
ITALIA	2152	130	0,7

FONTE: MINISTERO DELLA SALUTE, 2014²²

L'Istituto Superiore di Sanità nel suo rapporto di valutazione sul percorso nascita²³, dopo aver ribadito la centralità della rete dei consultori per un'assistenza accogliente sul territorio, formula una lista di criticità emerse in sede di valutazione:

a) Pochi fondi: forme sostanziali di emarginazione da parte dei tradizionali servizi sanitari, che operano spesso adottando un modello di salute biomedico e con modalità paternalistico-direttive. Conseguente scarsità di risorse assegnate. Si consideri che nel 2008, cioè in una fase "pre-crisi", solo 6 Regioni (più alcune AASSLL del Lazio) risultano dotate di un budget vincolato da parte delle AASSLL per le attività dei consultori: Piemonte, Provincia di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, e Sicilia²⁴.

b) Poco personale: personale insufficiente per tipologia e per numero di ore.

c) Pochi consultori: numero limitato di consultori (con organico adeguato) per unità territoriale: la legge 34/1996 stabilisce che ci sia una media di un consultorio ogni 20 mila abitanti (uno ogni 10-15 mila per realtà rurali o disperse, uno ogni 25-30 mila per realtà urbane).

d) Scarsità di servizi offerti: Scarsità di offerta di servizi di secondo livello di ginecologia ambulatoriale e di terapia familiare. Debolezza di "offerta attiva", cioè di un percorso dinamico che va dal consultorio alle persone, con garbo e capacità di ascolto delle diverse necessità.

²² Ministero della Salute, "Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (l. 194/1978)", 15 ottobre 2014, tab. 17.

²³ Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità, "Percorso nascita: promozione e valutazione dei modelli operativi", 2012, p. 5-6.

²⁴ Ministero della Salute, "Organizzazione e attività dei Consultori familiari pubblici in Italia nell'anno 2008", 2010, p.14.

e) Impossibilità di valutazione dell'operato: assenza di indicazioni programmatiche, a livello regionale e, conseguentemente, a livello di ASL, con identificazione scientifica di obiettivi di salute misurabili e di indicatori di esito corrispondenti, di popolazione bersaglio e di azioni raccomandate con i relativi indicatori di risultato e di processo, sulla base dei quali disegnare la progettazione operativa e stimare i carichi di lavoro e le risorse necessarie. Conseguente assenza di valutazione scientifica dell'operato, o limitata alla valutazione delle sole prestazioni ambulatoriali tradizionali.

Tra il 2007 e il 2009 il numero totale dei consultori pubblici in Italia è sceso da 2.097 a 1.911²⁵, che significa circa 1 consultorio ogni 29 mila abitanti.

Per quanto riguarda la dotazione di personale, i dati riportati dalla ricerca del Ministero della Salute, per quanto non aggiornati, segnalano una situazione del tutto insoddisfacente sulla disponibilità di équipe multidisciplinari. Infatti solo il 21% dei consultori dispone di un'équipe completa di 6-7 persone, come previsto dal Piano Operativo Materno Infantile, e solo 6 Regioni su 20 dispongono di capitoli di bilancio specificamente indirizzati ai consultori familiari²⁶. Sebbene il Ministero della Salute sia impegnato, proprio in questi mesi, a redigere un aggiornamento puntuale sull'anagrafica e sulla condizione operativa dei consultori in Italia, questa situazione non sembrerebbe essere migliorata – si consideri che nella sola città di Roma, in base a una ricognizione della locale Consulta dei Consultori, su circa 50 consultori formalmente funzionanti, ben 34 non risultano adeguati in termini di équipe professionali, orari di apertura e disponibilità di locali²⁷.

3.2 Il ruolo centrale delle ostetriche per la salute di donne e bambini nel mondo

La storia della professione ostetrica è lunga e affascinante. Il nome stesso suscita interesse. Ostetrica, letteralmente colei che “sta davanti”, evoca sia la posizione fisica che l'ostetrica assume per assistere l'evento della nascita, sia il ruolo culturale di consigliera e di “sorella maggiore” della donna che intraprende il percorso della maternità.

Forse anche per questo, oltre che per una indiscutibile determinante statistica, il termine viene declinato quasi esclusivamente al femminile, abitudine che verrà seguita anche in questo testo, solo ed esclusivamente per una semplificazione della lettura.

L'interesse per questa figura professionale è particolarmente vivo, tanto che la rivista inglese *The Lancet*, una delle più prestigiose pubblicazioni scientifiche internazionali, ha dedicato nel 2014 una vasta ricerca alla figura delle ostetriche, dimostrando che esse giocano un ruolo chiave per la salvezza di centinaia di migliaia di vite umane di donne e bambini che altrimenti morirebbero durante il parto o subito dopo.

A livello mondiale, sostiene la ricerca, le stime parlano di quasi 300.000 donne l'anno decedute durante la gravidanza, il parto o subito dopo; i feti nati morti sono oltre due milioni e mezzo all'anno e quasi 3 milioni di bambini non arrivano al primo mese di vita. Per non parlare dei milioni di donne e delle loro famiglie che soffrono di problemi finanziari, emotivi e di salute a lungo termine solo perché non hanno ricevuto adeguata assistenza sanitaria prima, durante, o subito dopo la gestazione. Il sottoutilizzo dell'ostetricia e l'abuso di interventi medici in gravidanza pregiudicano lo stato di salute a breve e lungo termine di 20 milioni di donne fertili, ripercuotendosi non solo sul benessere, ma anche sui conti da pagare e sulla capacità di sfuggire alla povertà²⁸.

Anche l'esperienza maturata in campo internazionale da Save the Children nel sostegno ai bambini, mostra che una larga componente della mortalità neonatale deriva da una scarsa cura delle infezioni materne durante gravidanza e parto. A questo scopo, la figura delle ostetriche rappresenta una cerniera tra il sistema sanitario e la comunità di riferimento, e, proprio per questo, il ruolo delle ostetriche è cruciale nella prevenzione e nella diffusione delle informazioni. L'OMS indica nelle figure delle ostetriche un perno fondamentale per favorire un approccio “one to one” (un'ostetrica/una partorienti) come migliore assistenza nella fase attiva del travaglio²⁹.

²⁵ Ministero della Salute, “Organizzazione e attività dei Consultori familiari pubblici in Italia nell'anno 2008”, 2010, p. 22.

²⁶ Ministero della Salute, “Organizzazione e attività dei Consultori familiari pubblici in Italia nell'anno 2008”, 2010, p. 14 e 37

²⁷ Consulta dei Consultori di Roma, Convegno “Per scelta, non per caso”, Sala della Protomoteca, 7 marzo 2014, in <http://consultaconsultoriroma.blogspot.it/>

²⁸ *The Lancet*, “Midwifery. An executive summary for the Lancet's series”, June 2014, p. 3; per ulteriori approfondimenti: Save the Children, “Nati per morire. Indice del rischio di mortalità mamma-bambino”, ottobre 2014

²⁹ Senato della Repubblica, “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”, 2012, p.83.

La figura delle ostetriche assume quindi un ruolo primario durante tutto il percorso nascita: molte gestiscono i corsi di accompagnamento al parto, assistono il travaglio e a seguire, garantiscono una assistenza durante il puerperio, allo scopo di favorire un sostegno per l'allattamento al seno e per la cura del neonato, riducendo così fattori di stress legati alla gestione di queste pratiche per le neo mamme e i neo genitori. Proprio per questo le ostetriche dovrebbero svolgere un ruolo di filtro iniziale, all'interno delle strutture consultoriali multidisciplinari, per restituire al percorso nascita la sua dimensione di "non malattia", salvo casi specifici di gravidanze a rischio, e rimanere al fianco delle mamme e dei papà, esercitando una funzione formativa, informativa e di *counselling* e attivando di volta in volta le diverse figure professionali disponibili: ginecologhe/gi, psicologi/gh, assistenti sociali, genetisti/e, neonatologi/gh e pediatri. In Italia l'ostetricia vera e propria inizia a fine 800 con la redazione dei protocolli per l'esercizio della professione. Nei primi anni del 900 viene istituita la "condotta ostetrica", che resterà in vigore fino al 1978, anno di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, per garantire assistenza durante la nascita a tutte le donne, di qualunque reddito e condizione sociale.

La competenza professionale dell'ostetrica si concentra sulla fisiologia dell'evento della nascita, sulla sua dimensione di "non patologia" e soprattutto sulla sua globalità fatta di emozioni, di competenze, di responsabilità, di cura, di ascolto e di dialogo.

Si comprende quindi come questa figura sia in qualche modo un perno intorno al quale ruota la qualificazione del percorso nascita e, soprattutto, la possibilità che esso venga considerato non un evento parcellizzato, ma un percorso che tocca, al tempo stesso, le storie personali, il territorio di residenza e le relazioni sociali.



Esiste una correlazione tra eccesso di medicalizzazione e scarsa continuità dell'intervento ostetrico?

Secondo le associazioni di categoria questo è l'elemento di maggiore criticità di una mancata applicazione della riforma dei punti nascita prevista dall'accordo Stato Regioni del 2010. "Alcuni studi - spiega Antonella Marchi, presidente dell'Associazione Italiana di Ostetricia (AIO) - indicano che le donne in gravidanza devono essere

informate che un sostegno emotivo continuo durante il travaglio, effettuato da ostetriche, riduce la probabilità di un taglio cesareo e migliora la soddisfazione percepita dalle donne rispetto all'esperienza del parto. Infatti, prosegue Marchi, le donne che ricevono un'assistenza continuativa da parte dell'ostetrica hanno una minore probabilità di essere ricoverate in ospedale prima della nascita del bambino; una maggior probabilità di seguire programmi educativi durante il periodo prenatale; un ricorso meno frequente a farmaci per

alleviare il dolore durante il travaglio poiché l'ostetrica aiuta la donna con il movimento del corpo, l'uso della voce, dell'acqua, dei massaggi e favorisce l'intimità dell'ambiente e della coppia; una minor probabilità di essere sottoposte ad interventi quali induzione farmacologica al travaglio, episiotomia, altre procedure ostetriche; una maggiore probabilità di avere un parto vaginale spontaneo; la riduzione del numero di neonati che necessitano di rianimazione"³⁰.

³⁰ Antonella Marchi, "Sciopero sale parto. Marchi (AIO): l'Italia ha bisogno di ostetriche", *Quotidianosanita.it*, 28 gennaio 2013.

³¹ Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche (FNCO), "Relazione del Presidente al Consiglio Nazionale del 28 febbraio e 1 marzo 2014", p. 13-14.

³² Maria Vicario, "Come sta cambiando l'evento nascita in Italia", *Rivista dell'ostetrica/o*, organo ufficiale della FNCO, numero 2/212, p. 29.

In Italia risultano iscritte al FNCO (Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche) circa 19 mila ostetriche, che si dividono tra attività ospedaliera, servizi territoriali e libera professione, organizzate attraverso 73 collegi provinciali, di cui il più imponente è quello di Roma con 1.473 iscritti³¹.

Per quanto la presenza di un'ostetrica sia praticamente scontata durante il parto – risulta presente un'ostetrica nel 96,7% dei parti³² - molto meno definito e consolidato appare il ruolo di questa figura nel percorso di preparazione e nel puerperio, due momenti che dovrebbero vederla invece in primo piano.

Del resto, a dicembre del 2011, la percentuale più elevata di ostetriche censite all'interno dei collegi professionali risulta occupata presso ospedali e cliniche universitarie – 44% -, contro un 3,4% di occupazione che raggruppa territorio e cliniche private, il 2% che svolge solo ed esclusivamente professione privata, il 3% in pensione e ben il 34,6% che non

dichiara il proprio campo di attività. Inoltre, tra le diverse professioni sanitarie, quella dell'ostetrica risulta tra le ultime quanto a percentuale di occupazione. La media per questa categoria professionale, a un anno dalla laurea, tra l'anno 2007 e l'anno 2010, è di poco superiore al 50%, contro, ad esempio, il 90% degli infermieri e dei logopedisti o l'83% dei podologi³³. Questo dato, tra le altre possibilità, può anche essere interpretato come il risultato di una concentrazione dell'occupazione ostetrica all'interno delle strutture ospedaliere, piuttosto che sul territorio.

3.3 I corsi di accompagnamento alla nascita. L'opzione numero uno dell'offerta attiva

I corsi di accompagnamento alla nascita o, come prima si chiamavano, i corsi di preparazione al parto, sono una delle attività principali che il consultorio, e in particolar modo le ostetriche, dovrebbero assicurare in coordinamento con le aziende locali e i punti nascita. Questo tipo di attività ha subito un'evoluzione, non solo terminologica, ma anche di impostazione durante l'ultimo ventennio. Dai corsi di psicoprofilassi ostetrica, ai corsi di preparazione al parto, quindi ai corsi di preparazione alla nascita, oggi ai corsi di accompagnamento alla nascita. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità la linea di sviluppo di questi servizi è destinata a confluire in veri e propri "incontri di accompagnamento alla nascita" che si snoderanno lungo tutto l'arco della gravidanza e successivamente al parto, anche per consolidare la forte alleanza tra operatori sanitari e mamme per il sostegno dell'allattamento al seno.

I corsi non sono quindi solo uno strumento per il rafforzamento delle competenze genitoriali, ma anche un modo di comunicare partecipazione e vicinanza da parte della comunità di riferimento nei confronti della donna, del suo partner e del loro bambino. Ma quante donne prendono parte ai corsi di accompagnamento alla nascita? La risposta a questa domanda appare frammentaria e poco aggiornata. E già questo è un indicatore interessante della mancanza di un monitoraggio adeguato e costante delle attività dei consultori.

³³ Miriam Guana, "Rinascita e crescita di un settore professionale", in Rivista dell'ostetrica/o, Organo ufficiale della FNCO, numero 2/2012, p. 8.

³⁴ Regione Emilia Romagna, Assessorato politiche per la salute, "Consultori familiari, dati di attività anno 2012".



Un passo in avanti: coordinamento e rilevazione delle prestazioni dei consultori in Emilia Romagna

In un contesto di pesanti tagli ai trasferimenti nazionali per servizi sanitari e sociali, la Regione Emilia Romagna ha istituito un servizio di rilevazione nato dall'esigenza di disporre di dati informatizzati e omogenei riguardanti le prestazioni dei servizi di consultorio familiare. Dai dati del primo anno (2012)³⁴, il consultorio familiare si conferma essere il punto di riferimento privilegiato per il sostegno durante il percorso nascita. Il rapporto realizzato

dall'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna che raccoglie i dati attività dei Consultori Familiari (SICO) relativi all'anno 2012, presenta la situazione dei 211 consultori censiti nel 2012. Di questi 64 – oltre il 30% del totale - hanno un orario di apertura superiore alle 30 ore settimanali e un impegno orario per i professionisti che vede in prima fila le ostetriche con un totale regionale di 9.775 ore settimanali seguiti dai/dalle ginecologi/che con un totale – tra dipendenti e convenzionati – di 4.201 ore settimanali. Nello stesso anno sulla popolazione target (compresa tra i 15 e i 64 anni) hanno usufruito dei servizi dei consultori familiari quasi 300 mila persone, per il 99% donne

e per l'80% italiani. Su una popolazione femminile compresa tra i 15 e i 49 anni, 45.851 donne, pari al 4,7% della popolazione di riferimento di 974.982 persone, hanno richiesto nel 2012 il supporto dei servizi del consultorio familiare. Nello stesso periodo, solo 11.731 persone, pari a un quarto delle utenti del consultorio per l'area nascita, hanno preso parte ai corsi prenatali di base. Più bassa ancora l'assistenza del consultorio alla fase del puerperio, che ha riguardato nell'anno 2012 poco più di 10 mila utenti nella regione e tra queste solo 5.405 hanno usufruito di un sostegno per l'allattamento al seno.

³⁵ Istituto superiore di Sanità, Progetto "Percorso nascita", realizzato per conto del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), 2009, riportato in Senato della Repubblica, "Documento conclusivo dell'Indagine sul percorso nascita", 2011.

³⁶ Istituto superiore di Sanità, "Percorso nascita. Promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011", p. 12.

³⁷ Ministero della Salute, Organizzazione e attività dei consultori pubblici in Italia, anno 2008, novembre 2010, p.61.

³⁸ Camera dei Deputati, Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, "Relazione sui punti nascita", 2011, doc. XII – bis, n. 3, p. 12.

³⁹ Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità, "Percorso nascita: promozione e valutazione dei modelli operativi", 2012, p. 12.

In base alle informazioni disponibili³⁵ si rileva che solo il 31% delle donne italiane incinte nel 2005 aveva preso parte ai corsi di accompagnamento alla nascita, con una variabilità territoriale che presenta punte massime al Nord – 40% - e minime nelle regioni del Sud, con una media che si aggira attorno al 10%.

Peraltro, in base a quanto sostiene l'Istituto Superiore di Sanità, mentre al Centro Nord quasi il 50% di tutti i corsi di accompagnamento alla nascita effettuati vengono organizzati dai reparti ostetrici degli ospedali, al Sud solo i consultori familiari, quando esistono e con le professionalità adeguate, offrono questa opportunità, mentre gli ospedali svolgono un ruolo assolutamente marginale, d'altronde coerentemente con la tendenza degli ospedali e punti nascita del Sud a privilegiare il parto chirurgico (come si vedrà in seguito)³⁶.

Questo dato è confermato dall'indagine effettuata dal Ministero della Salute nel 2010 sulle attività dei consultori familiari pubblici in Italia. Infatti, si rileva che non tutti i consultori effettuano corsi di accompagnamento per le mamme in attesa. Anche in questo caso esistono forti variabili che possono essere rilevate sul territorio nazionale: ad esempio, in Sardegna la percentuale di consultori che effettuano corsi di accompagnamento alla nascita è pari al 90%, in Sicilia è del 71% in Campania e Calabria è superiore al 50%, mentre, per esempio, in Piemonte e Valle d'Aosta è rispettivamente del 42 e del 18%³⁷. In Italia, infine, va considerato che, "sulla carta", in oltre l'80% dei punti nascita vi è la disponibilità di corsi di preparazione al parto (62,8% nei punti nascita più piccoli - fino a 500 parti all'anno - e 88,9% per i punti nascita più grandi – oltre i 2500 parti all'anno)³⁸. Evidentemente però, viste le percentuali di partecipazione, esiste un problema di comunicazione circa l'esistenza dei corsi e le modalità di partecipazione. Ai corsi partecipano in maggior misura le donne più istruite e le donne occupate³⁹ (il lavoro favorisce livelli di socializzazione e senso di autonomia), a testimonianza di una carente offerta attiva: se le donne non si informano personalmente o non hanno contatti con altre donne sul posto di lavoro, difficilmente vengono a conoscenza dell'opportunità di partecipare a un corso.

VALENTINA, BARI

Accompagnamento alla nascita per superare la paura

Valentina ha 20 anni ed aspetta una bambina. Paolo, il suo ragazzo, le sta accanto e la accompagna a fare le visite mediche e i controlli negli ambulatori.

Purtroppo le loro situazioni familiari non sono felici: Valentina vive con i genitori, ma la madre soffre di disagi psichici ed il padre è disoccupato e non è mai a casa. Paolo ha perso il lavoro; essendo orfano, vive con

i nonni anziani, di cui si occupa e che accudisce. Valentina e Paolo affrontano con coraggio le loro vicissitudini familiari, tuttavia le loro difficili condizioni di vita a volte creano qualche tensione nel loro rapporto. Gli operatori del progetto Fiocchi in Ospedale suggeriscono loro di frequentare il corso di accompagnamento alla nascita, per poter trovare risposte ai dubbi che si pongono nell'affrontare la gravidanza: i bisogni che avrà la bambina, il loro ruolo di genitori e la rete di servizi cui possono accedere sul territorio. Valentina e Paolo seguono gli incontri con grande

puntualità e ad un certo punto chiedono di essere ammessi anche ai colloqui individuali, per confrontarsi sulle mille paure legate alla loro situazione e soprattutto al fatto di sentirsi soli e senza riferimenti. Viene attivata intorno a loro una rete di sostegno e vengono consigliati anche su come accedere a risorse di tipo materiale. Adesso che il momento del parto si avvicina, Valentina è più tranquilla: sa che quando sarà in ospedale e nei primi tempi dopo la nascita della bambina potrà contare sul supporto delle operatrici che conosce bene.

Il profilo del percorso di preparazione al parto sembra dunque snodarsi preferenzialmente sul versante ambulatoriale e ospedaliero, con significative variazioni di carattere socio-economico tra le diverse tipologie di donne che lo intraprendono.

Il Rapporto Osservasalute 2013 segnala che, in generale, le donne meno istruite e quelle di cittadinanza straniera hanno minori capacità di cogliere le opportunità assistenziali: assumono meno frequentemente l'acido folico prima del concepimento, ritardano la prima visita in gravidanza, partecipano meno ai corsi di accompagnamento alla nascita e agli incontri di sostegno durante il puerperio⁴⁰.

⁴⁰ Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane, "Rapporto Osservasalute 2013. Salute materno infantile", p. 200.

KARIMA, MILANO

Accompagnare alla nascita per ridurre la solitudine

E' una delle ginecologhe dell'ospedale Niguarda che sta seguendo la sua gravidanza ad accompagnare Karima allo sportello del Progetto Fiocchi in Ospedale.

Karima é in Italia dal 2001, ha 37 anni ed è in attesa di una bambina. Nel 2008 ha perso il lavoro e fino ad oggi è riuscita a vivere grazie ai risparmi e al Tfr ricevuto al termine del contratto. La donna non ha una rete parentale che la può

sostenere, i genitori e le sorelle sono in Senegal.

Vivere il momento delicato della gravidanza senza poter contare su una rete familiare di sostegno fa sì che la mamma si senta sola. In una situazione come questa il rischio è che Karima non riconosca le risorse e le energie per affrontare e superare le difficoltà che ha a disposizione. Per questo Fiocchi in Ospedale è intervenuto accompagnando la mamma durante il percorso nascita coinvolgendola nelle attività del gruppo mamme. Partecipando alle attività proposte, Karima è riuscita a

conoscere altre mamme e condividere con loro paure e dubbi riguardo alla gravidanza, il parto e il post partum, ad aprirsi a momenti/colloqui individuali nei quali poter esternare tutte le sue paure e raccontare la sua esperienza. Vedere rafforzarsi la sua autostima e fiducia in sé stessa di giorno in giorno è stata la vittoria più grande per Karima, che grazie al sostegno della ginecologa, delle operatrici del Progetto Fiocchi in Ospedale e delle altre mamme è riuscita a far emergere le sue risorse, preparandosi a diventare mamma.

È significativo, secondo l'Istituto Superiore di Sanità, il tasso di medicalizzazione del periodo della gravidanza. Il 75% delle donne assume almeno un farmaco in gravidanza, oltre l'84% delle donne incinte ha effettuato più di 4 visite ostetriche in gravidanza⁴¹. Il numero di ecografie effettuato durante la gravidanza è superiore a 3 nel 72%⁴² dei casi, contrariamente a quanto raccomandato nelle linee guida per la gravidanza fisiologica (che ne raccomanda 2) e ribadito nell'agenda della gravidanza pubblicata dal Ministero della Salute⁴³, che ne consiglia una per trimestre, salvo complicanze e a quanto previsto dagli attuali LEA che ne rimborsano un massimo di 3⁴⁴. Il numero di ecografie va da un minimo di 4 nella Provincia Autonoma di Trento, a 6,7 nella Regione Basilicata⁴⁵. Va considerato tra l'altro, che il ricorso alle visite ostetrico-ginecologiche, in controtendenza rispetto alla generale riduzione del ricorso alle visite specialistiche che ha contraddistinto il periodo della crisi economica (si pensi, solo per fare un esempio, alla riduzione del 23% delle visite odontoiatriche) ha subito un incremento superiore al 44% tra il 2005 e il 2012⁴⁶.



Appropriatezza vs. medicalizzazione

Il concetto di appropriatezza, utilizzato di frequente nella letteratura istituzionale per quanto riguarda gli interventi assistenziali, viene sviluppato in modo interessante dalla dott.ssa Serena Donati⁴⁷, nell'ambito della sua riflessione sull'eccessivo ricorso alla pratica del taglio cesareo (del quale si parlerà più avanti). L'appropriatezza, secondo Donati, è un concetto che integra in sé efficacia, efficienza e opportunità degli interventi

sanitari, sia dal punto di vista clinico che organizzativo. In questo senso, esso "ha ricadute, sia sulla salute della popolazione, sia sulla sostenibilità economica di un sistema sanitario pubblico universale. (...). L'eccesso di medicalizzazione che caratterizza l'assistenza al percorso nascita nel nostro paese, oltre a compromettere l'appropriatezza clinica, causa un aumento ingiustificato dei costi e, non ultimo per importanza, promuove un effetto di dipendenza e di perdita di controllo nei processi decisionali da parte delle donne. (...)

La promozione di processi di **empowerment**, in grado di valorizzare le competenze delle donne riguardo alla nascita e di limitare l'asimmetria di informazione e conoscenza rispetto ai professionisti sanitari, può giocare un ruolo fondamentale nella garanzia di appropriatezza⁴⁸.

⁴¹ Istituto Superiore di Sanità,
"Linee guida gravidanza
fisiologica, aggiornamento 2011",
p. 12.

⁴² Camera dei Deputati,
cit., p. 12.

⁴³ Ministero della Salute-Istituto
Superiore di Sanità, "Agenda della
gravidanza", dicembre 2010

⁴⁴ Si consideri che l'attuale
revisione del decreto Bindi sui
LEA, nell'intento di ridurre il
tasso di medicalizzazione del
percorso nascita, ridurrà il
numero delle ecografie
rimborsabili dal SSN da 3 a 2.
⁴⁵ Rivista dell'ostetrica/o,
Organo ufficiale della FNCO,
numero 2/2012, p. 28, su dati
CeDAP 2010.

⁴⁶ ISTAT, "La salute e il ricorso ai
servizi sanitari attraverso la crisi",
2012, p.7.

⁴⁷ Serena Donati, Reparto Salute
della donna e del età evolutiva,
Cnesps, Istituto Superiore di
Sanità.

⁴⁸ Serena Donati, "Tanti, troppi
tagli cesarei in Italia", Quaderni
acp 2011; 18 (5), p. 202.

Foto Save the Children

Il parto

Per quanto il tasso di natalità italiano registri una costante e sensibile riduzione a partire dall'anno 2008, la nascita, come recita l'apertura delle linee guida sulla gravidanza fisiologica, "costituisce l'intervento assistenziale più frequente delle strutture sanitarie italiane".

Fatta eccezione per le donne che scelgono di partorire in casa, che sono un numero piuttosto esiguo – si calcola che non arrivino, in Italia, all'1% del totale dei parti⁴⁹ - l'evento della nascita si compie in una struttura sanitaria, con tutti i vantaggi e gli svantaggi che questo comporta.

La mappa dell'assistenza al parto in Italia appare quanto mai frammentata.

Dividendo i punti nascita⁵⁰ in tre macro-categorie, A, B e C, cioè da quelli con meno di 500 a quelli con più di 2500 parti all'anno, la Commissione Parlamentare di indagine sul percorso nascita, ha dovuto ulteriormente suddividere le piccole strutture per la varietà di servizi offerti e di volume di attività assistenziale: A1, fino a 500 parti; A2, tra 500 e 1000 parti; A3 oltre 1000 parti all'anno.

Tra i parametri per la sicurezza del punto nascita, anche in base alle indicazioni contenute nell'accordo della Conferenza Stato Regioni del 2010, viene indicata la disponibilità di doppia guardia di medici ginecologi e di ostetriche/i durante le 24 ore. Infatti, la doppia guardia, per i medici e le ostetriche/i, è ritenuta indispensabile per garantire la sicurezza assistenziale: permette di effettuare un taglio cesareo in tempi rapidi, di gestire le situazioni complesse, di assistere parti che avvengono contemporaneamente. I risultati che emergono dai lavori della Commissione parlamentare di indagine rilevano che, in media, la doppia guardia medica è disponibile nel 40% dei punti nascita italiani e la doppia guardia dell'ostetrica/o è disponibile nel 48,3%.

Negli ospedali classificati A1 (con meno di 500 parti all'anno), la percentuale media di disponibilità di doppia guardia è del 23,3% e cresce fino al 94,4% nei punti nascita classificati C.

Per quanto riguarda ostetriche/i, la percentuale media di doppia guardia varia dal 16,3% negli ospedali A1 fino al 100% nel caso di punti nascita C⁵¹.

Osservando in base a questa classificazione della realtà delle strutture italiane, la Commissione Parlamentare di inchiesta identifica la classe A nel suo complesso come la più estesa (72,4%). All'interno di questa macro classe, una particolare attenzione va riservata alle strutture più piccole, le cosiddette A1, che, in base alle rilevazioni dell'ultimo rapporto SDO⁵² (anno 2013), ammontano a una percentuale del 29,4%.

Questo significa, che quasi un terzo dei punti nascita italiani possono essere considerati "fragili" in termini di sicurezza assistenziale, sia per scarsa "abitudine" alla pratica dei parti vaginali, sia per insufficiente disponibilità di personale medico/ostetrico e di servizi di trasporto materno e neonatale di emergenza.

Secondo la relazione della Camera dei Deputati del 2011, la disponibilità di personale medico all'interno dei punti nascita variava in media da 7,3 per la classe di punti nascita A1, a 22,8 per la classe C. In pratica, in una struttura che effettua una media di 30 parti al mese vi sono circa 8 medici, mentre in una struttura che ne effettua in media 300 ve ne sono meno di 25. Il che significa che una struttura che effettua un numero di parti mensile dieci volte superiore, ha una dotazione organica di personale solo di tre volte superiore⁵³.

La strutture che effettuano meno di 500 parti l'anno erano, nel 2013, 133 su 521.

Questo dato, ricavato dall'analisi del Programma Nazionale Esiti, secondo quanto sottolineano gli esperti AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)⁵⁴, comprende anche le strutture private non accreditate.

⁴⁹ Istituto Mario Negri di Milano, dati 2008.

⁵⁰ In questo capitolo dedicato alla nascita si fa spesso riferimento ai punti nascita e al loro numero. Poiché, anche nell'arco dei pochi anni considerati (2010-2013), il numero dei punti nascita da un anno all'altro cambia anche sensibilmente, occorre fare sempre riferimento alla fonte citata per non creare confusioni interpretative nella lettura del dato.

⁵¹ Tutti i dati fanno riferimento a Camera dei Deputati, "Relazione sui punti nascita, nell'ambito dei lavori della Commissione Parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali", dicembre 2011.

⁵² Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, dati 2013, luglio 2014.

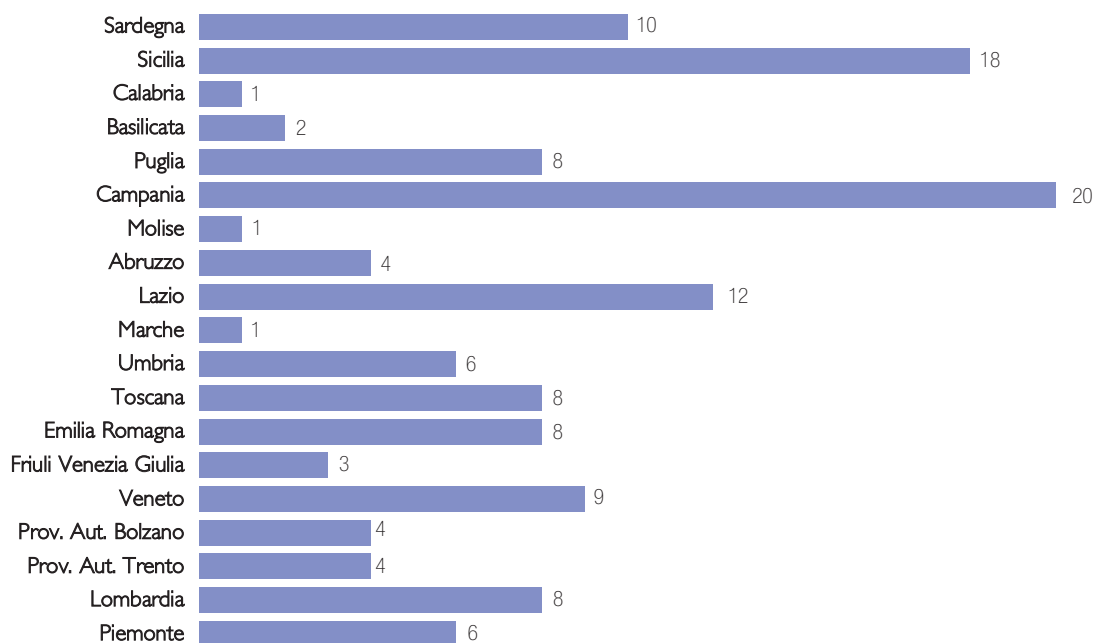
⁵³ Camera dei Deputati, "Relazione sui punti nascita, nell'ambito dei lavori della Commissione Parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali", dicembre 2011.

⁵⁴ Cfr:

www.sanita.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2014-10-20/esclusiva-ecco-piano-nazionale-101006.php?uuiid=AbxcRVWK

FIGURA 6 - PUNTI NASCITA CHE EFFETTUANO MENO DI 500 PARTI ANNUI - ANNO 2013

FONTE: QUOTIDIANOSANITÀ.IT, OTTOBRE 2014



L'accordo Stato Regioni del dicembre 2010, indicava alcune misure per rendere la nascita più sicura per la salute di mamma e bambino. Tra queste, oltre alla presenza h24 di una guardia ginecologica, la predisposizione di sale operatorie vicine alle sale parto e il perfezionamento del sistema di trasporto assistiti materno e neonatale di emergenza (STAM e STEM), l'accordo disponeva la chiusura/messa in sicurezza dei punti nascita che praticavano meno di 500 parti ogni anno e che nella maggior parte dei casi non riuscivano a garantire questo standard di sicurezza.

Il processo per la razionalizzazione dei punti nascita e per la loro messa in sicurezza e/o chiusura sembrerebbe però piuttosto problematico.

I rapporti del Ministero della Salute relativi all'analisi delle SDO (schede di dimissione ospedaliera), restituiscono un panorama piuttosto critico su questo specifico punto. Infatti, tra il 2012 e il 2013 il totale dei punti nascita è diminuito sensibilmente – da 565 a 544 strutture, ma è contestualmente diminuita anche la percentuale delle strutture che praticano oltre 500 parti all'anno, percentuale che passa dal 71,9% del 2012 al 70,6% del 2013. In termini numerici questa differenza è piuttosto modesta, ma la linea di tendenza che essa delinea non è decisamente quella di una riduzione dei piccoli punti nascita⁵⁵.

⁵⁵Ministero della Salute, "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, dati 2012", pagg. 93-98; e Ministero della Salute, "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, dati 2013", pagg. 131-136.

FIGURA 7 - PUNTI NASCITA E % STRUTTURE CON 500 PARTI E OLTRE

REGIONI	TOTALE ANNO 2013		TOTALE ANNO 2012	
	PUNTI NASCITA	% CON 500 PARTI E OLTRE	PUNTI NASCITA	% CON 500 PARTI E OLTRE
Piemonte	30	80	31	83,9
Valle d'Aosta	1	100	1	100
Lombardia	70	87,1	73	87,7
P.A. Bolzano	8	50	8	50
P.A. Trento	6	33,3	8	37,5
Veneto	42	71,4	43	79,1
Friuli V.G.	12	66,7	12	66,7
Liguria	11	100	11	100
Emilia Romagna	31	74,2	31	77,4
Toscana	30	70	30	73,3
Umbria	12	41,7	11	54,5
Marche	15	80	19	68,4
Lazio	49	65,3	48	72,9
Abruzzo	12	66,7	12	75
Molise	3	66,7	3	66,7
Campania	68	69,1	70	67,1
Puglia	41	65,9	42	66,7
Basilicata	6	66,7	6	66,7
Calabria	18	77,8	20	70
Sicilia	60	65	67	64,2
Sardegna	19	47,4	19	42,1
ITALIA	544	70,6	565	71,9

FONTE: SDO ANNI 2013 E 2014

⁵⁶ Cittadinanzattiva, "NASCERE SICURI", 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", 29 novembre 2012

⁵⁷ SIGO - Società italiana di ginecologia e ostetricia, AOGOI - Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani, AGUI - Associazione ginecologi universitari italiani, AGITE - Associazione ginecologi territoriali, AIO - Associazione italiana di ostetricia, ACOI - Associazione chirurghi ospedalieri italiani, CIC - Collegio italiano dei chirurghi, AAROI-EMAC - Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani, CIMO ASMD Coordinamento Italiano Medici Ospedalieri FESMED - Federazione Sindacale Medici Dirigenti, Comunicato stampa, 12 febbraio 2014 www.aogoi.it/opencms/pdf/comunicati-stampa/2014/Cs-ginecologi-12-febbraio-2014.pdf

Per quanto gli argomenti dell'accordo sulla necessità della messa in sicurezza o della chiusura dei piccoli punti nascita appaiano indiscutibilmente ragionevoli, bisogna considerare che spesso però proprio questi servizi rappresentano un'opzione che va incontro alle aspettative della cittadinanza, favorendo una maggiore e più tempestiva risposta alla domanda di ricovero. Da un'inchiesta promossa da Cittadinanzattiva nel 2011, infatti⁵⁶, emerge come, nella segnalazione delle difficoltà di accesso ai ricoveri, ci sia una vera e propria impennata per l'area di ostetricia e ginecologia tra il 2009 e il 2010, che passa dal 2,3 al 6,1%, molto probabilmente proprio in relazione alla chiusura di alcuni piccoli centri nascita presenti sul territorio.

Un accenno merita la posizione delle principali categorie professionali in merito alla questione della messa in sicurezza dei piccoli punti nascita. In un comunicato congiunto pubblicato lo scorso febbraio 2014, a un anno dallo sciopero del personale delle sale parto per la messa in sicurezza dei punti nascita più piccoli, le diverse sigle professionali coinvolte (vedi nota 57) segnalano un'altra faccia del problema: quella della responsabilità professionale degli operatori sanitari che, come riporta il comunicato, "sono costretti ad operare in condizioni di rischio, 'senza il paracadute' delle moderne tecnologie e talvolta, anche senza le apparecchiature indispensabili per una moderna medicina".

Tutto questo, tra l'altro, dà origine anche ad un'emorragia di risorse finanziarie per la cosiddetta medicina "difensiva", vale a dire esami e interventi poco utili effettuati di fatto solo per "auto protezione" da parte dei sanitari, nella speranza di evitare possibili contenziosi futuri con i pazienti e i loro avvocati. Una spesa che le associazioni professionali e il Ministero della Salute stimano intorno ai 12 miliardi di euro all'anno⁵⁷.

4.1 Parto e dolore

Già nel 2001 il Comitato Nazionale di Bioetica riconosceva che il dolore che accompagna il parto, nonostante le sue peculiarità, poiché si tratta di un dolore che si verifica per un tempo limitato e in un organismo sano che torna poi in una condizione di completo benessere, è spesso per le donne “un grosso scoglio da superare, un passaggio che assorbe molte energie limitando le possibilità di una partecipazione più concentrata e serena all’evento”⁵⁸.

Nello stesso documento, si auspica però che l’analgesia, come peraltro ogni preparazione al parto, sia parte di un programma di assistenza alla gravidanza che si propone una visione globale del nascere e non si ponga invece come un evento isolato e “scarsamente informato” che viene proposto, all’ultimo momento, in sala parto.

Le procedure per la riduzione del dolore durante il travaglio e il parto, proprio per questo, sarebbero dovute rientrare a pieno titolo nelle pratiche garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, con tutto ciò che questo avrebbe comportato anche in chiave di organizzazione del personale, con la dotazione dei punti nascita di un servizio di anestesia ostetrica a tempo pieno.

Sette anni dopo, nel decreto di modifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 2008, la riduzione del dolore durante il parto viene effettivamente indicata come un diritto che deve essere garantito dalle strutture sanitarie pubbliche.

Rispetto al precedente decreto, infatti, si dichiara che il “Servizio Sanitario Nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale nelle strutture individuate dalle Regioni e all’interno di appositi programmi volti a diffondere l’utilizzo delle procedure stesse”⁵⁹.

La riduzione del dolore durante le fasi del travaglio e del parto torna protagonista anche nell’accordo Stato Regioni del 2010, dove si presenta come una pratica da promuovere, sia attraverso la somministrazione di farmaci che attraverso pratiche di rilassamento e di sostegno psicologico. Si ribadisce anche la necessità e l’urgenza di definire protocolli diagnostici e terapeutici per la parto analgesia, dando assicurazione della disponibilità di questa prestazione attraverso la presenza di personale in grado di praticarla (anestesista)⁶⁰. Nello stesso periodo in Italia vengono anche stanziati fondi per la promozione di cure palliative e terapie del dolore, allo scopo di diffondere tra le persone la consapevolezza dei propri diritti rispetto alla riduzione del dolore e anche di far conoscere le modalità e le procedure per accedere ai farmaci e ai servizi⁶¹.

Anche il punto di vista dei ricercatori sembra sostenere il ricorso all’analgesia durante travaglio e parto. Nel dibattito sulla “necessità” del ricorso a tali terapie, autorevoli punti di vista medici hanno sostenuto che la riduzione e il controllo del dolore sono in grado di garantire benefici alla salute e al benessere sia della mamma che del bambino⁶².

Sembrirebbe dunque che non solo non ci sia un legame di necessità tra partorire e provare dolore, ma anzi, che la riduzione del dolore, oltre ad assicurare una migliore partecipazione della mamma all’intero processo, offra dei benefici alla sua salute e a quella del nascituro.

Tuttavia, la pratica dell’analgesia durante il travaglio e il parto risulta essere assai poco diffusa, spesso nonostante le richieste avanzate dalle partorienti.

Secondo l’Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI), la richiesta di parto analgesia⁶³ si aggira in Italia intorno al 25,6% per quanto concerne gli ospedali fino a 1.000 parti l’anno; una richiesta che arriva anche al 78% in quelli con oltre 1.500 parti l’anno. Parallelamente, la percentuale media di reale effettuazione di parto-analgesia va dal 9,7% nelle piccole strutture fino al 34,6% per i punti nascita maggiori. Quindi, nelle grandi strutture, a fronte di un 78% di donne che fanno richiesta del parto in analgesia, ne vengono effettuati il 34%; mentre nelle strutture più piccole, a fronte di una richiesta di anestesia epidurale del 25,6%, ne vengono effettuate circa 10 ogni 100 parti.

In media, nel 2009 è stato stimato che in Italia il ricorso all’analgesia epidurale durante il parto sia stato del 16,9%, e che sia cresciuto fino al 20% nel biennio 2010-2011. Questa percentuale è decisamente modesta, se si confronta con quelle, peraltro registrate addirittura prima del 2009, in altri paesi europei: già nel 2003 in Francia l’analgesia epidurale era praticata nel 75% dei casi, e nello stesso anno in Spagna ne usufruivano 60

⁵⁸ Comitato Nazionale di Bioetica, “La terapia del dolore, orientamenti bioetici”, 30 marzo 2001.

⁵⁹ D.P.C.M. 23/4/2008, Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, art. 37, comma 3.

⁶⁰ Accordo Conferenza Unificata Stato Regioni, 16 dicembre 2010, punto 7) “Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto”.

⁶¹ Legge n. 38/2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, art. 4.

⁶² Senato della Repubblica, documento conclusivo dell’indagine conoscitiva “Nascere sicuri”, 2012, p.73.

⁶³ Quando si parla di parto in analgesia si fa riferimento in questo testo all’anestesia epidurale. Esistono anche forme di anestesia locale praticate durante il parto che sono molto più frequenti e naturalmente molto più lievi e circoscritte.

donne su 100. Il che dimostra, tra l'altro, che non c'è una correlazione diretta tra un background cattolico e la diffidenza nei confronti del parto indolore⁶⁴.

Inoltre, come si vede nella relazione sull'audizione di Cittadinanzattiva alla Camera dei Deputati del giugno 2013⁶⁵, su 580 punti nascita esaminati dall'indagine SIAARTI-ONDA, nell'anno 2011⁶⁶, solo Valle D'Aosta e Friuli Venezia Giulia garantiscono il parto in analgesia nel 100% dei casi, seguiti a poca distanza dal Trentino (86,7%) e dalla Toscana (84,2%). All'opposto in Molise nessun centro eroga il servizio di epidurale durante il travaglio; la Sicilia lo esegue nel 6,2% dei punti nascita; Basilicata ed Abruzzo nel 14,3%.

4.2 Ma il parto in analgesia si paga?

Sia il Decreto del 2008 che quello messo in cantiere nel 2012-13 dall'ex Ministro Balduzzi e dal Ministro Lorenzin riconoscono l'analgesia durante il travaglio e il parto (naturalmente anche il parto vaginale) come un servizio a carico del SSN. Tuttavia, in entrambi i provvedimenti, si specifica che le Regioni devono individuare nel proprio territorio le strutture che effettuano questa procedura e che spetta sempre alle Regioni di sviluppare appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo di questo tipo di pratica. Il livello di autonomia decisionale affidato alle Regioni non ha mancato di creare delle difformità di comportamento da Regione a Regione, e da Asl ad Asl nell'ambito della stessa Regione. La disponibilità di parto analgesia senza ticket è in media del 25,6% per i punti nascita che praticano fino a 500 parti all'anno e sale fino al 77,8% per le strutture che praticano oltre 2.500 parti all'anno⁶⁷.

La riduzione del dolore durante il travaglio e il parto e la possibilità di praticare l'anestesia epidurale sono oggi argomento di grande attualità perché inseriti nelle novità previste dai LEA che lo scorso 4 febbraio la Ministra Beatrice Lorenzin ha discusso con le Regioni. Il nuovo testo dei LEA, la revisione più completa dopo 14 anni dalla loro istituzione, indica tra i servizi a carico del SSN anche la somministrazione gratuita dell'anestesia epidurale.

Questa indicazione, già contenuta nella revisione del 2008⁶⁸ che ne affidava la gestione alle singole Regioni, sembra ora avere un carattere più vincolante anche perché coperta dai quasi 500 milioni di nuovi fondi destinati al finanziamento di prestazioni aggiuntive. Per quanto si debba esercitare un controllo attento sulle reali necessità di somministrare un farmaco per ridurre il dolore del travaglio e del parto, ci si augura che questo provvedimento contribuirà a tutelare un diritto che finora molte donne dovevano pagare di tasca propria. Nella prospettiva di evitare il dolore, peraltro, l'alternativa al parto in analgesia è spesso rappresentata dal taglio cesareo, che in Italia (come si vedrà più avanti) raggiunge, per un insieme variegato di ragioni, percentuali molto elevate rispetto al resto d'Europa, oltre il doppio di quella del 15% raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Inoltre, va tenuto conto che il tasso di mortalità e grave morbidità materna (rispettivamente dell'11,8 per 100 mila nati vivi e del 2 per 1000 nati vivi) aumentano, a seguito di taglio cesareo, rispettivamente di 3-5 volte (il tasso di mortalità) e di 7 volte (quello di grave morbidità)⁶⁹. Se si considerano i costi, la degenza di 2-3 giorni del parto naturale -anche con analgesia epidurale- passa a 5-7 col cesareo.

⁶⁴ Cfr.: Calderini E. et al. Promoting epidural analgesia for labor: 2005-07 diffusion in Lombardia, Italy. *Minerva Anestesiologica* 2009; 75: 103-07; Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, Bonciani M e Andreozzi S. Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2012 (Rapporti ISTISAN 12/39); European Perinatal Health Report – 2010.

⁶⁵ Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, Audizione alla Camera dei Deputati su "Sanità e Sostenibilità del SSN", 27 giugno 2013.

⁶⁶ Indagine SIAARTI-ONDA 2012, Relazione sull'analgesia epidurale per il travaglio e il parto in Italia. La relazione al momento è disponibile solo su richiesta.

⁶⁷ Camera dei Deputati, "Relazione sui punti nascita nell'ambito dei lavori della Commissione Parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali", dicembre 2011, p. 11.

⁶⁸ DPCM, Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, 23 aprile 2008.

⁶⁹ Gruppo di lavoro per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, 2013-2014, cit. p. 84-85.

⁷⁰ Ministero della Salute, "CeDAP Analisi dell'evento nascita – anno 2010, 2011", p.52.

4.3 A proposito di taglio cesareo: l'Italia tra i primi, ma non da sola

Nel nostro paese la percentuale di tagli cesarei è più che triplicata nell'arco di 30 anni, da poco più dell'11% nel 1980 a circa il 37,5% nel 2010⁷⁰. Sebbene si registri un trend di diminuzione della pratica dei parti cesarei – dal Rapporto del Ministero della Salute sulle SDO del 2013, la percentuale totale dei tagli cesarei è scesa al 36,3% - permangono percentuali molto elevate in alcune regioni, tra le quali la Campania (61,5%), seguita dal Molise (47,3%), dalla Sicilia (44,8%) e dalla Puglia (44,6%)⁷¹.

⁷¹ Ministero della Salute, "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, dati SDO 2013", p. 135.

L'Italia, in questo versante, resta il paese europeo con il più alto ricorso al taglio cesareo. Nel 2013, la percentuale è più che doppia rispetto a quanto raccomandato dall'OMS, e superiore di quasi 10 punti rispetto alla media della UE 27 (26,7% nel 2011)⁷².

Ma l'Italia non è il solo paese nel quale si riscontra un incremento del parto chirurgico. Nell'ultimo decennio in tutta Europa i tagli cesarei sono aumentati di 7 punti percentuali. Tra le motivazioni di questa crescita ci sono sia l'aumento considerevole dell'età media delle donne alla prima gravidanza, sia l'incremento del ricorso alla procreazione assistita che ha, tra i suoi effetti, un numero più elevato di gravidanze complicate dalla presenza di due o più gemelli. Le percentuali più alte al livello mondiale si riscontrano in Messico e in Turchia (attorno al 45%), seguiti da Italia, Cile, Portogallo e Corea, con percentuali che variano dal 35 al 38%. Al contrario, le percentuali più basse sono state registrate nei paesi del nord Europa – Islanda, Finlandia, Svezia e Norvegia – e in Olanda, con percentuali del 15-17% dei bimbi nati vivi⁷³. In Italia ricorrono al parto cesareo con maggiore frequenza le donne di cittadinanza italiana rispetto a quelle straniere. I CeDAP mostrano che nel 2010 il 39,5% delle donne di cittadinanza italiana ha subito un parto cesareo, contro il 28,8% delle donne straniere⁷⁴.

La peculiarità italiana nel ricorso al parto chirurgico merita di essere esaminata più da vicino. Oltre al numero consistente di interventi di cesareo infatti, è interessante notare come questo tipo di intervento sia distribuito sul territorio nazionale. Un picco elevato si riscontra, come visto, in Campania, regione nella quale presso le case di cura private accreditate il tasso dei parti chirurgici è del 72%, mentre supera il 50% nelle strutture pubbliche, per una media regionale del 61%. Non va molto meglio in Sicilia, dove la media delle strutture private accreditate è quasi del 50%, e scende di poco nelle strutture pubbliche (42,8%) o nel Lazio dove, sebbene la percentuale di cesarei nelle strutture pubbliche si attesti “solo” sul 39,1%, si sale al 43,6% nelle strutture private accreditate e addirittura al 65,7% nelle strutture private non accreditate⁷⁵.

⁷² ISTAT, “Gravidanza, parto e allattamento al seno”, 9 dicembre 2014, pag. 7.

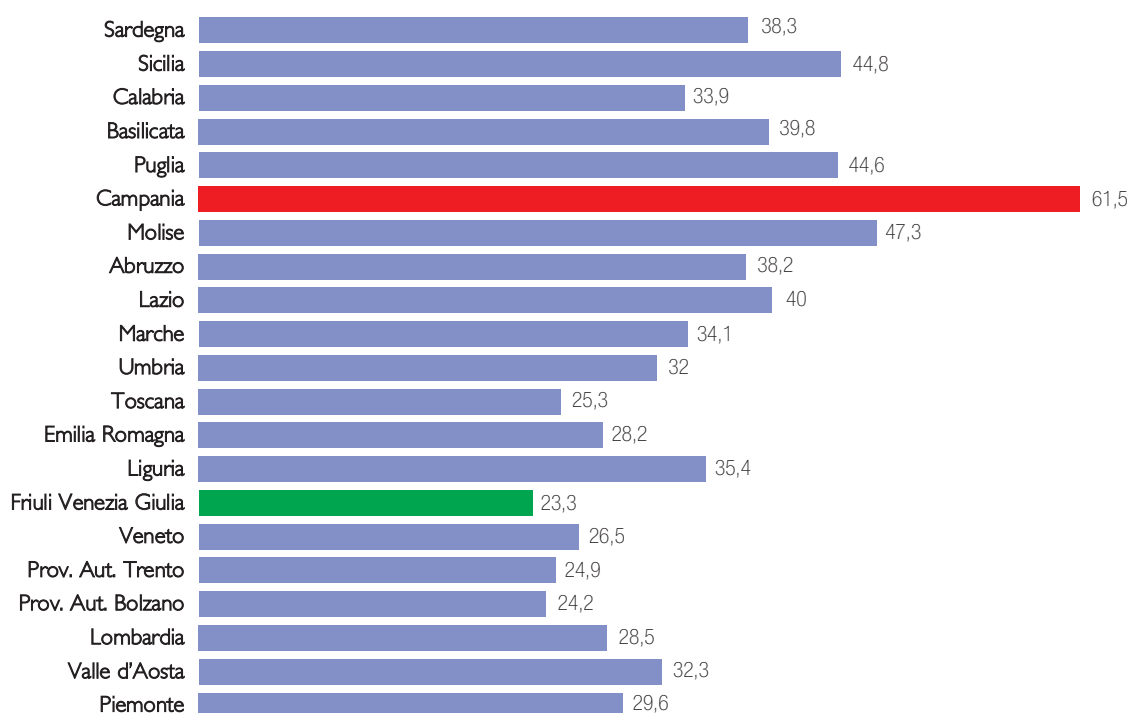
⁷³ OECD Indicators, Health at a glance 2013, p. 98-99.

⁷⁴ Ministero della Salute, “CeDAP Analisi dell'evento nascita – anno 2010, 2011”, p. 53.

⁷⁵ Ministero della Salute, “Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, Dati SDO 2013”, p. 135.

FIGURA 8 - % PARTI CESAREI PER REGIONE - ANNO 2013

FONTE: SDO 2014



È senz'altro da notare che la scelta di praticare un taglio cesareo, al di là delle ragioni specifiche di singoli interventi, sia ascrivibile a una sorta di "prassi di semplificazione delle procedure" che varia non solo da territorio a territorio, ma anche, nello stesso territorio, da struttura a struttura.

Serena Donati, ricercatrice dell'Istituto Superiore di Sanità, sostiene che "nel nostro paese si praticano un numero di tagli cesarei non riconducibile né alle caratteristiche della popolazione, né alla diversa frequenza di indicazioni mediche per problemi materni o fetali". Le cause "non cliniche", avrebbero dunque un peso rilevante nella decisione di effettuare un parto chirurgico. Tra queste cause Donati cita, oltre alle carenze strutturali e organizzative dei centri nascita, anche la paura dei contenziosi medico-legali che, "insieme a una progressiva ridotta competenza del personale sanitario nel gestire la fisiologia della gravidanza e del parto, promuove il cesareo come pratica difensiva". Queste osservazioni sono espresse in un quadro di riconoscimento degli indiscutibili progressi che la pratica del taglio cesareo ha portato nella riduzione di mortalità e morbilità materna e fetale, che, infatti, sono incomparabilmente più elevate in quei paesi del mondo dove l'impiego del parto chirurgico è poco praticato a causa di gravi insufficienze strutturali e organizzative. Ma proprio per queste ragioni, il taglio cesareo, secondo il giudizio di Donati, deve essere riconfigurato nella sua funzione di intervento salvavita.

Sempre secondo l'interpretazione di Serena Donati, le donne di cittadinanza non italiana sembrano protette dall'eccesso di taglio cesareo non solo in conseguenza della più giovane età (28 anni per le mamme straniere, 32 per le italiane), ma anche "grazie alla maggiore appropriatezza offerta dall'assistenza dei servizi pubblici". Infatti, dalle indagini effettuate dall'Istituto Superiore di Sanità, risulta che "le donne straniere si rivolgono prevalentemente ai consultori familiari e ai servizi pubblici per l'assistenza in gravidanza, mentre circa il 75% delle donne italiane preferisce affidarsi a un ginecologo privato, che quindi sembra rappresentare un fattore di rafforzamento per quel che riguarda l'eccesso di medicalizzazione dell'assistenza alla gravidanza e al parto"⁷⁶.

L'affermazione "se hai fatto un cesareo devi rifarlo", assolutamente non fondata sul piano medico, corrisponde tuttavia a un comportamento molto diffuso.

Anche in questo caso, le donne che scelgono di praticare un secondo parto per via vaginale dopo aver subito un cesareo sono più numerose nelle regioni del Centro Nord Italia – il 37% nella Provincia di Bolzano, quasi il 26% in Friuli, il 20% in Toscana, intorno al 16% in Lombardia e Veneto – mentre molto poche sono quelle che lo fanno nelle regioni del Centro Sud – intorno al 6% in Abruzzo, Campania e Calabria, il 4,1 in Basilicata, e meno del 4% in Sicilia e Puglia.

La decisione di effettuare un taglio cesareo sembra essere più frequente nelle strutture che effettuano un minore numero di parti ogni anno. Il numero dei tagli cesarei, infatti, si rivela significativamente più alto nei punti nascita con meno di 500 parti: il 50,1% dei parti in questo tipo di strutture avviene con taglio cesareo, contro il 43,8% delle strutture che effettuano tra i 500 e gli 800 parti, il 37,7% di quelle che effettuano fino a 1.000 parti, il 34,9% di quelle che arrivano a 2.500 e il 33% delle strutture con oltre 2.500 parti all'anno⁷⁷. Cercando di comprendere come mai esista questa correlazione tra la grandezza della struttura e il numero dei parti cesarei - considerando che le strutture più piccole dovrebbero accogliere solo parti non a rischio - la Commissione del Senato ha posto a confronto una struttura che pratica circa il 40% di parti cesarei all'anno e un'altra che ne effettua invece solo il 18%, mettendo in relazione, nell'arco di un anno, il numero di parti e l'orario di nascita.

Dal confronto emerge che dove il tasso di cesarei è basso, i parti avvengono grosso modo in maniera abbastanza costante nell'arco delle 24 ore. C'è un picco di tagli cesarei circa a metà mattina, che induce poi un aumento dei parti totali considerando che i dati si riferiscono ad un centro nel quale avvengono circa 2.500 parti ed è collegato ad una terapia intensiva neonatale e quindi concentra gravidanze a rischio. Esaminando, invece, l'andamento della struttura più piccola, che effettua circa 1.000 parti all'anno e non è collegata ad una terapia intensiva neonatale, si osserva che i parti sono tutti concentrati nella seconda parte del pomeriggio o da mezzogiorno in poi, per esigenze organizzative. Poiché questo fenomeno è particolarmente frequente nei punti nascita con meno di 500 parti/anno, se ne conclude

⁷⁶ Serena Donati, "Tanti, troppi tagli cesarei in Italia", Quaderni acp, 2011, 18(5), p. 203-204.

⁷⁷ Senato della Repubblica, documento conclusivo dell'indagine conoscitiva "Nascere sicuri", 2012, p. 44.

⁷⁸ Senato della Repubblica, cit, p. 45-46.

⁷⁹ Francese M., Piacenza M., Romanelli M., Turati G., "Understanding Inappropriateness in Health Care. The Role of Supply Structure, Pricing Policies and Political Institutions in Caesarean Deliveries", 2012, citato in "Troppi parti cesarei in Italia. Il triplo del resto d'Europa", indagine di Ingenerere.it www.ingenerere.it/articoli/troppi-parti-cesarei-italia-il-triplo-delresto-deuropa

che la scelta di effettuare il taglio cesareo non attiene solo a considerazioni di natura medica, ma, anche, ad elementi di carattere organizzativo⁷⁸.

Alcuni studi⁷⁹ riguardanti proprio le motivazioni della scelta del parto cesareo e la loro frequenza nelle strutture più piccole, sostengono che, tra le altre possibili spiegazioni, ci sia il fatto che un numero di nascite ridotto inneschi una sostituzione tra parti naturali e cesarei, forse a causa della poca esperienza della stessa struttura organizzativa ospedaliera, che si sottrae così al rischio di complicazioni derivanti da parti naturali. Dal momento, inoltre, che, come detto in precedenza, il numero dei medici nelle strutture più piccole risulta essere, in proporzione, molto maggiore rispetto a quello delle strutture più grandi, l'elevato numero di medici indurrebbe ad una preferenza per i parti cesarei che, essendo interventi chirurgici, possono essere effettuati solo dai medici.

Un dato pubblicato dall'ISTAT alla fine del 2014, relativamente alla medicalizzazione del percorso nascita e, in particolare, dell'evento del parto, ha messo in evidenza come, anche nel caso di parto naturale, sia molto rilevante l'utilizzo di pratiche farmacologiche e di interventi di tipo medico anche quando non riferibili a una specifica necessità terapeutica. Per quanto riguarda l'anno 2013, anche nell'assistenza al parto spontaneo, secondo l'ISTAT "non mancano pratiche di medicalizzazione: nel 32% dei casi riguardano la rottura artificiale delle membrane, nel 34,7% l'episiotomia e nel 22,3% la somministrazione di ossitocina per aumentare la frequenza e l'intensità delle contrazioni"⁸⁰.

A questo insieme di elementi che riguardano le modalità di gestione degli aspetti più strettamente sanitari, vanno aggiunti i fattori di stress determinati dall'ambiente umano e organizzativo delle strutture all'interno delle quali si partorisce. Il sistema delle procedure di accesso dei papà alle sale travaglio è, ancora oggi, vincolato non solo al rispetto di protocolli igienico-sanitari, ma anche alla disponibilità di camici sterili, o alla disposizione d'animo del personale sanitario che giudica sovente la presenza di "estranei" come un fattore di intralcio all'efficienza del reparto. Ancora più problematiche – e talvolta drammatiche – sono le condizioni nelle quali si vengono a trovare i genitori di neonati che hanno bisogno di un periodo di trattamento all'interno di una Terapia Intensiva Neonatale o, ancora, genitori che si trovano ad affrontare, spesso completamente soli e privi del conforto di personale di supporto, la notizia di un grave handicap riscontrato al proprio piccolo. Se gli ambienti spesso rumorosi, squallidi e privi di ogni elementare cura della privacy dove le donne sono a volte costrette per lunghe ore a vivere la fase di travaglio possono rallentare o addirittura interrompere il processo di travaglio, la incapacità di gestire grandi e piccole "emergenze umane" con la necessaria delicatezza e con le informazioni essenziali alla gestione successiva delle criticità riscontrate, possono portare a veri e propri traumi per i genitori e per le famiglie.

4.4 Bimbo accanto e allattamento al seno

Il Tavolo tecnico istituito dal Ministero della Salute per promuovere l'allattamento al seno, ha prodotto, nel febbraio 2014, un documento strategico in vista dell'Expo di Milano del 2015, che posiziona l'allattamento al seno come una delle grandi strategie di salvaguardia dell'ecosistema e di promozione di un nuovo modello di sviluppo.

"Il consumo di latte materno da parte del cucciolo d'uomo", sostiene il documento, "incide positivamente sull'ecosistema, perché l'allattamento materno rappresenta l'alimentazione meglio sostenibile, più rispettosa dell'ambiente. Il latte materno è alimento trans-culturale, ma allo stesso tempo il suo consumo avviene a chilometri zero rispetto al luogo di produzione. Inoltre il latte materno è da intendersi come un vero e proprio *slow-food*, il primo che l'essere umano incontra nel suo lungo percorso alimentare"⁸¹. Alla promozione dell'allattamento al seno mirano i dieci passi, formalizzati congiuntamente da UNICEF e OMS 25 anni fa⁸² e recepiti anche in Italia in molteplici forme, che hanno come punta di visibilità quella degli Ospedali Amici dei Bambini. Questi ospedali sono oltre 20 mila in tutto il mondo, per un totale di 140 paesi coinvolti⁸³.

⁷⁸ ISTAT, "Gravidanza, parto e allattamento al seno - Anno 2013", dicembre 2014

⁷⁹ Ministero della Salute, Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno, "Latte materno nell'ambito dell'Expo di Milano 2015", 17 febbraio 2014.

⁸⁰ Dichiarazione congiunta UNICEF/OMS, "L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità", 1989.

⁸¹ UNICEF Italia, <http://www.unicef.it/doc/148/ospedali-amici-dei-bambini.htm>



Dieci passi per l'allattamento al seno

- 1 **Definire un protocollo scritto** per promuovere l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario;
- 2 **Preparare tutto il personale sanitario** per attuare compiutamente questo protocollo;
- 3 **Informare tutte le donne in gravidanza** dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno;
- 4 **Aiutare le madri** perché comincino ad allattare al seno entro mezz'ora dal parto;
- 5 **Mostrare alle madri come allattare** e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati;
- 6 **Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno**, tranne che su precisa prescrizione medica;
- 7 **Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre** (rooming-in), in modo che trascorrono insieme ventiquattr'ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale;
- 8 **Incoraggiare l'allattamento al seno** a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento;
- 9 **Non dare tettarelle artificiali** o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento;
- 10 **Promuovere la collaborazione** tra il personale della struttura, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le mamme dopo le dimissioni dall'ospedale.

L'intervento che l'UNICEF auspica si articola su due fronti: quello della sensibilizzazione dei futuri genitori e dell'intera comunità di riferimento sulla importanza dell'allattamento naturale, e quello della creazione di opportunità e condizioni pratiche per poter allattare. In primo luogo attraverso il *rooming in* all'interno di ospedali e centri nascita: il bambino a contatto con la mamma per tutto il giorno per facilitare la pratica dell'allattamento - si parla addirittura di 8 volte nelle 24 ore – e rendere la mamma più esperta e più abile. In secondo luogo attraverso il coinvolgimento delle "comunità" e la creazione di spazi attrezzati per l'allattamento, sia all'interno di consultori e servizi territoriali, sia all'interno di importanti luoghi di transito come supermercati, uffici postali, aeroporti e stazioni ferroviarie.

In Italia, nel 2013, secondo i dati dell'UNICEF⁸⁴ oltre ai 24 ospedali amici dei bambini, ci sono 15 strutture sanitarie che hanno superato la prima fase di accreditamento, e 26 ospedali e comunità impegnate con un tutor nel percorso. Tuttavia, solo il 5% dei parti in Italia avviene negli ospedali amici dei bambini⁸⁵.

La possibilità per la mamma di passare molto tempo con il proprio bambino è talvolta la soluzione forzata a cui l'ospedale ricorre perché non ha a disposizione una nursery; in altri casi la pratica del *rooming in* è parziale, cioè praticata solo nelle ore diurne, per consentire alla mamma di riposare durante la notte e quindi c'è una soluzione mista tra nursery e *rooming in*; mentre in altre strutture i bambini vengono tenuti nella nursery e sono le mamme a dover andare in alcuni orari della giornata a visitare ed allattare i propri bambini.

Sebbene l'allattamento al seno sia oggetto da tempo di politiche promozionali al livello internazionale e locale, perché rappresenta indubbiamente il modo più economico, igienico, sicuro e sostenibile di nutrimento del bambino nei primi mesi di vita, le strutture riconosciute come amiche dei bambini in Italia sono 23⁸⁶, cioè poco più del 4% del totale dei punti nascita. La situazione però, secondo l'ISTAT, ha subito un notevole cambiamento negli ultimi cinque anni, nella direzione di una sempre maggiore frequenza e durata dell'allattamento al seno.

Nel 2013 infatti, secondo l'ISTAT, allatta al seno l'85,5% delle donne che hanno avuto figli nei cinque anni precedenti (in maggior proporzione le cittadine straniere, l'89,4%, rispetto alle italiane, l'84,6%), a fronte dell'81,1% del 2005. La durata media del periodo di allattamento al seno passa da 6,2 mesi del 2000 ai 7,3 del 2005, fino a giungere agli 8,3 del 2013. L'allattamento esclusivo⁸⁷, in media, ha una durata pari a 4,1 mesi, periodo lievemente inferiore a quanto raccomandato dall'OMS (fino ai 6 mesi e continuato anche oltre l'anno, se madre e bambino lo desiderano)⁸⁸.

⁸⁴ UNICEF Italia, www.unicef.it/doc/4934/settimana-mondiale-dell'allattamento-al-seno-2013.htm

⁸⁵ Gruppo di lavoro per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, cit., p. 93-94.

⁸⁶ Il dato è aggiornato al 19 ottobre 2012, in occasione dell'incontro annuale della Rete Ospedali e Comunità amiche dei bambini, tenutosi a Verbania. Cfr

www.unicef.it/doc/4089/ospedali-amici-dei-bambini-incontro-verbania-2012.htm

⁸⁷ Sulla base di quanto indicato dall'ISTAT, "l'indicatore è calcolato per differenza tra l'ultimo mese di allattamento al seno dichiarato dalla madre e il mese in cui è stato introdotto uno degli alimenti che modifica sostanzialmente l'alimentazione del bambino, tanto da non poter più, secondo le definizioni dell'OMS, parlare di allattamento esclusivo. Se oltre al latte materno viene introdotto stabilmente e con regolarità uno dei seguenti alimenti: acqua, soluzione glucosata, camomilla, tisane e succhi di frutta, latte artificiale o di origine animale, cibi semi-solidi o solidi, non si può più definire allattamento materno esclusivo", in ISTAT, "Gravidanza, parto e allattamento al seno", 9 dicembre 2014, pag. 10, nota 6.

⁸⁸ ISTAT, "Gravidanza, parto e allattamento al seno", 9 dicembre 2014, pag. 10.

LILIANA, BARI

Imparare ad allattare per accrescere la fiducia in se stesse

Liliana è una donna sola, con una bambina avuta con un uomo sposato che le promette da anni che lascerà la moglie per lei. Non ci sono legami con i suoi genitori, da sempre contrari alla sua relazione.

Le operatrici la conoscono durante un giro di promozione

dello sportello in reparto.

Ha difficoltà ad allattare, è il suo primo bimbo e ancora nessuno tra gli operatori sanitari è riuscito a dedicarle del tempo per aiutarla.

Sono passati due giorni dal parto ed è convinta di non avere latte, di non essere in grado di farcela e che anche questo sarà un fallimento della sua vita. Disperata dice che per lei quella è l'ennesima conferma della sua inadeguatezza nel ruolo di madre.

L'ostetrica si propone di aiutarla e le mostra alcune tecniche di stimolazione che le permettono di allattare più facilmente.

Attraverso alcuni consigli Liliana riesce ad attaccare al seno suo figlio e pian piano acquisisce fiducia nelle sue capacità... per lei è una gioia poter regalare al suo bambino l'alimento migliore.

Oggi sono passati sei mesi, e Liliana allatta esclusivamente al seno.

FIGURA 9 - % DI DONNE CHE EFFETTUANO L'ALLATTAMENTO AL SENO PER REGIONE, ANNI 2000, 2005 E 2013

	Proporzione di donne che hanno allattato al seno			Numero medio mesi di allattamento al seno			Numero medio mesi di allattamento esclusivo al seno
	2000	2005	2013	2000	2005	2013	2013
Piemonte	85,5	82,4	87,2	6,1	8,2	8,8	4,4
Valle d'Aosta /Vallée d'Aoste	85,1	93,0	90,9	5,9	8,8	10,5	4,8
Liguria	72,0	77,2	87,2	6,3	8,3	8,9	4,0
Lombardia	80,4	79,7	85,2	5,7	7,1	8,6	4,1
Trentino - Alto Adige	94,1	90,6	89,0	5,9	7,4	9,1	4,6
Veneto	83,9	85,7	87,3	6,8	7,0	9,0	4,3
Friuli-Venezia Giulia	85,1	88,9	89,2	6,9	7,5	9,4	4,3
Emilia-Romagna	88,0	84,2	89,5	6,8	7,4	8,4	4,1
Toscana	80,2	81,8	89,2	7,5	7,9	9,9	4,6
Umbria	83,5	86,7	87,7	5,7	8,5	12,1	4,0
Marche	87,2	84,8	86,0	5,5	5,9	9,3	4,3
Lazio	87,0	80,4	85,1	6,1	7,7	9,2	4,0
Abruzzo	83,8	84,6	88,0	5,9	6,4	7,3	3,6
Molise	81,2	77,3	90,0	6,2	7,7	10,0	3,6
Campania	86,4	81,6	86,0	6,2	6,9	8,5	4,2
Puglia	81,0	81,8	87,0	6,2	7,6	8,2	4,2
Basilicata	83,9	87,2	90,1	6,7	8,4	8,8	4,2
Calabria	73,4	80,7	90,0	6,5	6,2	9,2	3,6
Sicilia	60,5	71,4	71,1	5,2	6,5	7,1	3,5
Sardegna	83,9	86,2	82,0	6,7	7,9	8,6	3,7
Italia	81,1	81,4	85,5	6,2	7,3	8,3	4,1

(a) Donne che hanno avuto un figlio nei 5 anni precedenti la rilevazione

FONTE: ISTAT, DICEMBRE 2014

È inoltre interessante notare che, come rileva l'ISTAT, il livello di istruzione della madre influisce sensibilmente sulla pratica dell'allattamento al seno: la proporzione di donne che lo praticano, infatti, è tanto maggiore quanto più elevato è il loro titolo di studio.

FIGURA 10 - DONNE CHE HANNO ALLATTATO AL SENO PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E TITOLO DI STUDIO - ANNO 2013

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	TITOLO DI STUDIO			TOTALE
	LAUREA	DIPLOMA	SCUOLA DELL'OBBLIGO	
Nord - Ovest	87,2	85,2	85,8	85,9
Nord - Est	93,9	87,9	84,8	88,5
Centro	88,6	85,3	87,3	86,7
Mezzogiorno	88	85,3	77,5	82,8
Italia	89	85,8	82,2	85,5

FONTE: ISTAT, DICEMBRE 2014

4.5 Mamme segrete

Che succede quando una mamma arriva alla fine della gravidanza e non è in grado di prendersi cura del suo bambino appena nato, perché troppo giovane, sola, psicologicamente instabile, vittima di condizioni di disagio sociale, prostituzione forzata, o altre possibili condizioni che la portano, pur avendo condotto la gravidanza fino alla fine, a rinunciare alla maternità?

Il tema degli abbandoni sembra essere un tema rilevante anche se, come è prevedibile, le informazioni sono scarse e poco aggiornate.

La pratica dell'abbandono dei neonati, è, tra le altre cose, conseguenza di una scarsa conoscenza che sia le donne, sia gli ospedali hanno della legislazione riguardante il parto in anonimato, che risale alla fine dell'anno 2000⁸⁹.

Il Decreto del Presidente della Repubblica emanato nel 2000 allo scopo di semplificare l'ordinamento dello stato civile prevede, tra l'altro, che gli operatori sanitari che hanno assistito la mamma durante il parto possano rilasciare la dichiarazione di nascita, qualora la mamma voglia rimanere anonima. La legge assicura, infatti, piena assistenza alle partorienti, dando a queste la possibilità di lasciare il neonato in ospedale nel più totale anonimato e con la certezza che sarà al sicuro finché troverà una famiglia.

Il nome della madre – se questa è la sua volontà – rimarrà sempre segreto e sul certificato di nascita del bambino (la cui dichiarazione sarà fatta dal medico o dall'ostetrica) verrà scritto: "nato da donna che non consente di essere nominata". Sebbene su questo tema, proprio in questi mesi, si sia aperto un dibattito relativo al diritto alle origini, e si configuri pertanto una questione molto seria e delicata riguardante il conflitto tra due diritti, la possibilità dell'anonimato rimane un'importante opportunità per assicurare cure e benessere a un neonato che la mamma non è in condizione di allevare.

Da un'inchiesta qualitativa condotta negli ospedali italiani e tra le associazioni del settore dal quotidiano Repubblica nel 2011⁹⁰, risulterebbe che la media dei bimbi lasciati presso l'ospedale dalle cosiddette "mamme segrete" è di oltre 400 ogni anno. Il Rapporto CRC ne segnala 337 nel 2012⁹¹.

Il 70% delle mamme segrete è composta da donne immigrate, il 30% da ragazze italiane, spesso giovanissime. Molte, l'82%, restano incinte per la prima volta, al Nord come al Sud, ma la maggioranza di parti anonimi (48,7%) avviene nel Centro Nord, laddove gli ospedali sono grandi, la legge è un po' più conosciuta, ed è più facile nascondersi tra la folla.

Citando l'opinione di Enrico Moretti dell'Istituto degli Innocenti di Firenze⁹², l'inchiesta

⁸⁹ Decreto del Presidente della Repubblica, 3 novembre 2000, n. 396, "Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile".

⁹⁰ Maria Novella De Luca, "Inchiesta italiana: Italia, il paese delle mamme segrete", 10 giugno 2011.

⁹¹ Fonte: Dipartimento giustizia minorile, Ufficio I del Capo Dipartimento Servizio Statistica riguardante i minori dichiarati adottabili con genitori ignoti, in Gruppo di lavoro sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, cit., p. 52

⁹² L'Istituto degli Innocenti di Firenze, con la Regione toscana, la ASL di Prato, il Comune di Prato e lo studio COME di Roma, ha curato la realizzazione di un progetto pluriennale dal titolo "Madre segreta", con l'obiettivo di ampliare la consapevolezza delle mamme sulle possibilità di partorire in anonimato e di prevenire in tal modo il fenomeno dell'abbandono neonatale. Per approfondire <http://www.saluter.it/documentazione/convegni-eseminari/conferenza-nazionale-cure-primarie/prato>

⁹³ Maria Novella De Luca, cit.

conferma che è assai difficile avere notizie sui bambini lasciati in ospedale, poiché non esistendo un'anagrafe degli abbandoni, l'unica fonte utilizzabile è quella delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), dove si registra che in quel giorno e in quell'ora c'è stato un parto e che la mamma non ha riconosciuto il bambino⁹³.

Il numero dei parti in anonimato sembra confermato anche dai dati in possesso della SIN, Società Italiana di neonatologia, che ha avviato nel 2013, in collaborazione con la Fondazione Francesca Rava N.P.H. e KPMG Italia un'indagine sul fenomeno degli abbandoni⁹⁴. Basandosi sulle informazioni in possesso dei Tribunali dei minori sulle dichiarazioni di adottabilità, si stima che, dei più di 500 mila nati vivi in Italia, in media 400 non vengono riconosciuti dalla madre. Sembra confermata anche la linea di tendenza che vede questo fenomeno particolarmente concentrato nelle grandi strutture delle principali città del Centro e del Nord Italia. Secondo Piermichele Paolillo, direttore del reparto di neonatologia del Policlinico Casilino di Roma - struttura dove nel 2006 venne installata una delle prime "culle protette" contro il fenomeno degli abbandoni neonatali, nel 2010 i casi di mamme che hanno scelto di restare anonime nella sua struttura sono stati 60, contro una media di 40-45 degli anni precedenti⁹⁵.

⁹⁴ La SIN Società Italiana di Neonatologia nell'ambito del progetto "Ninna ho" della Fondazione Francesca Rava con KPMG Italia ha lanciato un'indagine in 100 punti nascita sul fenomeno dei parti in anonimato, allo scopo di accrescere la conoscenza degli strumenti legislativi a disposizione e di prevenire il fenomeno dell'abbandono neonatale. Per approfondire www.neonatologia.it/upload/921_SINNinna%20ho_%20Comunicato%20stampa.pdf

⁹⁵ Maria Novella De Luca, cit.

Si torna a casa

5.1 Monitoraggio, assistenza e continuità assistenziale

Uno dei principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale è quello della continuità assistenziale e dell'integrazione tra ospedale e territorio, attraverso il dialogo tra i professionisti impegnati nei diversi servizi intra ed extra ospedalieri, con una particolare attenzione al post-dimissione, per evitare "che il paziente si veda costretto ad affrontarlo da solo, al di fuori di un percorso conosciuto e condiviso"⁹⁶.

L'accordo Unificato Stato Regioni del 2010, in modo ancora più incisivo, identifica al terzo punto delle sue dieci priorità in materia di miglioramento della qualità del percorso nascita, quella dell'integrazione-territorio ospedale, sottolineando, in particolar modo, l'importanza di una cartella integrata gravidanza-parto-puerperio, nonché un livello di comunicazione tra ospedale e servizi territoriali per la cura del post-partum (consultori e pediatri di libera scelta)⁹⁷.

La cura della continuità assistenziale concerne sia la presa in carico di pazienti fragili, sia, in generale, il monitoraggio del puerperio, con particolare riguardo all'allattamento, alla cura e alla crescita del bambino, all'insorgere di forme di depressione e di disagio della mamma. Le attività di cura e monitoraggio vengono prestate tanto attraverso un'attività diretta dei punti nascita, quanto attraverso forme di orientamento verso servizi territoriali.

Le informazioni riguardanti la continuità e la qualità delle prestazioni assistenziali nei primi mesi di vita del bambino non sono disponibili al livello nazionale con dati aggiornati. Tuttavia, sia l'indagine sul percorso nascita realizzata da Cittadinanzattiva⁹⁸, sia l'indagine conoscitiva "Nascere Sicuri" promossa dal Senato italiano (entrambe nel 2012), offrono una panoramica abbastanza indicativa delle difficoltà che sussistono nella copertura dell'assistenza successiva alla fase del parto.

Per quanto riguarda i servizi offerti dai punti nascita, per il monitoraggio sulle condizioni del neonato, esiste una certa diversità tra l'offerta delle strutture più grandi e dei punti nascita più piccoli. Oltre alla visita post – partum, che viene effettuata da tutte le strutture, grandi o piccole che siano, la prima assistenza al neonato dopo le dimissioni (es. primi controlli entro 72 ore dalla dimissione, oppure effettuazione di esami diagnostici specifici, etc.) è offerta in misura lievemente minore (tra il 60% – 100% delle strutture). Ad abbassare la media sono le strutture più piccole. Infatti, tutte le strutture classificate come C (che effettuano cioè più di 2.500 parti all'anno) prestano questo tipo di assistenza, mentre nelle strutture medie e medio-piccole (quelle che effettuano tra i 500 e i 2.500 parti all'anno), questo tipo di servizio viene offerto solo nell'80% dei casi. Nelle strutture piccolissime (quelle che effettuano fino a 500 parti all'anno) la percentuale di offerta dell'assistenza al neonato nelle 72 ore successive alle dimissioni è ancora più bassa, e raggiunge appena il 60%.

Inoltre, mentre i servizi di accompagnamento alla gravidanza e post dimissione vengono più o meno garantiti, le prestazioni che invece seguono un percorso di sostegno a più lungo termine, come l'accompagnamento alla genitorialità dopo la nascita, sono erogate di meno anche nelle strutture più grandi, secondo un andamento che va da un minimo del 50% a un massimo del 100%.

Un altro nodo rilevante riguarda la disponibilità di materiale informativo sul percorso nascita in lingua diversa da quella italiana all'interno della struttura sanitaria dove si effettua il parto. Anche in questo caso la migliore offerta è quella delle grandi strutture (che effettuano più di 2.500 parti all'anno), che nel 67% dei casi dispongono di materiale multilingue. Le strutture di media grandezza – tra 1.000 e 2.500 parti all'anno – sembrano essere quelle più sprovviste di materiale informativo, non solo in lingue diverse dall'italiano (solo il 15% ne dispone), ma anche in lingua italiana (materiale in italiano è disponibile solo nel 38% delle strutture esaminate dall'indagine di Cittadinanzattiva).

⁹⁶ Ministero della Salute, "Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013", p. 37.
⁹⁷ Vedi, tra gli altri: Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", linea d'azione 3 e relativo allegato 3, p. 32 e WHO "Recommendations on postnatal care of the mother and newborn", 2013, p. 18 e p. 22.
⁹⁸ Percorso Nascita, prima Indagine civica sull'accesso alle prestazioni sanitarie: l'indagine è stata realizzata attraverso un monitoraggio effettuato, nell'arco dell'anno 2013, in 51 punti nascita in ogni parte d'Italia, attraverso l'osservazione di alcuni indicatori e la somministrazione di questionari semistrutturati ai direttori sanitari.

5.2 La continuità dell'assistenza dopo le dimissioni

La continuità assistenziale, elemento chiave della qualità di un servizio di cura del percorso nascita non focalizzato esclusivamente sull'evento parto, nonostante le raccomandazioni e gli auspici formulati in sede di accordo Stato Regioni, non sembra ancora essere ancora parte integrante della prassi di cura.

Stando sempre ai dati riportati dalla ricerca di Cittadinanzattiva, le strutture sanitarie più grandi (>2.500 parti all'anno) si limitano a fornire alle coppie, specie quelle più problematiche, indicazioni sugli indirizzi dei servizi territoriali. Questa prassi, piuttosto consolidata, dal momento che riguarda circa il 67% dei casi di dimissione post parto, non ha però naturalmente alcuna forma di riscontro, né prevede alcun dialogo diretto tra la struttura ospedaliera e quella territoriale. In tal senso, il sostegno alla genitorialità, per l'allattamento al seno e, in generale, per la gestione del puerperio, in un momento di particolare disorientamento e confusione della mamma e della coppia, non è parte di un protocollo consolidato di azioni integrate e di comunicazione tra servizi.

SANDRA, NAPOLI

Il difficile ritorno a casa

Sul finire del mese di marzo Sandra e la sua bambina, Maria, vengono segnalate alle operatrici del progetto "Fiocchi in Ospedale" dal reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell'ospedale di Napoli dove Maria è stata ricoverata per nascita prematura. Sandra, 37 anni, è molto provata dal parto, così difficile e complesso da determinare l'asportazione dell'utero e la nascita prematura della sua prima bimba; Sandra, pertanto, ha bisogno di un supporto emotivo-psicologico. Ad un paio di giorni dal parto, le operatrici si avvicinano a Sandra per darle informazioni sull'allattamento di Maria e conoscono anche suo marito, Giuseppe, che lavora in un'altra città. Per tutto il periodo della degenza di Sandra, la famiglia viene supportata. Sandra e Giuseppe vengono accompagnati ai colloqui con i medici del reparto e all'incubatrice dalla loro

piccola. Al momento delle dimissioni, Sandra sente riaffiorare i brutti ricordi della nascita di Maria ed i momenti in cui sia lei che la bimba hanno rischiato di perdere la vita. Comincia per Sandra e per Giuseppe il momento più difficile della loro vita e il rapporto di coppia comincia a scricchiolare.

Sandra si sente in colpa verso questa bambina così delicata, ha paura perfino di sfiorarla; comincia ad avere frequenti attacchi di panico: ha paura del buio, di rimettersi alla guida, di soffocare mangiando, di uscire da sola, insomma di fare tutte le cose che, prima del parto, le veniva naturale fare. Ad una lettura attenta, emerge con chiarezza che quello che più la spaventa è l'idea di tornare a casa e non essere capace di prendersi cura di Maria. Non si sente capita dal marito che, minimizzando le sue difficoltà, non accetta che la moglie si rifiuti di andare con lui per negozi per acquistare qualcosa per Maria, di arredare la sua cameretta o di pensare ai festeggiamenti da organizzare per il suo ritorno a casa. Sandra è spaventata da tutti

questi problemi. Per tutto il periodo di degenza di Maria in ospedale, lo sportello di Fiocchi in Ospedale rimane per la famiglia un punto di riferimento, orientandola ai servizi socio-sanitari del territorio a cui rivolgersi. Sandra comincia ad essere seguita anche fuori dall'ospedale da uno psicoterapeuta, nonché da uno specialista per monitorare la terapia farmacologica prescritta dal suo medico di base.

A inizio giugno, arriva finalmente il giorno delle dimissioni di Maria, e Sandra viene aiutata dalla nonna materna nell'accudire la piccola. Anche dopo le dimissioni, l'operatrice dello sportello di Fiocchi in Ospedale si mantiene in contatto con Sandra, che, con Maria finalmente a casa, comincia a scoprirsi attenta, premurosa, capace di capire e accudire la sua bimba, in una parola comincia a sentirsi "madre".

Diversa è la situazione delle strutture più piccole che, se da un lato presentano le maggiori criticità sul piano della sicurezza, offrono tuttavia, anche in ragione del loro maggiore radicamento nel tessuto locale, una maggiore cura della continuità assistenziale.

I piccoli centri nascita, infatti, sono spesso molto radicati nella rete dei servizi locali ed hanno con questi relazioni più sistematiche. Dal punto di vista del contatto diretto con il territorio, sembrano essere quindi proprio le piccole strutture (tra 500 e 800 parti) che, oltre a inviare le coppie ai consultori nel 70% dei casi, e a fornire indirizzi di servizi e associazioni (50% dei casi), organizzano incontri periodici di *follow up* dopo il parto (30% dei casi). Anche nelle strutture piccolissime (fino a 500 parti all'anno) si riscontra un forte radicamento territoriale che nel 40% dei casi, oltre a indirizzare le coppie ai servizi del territorio, le accompagna con iniziative e incontri ad hoc⁹⁹.

5.3 Imparare ad allattare

L'importanza dell'allattamento al seno è segnalata tra le raccomandazioni per la salute della mamma e del bambino nelle linee guida dell'OMS, che ne auspica la durata orientativa per i primi 6 mesi di vita del bimbo.

Save the Children identifica nell'allattamento esclusivo al seno uno degli interventi più efficaci per combattere la mortalità neonatale a livello mondiale. Si calcola, infatti, che ogni anno 1,5 milioni di bambini soccombono per effetto del mancato o insufficiente allattamento al seno, e per le conseguenze nefaste di uno scorretto allattamento con surrogati del latte materno¹⁰⁰.

Imparare ad attaccare il bambino al seno e soprattutto riuscire a farlo con serenità e cura, è una pratica che necessita di sostegno e di condizioni ottimali per essere appresa e diventare parte integrante della cura quotidiana e del rapporto tra mamma e bambino. Il ruolo delle ostetriche, da un lato, e dei gruppi di sostegno tra mamme, dall'altro, sono indicati come punti di forza di una ottimale assistenza all'allattamento materno¹⁰¹.

I giorni di permanenza in ospedale sono un primo momento di incontro con l'allattamento al seno, ma spesso, al momento delle dimissioni, la dimestichezza con questa pratica è ancora scarsa e molte domande sono ancora irrisolte: quante volte al giorno, che quantità, quanti seni, che fare in caso di... , la posizione giusta, come capire se il bambino ha ancora fame, ecc.

Che cosa succede quando una mamma esce dall'ospedale con il suo bambino?

Se ha dei riferimenti per i servizi territoriali può rivolgersi al consultorio familiare più vicino alla sua residenza. Alcuni consultori praticano attività di sostegno per l'allattamento al seno, ma non tutti. L'allattamento è oggetto di interesse e di intervento da parte di un discreto numero di realtà associative la cui mappa, sommariamente delineata, è reperibile presso il portale di epidemiologia per la sanità pubblica curato del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (<http://www.epicentro.iss.it/default.asp>)

Tra le esperienze più significative segnalate dal portale, va menzionata la rete dei gruppi di autoaiuto: 140 gruppi di mamme per il sostegno all'allattamento materno, presenti sul territorio nazionale praticamente in tutte le regioni italiane, con punte molto significative in Emilia Romagna (19), in Veneto (18), in Toscana e Piemonte (13).

In Liguria, l'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione in collaborazione con Unicef ha promosso "PappArea", un'iniziativa sperimentale che mira a sostenere l'allattamento al seno mediante la creazione di "spazi dedicati" ai più piccoli dove questi possono essere allattati o cambiati. Attualmente in tutte le aree adibite a questa finalità sono 19¹⁰².

Inoltre, in linea con la politica dei riconoscimenti agli "ospedali amici dei bambini", impegnati cioè a fare proprie le indicazioni UNICEF/OMS sull'allattamento al seno, l'associazione il Melograno ha lanciato l'iniziativa "Farmacie amiche dell'allattamento materno", allo scopo di creare una rete di farmacie attrezzate per l'allattamento materno. Accanto a queste iniziative molte altre ne sorgono di continuo: la Leche League Italia, associazione di volontariato transnazionale, presente in Italia fin dagli anni '60, dispone di una rete di oltre 130 consulenti su tutto il territorio nazionale e in alcune realtà territoriali,

⁹⁹ Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato, "Percorso nascita: indagine civica sulle prestazioni sanitarie", 2012, p. 69-70.

¹⁰⁰ Save the Children, Every One – Le soluzioni per prevenire la malnutrizione infantile, in www.savethechildren.it/informati/blog/every_one_le_soluzioni_per_prevenire_la_malnutrizione_infantile

¹⁰¹ Cfr., tra gli altri, Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", linea d'azione n. 2 e 5).

¹⁰² Cfr., www.regione.liguria.it/argomenti/sanita-e-politiche-sociali/infanzia-giovani-e-famiglia/iniziativa-qppappareeq.html

come quella di Roma, è collegata con il Collegio provinciale delle ostetriche, con cui promuove iniziative di sensibilizzazione e sostegno. Importanti iniziative sono poi presenti nei territori di Pescara, Milano, Biella, Modena, e molte altre sono presenti in modo più o meno coordinato sul territorio nazionale, come il portale per l'allattamento al seno creato nel febbraio 2014 dalla Società Italiana di Pediatria, senza che però si disponga di una mappa completa per favorire il collegamento tra le diverse realtà e la razionalizzazione del servizio.

SARA, BARI

Allattare al seno è possibile, anche dopo un cesareo

Il termine della prima gravidanza di Sara era fissato per il 24 ottobre 2013. Sara non temeva il parto, aveva invece paura di arrivare oltre il termine e di subire un cesareo come era successo ad una sua amica. Il 27 ottobre, al momento del ricovero, a causa di un tracciato ecocardiografico patologico della piccola, unito alla febbre alta di Sara, i medici decidono di eseguire un taglio cesareo. Nasce la piccola Paola, che mostra i segni di un'infezione e perciò viene ricoverata in

terapia intensiva neonatale. Il giorno seguente le operatrici di Fiocchi in Ospedale vanno a trovare Sara in reparto di ostetricia e la trovano molto turbata, perché né lei né il marito sono ancora riusciti a vedere la bambina. Sara è anche preoccupata per l'allattamento al seno, che vorrebbe stimolare per non perdere il latte. Le operatrici parlano con le ostetriche del reparto e l'infermiera del nido, per chiedere quali siano le disposizioni riguardo al tiraggio del latte in modo da spiegarlo a Sara. Così, per due volte al giorno Sara si reca al nido per tirare il latte. Al momento del ritorno a casa sorge un altro problema: Sara

viene dimessa, mentre la sua bambina è ancora ricoverata. Sara deve estrarre il latte per non perderlo e per portarlo in ospedale quando va a trovare Paola, ma acquistare o noleggiare un tiralatte ha un costo troppo elevato per lei, e così le operatrici gliene acquistano uno. Sara riesce perciò ad allattare la sua bambina al seno col proprio latte; inoltre, continua a partecipare al gruppo di neomamme anche nel periodo del post partum ed è più serena nell'affrontare i dubbi e i problemi della maternità, sapendo di poter contare su aiuto e sostegno.

5.4 Attraversare il cambiamento: la depressione post-partum

È piuttosto frequente sentir parlare di depressione post-partum, intesa, genericamente, come un disturbo che colpisce le mamme nelle settimane successive al momento del parto. Spesso ci si riferisce a questa condizione di disagio in termini vaghi, ponendola in correlazione con mutamenti del panorama ormonale che intervengono nel periodo successivo al termine di una gravidanza.

Le informazioni ufficiali disponibili presso le fonti ministeriali quantificano questo fenomeno in una percentuale piuttosto significativa, compresa tra l'8 e il 12% delle neo mamme che, in termini numerici, significa tra le 45 e le 50 mila donne all'anno. La depressione post partum, sottolinea il sito del Ministero, è cosa diversa rispetto al fenomeno più lieve e più diffuso del cosiddetto "*maternity blues*", cioè un atteggiamento malinconico nei confronti della propria nuova condizione, che tocca circa il 70% delle neo mamme, e, soprattutto, da forme più gravi e più rare di vera e propria psicosi post partum che hanno un'incidenza molto più limitata ed effetti molto più complessi e drammatici da gestire¹⁰⁵.

Le stime riguardanti la depressione post-partum sono abbastanza variabili. Si parla anche di cifre più elevate, che in Italia potrebbero arrivare al 16% del totale delle neo mamme in un anno. Il che potrebbe significare che circa 90.000 donne soffrono di disturbi depressivi al momento del loro ritorno a casa per un numero di mesi che talvolta può essere anche molto lungo¹⁰⁴. Per questo la depressione post partum viene considerata un problema di

¹⁰⁵ Secondo il Ministero della Salute, "La depressione post partum colpisce l'8-12% delle neomamme ed esordisce generalmente tra la 6^a-12^a settimana dopo la nascita del figlio", 13 novembre 2013, www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=154&area=Disturbi_psicologici.

salute pubblica, perché non solo colpisce una notevole quantità di donne, ma ne compromette anche la capacità lavorativa e di interazione sociale, nonché l'attenzione e la serenità nella cura del bambino e di loro stesse¹⁰⁵.

Ci sono naturalmente molti studi che prendono in esame questo fenomeno e ne illustrano cause e interazioni con altre forme depressive preesistenti alla gravidanza o al verificarsi di fisiologiche modificazioni dell'assetto fisico e ormonale. Ma l'elemento che da più parti è considerato significativo riguarda il modo in cui le neomamme, specie quelle che lo diventano per la prima volta, attraversano il cambiamento e l'accoglienza – da quella più intima e ristretta del partner e della famiglia, a quella più vasta e articolata della comunità di riferimento – che tale cambiamento riceve.

Le **cause** della depressione post-partum sono molteplici e coinvolgono fattori ormonali, fisici, psicologici, sociali e cognitivi.

Alcuni fattori sono stati identificati¹⁰⁶, ad esempio, come particolarmente critici rispetto all'insorgere di una condizione di disagio, di confusione e di inadeguatezza della donna dopo il parto:

- un **cambiamento di ruolo e di posizione nelle relazioni sociali**, specie in un paese come l'Italia, in cui la maternità ha una funzione di grande rilevanza sociale e quindi ingenera nella neomamma una forte aspettativa su se stessa senza essere ancora in grado di valutare le proprie competenze;
- un **cambiamento di identità personale**, l'uso del proprio corpo come origine di nutrimento, di cura, di calore e di rassicurazione per contatto diretto;
- un **cambiamento nelle relazioni con il proprio partner**;
- un **confronto con la figura della propria madre** e con tutte le incompletezze, le tensioni e le criticità che questo porta con sé;
- **l'acquisizione della funzione materna**;
- la **perdita dello stato interessante** e della condizione di attesa;
- la **perdita della fusione con il bambino** e quindi il confronto con un essere umano al tempo stesso dipendente e altro da sé;
- la **non corrispondenza tra bambino reale e bambino immaginato** e quindi il confronto con la concretezza del proprio figlio;
- la **relazione di dipendenza con il neonato** e il conseguente cambiamento nella percezione del tempo e della sua completa subordinazione all'organizzazione della propria funzione materna.

Questi fattori rappresentano naturalmente solo una parte delle sfide che possono concorrere a generare uno stato di agitazione e disagio nella donna al suo ritorno a casa dopo il parto. Ci sono numerosi elementi che attengono alla condizione organizzativa, psicologica, socio-economica e delle relazioni con il partner, la famiglia e l'ambiente di

¹⁰⁴ Claudio Mencacci, Direttore del Dipartimento di Neuroscienze A.O. Fatebenefratelli di Milano e Presidente Società Italiana di Psichiatri, in Osservatorio Nazionale sulla salute della donna (O.N.D.A.), conference call su Depressione perinatale, 29 ottobre 2013, cfr. www.psychiatryonline.it/node/4627.

¹⁰⁵ Ministero della Salute, cit., www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=154&area=Disturbi_psicici.

¹⁰⁶ Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (O.N.D.A.), "Depressione in gravidanza e nel post partum", 2011, p. 9, http://ondaosservatorio.it/allegati/Progettiattivit/Pubblicazioni/quaderni/ONDA_Grav_Depression_e.pdf.

LAURA, MILANO

Home visiting per i casi più delicati

Laura è una mamma rumena, sposata da circa due anni. È arrivata in Italia per lavorare come badante e riferisce di non avere buoni rapporti con la famiglia di origine che, a suo dire, vorrebbe sfruttarla per avere i proventi del suo lavoro. Laura soffre di disturbi dell'udito e quando si affaccia allo sportello con una sua vicina di casa, che spesso la accompagna ai controlli, esprime il timore di non

essere in grado di accudire il bambino e di riconoscere i suoi segnali. Le operatrici di Fiochi in Ospedale, durante una visita domiciliare successiva al parto, le forniscono informazioni sulle cure e sull'igiene del neonato, consigli sull'allattamento al seno e la indirizzano ai servizi presenti nella sua zona. L'ostetrica e la psicologa dello sportello, successivamente, informano Laura dei ritmi sonno-veglia del bambino, che sono diversi da quelli dell'adulto, e la incoraggiano a tenerlo sempre vicino, per poter riconoscere per tempo i suoi bisogni.

A Laura viene proposto l'utilizzo della fascia portabebè, che consente a mamma e bimbo di vivere più serenamente il periodo immediatamente successivo al parto: il bambino continua a sentire il calore della mamma, il suo odore, il suo battito, che ha ascoltato durante la gravidanza; la mamma, contemporaneamente, si sente più pronta a cogliere e rispondere ai segnali del bambino. Laura accoglie con gratitudine la soluzione proposta, che le rende più semplice affrontare questo periodo così delicato.

lavoro, che possono aggravare o contribuire in modo decisivo all'insorgere della depressione post partum.

Un dato di interesse è rappresentato dal fatto che, generalmente, la depressione post partum insorge nel corso delle 5 settimane successive alla nascita del bambino, periodo nel quale la donna va particolarmente sostenuta, anche sul piano emotivo, perché si riducano gli effetti di insicurezza e confusione legati al cambiamento della sua condizione personale. Può invece capitare che, in determinati contesti e in certe situazioni di particolare vulnerabilità, tra l'uscita della donna dall'ospedale e la prima visita intercorrano circa 40 giorni e questo significa che, in un momento delicato nell'incontro con la propria nuova condizione di mamma, non vi siano forme di sostegno nell'ambito del percorso assistenziale. I rischi non riguardano solo la mamma ma anche il bambino (problemi cognitivi, di apprendimento, ecc.) e la coppia.



“Diventare Genitori” a Milano: un progetto di cura per neo genitori in condizioni di fragilità

L'intervento di sostegno alla genitorialità “Diventare Genitori”, avviato nel 2008 come progetto sperimentale, è attivo ad oggi come servizio dell'Associazione CAF (Centro di aiuto al bambino maltrattato e alla famiglia in crisi) di Milano e viene proposto a famiglie con fattori di rischio e/o fragilità in epoca perinatale da operatori dei servizi sanitari di base (consultori familiari, ospedali, medici di base, ecc.) oltre che dai servizi sociali, e segnalate alle responsabili del servizio dell'Associazione CAF. L'intervento consiste in un sostegno gratuito alla coppia madre-bambino, alla triade genitori-bambino e in ultima

battuta all'intero nucleo, in famiglie dove sono stati rilevati fattori di fragilità della madre o di entrambi i genitori, un rischio per l'instaurarsi di un legame mal-adattivo tra i genitori e il neonato o per la futura crescita del bambino.

Ad oggi sono state seguite 64 famiglie (origine: 19 italiane, 5 miste, 40 straniere) per un totale di 67 neonati (3 coppie di gemelli) e di 233 individui fra neonati, genitori e fratelli.

Le famiglie accettano volontariamente di partecipare al progetto e vengono accolte in base a una previsione di reattività e miglioramento rispetto al momento di difficoltà vissuto. L'intervento si svolge a domicilio delle famiglie due volte a settimana per due ore e viene condotto da operatrici formate specificamente allo scopo. L'intervento viene coordinato da un punto di vista

educativo e organizzativo in modo continuato, supervisionato mensilmente sul piano delle dinamiche relazionali ed emotive e delle rappresentazioni profonde. I principali fattori di rischio identificati come riferimento per la valutazione e l'inclusione del nucleo sono: l'isolamento sociale/familiare, la monogenitorialità, la minore età di uno o entrambi i genitori, i gravi conflitti familiari, il malessere psichico pregresso o attuale della madre o di entrambi i genitori, la segnalazione da parte dei servizi di violenze e abusi nella famiglia, la prematurità del neonato, l'immigrazione o la presenza di trauma migratorio, infine una grave situazione socio-economica.

Per approfondimenti :
www.caf-onlus.org/cosa-facciamo/diventare-genitori.html

5.5 Maternità e gestione del tempo

Una delle dimensioni che vengono maggiormente modificate e che devono essere completamente riorganizzate dopo una maternità è quella della gestione del tempo. Non solo la percezione del tempo che cambia in relazione all'ingresso delle domande di cura del nuovo nato, ma anche la distribuzione del tempo nell'arco della giornata, la contrattazione dei tempi di lavoro, la divisione del tempo tra partner per la cura del bambino e per le necessità organizzative correlate.

Si possono considerare due principali ordini di questioni riguardo all'uso del tempo dopo la nascita di un bambino. La prima riguarda la distribuzione del tempo tra due grandi aree, vale a dire la cura e il lavoro; e la seconda riguarda la distribuzione del tempo tra i partner rispetto alle attività di cura.



Co-working per neo-mamme. Una proposta per riprendere a lavorare dopo il parto.

Per molte donne è importante tornare al lavoro dopo essere diventate mamme, magari in uno spazio accogliente e con la possibilità di portare con sé il

proprio bambino. Dalla fine del 2012 è nato a Milano "Piano C": uno spazio interamente dedicato alle donne professioniste e alla mamma per permetterle di unire il tempo di cura al tempo di lavoro. Sorto come una realtà di co-working con aree che su prenotazione possono essere adibite a sale riunioni e postazioni per il lavoro da

remoto, oggi Piano C offre attività di *baby-sitting* e i cosiddetti "servizi salva tempo", che permettono alla mamma di delegare ad altri impegni che spesso richiedono tempo. Piano C in questo modo permette alle mamme di continuare a svolgere il proprio lavoro, offrendo loro la possibilità di confrontarsi, facilitandole nella quotidianità.

5.6 Quanto (e come) pesa l'alternativa tra lavoro e famiglia?

La scelta di diventare mamme fa spesso i conti con la necessità o il desiderio di avere un impegno professionale sul quale investire non solo per ragioni economiche, ma anche per coronare una legittima aspirazione alla realizzazione di obiettivi di formazione, crescita e autonomia individuale di una donna.

Nella classificazione dei 42 paesi dell'OCSE, per la fascia di età compresa tra i 25 e i 54 anni, che vogliamo considerare perché è una zona anagrafica che coincide con potenziali maggiori esigenze di conciliazione tra vita familiare e vita professionale, le donne che in Italia risultano occupate nel 2013 sono pari al 57,5%, e il nostro paese si colloca tra le ultime posizioni della classifica, seguito da Ungheria, Portogallo, Irlanda, Grecia e Spagna.

Al contrario, per quanto riguarda il tasso di disoccupazione, cioè la percentuale di donne attivamente impegnate nella ricerca di un lavoro nella medesima fascia di età, la percentuale italiana è del 12,4%. E, in questo caso, il nostro paese è in sesta posizione dopo Grecia, Spagna, Portogallo, Irlanda e Repubblica Slovacca¹⁰⁷.

Nonostante la modesta percentuale di occupazione femminile, l'alto tasso di disoccupazione e l'altrettanto alto tasso di donne che evidentemente non sono occupate e non cercano un lavoro, l'Italia è anche agli ultimi posti tra i paesi europei per quanto riguarda il quoziente di natalità: per la precisione è terzultima con un quoziente di 9,1 per 1000 abitanti, prima di Ungheria e Germania, contro il 12,7 della Francia e il 12,9 del Regno Unito¹⁰⁸. Dunque, le donne italiane hanno un basso tasso di occupazione e un alto tasso di disoccupazione. Ma anche un alto tasso di inoccupazione, vale a dire di permanenza in una condizione nella quale non hanno lavoro, né lo cercano. Inoltre, sono tra quelle che patiscono maggiormente la costrizione a ridurre il proprio orario lavorativo, e, per finire, sono tra quelle, in Europa che fanno meno figli.

Perché?

Secondo il Rapporto SpesLab 2012, il 64,7% delle donne che hanno avuto un figlio tra il 2009 e il 2010 era occupata all'inizio della gravidanza; a due anni dalla nascita del bambino solo il 50% risultava ancora occupato, mentre un 14,7% aveva perso o lasciato il proprio posto di lavoro. Il 31,6% che non lavorava prima di partorire continuava a non farlo, mentre una piccola parte di neomamme (pari al 3,7% del totale) che non aveva lavoro prima della maternità, risultava a due anni dalla nascita del figlio, avere un'occupazione.

Questo significa che, dopo una gravidanza, una buona parte di mamme perde o lascia il lavoro e, tra le donne che non avevano lavoro prima della gravidanza, poche cominciano a lavorare dopo il parto. Questo fenomeno è andato rafforzandosi negli ultimi anni: nel 2002-2003 solo 19 mamme su 100 uscivano dal mercato del lavoro dopo il parto. Nel 2010 la proporzione è passata a 22¹⁰⁹.

¹⁰⁷ OECD, "Employment/Unemployment, rate by sex 2013".

¹⁰⁸ SpesLab, "La conciliazione tra i tempi di vita e i tempi di lavoro", 2013, p. 8, www.speslab.it/sites/speslab/files/documenti/sintesi_dossier_conciliazione_def.pdf.

¹⁰⁹ SpesLab, cit., p. 8-9.

Indagando i motivi per cui le donne si ritrovano senza lavoro dopo la nascita dei figli, l'Istat ha verificato che nel tempo questa circostanza è sempre più imputabile a fattori involontari, piuttosto che a una scelta di vita incompatibile con quella professionale. Se nel 2003 erano quasi il 68,8% le donne che volontariamente si dimettevano a seguito della maternità, nel 2012 la percentuale è scesa, mentre molto è cresciuta, per contro, la quota di quante si ritrovano senza lavoro a seguito di licenziamento, passata dal 6,9% al 23,8%. Tra tutte le mamme che nel 2012 non lavoravano più, il 56,1% dichiara di essersi spontaneamente licenziata (erano di più, il 68,1%, nel 2005), ma il 67,1% di queste dichiara di averlo fatto per problemi di conciliazione dei ruoli, mentre il 13,5% per insoddisfazione verso il proprio lavoro, in termini di mansione o retribuzione¹¹⁰. A questo dato va aggiunta anche l'altissima percentuale di donne che praticano il cosiddetto "part time involontario", vale a dire donne che sono costrette a ridurre l'orario di lavoro per ragioni indipendenti dalla propria volontà. Nel ventennio 1993-2013 la percentuale di donne che si trova, suo malgrado, a svolgere un lavoro part time, passa da un terzo delle occupate alla metà¹¹¹. Considerando che ridurre il proprio orario di lavoro possa essere anche una decisione che la donna subisce in conseguenza di ristrutturazioni organizzative del proprio luogo di lavoro, non si può non tenere conto che dentro quel 50% di donne ci siano anche molte mamme che devono fronteggiare un impegno di cura. A questo proposito, l'ultimo rapporto ISTAT segnala che nel generale incremento del cosiddetto "part time involontario" nel periodo della crisi, la quota tra le madri raggiunge il 49,1%¹¹².

Merita una riflessione a parte il fenomeno delle cosiddette "dimissioni in bianco", ossia l'obbligo per il lavoratore/lavoratrice, di sottoscrivere una lettera di dimissioni in bianco, cioè senza data, in modo che il datore di lavoro si ponga al riparo da eventi che possano mettere in crisi l'efficienza produttiva del proprio/della propria dipendente. Nel 2007, durante il governo Prodi, venne approvata la legge 188/2007 che eliminava questo abuso con una modalità molto semplice: per dimettersi diventava necessario compilare un modulo con una numerazione progressiva e con scadenza quindicinale. A tre mesi dalla sua approvazione, la legge venne abrogata dal governo Berlusconi appena insediato. A questo fenomeno, oggetto di dibattito politico e parlamentare, l'ISTAT fa riferimento in un dossier pubblicato nel 2011¹¹³, nel quale si rileva come nel 2009 le madri di età compresa tra i 16 e i 64 anni che hanno lasciato il lavoro a causa della nascita di un figlio erano circa 1 milione e 400 mila. Si stima che quasi 800 mila tra queste abbiano lasciato il lavoro a seguito di una costrizione operata dal proprio datore di lavoro attraverso il ricorso alle dimissioni in bianco. Sebbene la attuale legislazione, attraverso le modifiche introdotte dalla riforma Fornero del 2012, proprio per scoraggiare questo fenomeno, preveda un rigoroso iter di convalida delle dimissioni dal lavoro, specie in caso di gravidanza, quello delle dimissioni in bianco risulta ancora un campo sensibile, specie per quelle aree di occupazione a basso controllo dove spesso si trovano a lavorare donne straniere o giovani donne a basso tasso di scolarizzazione.

¹¹⁰ Ingenerere.it, elaborazione dati ISTAT 2012,

<http://www.ingenerere.it/articoli/donne-al-lavoro-listat-suonallallarme>.

¹¹¹ CNEL, "Stati generali sul lavoro delle donne in Italia", 2013, p. 38, www.cnel.it/application/xmanager/projects/cnel/attachments/temi_evidenza/files/000/000/011/Stati_generali_sul_lavoro_delle_donne_in_Italia_2013.pdf.

¹¹² Istat, Rapporto annuale 2014, p. 126.

¹¹³ ISTAT, "Maternità e interruzioni del lavoro, anni 2008-2009", 27 maggio 2011.

5.7 Accedere al nido

Secondo un rapporto dell'OCSE¹¹⁴ l'Italia spende circa 1,4% del PIL per le famiglie con bambini, mentre la media dei paesi OCSE si attesta sul 2,2% (dati 2009).

Per quello che riguarda gli investimenti sui servizi di *childcare*¹¹⁵, il rapporto OCSE mostra come la Francia investa circa il doppio dell'Italia (2.858 dollari a bambino contro i 1.558 dell'Italia) e la Svezia addirittura sei volte tanto (6.409 dollari a bambino all'anno); mentre per quanto riguarda le cosiddette istituzioni pre-primarie (scuola materna e servizi analoghi per bambini da 3 a 5 anni) l'investimento italiano sale sensibilmente, fino a sfiorare i 5.000 dollari a bambino ed è omogeneo a quello degli altri due paesi.

Questo dato è interessante, perché mostra come in Italia, nella fase iniziale della vita del bambino, caratterizzata dal maggior tasso di disorientamento e stress, la famiglia – e in molti casi la singola mamma – possa contare su un sostegno pubblico più ridotto e

¹¹⁴ OCSE, "Doing better for family - Italia, 2011".

¹¹⁵ Secondo la classificazione dell'OCSE per "childcare" va inteso l'insieme delle iniziative di sostegno alla famiglia e di cura dei bambini al di sotto dei 3 anni, mentre con "istituzioni pre-primarie" (pre-school institutions o early education services) si intende l'insieme dei servizi di sostegno alle famiglie e di cura dei bambini compresi tra 3 e 5 anni.

disomogeneo nella distribuzione territoriale (cfr. paragrafo seguente), mentre l'intervento pubblico comincia ad essere più consistente e sistematico nella fase di prescolarizzazione del bambino.

La Fondazione Zancan, che ha organizzato nel maggio 2014 un seminario sull'argomento¹¹⁶, sottolinea come in Italia la spesa pubblica per gli asili nido nel 2009 era addirittura pari allo 0,2% del PIL (circa 3 miliardi di euro) e circa un bambino su 4 in età 0-3 frequentava un asilo nido. Nello stesso anno, Paesi come Svezia e Norvegia avevano una spesa per i nidi che sfiorava l'1% del PIL e un tasso di partecipazione pari alla metà dei bambini 0-3 anni.

Anche l'ultimo rapporto ISTAT¹¹⁷ conferma questa linea di tendenza. L'Italia occupa la penultima posizione tra i paesi europei per le risorse dedicate alle famiglie sul totale della spesa sociale, con uno stanziamento pari al 4,8% (la percentuale è sostanzialmente invariata dal 2008), nel quale, oltre al sostegno al reddito per maternità e paternità, sono compresi anche i fondi destinati ad asili nido, strutture e assistenza domiciliare per famiglie con minori.

Purtroppo anche i Comuni, che rappresentano il soggetto cardine della spesa per il welfare, sia in ragione della crisi economica che dei limiti imposti dal patto di stabilità, riducono gli investimenti nella spesa sociale. Nel 2011, per la prima volta dal 2003, la spesa sociale risulta in diminuzione rispetto all'anno precedente. Le risorse destinate dai Comuni alle politiche di welfare territoriale ammontano, infatti, a circa 7 miliardi 27 milioni di euro, al netto della compartecipazione alla spesa da parte degli utenti e del Sistema Sanitario Nazionale, con una diminuzione dell'1% rispetto al 2010¹¹⁸.

Questa riduzione degli investimenti si riflette inevitabilmente sull'offerta di servizi per l'infanzia, già problematica nel nostro paese.

Nel quadro strategico nazionale 2007-2013¹¹⁹, l'Italia riconosceva una centralità strategica alla disponibilità di servizi per l'infanzia, per garantire un migliore accesso delle donne al mercato del lavoro e favorire la conciliazione tra vita familiare e vita professionale. Uno dei parametri cruciali per misurare la qualità dell'offerta di servizi per l'infanzia (asili nido, micronidi, servizi innovativi e integrativi) riguarda la percentuale di Comuni che, nell'ambito di una regione, mettono a disposizione questo tipo di servizi. Avendo come punto di partenza il valore osservato nel 2004 per le regioni del Mezzogiorno, pari al 21%, il primo rapporto sul Quadro Strategico Nazionale¹²⁰ indicava, come obiettivo da raggiungere entro il 2013, quello del 35%, mentre per quanto riguarda la copertura della domanda di accesso dei bambini stabiliva l'obiettivo minimo del 12%.

Come spesso accade, la caratteristica più evidente per quanto riguarda l'offerta di servizi di asilo nido è quella della disparità territoriale. Esistono regioni, come la Calabria, dove, nell'anno scolastico 2011-2012, solo l'8,6% dei Comuni disponeva di una copertura dei servizi di asilo nido, in sensibile calo rispetto agli anni precedenti: erano il 13% nell'anno scolastico precedente e il 15,9% in quello di due anni prima. In Piemonte, Molise e Campania i Comuni che garantiscono il servizio sono fra il 10% e il 25%, quindi ancora al di sotto dell'obiettivo del 35% indicato dal Quadro Strategico Nazionale, mentre fra il 35% e il 70%, si trovano l'Umbria, le Marche, l'Abruzzo e la Puglia e superano il 70% tutte le altre regioni del Nord e la Toscana¹²¹.

¹¹⁶ Fondazione Zancan, Fondazione CON IL SUD, Compagnia di San Paolo, Fondazione Cariplo, Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo "Valutare l'impatto dell'incontro tra bisogni, risposte e risorse per l'infanzia", Napoli, 27 e 28 maggio 2014.

¹¹⁷ ISTAT, "Rapporto annuale 2014", p. 155.

¹¹⁸ ISTAT, "Rapporto annuale 2014", cit., p. 157 e 183.

¹¹⁹ Ministero dello Sviluppo Economico, "Quadro Strategico Nazionale 2007-2013".

¹²⁰ Ministero dello Sviluppo Economico, "Rapporto Strategico Nazionale 2009", p. 35.

¹²¹ ISTAT, "Offerta comunale di asili nido e altri servizi per la prima infanzia", 29 luglio 2014, p. 5.

FIGURA 11 - ASILI NIDO E SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA, % PRESA IN CARICO UTENTI 0-2 ANNI, A.S. 2012-2013

	Asili nido	Servizi integrativi
Piemonte	12,9	0,4
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	21,7	5,4
Liguria	14,2	1,9
Lombardia	15,3	2,2
Trentino-Alto Adige/Südtirol	15,5	3,3
Bolzano/Bozen	10,3	2,8
Trento	20,7	3,9
Veneto	10,3	0,7
Friuli - Venezia Giulia	19,6	2,8
Emilia - Romagna	25,0	2,3
Toscana	20,3	2,4
Umbria	13,8	2,6
Marche	16,2	0,8
Lazio	16,7	0,6
Abruzzo	8,8	1,0
Molise	10,3	0,1
Campania	2,0	0,6
Puglia	4,2	0,2
Basilicata	7,0	-
Calabria	2,1	-
Sicilia	5,5	0,1
Sardegna	11,7	1,3
ITALIA	12,3	1,2

FONTE: ISTAT

La presa in carico dei servizi socio-educativi, a livello nazionale, è di poco superiore al 13%¹²², quindi in linea con l'obiettivo minimo prefissato dal Quadro Strategico Nazionale, ma con le consuete disparità territoriali: una punta massima in Emilia Romagna del 27,3%, una copertura del 2,1% in Calabria e del 2,7% in Campania. Si consideri, al riguardo, che l'impegno assunto dai Paesi europei con l'Agenda di Lisbona per il decennio 2000-2010 era di portare la copertura della domanda dei servizi per l'infanzia a quota 33%, obiettivo ancora molto lontano dalla realtà concreta nella quale versa l'Italia. E questo nonostante il Piano straordinario di interventi per lo sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio-educativi, che, nel 2007, aveva stanziato complessivamente oltre 700 milioni di euro per l'adeguamento dell'offerta di servizi per l'infanzia.

Per sapere quanti bimbi restano in attesa di un nido comunale, Cittadinanzattiva ha verificato il "numero di domande soddisfatte rispetto alle domande presentate: così risulta che il Lazio, a livello di capoluoghi di provincia, ha il maggior numero di asili comunali (453) e di posti disponibili (21.756) ma è anche la regione in cui il 65% dei bambini resta in lista di attesa, preceduta solo dalla Basilicata con il 71%. In Lombardia e Piemonte restano in lista di attesa invece solo il 7% dei richiedenti. L'Emilia Romagna è invece la regione con la maggiore copertura di asili pubblici in tutti i comuni (28.321 posti in 624 strutture pubbliche)¹²³.

La spesa corrente sostenuta dai Comuni – singoli o associati – ammonta, nell'anno 2012, a 1 miliardo e 259 milioni di euro, al netto del contributo sostenuto dalle famiglie. Il report dell'ISTAT sostiene che, "in media, per ciascun utente, si ottiene una spesa di 6.337 euro a carico dei Comuni e di 1.511 euro a carico delle famiglie, per un totale di 7.848 euro impegnati per bambino nel 2012"¹²⁴.

Ciò significa, come riportato dall'inchiesta di Cittadinanzattiva, che per una famiglia il costo di 10 mesi di asilo nido all'anno può arrivare a superare i 3000 euro di spesa. Infatti il costo medio da sostenere per mandare il proprio figlio all'asilo, che subisce notevoli variazioni a

¹²² ISTAT, "Offerta comunale di asili nido e altri servizi per la prima infanzia", 29 luglio 2014, cit., p. 3.

¹²³ Cittadinanzattiva, "Indagine sugli asili nido comunali", 2014.

¹²⁴ ISTAT, "Offerta comunale di asili nido e altri servizi per la prima infanzia", 29 luglio 2014, p. 5.

seconda della zona di residenza, può arrivare a una media di 380 euro al Nord, 322 al Centro e 219 al Sud.

Un ultimo elemento merita attenzione: tra i Comuni capoluogo di Provincia, solo il 19% mette a disposizione delle famiglie riduzioni tariffarie per cambiamenti intervenuti nella situazione economica familiare (disoccupazione, mobilità, cassa integrazione)¹²⁵.



I servizi integrativi¹²⁶

All'offerta tradizionale di asili nido si affiancano i servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia, che comprendono anche i "nidi famiglia", ovvero servizi organizzati in contesto familiare, con il contributo dei Comuni e degli enti sovracomunali. Nel 2010/2011, il 2,2% dei bambini 0-2 anni ha usufruito di tale servizio, quota che è rimasta pressoché costante nel periodo

osservato. Questi servizi non sono particolarmente diffusi sul territorio nazionale, ma rappresentano una realtà significativa in alcuni contesti, come nella Provincia di Bolzano, dove si trovano i livelli più alti di utilizzo di queste strutture in termini di presa in carico degli utenti (13,4% dei bambini fra 0 e 2 anni). Per quanto riguarda la loro distribuzione territoriale, i Comuni che hanno attivato servizi integrativi si riducono drasticamente passando dal Nord-Est (26,9%) alle Isole

(10,7%). Complessivamente, dunque, risulta pari al 55,2% la quota di Comuni che offrono asili nido o servizi integrativi per la prima infanzia. Nel generale calo del numero dei bambini iscritti ai servizi per la prima infanzia al 31 dicembre 2012 (anno scolastico 2012-2013), il calo delle iscrizioni ai servizi integrativi risulta più sensibile di quello relativo agli asili nido. 8000 bambini in meno nei servizi integrativi e 2900 in meno nei tradizionali asili nido¹²⁷.

5.8 Mamma e papà si dividono il lavoro

Come si è visto fin qui, quando una coppia mette al mondo un bambino si alterano i meccanismi attraverso i quali i componenti della medesima coppia si ponevano in relazione al lavoro prima della sua nascita.

Tra i single il divario nei tassi occupazionali è molto meno sensibile, poco più del 91,5% il tasso di occupazione per gli uomini e poco più dell'89,6% per le donne. Il divario comincia a crescere già dal momento in cui si crea una coppia (in media 15 punti percentuali di differenza) e tende ad aumentare in maniera molto sensibile con la nascita dei figli: attorno al 25% per il primo figlio e fino al 50% per i successivi. Anche in questo caso le differenze tra le diverse zone del paese sono rilevanti.

Non solo nel Sud d'Italia il fenomeno del divario occupazionale tra uomini e donne aumenta in maniera più rilevante che al Nord con la nascita dei figli, ma è proprio tra le donne del Sud che si registra una maggiore insoddisfazione per la propria condizione di "segregazione lavorativa" nell'ambiente domestico. Infatti su 100 donne che si dedicano esclusivamente al lavoro familiare oltre 31 del Sud d'Italia desidererebbero un lavoro fuori di casa, contro le 19,5 dell'Italia centrale e le 15 del Nord Italia¹²⁸.

Un dato infine non va trascurato. Se la conciliazione di vita familiare e lavorativa dopo la nascita di un figlio sembra evidente per le donne italiane, essa assume una proporzione drammatica per le donne straniere, prevalentemente residenti nel Nord Italia. La differenza nel tasso di occupazione tra le donne straniere senza figli e quelle che sono invece diventate mamme raggiunge i 50 punti percentuali. Questo dato conferma la rilevanza determinante del supporto familiare nella conciliazione di lavoro e famiglia e, laddove le famiglie abitano in paesi diversi, come nel caso di molte donne straniere, la conciliazione diventa praticamente impossibile¹²⁹.

¹²⁵ Cittadinanzattiva, "Indagine sugli asili nido comunali", 2014.

¹²⁶ Tratto da Dipartimento politiche per la Famiglia, "Piano straordinario servizi educativi per la prima infanzia 2007-2009", <http://leg16.camera.it/561?appro=201>.

¹²⁷ ISTAT, "Offerta comunale di asili nido e altri servizi per la prima infanzia", 29 luglio 2014, p. 2.

¹²⁸ SpesLab, "La conciliazione tra i tempi di vita e i tempi di lavoro", 2013 p. 11-12.

¹²⁹ ISTAT, "Benessere Equo Sostenibile (BES), Rapporto 2014, Lavoro e conciliazione dei tempi di vita", p.7.

5.9 Mamma e papà si dividono la cura

Del resto, anche la distribuzione di incarichi e tempo di cura all'interno della vita familiare è ancora molto sbilanciato verso le donne e le mamme.

Nel corso del suo VI Congresso nel 2013, la Società Italiana delle Storiche ha presentato uno studio sull'organizzazione dei tempi di vita e di lavoro e sulle differenze tra uomini e donne in questo ambito. Dai dati emerge un cambiamento profondo che riguarda l'organizzazione del tempo, in generale, per uomini e donne, nell'ultimo decennio. Tra l'inizio degli anni 2000 e il 2010, infatti, lo studio mette in evidenza un aumento di complessità dell'organizzazione del tempo, non solo nell'aumento del numero di attività svolte nella medesima unità di tempo, ma anche nel numero di attività svolte in contemporanea l'una con l'altra, anche grazie all'uso di dispositivi come i tablet e gli smartphone che consentono un collegamento continuo con la rete anche in assenza di un computer. Diminuisce per tutti il tempo libero, in gradi diversi, ma senza differenze, sia che si tratti di maschi o femmine, occupati o meno e, dato molto interessante, aumenta il tempo dedicato agli spostamenti, che, nel caso specifico delle donne, addirittura raddoppia. Nel caso in cui la mamma sia occupata con un lavoro retribuito, il suo impegno nel lavoro familiare copre comunque il 19% della sua giornata, contro il 7,9% del papà. La situazione è ancora più squilibrata nel caso in cui la mamma non sia impegnata in un lavoro retribuito (il che non significa che non sia impegnata nel cercarlo). In questo caso, infatti, il tempo dedicato al lavoro familiare è oltre il 33% delle 24 ore per la mamma e il 6% per il papà¹³⁰. Molto spesso questo impegno focalizzato sul lavoro domestico e di cura – quantificabile in circa 4 ore in più al giorno per le donne rispetto agli uomini – limita fortemente la possibilità delle donne, specie se mamme, di investire tempo ed energia nella ricerca di un'occupazione e nella realizzazione delle proprie aspirazioni personali¹³¹.

5.10 Congedi e protezione dei lavoratori-genitori

La legge italiana recepisce dal 1971 una direttiva dell'International Labour Organisation del 1919 riguardante la tutela della maternità nel periodo immediatamente precedente e successivo alla nascita del bambino, per un totale obbligatorio di cinque mesi, in genere due prima della nascita e tre dopo, e con un'indennità pari all'80% e fino al 100% dello stipendio. Il congedo di maternità, così definito, può essere esteso al padre solo in caso di morte materna, di abbandono o di affidamento esclusivo del bimbo.

Nell'arco di poco meno di 30 anni, questo orientamento di cura pressoché esclusiva del bambino da parte della mamma muta in favore di un sempre maggior coinvolgimento dei papà nelle cure parentali. Infatti, con una direttiva dell'Unione europea del 1996, modificata nel 2010, si invitavano gli Stati a introdurre nel proprio ordinamento misure che favorissero la conciliazione di vita familiare e lavorativa e, soprattutto, la condivisione delle responsabilità tra i genitori per la cura dei bambini.

Alcuni Paesi avevano già una legge che regolamentava l'astensione dal lavoro in caso di paternità (la Svezia ha introdotto questa legge nel 1974), altri, come l'Irlanda, il Regno Unito, la Grecia e l'Italia, nel giro di qualche anno dalla direttiva europea, hanno varato misure per i congedi parentali e quella italiana, rispetto a molte altre proposte, è risultata essere una delle leggi più attente al tema della condivisione e della consistenza del periodo di congedo dei genitori. La legge 53/2000 riconosce infatti un periodo di congedo parentale fino a 11 mesi complessivi tra mamma e papà, che possono essere goduti contemporaneamente, per periodi continuativi o frazionati nel tempo e con un'indennità pari al 30% dello stipendio (fonte: INPS)¹³², contro le 14 settimane dell'Irlanda o le 13 del Regno Unito o i 6 mesi della Grecia. Più estesi invece i periodi di congedo previsti dalla legge svedese, che riconosce 14 mesi e da quelle di Germania, Ungheria, Finlandia, Slovacchia, Francia e Polonia che prevedono congedi fino a 3 anni¹³³.

¹³⁰ Società delle storiche, VI Congresso nazionale, università di Padova 25 febbraio 2013, Panel su "Come cambia il bilancio del tempo di uomini e donne", <http://www.unipd.it/ilbo/content/come-cambia-il-bilancio-del-tempo-di-uomini-e-donne>.

¹³¹ OECD, "Closing the gender gap act now", 2013.

¹³² Sito INPS, www.inps.it/portale/default.aspx?SID=:0;5673;5770;&lastMenu=5770&iMenu=1&iNodo=5770&p4=2.

¹³³ Ingendere.it, "Lavoro e figli, una mappa dei congedi, 2012", su dati EIRO 2004.

FIGURA 12 - CONGEDI DI MATERNITA' E PARENTALI IN EUROPA – ANNO 2013

PAESE	CONGEDO DI MATERNITA' (OBBLIGATORIO)			CONGEDO PARENTALE		
	DURATA (SETTIMANE)	RETRIBUZIONE OBBLIGATORIA%	CONGEDO TOTALE (MESI)	PERIODO RETRIBUITO (% DEL CONGEDO TOTALE)	CONGEDO DI PATERNITA' (MESI)	MESI TRASFERIBILI
ITALIA	22	80	11	55	6	0
DANIMARCA	18	62	11	70	0	11
IRLANDA	18	70	6,5	0	3,25	0
REGNO UNITO	18	43	8	0	4	0
FINLANDIA	18	66	33	100	0	33
PORTOGALLO	17	100	6	8	3	0
GRECIA	17	50	7	0	3,5	0
SPAGNA	16	100	36	0	0	36
FRANCIA	16	100	36	100	0	36
LUSSEMBURGO	16	100	12	100	6	0
OLANDA	16	100	6	0	3	0
AUSTRIA	16	100	24	100	6	18
BELGIO	15	77	6	100	3	0
GERMANIA	14	100	36	67	0	36
SVEZIA	14	80	18	79	2	12

FONTE: INCHIESTA DI INGENERE.IT, 2013

Nonostante la qualità di alcuni aspetti della legge, in Italia i papà sembrano ancora poco abituati a usufruire di questa opportunità.

In un rapporto di ricerca dell'ISTAT del 2011, tra i genitori di bambini di età inferiore a otto anni, che alla fine del 2010 risultavano avere un'occupazione, hanno dichiarato di aver usufruito almeno una volta nel corso della vita del congedo parentale 205 mila padri e 847 mila madri. Il che significa che circa una donna su due ha goduto dei diritti di congedo parentale sanciti dalla legge (pari al 45,3%), mentre solo il 6,9% dei padri ha fatto ricorso a questo strumento¹³⁴, anche se la pratica burocratica per prendere il congedo non sembrerebbe particolarmente difficile: basta infatti compilare un modulo messo a disposizione online dall'INPS e acquisire un numero di protocollo che viene consegnato al proprio datore di lavoro.

Va meglio nel 2012, anno in cui la percentuale dei congedi fruiti da neopapà sale al 10,9%, rispetto all'89,1% delle neomamme che in termini numerici significa 253.471 donne e 31.201 uomini¹³⁵. Rispetto agli altri papà europei, però, gli uomini italiani che prendono il congedo parentale sono ancora pochini, di ben 20 punti percentuali al di sotto della media, che è del 30% (in Svezia si arriva al 69% e in Finlandia al 59%)¹³⁶.

Un elemento non trascurabile nella scelta degli uomini italiani di fare scarso ricorso al congedo parentale è rappresentato dalla modesta percentuale di indennità percepita durante il periodo di congedo che spinge, inevitabilmente, a sacrificare tra i due coniugi quello con il lavoro meno remunerativo, in genere, la donna. In Germania, per esempio, dove la remunerazione durante il periodo di congedo parentale è pari al 67% dello stipendio netto, la presenza degli uomini accanto ai propri bambini nei primi mesi di vita è cresciuta progressivamente dal 3,5% del 2007 al 16% del 2009 fino al 25% del 2012.

¹³⁴ ISTAT- Report Statistiche, "Conciliazione tra lavoro e famiglia", 2011.

¹³⁵ Fonte INAIL in Repubblica.it http://d.repubblica.it/famiglia/2014/01/27/news/congedo_parentale_papa_figli_neonati-1981196/.

¹³⁶ Maria Cesira Urzi Brancati e Emilio Rocca, "Lavoro e figli, una mappa dei congedi", in "ingenerere.it", 5 aprile 2012.

5.11 Chi conosce i voucher maternità?

La riforma del mercato del lavoro, introdotta con la cosiddetta legge Fornero nel dicembre 2012, prevedeva che, oltre alla misura "simbolica" del breve congedo obbligatorio di paternità, la disponibilità per i neo genitori dei voucher per l'acquisto di servizi di baby sitting o per il pagamento della (o di parte della) retta per l'asilo nido, pubblico o privato. I voucher sono stati finanziati con 20 milioni di euro all'anno per tre anni, dal 2013 al 2015.

¹³⁷ Interrogazione di Renate Gebhard, deputata del Südtiroler Volkspartei su Corriere.it , 30 ottobre 2014, www.corriere.it/cronache/14_ottobre_30/bonus-baby-sitter-esteso-statali-raddoppia-600-euro-62c2331e-5ff1-11e4-b0a9-d9a5bfa99fb.shtml

L'utilizzo dei voucher non ha avuto però un buon esito. La scarsa informazione, la complicata procedura per inoltrare la domanda, la compilazione esclusivamente online e l'intoppo burocratico che si è creato nel mese di febbraio 2013 con la circolare del Ministero della Funzione Pubblica che vietava l'erogazione del voucher per i dipendenti della PA (per i quali doveva essere emanata un'apposita circolare), sono stati tutti fattori che hanno contribuito allo scarso successo della proposta.

Infatti, come sottolineato da un'interrogazione parlamentare al Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Giuliano Poletti¹³⁷, nel 2013, su 20 milioni di euro, ne sono stati utilizzati solo 5, coinvolgendo circa 3 mila persone. Non solo. L'esclusione dei dipendenti pubblici ha portato ad una serie di ricorsi che ha spinto a sospendere il voucher per l'anno 2014, congelando altri 20 milioni di euro.

La misura, che è stata inserita nella legge di stabilità 2015, con un'estensione anche alle lavoratrici pubbliche e un aumento dell'erogazione mensile da 300 a 600 euro, è stata ulteriormente integrata con il cosiddetto bonus bebè, vale a dire un assegno annuo di 960 euro – suddiviso in erogazioni mensili da circa 80 euro – per le famiglie con redditi complessivamente inferiori ai 25 mila euro all'anno, con possibilità di raddoppio del contributo per le famiglie al di sotto dei 7 mila euro all'anno.

Conclusioni e raccomandazioni

Nascere in Italia è considerata da tutte le statistiche europee come un'ottima opzione per sicurezza e qualità delle cure. Tuttavia, come la Società Italiana di Pediatria ha segnalato, il tasso di mortalità infantile nel primo mese di vita, risulta del 30% più alta nelle regioni del Mezzogiorno rispetto a quelle settentrionali e questo, oltre ad un contesto sociale ed economico più debilitato, è senz'altro ascrivibile a una minore efficienza dell'assistenza perinatale.

Una coppia che abbia la relativa fortuna di aspettare un bambino in Italia, deve inoltre misurarsi con ostacoli di diversa natura che possono compromettere sia il buon esito del proprio percorso, sia la serenità e il benessere del futuro nucleo familiare.

La frammentazione degli standard assistenziali, la scarsa qualità e completezza delle informazioni su gravidanza, parto e puerperio, l'eccesso di medicalizzazione, la scarsa attenzione alla dimensione culturale e agli effetti psicologici, emotivi e organizzativi della nascita, l'autoreferenzialità dei servizi che spesso non dialogano tra loro, tutto questo contribuisce a rendere complicato e spesso turbolento il percorso nascita, anche in un contesto che, dal punto di vista della sicurezza sanitaria, viene riconosciuto come uno dei migliori del mondo.

Come questo Rapporto ha mostrato, le istituzioni sanitarie pubbliche non hanno mancato di sottolineare gli aspetti problematici del percorso nascita e hanno prodotto, sulla materia, anche validi strumenti di indirizzo che però, spesso e volentieri, sono rimasti solo sulla carta. In particolar modo, l'obiettivo di coniugare sicurezza e umanizzazione del percorso nascita, valorizzando la gestione sul territorio delle cosiddette "gravidanze fisiologiche" si è mostrato scarsamente perseguibile, anche in ragione di un indebolimento progressivo dei consultori familiari, sia in termini di risorse finanziarie che umane e organizzative.

Anche la distribuzione sul territorio della rete di cura del percorso nascita si pone come un fattore di disturbo: la rete dei luoghi dove si va a partorire, infatti, appare piuttosto disomogenea e frammentata, con una forte dispersione sul territorio di piccoli punti nascita, destinati alla chiusura perché non dotati dei necessari requisiti di sicurezza: talvolta unici riferimenti in aree isolate, talvolta piccoli "alberghi a cinque stelle", talvolta inutili duplicati in prossimità di strutture più sicure e più attrezzate. Ma anche sulla disposizione del Ministero della salute che ne dichiarava necessaria la chiusura fin dal 2010, si continua a discutere senza arrivare ad un risultato definitivo. Un ulteriore aspetto che dal Rapporto è chiaramente posto in luce riguarda i gap dell'informazione a diversi livelli. Le informazioni che servono a prendere le decisioni e a mettere in atto misure spesso già deliberate; le informazioni che consentono ai diversi servizi di comunicare all'interno di un medesimo territorio; le informazioni chiare e comprensibili per le mamme e i neo genitori per sostenere il loro avvicinamento alla genitorialità e, successivamente, il loro orientamento nella nuova condizione di mamme e di papà.

Diventare genitori comporta infine un profondo cambiamento nelle abitudini di vita e di relazione tra i partner. Il sostegno della coppia in questa fase risulta spesso deficitario, sia per quello che riguarda l'apprendimento di competenze specificamente legate alla cura del bambino, sia per quello che concerne la corretta informazione degli interessati sulle opportunità di organizzazione della vita che le normative vigenti mettono a disposizione (dai congedi parentali, ai gruppi di pari per l'allattamento al seno; dai servizi di supporto alla cura, ai bonus economici per l'integrazione del reddito delle famiglie più fragili), sia infine per gli aspetti di sostegno al lavoro dei neogenitori: l'indicatore di presa in carico dei piccoli utenti da parte asili nido e degli altri servizi per l'infanzia, specie in alcune zone del paese, è ancora molto modesto e questo, in un contesto di generale riduzione delle risorse per il welfare pubblico, scoraggia la decisione di diventare genitori o, nel caso lo si sia diventati, scoraggia la volontà della neo mamma di tornare al lavoro dopo la nascita del bambino.

Questo Rapporto, oltre allo sforzo di tessere insieme diversi dati statistici, opinioni qualificate e testimonianze, intende anche proporre delle raccomandazioni di carattere politico e organizzativo, rivolte sia alle istituzioni di governo nazionale e regionale, sia al Parlamento, sia agli attori locali, pubblici e associativi, sia alle associazioni dei professionisti sanitari - ginecologi, ostetriche, pediatri -.

Si raccomanda quindi:

Al Ministero della Salute e alle Regioni, stabilire, una road map per la messa in sicurezza e l'umanizzazione di tutta la rete dei punti nascita. La road map dovrà partire da una attenta mappatura e valutazione degli standard di sicurezza e di qualità dell'accoglienza di ciascun punto nascita. Tale mappatura sarà utile, tra l'altro, a mettere definitivamente in chiaro le funzioni delle strutture più piccole, le condizioni minime della loro messa in sicurezza e le eventuali funzioni alternative che tali strutture potrebbero svolgere nella fase della gravidanza e del puerperio, con relativi investimenti e tempistica, per evitare che il piano rimanga sulla carta senza essere operativo in tempi certi.

Alle Regioni, Al Ministero della Salute e all'ISTAT, migliorare e aggiornare le conoscenze sui percorsi nascita attraverso l'utilizzo tempestivo ed efficace dei Certificati di assistenza al parto, in applicazione del decreto ministeriale 349/2001. I certificati di assistenza al parto, che contengono notizie di carattere epidemiologico e socio demografico relative a tutti gli eventi nascita che si realizzano in strutture pubbliche, private o anche a domicilio, sono strumenti essenziali, sia per valutare la qualità dei parametri epidemiologici e clinici all'interno dei quali si realizzano le nascite in Italia, sia, soprattutto, per avere una base informativa omogenea e rilevante sulle caratteristiche delle cure, dell'assistenza e dei fenomeni sociali e demografici dei singoli territori. Tuttavia, nonostante le indicazioni contenute nel decreto – trasmissione trimestrale a Regioni e Province e trasmissione semestrale delle Regioni-Province autonome al Ministero della Salute - gli ultimi Cedap elaborati sul piano nazionale risalgono al 2010.

Al Ministero della Salute e alle Regioni, promuovere il rilancio dei consultori familiari e degli altri servizi territoriali di accompagnamento sociale e sanitario al percorso nascita. I consultori familiari rappresentano una rete capillare di circa 2000 presidi territoriali multidisciplinari, pensati per accompagnare e sostenere le diverse fasi della vita riproduttiva e della sessualità di donne, uomini e coppie, ma attualmente sono depotenziati, sia per quanto riguarda le risorse finanziarie, sia per quanto riguarda l'organizzazione e il personale. Non si può operare un'efficace miglioramento delle condizioni del percorso nascita senza misurarsi con un investimento strategico ed economico su servizi di questo tipo.

Alle Regioni, alle ASL, ai punti nascita, ai Comuni e all'associazionismo civico, un coordinamento delle azioni di sostegno rivolte ai neogenitori e una migliore integrazione dei servizi sul territorio: l'esperienza condotta da Save the Children e dai suoi partner con il progetto Fiocchi in ospedale e le esperienze che moltissime realtà associative realizzano sul territorio per sostenere le coppie e i nuovi nati durante il percorso nascita, mostrano che, anche laddove i servizi esistono e sono efficienti, manca spesso un'azione di semplice coordinamento che consenta alle coppie di avere le informazioni che servono per scegliere un pediatra, per incontrare un assistente sociale o uno psicologo, per trovare uno spazio di incontro dove scambiare informazioni e servizi o semplicemente dove incontrarsi per risolvere problemi comuni.

Alle Regioni, alle ASL, ai punti nascita e ai Comuni, definire protocolli che mirino ad escludere, in qualsiasi circostanza, le dimissioni ospedaliere di una neo mamma che mostri gravi condizioni di fragilità sociale o psicologica, senza una adeguata presa in carico, da attivarsi già durante il ricovero ospedaliero.

Alle Regione, alle ASL e ai punti nascita, assicurare ai genitori dei bambini prematuri ricoverati nell'ambito delle Unità di terapia intensiva neo natale, la possibilità di essere vicini ai propri figli ricoverati, disponendo di spazi di accoglienza dedicati e decorosi.

Alle ASL, ai punti nascita, agli enti locali e all'associazionismo civico, un impegno comune perché siano sperimentate e diffuse azioni semplici e innovative nelle strutture sanitarie e sul territorio. Alcune azioni, anche molto semplici e non costose, possono produrre un cambiamento importante nel modo di vivere la gravidanza, il parto e il ritorno a casa. Tra queste azioni, già sperimentate in molte parti d'Italia, si possono citare: l'allestimento di spazi di incontro delle mamme già all'interno degli ospedali, dove imparare insieme ad allattare al seno, a cambiare i bambini e a prendersi cura di loro; la possibilità di scegliere il pediatra prima di uscire dall'ospedale; la possibilità di incontrare una figura di mediazione culturale nel caso la mamma o la coppia abbiano difficoltà ad accettare pratiche e consuetudini di comportamento che fanno parte della prassi sanitaria o anche semplicemente a comprendere bene la lingua italiana; la possibilità di trovare in ospedale, ma anche in farmacia, presso gli ambulatori pubblici del territorio, negli studi dei pediatri, presso le ASL e i servizi sociali, materiale divulgativo in più lingue, relativo a luoghi di incontro per neo mamme, indirizzi e orari di servizi di sostegno psicologico e sociale, indirizzi di luoghi per l'approvvigionamento di prodotti per l'infanzia, informazioni sulla cura del corpo dopo il parto, sulla contraccezione e la cura del seno durante l'allattamento, ecc.

Al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e all'INPS, un monitoraggio attento e un'azione di semplificazione delle procedure relative alla fruizione di benefici previsti dalla legge per i neo genitori, specie se in condizione di vulnerabilità sociale: dai congedi parentali, fruiti ancora in massima parte dalle sole mamme, ai voucher e bonus economici per i neo genitori a basso reddito che non possano permettersi dunque il pagamento di una retta per l'asilo nido o l'abbandono del posto di lavoro. La legge di stabilità 2015 prevede numerosi stanziamenti per il sostegno dei servizi per l'infanzia; occorre verificare che anche i fondi stanziati per nidi e benefici economici vengano correttamente impiegati e monitorare gli effetti migliorativi sulle condizioni di vita e di lavoro dei neogenitori.

Bibliografia e fonti delle tavole e dei grafici

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», 16 dicembre 2010,

www.statoregioni.it/dettaglioDoc.asp?idprov=9075&iddoc=30072&tipodoc=2&CONF=UNI.

Camera dei Deputati, "Relazione sui punti nascita nell'ambito dei lavori della Commissione Parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali", dicembre 2011,

www.camera.it/_dati/leg16/lavori/documentiparlamentari/indiceetesti/022bis/003/INTERO.pdf

Caritas italiana, "Il bilancio della crisi, Rapporto 2014",

<http://s2ew.caritasitaliana.it/materiali/PDF/RapportoPolitichePoverta2014.pdf>

Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato, Audizione alla Camera dei Deputati "Sanità e Sostenibilità del SSN", 27 giugno 2013,

www.cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/5134-audizione-su-sanita-e-sostenibilita-del-ssn.html

Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato, "Percorso nascita: indagine civica sulle prestazioni sanitarie", 2012, www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Medicina-e-Scienza/PERCORSO_NASCITA_CITTADINANZATTIVA.pdf?uid=929e0940-088a-11e2-a2c9-e7e1ec730f08

Cittadinanzattiva, "Indagine sugli asili nido comunali 2014",

www.cittadinanzattiva.it/comunicati/consumatori/asili-nido/6336-indagine-di-cittadinanzattiva-sugli-asili-nido-comunali.html

Cittadinanzattiva, "NASCERE SICURI", 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", 29 novembre 2012,

www.cittadinanzattiva.it/newsletter/2011_12_01-217/files/nota_audizione_igiene_sanita.pdf

CNEL, "Stati generali sul lavoro delle donne in Italia", 2013,

www.cnel.it/application/xmanager/projects/cnel/attachments/temi_evidenza/files/000/000/011/Stati_generali_sul_lavoro_delle_donne_in_Italia_2013.pdf

Comitato Nazionale di Bioetica, "La terapia del dolore, orientamenti bioetici", 30 marzo 2001,

www.governo.it/bioetica/testi/300301.html

De Luca, M. N., "Inchiesta italiana: Italia, il paese delle madri segrete", 10 giugno 2011,

www.repubblica.it/cronaca/2011/06/10/news/inchiesta_italiana_madri_segrete-17475153/

Dipartimento politiche per la Famiglia, "Piano straordinario servizi educativi per la prima infanzia 2007-2009",

<http://leg16.camera.it/561?appro=201>

Donati, S., "Tanti, troppi tagli cesarei in Italia", Quaderni acp 2011; 18 (5), p. 202.

EURO PERISTAT, "The European perinatal health 2010", 2013,

www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html

Eurostat, "Towards a 'baby recession' in Europe? Differential fertility trends during the economic crisis", Statistics in focus 13/ 2013,

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3433488/5585916/KS-SF-13-013-EN.PDF/a812b080-7ede-41a4-97ef-589ee767c581>

Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche (FNCO), "Relazione del Presidente al Consiglio Nazionale del 28 febbraio e 1 marzo 2014",

www.fnco.it/news/assemblea-di-consiglio-nazionale-fnco-28-febbraio-1-marzo.htm

Gruppo di lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, "7° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia, 2013-2014", aprile 2014,

http://images.savethechildren.it/IT/f/immagine_pubblicazioni/img238_b.pdf?_ga=1.178353762.793298425.1401951649

Guana, M., "Rinascita e crescita di un settore professionale", in Rivista dell'ostetrica/o, Organo ufficiale della FNCO, numero 2/2012, www.ostetrichetorinoasti.it/wp/wp-content/uploads/2012/08/Lucina-2-2012.pdf.

ISTAT, Demografia in cifre, anno 2013, "Stima dei nati per regione di residenza, età ed anno di nascita della madre", in <http://demo.istat.it/altridati/IsrittiNascita/index.html>

ISTAT, "Gravidanza, parto e allattamento al seno", 9 dicembre 2014, <http://www.istat.it/it/archivio/141431>

ISTAT, "La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia, anni 1887-2011", gennaio 2014, www.istat.it/it/archivio/109861

ISTAT, "La povertà in Italia, anno 2013", 14 luglio 2014, www.istat.it/it/archivio/128371

ISTAT, "La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi", 2012, www.istat.it/it/archivio/108565

ISTAT, "Maternità e interruzioni del lavoro, anni 2008-2009", 27 maggio 2011, www3.istat.it/dati/catalogo/20110523_00/grafici/3_7.html

ISTAT, "Natalità e fecondità della popolazione residente – Anno 2013", 27 novembre 2014, www.istat.it/it/archivio/140132

ISTAT, "Noi Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo", 2014, <http://noi-italia.istat.it/>

ISTAT, "Offerta comunale di asili nido e altri servizi per la prima infanzia", 29 luglio 2014, www.istat.it/it/archivio/129403

ISTAT, Rapporto annuale "La situazione del paese", 2014, www.istat.it/it/archivio/120991

Istituto Superiore di Sanità, "Linee guida gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011", www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf.

Istituto superiore di Sanità, "Percorso nascita. Promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011", www.iss.it/binary/publ/cont/12_39_web.pdf.

Marchi, A. "Sciopero sale parto. Marchi (AIO): l'Italia ha bisogno di ostetriche", Quotidianosanita.it, 28 gennaio 2013, www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=13136

Ministero della Salute-Istituto Superiore di Sanità, "Agenda della gravidanza", dicembre 2010, www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliposter_82_allegato.pdf.

Ministero della Salute, "CeDAP Analisi dell'evento nascita – anno 2010, 2011", www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2024_allegato.pdf

Ministero della Salute, "Organizzazione e attività dei Consulenti familiari pubblici in Italia nell'anno 2008", 2010, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1406_allegato.pdf.

Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità, "Percorso nascita: promozione e valutazione dei modelli operativi", 2012, www.iss.it/binary/publ/cont/12_39_web.pdf.

Ministero della Salute, "Progetto Obiettivo Materno Infantile POMI 2000", www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo.asp;

Ministero della Salute, "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, dati 2012", dicembre 2013, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2094_allegato.pdf

Ministero della Salute, "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, dati 2013", luglio 2014,
www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2190_allegato.pdf

Ministero della Salute, "Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (l. 194/1978)", 15 ottobre 2014,
www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2226

Ministero della Salute, "Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013",
www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf

Ministero dello Sviluppo Economico, "Quadro Strategico Nazionale 2007-2013",
www.dps.mef.gov.it/documentazione/QSN/docs/QSN2007-2013_giu_07.pdf

Ministero dello Sviluppo Economico, "Rapporto Strategico Nazionale 2009",
www.dps.mef.gov.it/documentazione/qsn/docs/Rapporto%20strategico.pdf

OECD, "Doing better for family - Italia, 2011",
www.oecd.org/els/soc/47701018.pdf

OECD, "Employment/Unemployment, rate by sex 2013",
<http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=54742>

OECD Indicators, "Health at a glance 2013",
www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf

Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (O.N.D.A.), "Depressione in gravidanza e nel post partum", 2011,
http://ondaosservatorio.it/allegati/Progettiattivit/Pubblicazioni/quaderni/ONDA_Grav_Depressione.pdf

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane, "Rapporto Osservasalute 2013. Salute materno infantile",
www.osservasalute.it/index.php/rapporto

Regione Emilia Romagna, Assessorato politiche per la salute, "Consultori familiari, dati di attività anno 2012",
www.consultoriemiliaromagna.it/file/user/CF_SICO_2012.pdf

Rivista dell'ostetrica/o, Organo ufficiale della FNCO, numero 2/2012,
www.ostetriche torinoasti.it/wp/wp-content/uploads/2012/08/Lucina-2-2012.pdf

Save the Children, "Nati per morire. Indice del rischio di mortalità mamma-bambino", ottobre 2014,
http://images.savethechildren.it/IT/ff/img_pubblicazioni/img247_b.pdf?_ga=1.26169979.793298425.1401951649

Senato della Repubblica, "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", 2012
www.senato.it/leg/16/BGT/Testi/Allegati/00000101.pdf

Società Italiana di Pediatria, "La salute dei bambini e la sanità delle Regioni. Differenze inaccettabili", 2014,
<http://sip.it/pianeta-sip/salute-dei-bambini-e-sanita-delle-regioni-differenze-inaccettabili>

SpesLab, "La conciliazione tra i tempi di vita e i tempi di lavoro", 2013,
www.speslab.it/sites/speslab/files/documenti/sintesi_dossier_conciliazione_def.pdf

The Lancet, "Midwifery. An executive summary for the Lancet's series", June 2014,
http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/midwifery/midwifery_exec_summ.pdf

Vicario, M., "Come sta cambiando l'evento nascita in Italia", Rivista dell'ostetrica/o, organo ufficiale della FNCO, numero 2/2012,
www.ostetriche torinoasti.it/wp/wp-content/uploads/2012/08/Lucina-2-2012.pdf

WHO, "Recommendations on postnatal care of the mother and newborn", 2013,
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf?ua=1

FIGURA 1, PAG. 6: **Variatione tasso di natalità EU 28 2007 – 2013 per 1000 abitanti**: elaborazione su dati Eurostat, Crude birth rate 2014,
<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00112&plugin=>

FIGURA 2, PAG. 8: **Nati per età della madre e regione – anno 2013**: elaborazione su dati Istat, “Natalità e fecondità della popolazione residente – anno 2013”, 27 novembre 2014,
www.istat.it/it/archivio/140132

FIGURA 3, PAG. 9: **Tasso di mortalità infantile nei Paesi UE, anno 2011**: ISTAT, “Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo - anno 2014”,
http://noiitalia.istat.it/index.php?id=7&L=0&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=46&cHash=00071d7ef1e3e0d2a197baf87744e675

FIGURA 4, PAG. 10: **Mortalità infantile in Italia per Regioni – anno 2010**: ISTAT, “Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo - anno 2014”,
http://noiitalia.istat.it/index.php?id=7&L=0&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=46&cHash=00071d7ef1e3e0d2a197baf87744e675

FIGURA 5, PAG. 19: **Consultori familiari funzionanti – Anno 2012**: Ministero della Salute, “Relazione del Ministro della Salute sull’attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l’interruzione volontaria di gravidanza (L. 194/1978)”, 15 ottobre 2014,
www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2226

FIGURA 6, PAG. 29: **Punti nascita che effettuano meno di 500 parti annui – anno 2013**, elaborazione su dati Quotidianosanità.it, 22 ottobre 2014,
www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=7788664.pdf

FIGURA 7, PAG. 30: **Punti nascita e % di strutture con più di parti per Regione – Anni 2012 e 2013**, elaborazione su dati Ministero della Salute, “Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero”, anni 2013 e 2014,
www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2094_allegato.pdf;
www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2190_allegato.pdf

FIGURA 8, PAG. 33: **% parti cesarei per Regione – Anno 2013**, elaborazione su dati Ministero della Salute, “Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero”, anno 2014,
www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2190_allegato.pdf

FIGURA 9, PAG. 37: **% di donne che hanno allattato al seno per regione, anni 2000, 2005 e 2013**, ISTAT, “Gravidanza, parto e allattamento al seno”, 9 dicembre 2014,
www.istat.it/it/archivio/141431

FIGURA 10, PAG. 38: **% di donne che hanno allattato al seno per ripartizione geografica e titolo di studio, anno 2013**, ISTAT, “Gravidanza, parto e allattamento al seno”, 9 dicembre 2014,
www.istat.it/it/archivio/141431

FIGURA 11, PAG. 51: **Asili nido e servizi per la prima infanzia, % presa in carico utenti 0-2 anni, a.s. 2012 – 2013**, ISTAT, “Offerta comunale di asili nido e altri servizi per la prima infanzia”, 29 luglio 2014,
www.istat.it/it/archivio/129403

FIGURA 12, PAG. 54: **Congedi di maternità e parentali in Europa, anno 2009**”, Inchiesta Ingenerere 2012,
www.ingenerere.it/articoli/lavoro-e-figli-una-mappa-dei-congedi,
tratto da Pronzato, C., “Return to work after childbirth: does parental leave matter in Europe?”, Review of Economics of the Housholds, vol. 7, dicembre 2009.

Save the Children è la più importante organizzazione internazionale indipendente, dedicata dal 1919 a salvare i bambini in pericolo e a promuovere i loro diritti, subito e ovunque, con coraggio, passione, efficacia e competenza.

Opera in 119 paesi per garantire a tutti i bambini salute, protezione, educazione, sviluppo economico, sicurezza alimentare e promuovere la partecipazione di tutti i minori. Inoltre risponde alle emergenze causate da conflitti o catastrofi naturali. Save the Children è stata costituita in Italia alla fine del 1998 come Onlus e ha iniziato le sue attività nel 1999. Oggi è una Ong riconosciuta dal Ministero degli Affari Esteri.

Oltre all'importante impegno a livello internazionale Save the Children Italia da più di 10 anni sviluppa programmi che hanno l'obiettivo di migliorare la vita dei bambini e delle bambine che vivono sul nostro territorio con interventi nell'ambito della lotta alla povertà minorile, della protezione dei minori a rischio di sfruttamento (come i minori stranieri non accompagnati), dell'educazione e della scuola, dell'uso sicuro delle nuove tecnologie, della tutela dei minori nelle emergenze.



Save the Children

Italia ONLUS

Save the Children Italia Onlus
Via Volturno 58 - 00185 Roma
tel +39 06 480 70 01
fax +39 06 480 70 039
info@savethechildren.org

www.savethechildren.it