



PERCORSO NASCITA

LINEE DI INDIRIZZO

Elementi di analisi e proposta



Save the Children

Italia ONLUS

CON IL PATROCINIO DI



Redatto da Francesca Romana Marta

Si ringraziano per la collaborazione
il Comitato Scientifico del progetto Fiocchi in Ospedale,
e in particolare i rappresentanti di:

Associazione Culturale Pediatri

Paolo Siani
Giuseppe Cirillo
Anna Maria Falasconi
Antonella Brunelli

Associazione Mitades di Promozione Sociale, Milano

Silvia Baldini

*Centro di Aiuto al Bambino maltrattato e alla Famiglia Onlus,
Milano*

Serena Kaneklin
Francesca Imbimbo

*Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e
l'Abuso dell'Infanzia*

Dora Artiaco

Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

Miriam Guana
Sabrina Antolini

Fondazione Emanuela Zancan, Padova

Cinzia Canali

Il Melograno Centro di Informazione Maternità e Nascita, Bari

Antonella Troilo

Il Melograno Centro di Informazione Maternità e Nascita,

Roma

Raffaella Scalisi

Istituto di Ricerche Mario Negri, Milano

Maurizio Bonati

Pianoterra Onlus, Napoli

Flaminia Trapani

Società Italiana di Pediatria e Società Italiana di Neonatologia

Marcello Lanari

Azienda Ospedaliera Bolognina, Seriate-Piaro (BG)

Rita Franchina
Margherita Stabilini

Policlinico Umberto I, Roma

Renato Lucchini

Azienda Ospedaliera di Padova

Beatrice Dalla Barba

Policlinico Agostino Gemelli,

Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Lucio Rinaldi
Sara De Carolis

Francesca Giansante

Anna Maria Serio

Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Mariano Bassi

Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche

Marina Picca

Centro Pediatrico Bambino Gesù Basilicata

Michele Salata

Laura Anzideo e Annamaria Cosatti, Save the Children

Le operatrici e gli operatori del Progetto Fiocchi in Ospedale
di Niguarda-Milano, A.P.S. Mitades; Cardarelli-Napoli,
Associazione Pianoterra Onlus; Policlinico-Bari, Associazione
Il Melograno Centro Informazione Maternità e Nascita e tutti
coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questo
lavoro.

**L'Istituto Superiore di Sanità esprime apprezzamento
per il lavoro svolto sul tema dell'assistenza
al percorso nascita su cui è fortemente impegnato.**

Foto:

Save the Children

Stampa:

Arti Grafiche Agostini

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

Il progetto	pag. 3
Gli obiettivi del documento	pag. 4
Capitolo 1	
Analisi	pag. 5
Nascere in Italia	pag. 6
I fattori di rischio “non clinico”	pag. 11
Gli attori	pag. 13
Capitolo 2	
Proposta	pag. 15
Mai più senza	pag. 16
Linee di intervento	pag. 19
Una borsa di attrezzi – le norme	pag. 21
Una borsa di attrezzi – documenti e siti	pag. 22

IL PROGETTO

Questo documento ha lo scopo di definire alcune **linee di indirizzo** per la promozione dei diritti delle mamme e dei bambini nel percorso nascita in Italia, con particolare attenzione all'arco temporale che va dalla fine della gravidanza ai primi mesi di vita del neonato. Il documento è parte del progetto "Fiocchi in Ospedale", promosso da Save the Children Italia nel mese di settembre 2012, allo scopo di migliorare la qualità del percorso nascita e accrescere le condizioni di benessere delle mamme, dei bambini¹ e delle famiglie che in tale percorso sono coinvolte.

Il progetto, nato da un'analisi dei bisogni relativa al contesto delle nuove povertà e dalla volontà di tutelare i bambini fin dai primi giorni di vita, ha tratto ispirazione da alcune esperienze realizzate in diverse parti d'Italia nell'ambito della promozione del benessere materno infantile durante il percorso nascita. Tra queste si possono ricordare il progetto "Diventare genitori" promosso dal CAF di Milano, Centro di aiuto al bambino maltrattato e alla famiglia in crisi di Milano, il progetto "Accogliere la nascita" promosso dal Melograno, Centro informazione maternità e nascita di Roma e il Programma di Adozione Sociale promosso dalla Regione Campania in collaborazione con il Comune di Napoli e la ASL NA1.

Scopo del progetto è quello di favorire, attraverso un intervento integrato di ricerca, documentazione, advocacy, policy making e sperimentazione locale, l'identificazione di comportamenti, misure e politiche pubbliche che promuovano appieno il benessere psicofisico dei bambini appena nati, delle loro mamme e delle loro famiglie.

Per la realizzazione del progetto, è stata avviata una sperimentazione sul campo a Milano e a Bari², con l'intento di creare un servizio a bassa soglia, che operi fin dai primi giorni dopo la nascita del bambino e, in alcuni casi, ancora prima, dalla fase di gestazione della donna.

La sperimentazione si è sostanziata principalmente nell'apertura di due postazioni sperimentali presso le strutture ospedaliere Niguarda Ca' Granda a Milano e Policlinico a Bari, con l'obiettivo di identificare i bisogni delle neo mamme e delle future mamme e di intervenire precocemente sui fattori di vulnerabilità e di rischio, in modo da migliorare fin da subito la vita del bambino e il suo sviluppo.

Le attività previste dalle sperimentazioni territoriali implicano, in particolare, il consolidamento delle collaborazioni tra i reparti di ginecologia, ostetricia e pediatria, nella cura della mamma e del bambino; la facilitazione delle collaborazioni 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 dimissione protetta nei casi particolarmente critici (mamme sole, giovani, neomamme straniere, donne in condizioni di povertà, emergenza abitativa, tossicodipendenze e sfruttamento); l'orientamento ai servizi territoriali; l'attivazione di una mediazione culturale e di una consulenza etno - psicologica al parto per le mamme straniere; la creazione di un "ponte" tra ospedale e servizi pubblici e privati del territorio.

Il progetto prevede inoltre una presa in carico anche dopo le dimissioni ospedaliere della quale sono parte integrante la messa in rete dei servizi ospedalieri e socio-sanitari del territorio e l'assistenza domiciliare nei casi in cui venga richiesta dai neogenitori.

Parallelamente all'attività di sperimentazione e raccolta dati, si è ritenuto opportuno dare vita ad un Comitato Scientifico³, con l'obiettivo di identificare le migliori pratiche attuate sul territorio nazionale e di ricomporre il mosaico degli interventi da mettere in atto in termini di sostegno alla nascita e, quindi, di diritti della prima infanzia.

Tra i principali compiti del Comitato Scientifico c'è quello di verificare quali siano gli aspetti da tenere in considerazione nei tre momenti-spazi cruciali del percorso nascita:

- Interventi all'interno dell'ospedale: collaborazione tra reparti, prassi e procedure dei diversi punti nascita;
- Rapporti e prassi di comunicazione tra ospedale e territorio;
- *Home visiting* e possibilità di sostenere le puerpere/famiglie a domicilio e sul territorio.

¹ Nel corso di questo testo, e per ragioni esclusivamente pratiche, si usano le diciture bambino/bambini per intendere sia bambini che bambine.

² Le unità di Bari e Milano sono attive dalla fine 2012, grazie alla collaborazione delle associazioni **Mitades** di Milano e **Il Melograno Centro Informazione Maternità e Nascita** di Bari. Dalla metà dell'anno 2013 è stata attivata una postazione del progetto presso l'ospedale Cardarelli di Napoli.

³ Il Comitato Scientifico, oltre a Save the Children, si avvale del contributo della Società Italiana Pediatria e dell'Associazione Culturale Pediatri, della Federazione Nazionale collegio ostetriche e conta sulla collaborazione di realtà quali il CAF di Milano (Centro di aiuto al bambino maltrattato e alla famiglia in crisi), il Melograno Centro Informazione Maternità e Nascita di Roma e di Bari, l'Istituto Mario Negri di Milano, il Collegio Provinciale delle Ostetriche.

GLI OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

In questo quadro, dunque, gli obiettivi di questo documento si inscrivono nella specificità del progetto “Fiocchi in Ospedale”: il progetto ha messo in luce un’area *grigia* del percorso nascita, all’interno della quale le strutture esistenti non riescono a entrare, che riguarda una parte consistente dei nuovi bisogni con i quali mamme/coppie e nuclei familiari si misurano una volta consapevoli dell’inizio di una gravidanza.

La rilevazione, l’ascolto e l’interpretazione di questi bisogni afferiscono a una dimensione che non è solo medica ed assistenziale, ma anche sociale e comunitaria, all’interno della quale occorre intervenire con la massima sensibilità e attenzione, con partecipazione e sollecitudine, ma al tempo stesso con il pieno rispetto della diversità delle sensibilità, dei bisogni e delle risorse disponibili da parte di ogni singola persona o coppia.

Il progetto di “Fiocchi in Ospedale” ha in qualche misura verificato la necessità di una porta di accesso ai bisogni delle neomamme e dei neo genitori che andasse oltre le raccomandazioni cliniche e le opzioni di assistenza sociale, che “abbassasse” e articolasse di più la soglia di ascolto e fosse in grado al tempo stesso, di coordinare l’insieme delle domande, di orientarle, di offrire un contatto rassicurante e un ascolto a 360 gradi, sia all’interno dell’ospedale che sul territorio.

Il documento che segue ha l’obiettivo di identificare delle linee di policy e delle misure specifiche di intervento socio-sanitario che permettano di mantenere vivo e attivo il sistema di queste strutture di ascolto e di intervento, verificandone l’efficacia e il concreto funzionamento in termini quantitativi e di accesso e, a partire da questo punto di osservazione, identificare anche raccomandazioni e ipotesi di intervento per il percorso nascita in senso più generale.



I ANALISI

- Nascere in Italia
- I fattori di rischio “non clinico”
- Gli attori

⁴ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), *Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes*, febbraio 2005.

⁵ L'indagine *Le paure per il futuro dei ragazzi e genitori italiani* è stata realizzata per Save the Children da Ipsos, dal 15 al 20 aprile 2013 su un campione di 401 ragazzi fra i 14 e i 17 anni di tutta Italia, e un campione di 1487 genitori con figli minori.

⁶ L'indicatore considerato è l'AROEPE – At Risk of Poverty and Social Exclusion – composto da tre su-indicatori: 1) bambini che vivono in famiglie il cui reddito disponibile è inferiore al 60% del reddito mediano nazionale, 2) nelle quali i componenti famigliari in età da lavoro (18-59 anni) hanno lavorato nell'anno precedente meno del 20% del loro potenziale e 3) in deprivazione estrema in riferimento all'impossibilità di sostenere spese per bisogni necessari alimentari, abiti, tempo libero, salute. I dati si riferiscono al 2012 (EU Survey on Income and Living Conditions 2013).

NASCERE IN ITALIA

IL PERCORSO NASCITA

Il percorso nascita è il periodo che intercorre dal momento della consapevolezza di una gravidanza al compimento del primo ciclo di vita del bambino che coincide convenzionalmente con il termine dei primi 1000 giorni, vale a dire con il terzo anno di età.

Focalizzare l'interesse del progetto sul percorso nascita (dalla gravidanza fino a pochi mesi dopo il parto) è sembrato il modo più appropriato per affrontare un sistema di fenomeni sui quali occorre intervenire con un approccio di tipo integrato, mettendo in relazione i diversi momenti del percorso, gli attori che ne fanno parte, le modalità con cui i servizi sono regolamentati ed erogati, le criticità che vengono registrate e le ipotesi di intervento.

NASCERE IN ITALIA

In base a quanto riportato nelle Linee Guida Nazionali sulla Gravidanza Fisiologica del 2010: *“la gravidanza e il parto sono momenti cruciali e rilevanti per la donna e per la famiglia, e vanno vissuti con serenità, confidando nella qualità del Sistema Sanitario Nazionale e nelle competenze dei suoi professionisti. Le linee guida sulla gravidanza fisiologica considerano il percorso assistenziale di un evento frequente (la gravidanza e il parto, appunto n.d.r.), che esprime una condizione di salute e non di malattia e interessa una popolazione particolarmente composita e con caratteristiche e bisogni in rapida evoluzione.”*

Stabilito dunque che il percorso nascita caratterizza una condizione di salute e non di malattia, il periodo perinatale è caratterizzato comunque, soprattutto per le donne, tra le altre cose, da uno stato di trasformazione dell'insieme delle emozioni, delle paure, delle visioni di se stesse/i e della realtà circostante. Volendo fare un sommario bilancio del dibattito sulla cosiddetta “depressione post partum” (termine peraltro impreciso, dal momento che il fenomeno insorge già prima del momento del parto), ci si può riferire alla revisione più recente e sistematica della letteratura sull'argomento⁴ realizzata dall'AHRQ negli USA sulla base di oltre 30 studi, che indica una percentuale complessiva (tra depressione maggiore e minore) di disturbi depressivi compresa tra l'8,5% e l'11% durante la gravidanza, e tra il 6,5% e il 12,% durante il primo anno di vita del bambino. Percentuali perfettamente sovrapponibili a quelle del resto della popolazione vittima della medesima patologia.

Questa conclusione porta e riflettere sulla dimensione “socio-culturale” più che “biologico-ormonale” della cosiddetta depressione post partum e alla sua conseguente considerazione all'interno di una fenomenologia di più vasto disorientamento rispetto agli eventi e ai cambiamenti, sulla quale, salvo i casi di effettiva necessità, la soluzione non può essere ridotta al solo intervento farmacologico.

In questo quadro, la presenza (o co-presenza) di condizioni sociali e socio-economiche fragili quali l'irregolarità dei permessi di soggiorno, la non conoscenza della lingua italiana, la mancanza di una situazione abitativa e lavorativa adeguata, il disagio psicologico e l'ansia durante i mesi dell'attesa, la gravidanza in età adolescenziale o l'assenza di una idonea rete familiare, possono costituire altrettanti elementi di stress e contribuire a rendere questo periodo, anziché una fase serena e straordinaria della vita, un momento stressante e critico, ostacolando la visione dell'interesse del bambino.

Inoltre, in una situazione di **crisi economica**, alcune **condizioni di vulnerabilità** che si sperimentano nei primi momenti di vita del bambino, possono portare una famiglia o una donna ad essere maggiormente esposta a rischi di vario tipo. Basti pensare che in Italia quasi il 29% di bambini sotto i 6 anni vive ai limiti della povertà, il 23,7% vive in stato di deprivazione materiale⁵ e il nostro paese è al 21esimo posto in Europa per livello di povertà ed esclusione sociale fra i minori 0-6 anni.

Il 13,8% dei bambini italiani - pari a oltre 1,4 milioni - vive in povertà assoluta ma gli investimenti per infanzia e famiglia rappresentano appena il 4,8% della spesa sociale. Affiancando infatti i dati su povertà di reddito, di lavoro e indici di deprivazione - creando quello che a livello europeo viene definito l'indice di Povertà ed esclusione sociale (AROEPE)⁶ - emerge come l'Italia abbia delle percentuali più alte di minori a rischio povertà ed esclusione sociale dell'Unione

Europa, pari al 28%: 6 punti percentuali in più della media europea dato inferiore soltanto a quello rilevato in alcuni nuovi stati membri (Bulgaria, Romania, Ungheria, Lituania) o in paesi particolarmente segnati dalla crisi finanziaria come l'Irlanda e la Grecia⁷.

DIMINUISCONO LE NASCITE

L'Italia è un paese dove si nasce poco e dove le modalità con le quali si affronta il percorso verso l'accoglienza di una nuova vita sono estremamente diversificate da regione a regione e, all'interno della stessa regione, da struttura a struttura.

Nel 2013, per il quinto anno consecutivo, le nascite in Italia sono diminuite, attestandosi sul numero di 514.000⁸.

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 1,27 per le prime e da 2,65 a 2,20 per le seconde, contro una media europea che si attesta su 1,58 figli per donna.

AUMENTANO L'ETÀ DELLE NEO-MAMME E IL RICORSO AL CESAREO

11 neonati su 100 in Italia hanno una mamma sotto i 25 anni, mentre 7 su cento 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 Sardegna (11% del totale), nel Lazio, in Liguria e in Toscana, tutte regioni dove superano il 10%.

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 2.124 nel 2012.

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 2010 (ultimo anno per cui si dispone dei Certificati di assistenza al parto CeDAP)⁹. Sebbene si registri un trend di diminuzione della pratica dei parti cesarei – dal Rapporto del Ministero della Salute sulle Schede di Dimissioni Ospedaliere (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 da Molise (47,3%), Puglia (44,6%) e Sicilia (44,8%)¹⁰.

PARTO IN ANONIMATO

Un ulteriore fenomeno, sul quale i dati sono particolarmente carenti, riguarda il ricorso al parto in anonimato: in base al DPR 396/2000, infatti, la mamma può, una volta partorito, rifiutarsi di riconoscere il bambino e affidarlo alle cure dell'ospedale perché vengano assicurate la necessaria assistenza e tutela giuridica. Questo fenomeno è senza dubbio la spia di un'emergenza infanzia nascosta e drammatica: secondo i dati dei Tribunali dei Minori, sono oltre 400 l'anno i neonati che non vengono riconosciuti alla nascita (un tempo si chiamavano "nati indesiderati"), ma il loro numero cresce se consideriamo che nel 2010 soltanto a Roma i casi sono stati 60, il 20% in più dell'anno prima. Si tratta di bambini destinati a veloci adozioni nazionali, soprattutto però se sani, altrimenti la strada si fa più difficile: per i minori con disabilità spesso l'unico futuro sono le strutture di accoglienza del territorio.

Il 70% delle madri segrete è composta da donne immigrate, il 30% da ragazze italiane, giovanissime, spesso cresciute in aree degradate, marginali, dove una gravidanza precoce (e senza marito) è tutt'oggi una ferita all'onore del clan. 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 folla¹¹.

SI RIDUCONO LA MORTALITÀ NEONATALE E INFANTILE

Scende di un paio di punti per mille, secondo Euro Peristat 2010, la mortalità sia neonatale che infantile (primo anno di vita). L'Italia, sebbene non sia la nazione più virtuosa in fatto di salute materno-infantile - il primato spetta ai Paesi Scandinavi - si colloca in buona posizione, con

⁷ Save the Children Italia Onlus, CS 25 settembre 2014

⁸ ISTAT, "Indicatori demografici, Stime per il 2013", 26 giugno 2014, p. 1, in http://search.istat.it/search?q=Indicatori+demografici%2C+Stime+per+il+2013+&output=xml_no_dtd&client=istat_fe&proxystylesheet=istat_fe&sort=date%253AD%253A1%253Ad1&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&exclude_apps=1&site=istat_it&submit.x=0&submit.y=0

⁹ Ministero della Salute, 2011: "CeDAP Analisi dell'evento nascita – anno 2010", in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2024_allegato.pdf.

¹⁰ Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, Dati SDO 2013, p. 135 in http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2190

¹¹ Maria Novella De Luca, inchiesta di Repubblica, 10 giugno 2011 su dati Tribunale dei minori, Istituto degli Innocenti di Firenze, CEDAP ospedali Casilino di Roma e Policlinico Federico II di Napoli

¹² Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni italiane: Libro bianco sulla salute del bambino, 2011.

¹³ Cfr. **Cittadinanzattiva, maggio 2013, Richieste al governo Letta:** “Si attesta ad oltre **35.000 milioni di euro di taglio al Fondo Sanitario Nazionale per gli anni 2012 – 2015**, e nella prima volta nella storia nel 2013 potremo contare su minori risorse in valori assoluti rispetto al 2012, non riuscendo a coprire neanche l’inflazione. Una scelta a dir poco *“antieconomica”* visto che il comparto sanità è un settore in *“attivo”*, in grado di produrre oltre l’11% del nostro PIL, e di assorbirne solo il 7,1%.”

¹⁴ Ministero della Salute, **Primo Rapporto nazionale sui consultori familiari**, 2010.

¹⁵ Cfr. http://www.noidonne.org/files/allegati/proposta_di_legge_sui_consultori1.pdf e http://www.radiomamma.it/news/milano_come_cambiano_i_consultori_pediatrici

un trend in miglioramento relativamente all’assistenza e all’accesso ai servizi per le madri e i neonati.

I risultati mostrano che l’Italia è in linea, e talvolta migliore, con i principali paesi dell’Europa occidentale. Rispetto al 2004 si registra una sensibile riduzione della natimortalità, dal 3,7 del 2004 al 2,5 per mille nati vivi del 2010, e della mortalità infantile, passata dal 2,8 del 2004 al 2,5 per 1000 nati vivi del 2010.

FECONDITÀ E DECISIONE DI AVERE FIGLI

L’Italia è uno dei Paesi europei dove i livelli di fecondità totale, seppur in crescita, risultano più contenuti. L’analisi del tasso di fecondità, riportata, tra l’altro, nel Libro Bianco sulla Salute del Bambino del 2011¹², consente di interpretare anche gli orientamenti delle donne e delle coppie che vivono in Italia relativamente alla decisione di avere un bambino. Decisione che, ovviamente, oltre a elementi di carattere personale, chiama in gioco la responsabilità degli attori del welfare socio-sanitario, il livello di confidenza e di fiducia delle persone nei riguardi dei servizi pubblici e della sicurezza e qualità del percorso nascita nel suo complesso.

Nel 2008, il tasso di fecondità è stato pari a 1,4 figli per donna: tale valore, anche se in lieve aumento rispetto agli anni precedenti (+0,1 punti percentuali rispetto al 2000), risulta, comunque, inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale. Questa lieve ripresa, imputabile sia alla crescita dei livelli di fecondità delle over 30 che all’apporto delle donne straniere, richiede un’attenzione specifica da parte dei servizi sanitari che devono adeguarsi alle esigenze della domanda con reparti, ad esempio, dedicati alla diagnosi prenatale e con personale in grado di poter dialogare efficacemente con l’utenza straniera. Il valore più alto della fecondità si registra nelle Province Autonome di Bolzano e Trento ed in Valle d’Aosta (pari merito 1,6 figli per donna) ed, in generale, nelle regioni del Centro-Nord (grazie soprattutto al contributo delle donne straniere), mentre il valore minimo si riscontra in Sardegna (1,1 figli per donna).

IL NERVO SCOPERTO DEI CONSULTORI FAMILIARI

In questo quadro, limitato all’atto del nascere, si innestano poi gli elementi di contesto, con particolare riguardo alla riduzione della spesa socio-sanitaria¹³ e all’indebolimento progressivo e continuo dei servizi territoriali.

Nel primo Rapporto nazionale sui consultori familiari¹⁴, tre sono i dati più vistosi che emergono. Il primo è che soltanto in sei Regioni (Piemonte, P.A. Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche e Sicilia) le Asl hanno un capitolo di bilancio vincolato per l’attività dei consultori familiari, condizione indispensabile per la programmazione economica e progettuale delle attività all’interno dei consultori. Dato questo che conferma, se ce ne fosse bisogno, che in linea generale le Regioni, hanno mostrato uno scarso interesse nel potenziamento e nella valorizzazione dei consultori, atteggiamento che risulta assai evidente nel protrarsi del disagio degli operatori e degli utenti dovuto al mancato adeguamento delle risorse, della rete dei servizi, degli organici, ecc.

Il secondo dato riguarda la tendenza, lenta ma inesorabile, alla riduzione su tutto il territorio nazionale delle strutture: da 2.097 strutture attive nel 2007 si è scesi a 1.911 nel 2009, dato che innalza il rapporto tra abitanti e consultori a 1 ogni 31.197 nel 2009, ben lontani dall’ipotesi prevista nella legge 34 del 1996, secondo la quale avrebbe dovuto esserci un consultorio ogni 20 mila abitanti nelle aree urbane (ogni 10mila nelle aree rurali) per un totale, quindi, di più di 3 mila consultori. Uniche regioni in contro tendenza sono Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Sardegna che fanno registrare un incremento del numero dei consultori nel 2009.

Oltre alla riduzione e al depotenziamento, si assiste non di rado a una riorganizzazione priva di criteri e lasciata alle iniziative delle singole maggioranze politiche delle Regioni. Due casi singolari, a titolo assolutamente solo esemplificativo, sono quello della Regione Lazio, dove una proposta del 2010 da parte di una consigliera regionale aveva predisposto un disegno di riordino dei consultori familiari che ne metteva a repentaglio le caratteristiche di presidi socio sanitari pubblici e laici garantite dalla legge, e quello della ASL di Milano che dal 2010 ha accorpato consultori familiari e consultori pediatri nei “consultori familiari integrati”, riducendo di fatto a 9 (una per ogni zona della città) i centri vaccinali, rispetto ai 26 precedentemente disponibili presso i consultori pediatri¹⁵.

Infine, oltre alla riduzione delle strutture emerge costante il dato della carenza di personale; per lo svolgimento delle sue attività il consultorio dovrebbe avvalersi, di norma, di un organico multidisciplinare tra le seguenti figure professionali: ginecologo, pediatra, psicologo, ostetrica, assistente sociale, assistente sanitaria, infermiere pediatrico, infermiere professionale. Nell'indagine, relativamente al personale si è riscontrata, nella maggior parte dei casi, l'assenza delle equipe consultoriali complete (così come previste dal Progetto Obiettivo Materno Infantile). Nel 4% dei casi sono presenti le 8 figure professionali su elencate, nel 21% ve ne sono 6 - 7; nel 45% sono 4-5 e nel 23% da 1 a 3.

DISOMOGENEITÀ TERRITORIALI E CRITICITÀ NELL'ASSISTENZA DURANTE IL PERCORSO NASCITA¹⁶

- Disomogeneità nell'applicazione delle normative in materia di sicurezza e umanizzazione peri e post natale da Regione a Regione, e, nell'ambito della stessa Regione, tra ospedale e ospedale;
- Disomogeneità dell'offerta dei servizi, con particolare riguardo alle strutture piccole e medio-piccole;
- Scarsità delle informazioni inerenti il percorso nascita, anche in virtù del suo posizionamento a metà strada tra la dimensione sanitaria e quella sociale, culturale e comunitaria;
- Eccessiva variabilità dei tempi d'attesa per gli esami diagnostici previsti dai LEA;
- Difficoltà connesse alla scelta del medico o della ostetrica (come previsto dalle LGN Gravidanza fisiologica, 2010) per la fase pre e post parto;
- Assenza di Carta dei Servizi;
- Scarsa continuità assistenziale e integrazione tra punto nascita e territorio;
- Scarso ricorso al consenso informato;
- Difficoltà e problemi connessi al *rooming in* e alla promozione dell'allattamento al seno;
- Problemi connessi all'accesso agli *screening* neonatali;
- Abuso del ricorso al taglio cesareo;
- Abuso della diagnostica prenatale e, in generale, eccesso di medicalizzazione della gravidanza e del parto;
- Disomogeneità nell'offerta di parto in analgesia o di altri metodi non farmacologici per la gestione del dolore del parto e difficoltà nel ricorso alla pratica della partoanalgesia¹⁷, anche laddove questa si riveli necessaria per ragioni di salvaguardia della salute e dell'equilibrio psico-fisico della mamma;
- Problemi connessi ai parti pre-termine in prevalenza delle donne migranti. A 3 mesi dal concepimento il 12,8% delle straniere non ha ancora effettuato una prima visita di controllo, mentre le italiane nella stessa situazione sono il 5,4%. Per le asiatiche questa percentuale sale al 17,8%;
- Scarsa partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita¹⁸;
- Scarsa disponibilità di mediazione sociale e linguistica prima, durante e dopo il parto;
- Difficoltà connesse con l'accesso all'informazione: quali, quante, dove, da che momento, in quali lingue, con quale continuità;
- Conflitti interni alla struttura ospedaliera o mancanza di comunicazione e procedure tra reparti e tra ospedale e territorio;
- Difficoltà connesse all'organizzazione e alla pianificazione di pratiche socio-sanitarie e comunitarie (*home visiting*; organizzazione di gruppi di neomamme; rafforzamento delle competenze genitoriali; creazione di servizi di mutuo soccorso e scambio di esperienze).

CONCLUSIONI

Nel contesto sommariamente delineato, si possono già porre in evidenza alcuni elementi che connotano il percorso della nascita nel nostro Paese:

- 1 Il coordinamento sull'uso dei dati è carente. I dati relativi al percorso nascita esistono ma non sono coordinati e ordinati, non esiste una comunicazione sistematica tra le fonti di tali informazioni (sistema dei servizi sociali e consultoriali, centri nascita, ospedali ecc.) e, soprattutto, i CEDAP (Certificati di Assistenza al Parto) una volta compilati e inviati alle istituzioni sanitarie competenti non tornano sotto forma di informazioni fruibili per i

¹⁶ I dati sono tratti da Cittadinanzattiva, Report "Percorso nascita indagine civica sulle prestazioni sanitarie. Focus sugli screening neonatali", settembre 2012

¹⁷ Recentemente inserita nei LEA, non gode tuttavia di un finanziamento da parte del SSN. La media nazionale ufficiale è ancora ferma al dato del 3,6% di un'indagine Istat del 2001. Una stima più aggiornata adesso parla del 10%, mentre Regioni come la Lombardia sono riuscite a raggiungere la quota del 16,6% (dato 2010). Il confronto con altri Paesi europei è scoraggiante: in Francia e Inghilterra utilizza l'epidurale il 70% delle donne; in Spagna il 60% e in Germania il 30%. Negli Stati Uniti, la percentuale sfiora il 90%. Sono tanti i motivi che ostacolano la marcia dell'epidurale nel nostro Paese. Il risultato è la solita situazione a macchia di leopardo, con ospedali pubblici dove l'epidurale c'è ed è gratuita, altri dove invece si paga (dai 500 ai 2.000 euro). Secondo un'indagine conoscitiva dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri un altro 27% delle strutture sanitarie lo offre, ma solo saltuariamente, (alcuni lo negano dopo le 20 o nei fine settimana). Al di là di ogni ragionevole discussione sull'uso eccessivo e/o arbitrario di questo tipo di intervento – come parte di un approccio seriale e eccessivamente medicalizzato del parto – esistono molte proposte valide per una razionalizzazione dell'offerta distribuendola in specifici punti nascita, così come ha fatto, ad esempio, la Regione Emilia Romagna.

¹⁸ Un ultimo dato proviene dal progetto "Percorso nascita", commissionato dal Ministero della Salute e realizzato nel 2009. L'indagine ha messo in evidenza che vi sono marcate differenze territoriali nell'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita (CAN). Nel Nord Italia e nel Centro le donne che frequentano corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) sono circa il 40%, mentre nell'Italia Meridionale e nelle Isole sono rispettivamente 12,7% e 14,9%. I corsi sono prevalentemente frequentati da donne laureate (65,5%), in misura minore da chi ha la licenza media (34,2%) e ancora meno da chi non ha alcun titolo di studio o la sola licenza elementare (20,2%)

¹⁹ Rif. Sito della SIP:

<http://sip.it/news/ecco-il-secondo-rapporto-sulla-salute-perinatale-in-europa>

²⁰ ISTAT, **15° Censimento della popolazione**, 2011.

²¹ La gravidanza deve essere fisiologica, non devono presentarsi complicazioni durante il tempo di gestazione, l'abitazione deve essere entro un tot di km dal punto nascita.

professionisti sanitari e socio sanitari, ma assolvono solo ed esclusivamente una funzione di monitoraggio socio-epidemiologico sul piano statistico.

La Società Italiana di Pediatria sottolinea come persistano per il nostro Paese problemi relativi alla disponibilità dei dati: in particolare, dal 1998 l'Italia non è più in grado di produrre dati di mortalità neonatale e infantile per classe di peso alla nascita e di età gestazionale, indicatori essenziali di salute perinatale e di qualità delle cure¹⁹.

- 2 Il profilo delle neomamme è multiforme ed è caratterizzato sempre più dall'emergere di due tipologie di donne: donne in età avanzata e donne straniere. Questo scenario delinea la necessità di fare fronte a domande di protezione e cura articolate e mirate alle diverse esigenze: dalla prevenzione dei rischi clinici e psicologici connessi al fattore anagrafico, alla messa in campo di strumenti in grado di soddisfare una pluralità di esigenze culturali e linguistiche.
- 3 I nuclei monogenitoriali sono in crescita. Un ulteriore profilo da tenere in considerazione riguarda i cosiddetti nuclei monogenitoriali a guida femminile che in Italia, secondo il quindicesimo censimento della popolazione dell'ISTAT²⁰, risultano essere 1.185.000 su circa 24 milioni e mezzo di famiglie, con un aumento costante dal 2001 al 2011.
- 4 La continuità dell'assistenza sul piano territoriale è insufficiente, con le consuete differenze da Regione a Regione, con una sostanziale omogeneità nell'integrazione degli interventi sanitari e di quelli più strettamente sociali e comunitari di sostegno alla genitorialità, di assistenza post-partum, di orientamento delle neo-mamme, ecc.
- 5 L'accoglienza delle mamme non italiane è problematica, sia a causa di una scarsa disponibilità di competenze linguistiche e di formazione del personale sanitario, sia per la mancanza di mediatori/trici culturali in grado di svolgere un ruolo di cerniera con la struttura sanitaria prima del parto e con la rete dei servizi sociali e di cura nel periodo successivo.
- 6 L'indebolimento della rete dei consultori familiari produce un ingente danno sociale e sanitario, dal momento che viene completamente a mancare un presidio multidisciplinare ed extra ospedaliero di supporto al percorso nascita, specie nella fase della gravidanza che è determinante per promuovere le competenze della donna/coppia nel percorso nascita ed eventualmente calibrare il livello di stress e di ansia con cui la mamma e il papà potrebbero affrontare successivamente la nascita del bambino e il ritorno alla vita quotidiana.
- 7 La qualità dell'informazione relativamente al percorso della nascita è scadente e troppo soggetta a variabili geografiche, congiunturali, o addirittura personali cioè riferibili ai singoli operatori. Le mamme/papà spesso non sono messi nella condizione di poter prendere una decisione consapevole riguardo alle pratiche diagnostiche, alla somministrazione di farmaci e terapie, alla pratica di interventi chirurgici, alle possibili opzioni riguardanti il controllo e la riduzione del dolore durante il parto, alle opzioni relative ai luoghi dove poter partorire (in Italia è possibile partorire nella propria abitazione, nelle Case di Maternità e negli ospedali: nei primi due casi la donna è assistita da ostetriche e da personale sanitario di supporto ma è necessario che ci siano alcune condizioni²¹; il costo del parto è a carico della donna e solo in alcune regioni è possibile chiedere il rimborso parziale dei costi).

I FATTORI DI RISCHIO “NON CLINICO”

Gli elementi di variabilità del percorso nascita sono assai numerosi e la loro quantificazione in termini di fattori di rischio, di ricorrenza, di intensità e di target è assai difficile da determinare una volta per tutte.

Ci si può limitare, in fase di approssimazione, a delimitare le aree di interesse per questo specifico documento in base agli obiettivi del progetto “Fiocchi in Ospedale” e in base al più generale intendimento di Save the Children che è quello di contribuire alla definizione di politiche utili a ridurre il rischio al quale sono esposti i bambini in termini di salute fisica, psicologica, sociale ed economica e gli ulteriori rischi (ad esso correlati) di riduzione del benessere e della qualità della vita della mamma e/o dei genitori²².

FATTORI DI RISCHIO CONSIDERATI DAL PROGETTO²³

I fattori di rischio sono un insieme di condizioni che, singolarmente o in combinazione tra loro, determinano una potenziale esposizione della donna e del suo bambino²⁴ a un disagio di varia natura: economico, psicologico, sociale. Tale disagio ha conseguenze anche sul piano diacronico, vale a dire che lo sviluppo del bimbo può risultrne compromesso totalmente o in parte.

Il bambino a rischio è quel bambino che non trova nella famiglia e nell'ambiente in cui vive le risorse, affettive materiali e culturali, necessarie alla sua crescita e al suo benessere.

Vivono in questa condizione i bambini di famiglie numerose, con genitori disoccupati, con mamme scarsamente scolarizzate, sole, di recente immigrazione e a rischio depressivo.

Per la situazione di disagio familiare e ambientale, questi bambini sono esposti a un rischio più elevato di “malattia”, fisica psicologica e sociale, che si esprime in una maggiore incidenza di morte improvvisa in culla (SIDS), malattie infettive e respiratorie, incidenti domestici, accessi ripetuti al pronto soccorso e ricoveri impropri, insuccesso scolastico, comportamenti devianti e autodistruttivi, trascuratezza o maltrattamento.

Inoltre, in una situazione di crisi economica, alcuni effetti della vulnerabilità di contesto, incrociati con i primi momenti di vita del bambino, possono aumentare il livello di rischio al quale una donna è soggetta e/o innescare un processo di “vittimizzazione” cioè di accumulazione di fattori sullo stesso soggetto.

Per identificare fattori di rischio e di protezione, si è fatto riferimento sia a disegni normativi e protocolli sanitari, sia a specifici progetti sull'argomento²⁵. I fattori sono stati organizzati per macro aree in modo da renderli più intelligibili e da favorire un ulteriore eventuale lavoro di interpretazioni riguardante l'interazione tra fattori ascrivibili alla medesima area o tra fattori di aree diverse.

RISCHI DERIVANTI DA INSICUREZZA E DISAGIO DI TIPO ECONOMICO

- Condizione economica della mamma e/o del nucleo di riferimento (se occupata, se occupato il partner, se sostenuta/i dalla famiglia di origine, ecc.);
- Condizione logistica e organizzativa (se dispone di un'abitazione propria, se convive con la famiglia di origine, se convive con il partner, se convive con un partner che non è il padre del bambino, se convive con una partner donna, se dispone solo di rifugi occasionali, se è ospite di una struttura di accoglienza, se il nucleo è sotto sfratto o in generale in precarietà abitativa, ecc.);
- Presenza del papà e relativa partecipazione economica;
- Presenza/partecipazione economica del/delle famiglie di origine;
- Disponibilità di attrezzature adeguate per fare fronte alla cura del nuovo nato (risorse finanziarie per la gestione delle necessità quotidiane, attrezzature per favorire l'alimentazione, il riposo, l'igiene, la cura, il gioco e il corretto sviluppo psicofisico del bambino, ecc.).

²² Cfr. per approfondimenti, P. Di Blasio (a cura di) **Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali**. Unicopoli, Milano 2005.

²³ Si **astrae volutamente dai fattori di rischio clinico** che connotano il percorso nascita come non fisiologico e implicano un sistema di rischi fisici e psicologici non trattabili se non in sede specialistica.

²⁴ La diade mamma bambino rappresenta il nucleo di riferimento primario del progetto. Naturalmente nella maggioranza dei casi a questo nucleo si aggiungono altre persone, come il papà, altri componenti della famiglia, della rete amicale o di sostegno. Tuttavia in questo documento si fa riferimento per forza di cose al nucleo elementare.

²⁵ Rif: progetto “Diventare genitori” promosso dal CAF di Milano, progetto “Accogliere la nascita” promosso dal Melograno Centro Informazione Maternità e Nascita di Roma; Programma di adozione sociale promosso dalla Regione Campania in collaborazione con il Comune di Napoli e la ASL NA1; progetto Melograno Centro Informazione Maternità e Nascita di Roma, Sostegno domiciliare nelle famiglie a rischio nel primo anno di vita; linee guida Regione Piemonte 2008.

²⁶ I fattori di rischio clinico sono considerati come un unico elemento, dal momento che una considerazione analitica dei singoli fattori esulerebbe dalle competenze del documento. Non si può tuttavia omettere di considerare tutte quelle condizioni in cui, ad altri fattori di tipo sociale, si va ad aggiungere una situazione clinica problematica.

RISCHI DERIVANTI DA DISAGIO DI TIPO CULTURALE, LINGUISTICO E SOCIALE

- Condizione di soggiorno dei genitori e in particolare della mamma (se italiana, se straniera in transito, se immigrata, se immigrata non regolare, titolare di protezione umanitaria, ecc.);
- Identità culturale della mamma/papà (se confidente e abituata ai rapporti maschio/femmina anche in ambiente medico, se portatrice di mutilazioni genitali, se legata a tradizioni di riservatezza e privacy particolari, ecc.) e presenza delle famiglie di origine (se contrari all'unione dei figli, se ostili alla nascita del bambino, ecc.);
- Condizione anagrafica e civile (se sposata, se convivente, se single, se residente in una grande città, in un piccolo centro, ecc.);
- Presenza di contenziosi gravi con il sistema giudiziario e/o amministrativo a carico della mamma, del papà o di parenti più prossimi (condanne definitive, precedenti penali, provvedimenti restrittivi di qualsiasi natura, detenzione, arresti domiciliari, ecc.).

RISCHI DERIVANTI DA INSICUREZZA E DISAGIO DI TIPO AFFETTIVO/RELAZIONALE E PSICOLOGICO

- Età della mamma;
- Circostanza della maternità (se desiderata, se indesiderata, ecc.);
- Maternità precedenti (eventuali interruzioni di gravidanza volontarie o involontarie, problemi connessi alla gestione dei precedenti percorsi di nascita o alle precedenti esperienze di crescita e cura dei neonati, ecc);
- Presenza/partecipazione affettiva del papà;
- Presenza/partecipazione affettiva del/delle famiglie di origine;
- Presenza di altre reti di sostegno di tipo familiare e/o amicale.

RISCHI DERIVANTI DA CONDIZIONI DI ABUSO/MALTRATTAMENTI O TRAUMI

- Condizione familiare (storie di abusi, maltrattamenti, violenze, ecc.);
- Circostanza della maternità (se provocata da una violenza);
- Elementi significativi della storia personale (abusi sul lavoro, stupri, molestie gravi, gravi lutti recenti, traumi, fuga da situazioni di guerra o catastrofi naturali, ecc.);
- Presenza di una condizione di sfruttamento sessuale della mamma.

RISCHI DERIVANTI DA CRITICITÀ DEL QUADRO CLINICO DELLA MAMMA/PAPÀ

- Fattori di rischio clinico di vario ordine e grado (patologie della mamma/papà, malformazioni, ecc.)²⁶;
- Fattori di rischio clinico derivanti dall'abuso di sostanze stupefacenti o alcool;
- Fattori di rischio clinico derivanti dalle condizioni ambientali di vita della mamma/papà (luoghi insalubri, abitazioni non idonee, precarietà abitativa, ecc.);
- Gravidanza a rischio e/o prematurità del neonato (con relativo grado che comporta quadri diversi di criticità);
- Condizione psicologica della donna (presenza di depressioni o altre patologie psicologiche o psichiatriche o neurologiche nell'anamnesi).

GLI ATTORI

Il percorso nascita non si compie da soli. Accanto alla mamme (e auspicabilmente) al papà e alle famiglie, si muove una rete di attori di diversa natura. Per semplificare l'identificazione dei possibili attori che si inseriscono (si possono inserire) e si integrano (si possono intergere) in un'ipotesi ottimale del percorso, si possono individuare delle fasi assolutamente arbitrarie così come si vivono dal punto di vista della mamma che fa il suo ingresso in questo viaggio.

Fase della scoperta - il momento del test di gravidanza

- farmacia
- consultorio familiare
- medico di base
- ostetrica/o
- ambulatorio di analisi privato
- ambulatorio di analisi pubblico (ASL o ospedale)

Fase della gravidanza

- consultorio familiare
- medico di base
- ambulatorio di analisi privato
- ambulatorio di analisi pubblico (ASL o ospedale)
- ospedale
- ginecologi
- ostetrica/o
- psicologi

Fase del parto

- ospedale accettazione e pronto soccorso
- reparto di ostetricia e ginecologia
- reparto di neonatologia
- reparto di pediatria
- reparto di neuropsichiatria
- punti nascita (che possono essere all'interno degli ospedali, nelle case del parto o a domicilio)

Fase post-parto/puerperio

- consultorio familiare
- ostetrica/o
- servizi sociali
- ambulatorio pediatrico
- medico di base
- pediatra
- neuropsichiatra infantile
- psicologi
- ginecologi
- puericultori/trici
- servizi territoriali per la maternità e la prima infanzia
- farmacie e altri rivenditori di prodotti per l'infanzia come supermercati e centri commerciali
- peer groups e gruppi di sostegno alle neo mamme
- altri attori del territorio (ludoteche, parrocchie, aree mamma-bambino, associazioni di sostegno alle neo mamme e, in generale, associazioni di promozione sociale, associazioni di donne, strutture ricreative e sportive, ecc.)

socializzazione primaria e scolarizzazione

- asili nido
- consultori familiari
- servizi sociali
- associazioni del territorio che promuovono l'incontro tra neo-mamme

Naturalmente, l'incontro con questi attori può non avvenire, può avvenire in modo discontinuo e incompleto, può essere fallimentare o totalmente privo di impatto sul percorso di potenziale "fragilizzazione" della diade mamma/bambino e/o del nucleo genitori/figli.

Va considerato, infine, un aspetto difficilmente formalizzabile sul piano istituzionale, vale a dire quello della "rete di pari". Il percorso nascita si innerva in un tessuto di cultura di genere femminile, che spazia dalla dimensione antropologica dell'identità di genere, alla dimensione comunitaria dello scambio di esperienze, del mutuo aiuto e della cura orizzontale.



2 PROPOSTA

- Mai più senza
- Linee di intervento
- Una borsa di attrezzi – Le norme
- Una borsa di attrezzi – Documenti e siti

²⁷ La lista di questi punti non prende in considerazione situazioni-limite caratterizzate da un quadro clinico complesso, derivante da patologie, dipendenze, gravi malformazioni, disturbi neurologici gravi, ecc.

²⁸ Cfr. Legge 194/78 **sull'interruzione volontaria di gravidanza**; Consiglio Superiore di Sanità, **Linee di indirizzo sull'interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine** - cosiddetta RU486-, 24 giugno 2010; DPR 396/2000 art. 30 sul diritto al parto in anonimato

²⁹ Cfr. **Linee guida per una gravidanza fisiologica**, ISS, 2010

³⁰ Cfr. **Idem**, e **Linee guida: Il taglio cesareo, una scelta appropriata e consapevole**, IIS, 2010

³¹ Cfr. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2008 per la "definizione dei nuovi LEA - Livelli essenziali di Assistenza -, Capo IV, art. 21)"

³² Cfr. **Linee guida per una gravidanza fisiologica**, ISS, 2010

³³ Cfr. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2008 per la "definizione dei nuovi LEA (Livelli essenziali di Assistenza)" e **Linee guida per una gravidanza fisiologica**, ISS, 2010

³⁴ Cfr. WHO, **Counselling for Maternal and Newborn Health Care**, 2010

³⁵ Cfr. Accordo Stato-Regioni, 16 dicembre 2010, **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 n. 2, **Carta dei servizi per il percorso nascita**

³⁶ Cfr. Legge n. 176/1991, **Ratifica della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza**, e Istituto Nazionale per i Diritti dei Minori, Società Italiana di Pediatria, Associazione Culturale Pediatri, Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza, Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche, Unicef Italia e ospedali pediatrici Giannina Gaslini di Genova, Burlo Garofolo di Trieste, Meyer di Firenze e Bambino Gesù di Roma, **Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari**, 2012

MAI PIÙ SENZA

Leggi, regolamenti, protocolli e linee guida (limitatamente a quelli di carattere nazionale) indicano diritti e stabiliscono misure e procedure da adottare durante il percorso nascita fisiologico. Molto spesso tali indicazioni normative rimangono sulla carta.

Mai più senza rappresenta, al tempo stesso, un **vademecum** per le mamme/papà e una **check list** per gli operatori, all'interno della quale sono indicati punti irrinunciabili per un percorso nascita responsabile, sereno e consapevole, a partire dai diritti e dalle misure normative già esistenti. Le indicazioni si riferiscono naturalmente a un modello di funzionamento standard ideale, dove, all'azione diretta degli operatori e dei servizi, si affianchino materiali divulgativi di facile consultazione e comprensione, anche per persone che non parlano la lingua italiana²⁷.

- > **Informazioni sulle opzioni disponibili per il momento della decisione:** gravidanza e parto, interruzione di gravidanza, parto in anonimato²⁸; **su gravidanza, parto e post partum come processi organici:** i cambiamenti del corpo, i cambiamenti dell'umore, i disturbi, gli esami necessari, il processo del parto, l'allattamento, l'alimentazione integrata, i disturbi più frequenti del neonato, ecc.)²⁹; **sulle modalità di assistenza durante il parto:** possibilità e procedure per l'affiancamento di un familiare, disponibilità dell'ostetrica durante il parto, disponibilità del parto in analgesia o con altre metodiche non farmacologiche, modalità di gestione delle emergenze, composizione delle equipe medico-sanitarie durante il travaglio e il parto³⁰; **sui servizi disponibili sul territorio del proprio Comune di residenza (o municipio nel caso di grandi aree urbane) e/o area provinciale di riferimento:** strutture e punti nascita dislocati sul territorio, orari di visita, percorsi, accessibilità, numero di posti letto, disponibilità di servizi specifici per la sicurezza del parto (emergenza neonatale, trasporto neonatale di emergenza, ecc.)³¹; **sul puerperio:** allattamento materno e assistenza al neonato fisiologico, disturbi fisici e psicologici, principali disturbi del neonato durante i primi mesi di vita, contracccezione durante il puerperio, ecc.³²; **sui servizi disponibili la preparazione e l'accompagnamento alla genitorialità:** corsi presso il consultorio, corso presso gli ospedali, corsi presso strutture accreditate³³; possibilmente le informazioni dovrebbero essere tradotte nelle lingue straniere prevalenti nell'area di intervento o almeno in inglese e francese e spagnolo;
- > **Operatori con adeguate competenze comunicativo-relazionali**, in grado non solo di stabilire un'interazione rassicurante con le mamme e le altre persone coinvolte nel percorso nascita, ma anche di rendere ottimale l'effetto di qualsiasi intervento di sensibilizzazione, informazione, diagnosi o terapia³⁴.
- > **Carta dei servizi** a cura delle singole Aziende Sanitarie nelle quali sono attivi dei punti nascita accreditati, in cui, in conformità ai principi di qualità, sicurezza e appropriatezza siano contenute indicazioni riguardanti le informazioni generali sulla operatività dei servizi contenenti i principali indicatori di esito, sulle modalità assistenziali dell'intero percorso nascita, sulle modalità per favorire l'umanizzazione del percorso nascita, sulla rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato atta a favorire le dimissioni protette, il sostegno dell'allattamento al seno ed il supporto psicologico, qualora necessario³⁵.
- > **Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari** in cui, in conformità alla normativa vigente e alla ratifica dei trattati internazionali, siano indicati i diritti dei quali il bambino gode non solo in termini di garanzie della salute fisica, ma anche di adeguatezza degli ambienti, delle cure riservate ai suoi genitori e/o alle persone legalmente responsabili per lui/lei, nonché al rispetto di tutte le condizioni che possano favorire uno sviluppo sano e sereno anche successivamente all'uscita dalla struttura sanitaria ospedaliera³⁶.

- > **Agenda dell'assistenza sanitaria in gravidanza** trimestre per trimestre e nel post partum, per affiancare medico di base e/o specialista e/o l'ostetrica/o nel sostegno delle mamme/papà nell'accesso agli esami diagnostici, riducendo gli eccessi di medicalizzazione e favorendo una serena e libera decisione delle mamme/papà³⁷.
- > **Consenso informato** alla pratica di interventi chirurgici di tipo diagnostico o al momento del parto, considerando che l'uso di un linguaggio appropriato e comprensibile per l'interlocutrice (con disponibilità di mediatori culturali in caso di donna straniera che non parli l'italiano) e la disponibilità di tempo per una comunicazione efficace rappresentano premesse essenziali alla formulazione di un consenso informato e alla condivisione dei suoi contenuti³⁸;
- > **Identificazione del personale sanitario** attraverso appositi cartellini di riconoscimento che oltre al nome della persona ne specifichino la qualifica³⁹;
- > **Riduzione del dolore**, qualora la mamma lo desideri e le condizioni cliniche non presentino criticità specifiche, la pratica (gratuita) della parto analgesia e di altre metodiche non farmacologiche, oltre a ridurre il dolore del parto ha l'effetto di limitare i danni provocati dalla paura di soffrire⁴⁰;
- > **bimbo accanto** durante la degenza ospedaliera. Preservando le necessità di riposo della mamma e le eventuali esigenze terapeutiche di mamma e bambino, la presenza del bambino favorisce la pratica della prossimità, la condivisione di alcune attività di cura con il papà durante le visite, l'abitudine ai ritmi di sonno veglia del bimbo, la possibilità di chiedere al personale sanitario medico quali sono le azioni e i movimenti più idonei da compiere quando si svolgono attività ordinarie come il cambio, l'allattamento, la pulizia, ecc⁴¹;
- > **supporto alla mamma per l'allattamento al seno** sia nel caso di parti naturali, sia nel caso di parti cesarei, anche attraverso la pratica guidata dell'allattamento nel caso di primipare o pluripare, utilizzando sia la stanza di degenza della mamma, quando il bambino è con lei, sia i locali nido, allo scopo di consentire alle mamme una pratica comune dell'allattamento e uno scambio di opinioni e di esperienze tra pari⁴²;
- > **Percorsi assistenziali integrati**, dove sia attivo ed efficace il dialogo tra servizi territoriali e ospedale, tra servizi sanitari e servizi sociali, tra operatori, dipartimenti e unità operative nell'ambito dello stesso ospedale⁴³;
- > **possibilità di scelta del pediatra già prima delle dimissioni**, favorendo, in questo modo, la riduzione di una pratica burocratica che si dovrebbe svolgere successivamente, e rassicurando la mamma con l'indicazione di un professionista in grado di fungere da punto di riferimento già dai primi giorni dopo il ritorno a casa⁴⁴;
- > **possibilità di incontrare un assistente sociale, se necessario, già durante la degenza ospedaliera**, con l'obiettivo di rassicurare la mamma e la famiglia se bisognose di sostegno sul piano economico, organizzativo, abitativo e/o di avviare un percorso di protezione della mamma e del bambino qualora esistano condizioni di rischio per maltrattamenti o abusi⁴⁵;
- > **mediatore/trice culturale** all'interno dell'ospedale per le mamme che non parlano correttamente l'italiano, non solo allo scopo di fornire loro tutte le informazioni nella propria lingua madre (ivi comprese le informazioni relative al percorso successivo alle dimissioni e ai servizi che possono essere attivati per le famiglie straniere), ma anche allo scopo di informare il personale sanitario in maniera adeguata circa i problemi, le richieste, le decisioni che le mamme/papà e le loro famiglie possono avanzare nei confronti della struttura ospedaliera⁴⁶;

³⁷ Cfr. Istituto Superiore di Sanità-Sistema nazionale per le linee guida, **Agenda della gravidanza** in "Linee guida per la gravidanza fisiologica", ISS, 2010

³⁸ Cfr. **Linee guida: il taglio cesareo, una scelta appropriata e consapevole**, IIS, 2010

³⁹ Cfr. D.L. 150/2009 relativo a "Identificazione del personale delle Pubbliche Amministrazioni" e relativa circolare attuativa, n.3/2010 a cura del Dipartimento per la Funzione Pubblica

⁴⁰ Cfr. Accordo Stato-Regioni, 16 dicembre 2010, **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**

⁴¹ Cfr. Dichiarazione congiunta UNICEF/OMS **sull'allattamento al seno** del 1989 e Accordo Stato-Regioni, 16 dicembre 2010, **Linee di indirizzo 2010-2012 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**

⁴² Cfr. Dichiarazione congiunta UNICEF/OMS **sull'allattamento al seno** del 1989 e Accordo Stato-Regioni, 16 dicembre 2010, **Linee di indirizzo 2010-2012 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**

⁴³ cfr. D.Lgs. 229/1999, **Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale**, art. 3 septies e ostie; Legge Quadro 328/2000, per la **realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**; **Nuovi LEA**, 23 aprile 2008, Capo IV, art. 21 "Percorsi assistenziali integrati", in attuazione di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 "Patto sulla salute", e dall'articolo unico, comma 796, lett. q), della legge 27 dicembre 2006, n. 296

⁴⁴ Cfr. Legge Quadro 328/2000, per la **realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**; **Nuovi LEA**, 23 aprile 2008, Capo IV, art. 21 "Percorsi assistenziali integrati", in attuazione di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 "Patto sulla salute", e dall'articolo unico, comma 796, lett. q), della legge 27 dicembre 2006, n. 296

⁴⁵ Cfr. Legge Quadro 328/2000, per la **realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**; **Nuovi LEA**, 23 aprile 2008, Capo IV, art. 21 "Percorsi assistenziali integrati", in

attuazione di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 "Patto sulla salute", e dall'articolo unico, comma 796, lett. q), della legge 27 dicembre 2006, n. 296

⁴⁶ Cfr. Legge Quadro 328/2000, per la **realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**;

Decreto legislativo n. 286 del 25 luglio 1998 T.U delle disposizioni concernenti la **disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero**

⁴⁷ Accordo Stato-Regioni, 16 dicembre 2010, **Linee di indirizzo 2010-2012 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**

⁴⁸ Cfr. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2008, **Nuovi LEA**

⁴⁹ cfr. Legge n. 405 del 29 luglio 1975 "

Istituzione dei Consultori

Familiari"; DLgs. 229/1999, **Norme**

per la razionalizzazione del

Servizio Sanitario Nazionale; Legge

Quadro 328/2000, per la **realizzazione**

del sistema integrato di interventi e

servizi sociali; **Nuovi LEA**, 23 aprile

2008, Capo IV, art. 24

- > **spazi adeguati e confortevoli per le mamme/papà di bimbi prematuri**, perché possano rimanere vicini al proprio bambino avendo a disposizione uno spazio attrezzato per il riposo e lo scambio di informazioni con il personale sanitario⁴⁷;
- > **Presa in carico del bambino** entro il primo mese di vita e attivazione di percorsi integrati, continuativi e multidimensionali di assistenza e cura, allo scopo di garantire l'assistenza necessaria in condizioni di fragilità, di prevenire eventuali abusi, di verificare le reali condizioni di vita del nucleo di riferimento e provvedere all'attivazione di misure adeguate al sostegno delle situazioni di particolare vulnerabilità sociale ed economica⁴⁸;
- > **Ritorno sereno alla quotidianità**: accompagnare la mamma/papà nel percorso di genitori attraverso l'apertura di un dialogo/incontro periodico con gli operatori ospedalieri e del territorio, l'informazione su servizi e opportunità di sostegno presenti nella propria zona di residenza, istruzione adeguata sulle modalità di gestione delle prime settimane di vita del bambino anche dal punto di vista pratico (cambi, rapporto sonno/veglia, allattamento e alimentazione, disturbi, ecc.), segnalazione di opportunità di sostegno psicologico per la mamma/papà, segnalazione di opportunità di formazione, informazione e mutuo aiuto per neo-mamme/genitori (gruppi di auto aiuto, gruppi allattamento, gruppi mamme, ecc.)⁴⁹.

LINEE DI INTERVENTO

BISOGNA SAPERNE DI PIÙ - INVESTIRE IN CONOSCENZA

Sui percorsi nascita si sa poco ad eccezione di quello che concerne gli aspetti strettamente clinici e statistici rilevabili nel brevissimo periodo di degenza ospedaliera per il parto.

Mettere a punto un sistema di raccolta dati nazionale e regionale relativa al percorso nascita, anche attraverso l'uso di software che, avvalendosi della tessera sanitaria e in modo anonimo, possano incamerare dati relativi alla condizione socio anagrafica della mamma, al numero degli esami diagnostici effettuati, degli incontri con consultori e servizi sociali, al numero e alla tipologia delle visite specialistiche, alla partecipazione ai corsi di preparazione al parto e alle attività di formazione alla genitorialità, alle condizioni del parto e del puerperio, alle visite post-parto, alle possibilità di sostegno sociale ed economico per le neo mamme, ecc.

Costituire e mettere a regime i Comitati nazionale e regionali per il monitoraggio dell'accordo Stato-Regioni del 2010 (ormai in scadenza), indirizzando la loro azione, tra l'altro, alla raccolta di dati già esistenti e prodotti dal mondo dell'associazionismo di settore, dagli istituti di ricerca, dalle università, rendendoli disponibili per la pianificazione degli interventi da inserire nei piani di zona delle singole Regioni, in modo da rendere gli interventi quanto più possibile pertinenti alle situazioni locali, ma, al tempo stesso, conformi agli standard di qualità, sicurezza, rispetto delle decisioni e della libertà delle mamme.

Protagonisti dell'intervento: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Presidenza delle Regioni, Assessorati alle politiche sanitarie, assessorati alle politiche sociali, dipartimenti sociali e sanitari delle Regioni, commissioni sanità e servizi sociali dei consigli regionali, distretti socio-sanitari, Garante per l'Infanzia, Federazione Nazionale delle ostetriche.

IL PERCORSO NASCITA COMINCIA CON IL TEST DI GRAVIDANZA – ANTICIPARE IL SOSTEGNO E L'INFORMAZIONE

Coinvolgere attivamente tutti gli attori che intervengono nella fase iniziale del percorso in un'azione di informazione e sostegno alle mamme e alle famiglie. La rete delle farmacie, i medici di base, i laboratori di analisi, i consultori familiari, le ostetriche/i, le realtà dell'associazionismo sociale (anche e soprattutto quelle che si occupano di persone straniere), i servizi territoriali (sia i consultori familiari sia i servizi sociali e le ASL, sia i servizi di diagnostica e screening prenatale) possono essere partecipi di un'azione di divulgazione di informazioni relative a diritti delle mamme in gravidanza, ai servizi disponibili, alle opzioni cliniche e organizzative, alle modalità con le quali affrontare una gravidanza, ecc.

Protagonisti dell'intervento: Comuni e farmacie comunali, ASL, Regioni, Comuni e servizi territoriali di riferimento (consultori, servizi sociali), associazionismo del territorio, soggetti privati.

L'OSPEDALE NON È SOLO UN POLO CLINICO – OSPEDALI AMICI DELLE MAMME (OLTRE CHE DEI BAMBINI)

L'esperienza del progetto "Fiocchi in Ospedale" ha dimostrato che non serve una rivoluzione strutturale né un investimento economico importante per creare, all'interno degli ospedali e dei punti nascita, uno sportello a bassa soglia che possa supportare il percorso della nascita nella fase del parto e in quella successiva.

Una stanza attrezzata con personale volontario e/o tirocinanti e/o studenti (nel caso dei policlinici universitari) e/o personale degli uffici per le relazioni con il pubblico (che potrebbero essere naturalmente parte di un circolo virtuoso), che funga da punto di riferimento della mamma e della coppia attraverso la distribuzione di un libretto informativo contenente consigli, indirizzi e telefoni, informazioni sulle condizioni di accesso ai diversi servizi dell'ospedale e del territorio, FAQ, e suppellettili a basso costo, punti scambio di mobilio accessori utili alla gestione del bambino, abiti, presidi sanitari.

Un eventuale ulteriore spazio attrezzato per allattamento, cambio, visite e incontri (cfr. esperienza di “Fiocchi in Ospedale” presso Niguarda, Policlinico di Bari e l’Ospedale Cardarelli di Napoli, in cui la sperimentazione è stata avviata nel luglio 2013), dove le mamme e i papà possano tornare con il loro bambino allo scopo di comprendere quale potrà essere il loro itinerario fuori dall’ospedale (quali sono i consultori più vicini alla loro abitazione, quali servizi specialistici, quali medici di base, quali pediatri, quali ostetriche/i ecc.), ma anche solo allo scopo di incontrarsi, scambiare informazioni, incontrare personale qualificato per approfondire le proprie competenze genitoriali, fare domande, o, in caso di famiglie in condizioni di disagio sociale ed economico, ricevere prime forme di sostegno attraverso pacchi di abiti, pannolini, materiale utile all’alimentazione, al gioco o al riposo del bimbo e l’orientamento ai servizi del territorio, sia del pubblico che del privato sociale.

Protagonisti dell’intervento: presidenti, direttori sanitari e direttori generali di aziende sanitarie e aziende ospedaliere, URP, professionisti sanitari, associazioni di settore con particolare riguardo a quelle che si occupano di allattamento al seno, formazione alla genitorialità, mutuo soccorso, sostegno a migranti e titolari di protezione umanitaria, sostegno a donne capofamiglia, ecc.

UNA VOLTA GENITORI – CONSOLIDAMENTO DELLE COMPETENZE GENITORIALI E ATTIVAZIONE DELLE RETI COMUNITARIE

Una volta fuori dalla protezione della struttura ospedaliera, le neo mamme (e papà), devono poter contare sul tessuto dei servizi territoriali e sull’attivazione di una rete di tipo comunitario che contrasti la sensazione di isolamento e di spaesamento che, soprattutto dopo il primo figlio, la mamma e la coppia si trovano ad affrontare.

Come si attiva la dimensione comunitaria? Come si interviene in una città grande come Roma o Milano, quando una donna esce da un ospedale e torna a casa sua? O come si interviene quando una donna di un piccolo paese di provincia esce da un grande ospedale cittadino e torna nel suo piccolo paese? Chi e come promuove l’home visiting?

MIGLIORARE ALCUNI STRUMENTI ESSENZIALI – I CEDAP

Già nel 2007, il Ministero della Salute, nella elaborazione di un Piano di azioni per la tutela della salute delle donne e dei bambini auspicava la revisione dei CedAP e soprattutto del loro uso, anche a fini di orientamento dei professionisti dell’area socio-sanitaria. Questi strumenti, oltre che per la descrizione della nascita, vanno utilizzati anche per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di salute in senso generale, soprattutto in relazione alle pratiche raccomandate e a quelle effettivamente svolte per verificare quanto queste siano associate agli obiettivi di salute (ad esempio la partecipazione a corsi di accompagnamento alla nascita, il *rooming in* e la modalità di allattamento). Si propone che le informazioni del sistema CedAp siano trasmesse all’Istituto Superiore di Sanità, affinché si promuova un sistema di sorveglianza attivo sulla nascita a partire dai CedAP, basato sul ruolo attivo dei centri nascita, delle ASL e delle Regioni. Sarebbe estremamente utile e importante anche considerare il flusso informativo, che attualmente non arriva tempestivamente ai territori di residenza delle mamme e quindi anche ai servizi operativi quali, ad esempio, i consultori, le unità operative materno-infantili, i pediatri di libera scelta. Infatti, avendo soprattutto il CedAp una funzione di monitoraggio della popolazione viene indirizzato prioritariamente ai servizi di epidemiologia e demografia. Poiché l’una funzione non esclude l’altra, il CedAp, oltre che come patrimonio di dati di carattere epidemiologico e demografico, potrebbe essere utilmente valorizzato, come strumento informativo e di valutazione degli interventi sanitari e socio-assistenziali, sia di tipo individuale che comunitario.

UNA BORSA DI ATTREZZI LE NORME

Occorre superare la convinzione che per ottenere un buon risultato in termini di politiche pubbliche, occorra ogni volta cominciare da zero. Quella che segue è solo una sintesi degli strumenti normativi già esistenti e utili a favorire una migliore qualità del percorso nascita.

- Legge n. 405 del 29 luglio 1975 “**Istituzione dei Consultori Familiari**”
- Legge n. 194 del 22 maggio 1978 “**Norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria di gravidanza**”.
- Decreto 10 settembre 1998 recante **protocolli di accesso agli esami di laboratorio** e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità.
- Decreto legislativo n. 286 del 25 luglio 1998 T.U. delle **disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero**.
- Decreto Legislativo 229/1999, Norme per la **razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale**
- Legge Quadro 328/2000, per la realizzazione del **sistema integrato di interventi e servizi sociali**.
- Legge 8 marzo 2000, n. 53 “Disposizioni per il **sostegno della maternità e della paternità**, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città
- Decreto 16 luglio 2001, n. 349, “**Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni**”
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2008 per la “definizione dei nuovi LEA (**Livelli essenziali di Assistenza**)”.
- D.L. 150/2009 relativo a “**Identificazione del personale delle Pubbliche Amministrazioni**” e relativa circolare attuativa, n.3/2010
- Accordo Stato-Regioni, 16 dicembre 2010, 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**.
- DM 12 aprile 2011, Istituzione di un **Comitato Nazionale e di Comitati Regionali per lo svolgimento di azioni di coordinamento, impulso e verifica** sull’implementazione dell’Accordo Stato-Regioni stesso.
- Linee guida: **Tagli cesareo, una scelta appropriata e consapevole**, gennaio 2010, e **Linee Guida per una gravidanza fisiologica**, novembre 2010, elaborate da un gruppo multi disciplinare coordinato dal Sistema nazionale Linee guida dell’Istituto Superiore di Sanità, su mandato del Ministero della Salute⁵⁰.
- Dichiarazione congiunta **UNICEF/OMS sull’allattamento al seno** del 1989

⁵⁰ Le linee guida elaborano, naturalmente, una molteplicità di protocolli relativi agli screening fetali e neonatali, nonché alla prevenzione di patologie e malformazioni delle quali, volutamente, in questa sede non ci si occupa.

UNA BORSA DI ATTREZZI DOCUMENTI E SITI

1. Ministero della salute, Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ufficio VI, **Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero**, ottobre 2012
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1930_allegato.pdf
2. Ministero della Salute, **Analisi dei CedAp 2007**
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1338_allegato.pdf
3. Emilia Romagna, **Rapporto sui CedAp, 2009**
<http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/575>
4. **Rapporto sulla natalità in Campania, 2013**
<http://www.epicentro.iss.it/regioni/campania/pdf/rapporto%202011stampato.pdf>
5. **EpiCentro, il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica**
<http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/aggiornamenti.asp>
6. **Linee Guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori**, a cura del Cismai, 2004
<http://www.cismai.org/Documenti.aspx>
7. **Agenda della gravidanza**
<http://www.sanitaincifre.it/2010/12/agenda-della-gravidanza-la-guida-delliss-per-le-future-mamme/>
8. Accordo Stato Regioni, **Linee guida gravidanza fisiologica**, 2010
<http://www.disabili.com/medicina/articoli-qmedicinaq/22768-gravidanza-e-percorso-nascita-arrivano-le-linee-guida#.UkxO2IbwmoA>
<http://www.statoregioni.it/dettaglioDoc.asp?idprov=9075&iddoc=30072&tipodoc=2&CONF=UNI>
9. **Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia**
Cismai
<http://www.cismai.org/Documenti.aspx>
10. WHO – **Standrads for maternal and neonatal care**
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/a91272/en/
11. Cittadinanzattiva, **Percorso nascita: Accesso a prestazioni sanitarie e screening neonatali**, 2012
<http://www.cittadinanzattiva.it/progetti-e-campagne/salute/maternita-fertilita/2183-percorso-nascita.html>
12. **Società Italiana di Pediatria**
<http://sip.it/news/ecco-il-secondo-rapporto-sulla-salute-perinatale-in-europa>
13. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Centro Nazionale di Documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, **Andamento delle nascite in Italia**
<http://www.minori.it/news/istat-sempre-meno-nascite-italia>
14. **Società Italiana di neonatologia**
<http://www.neonatologia.it/show/Articoli/19/>

-
15. **Federazione Nazionale dei collegi delle Ostetriche**
<http://www.fnco.it/>
 16. Istituto Superiore di Sanità, Sistema nazionale per le linee guida, **Linee guida per una gravidanza fisiologica**, 2011
http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf
 17. Sanità in cifre, Centro studi di Federanziani, curatore di un **Rapporto annuale di dati sulla sanità**
<http://www.sanitaincifre.it/2010/12/percorso-nascita-i-dieci-punti-delle-linee-guida/>
 18. Zeroviolenzadonne, portale **Rassegna stampa italiana ed estera sul tema donne, diritti, salute, politica**.
<http://www.zeroviolenzadonne.it/>
 19. **Decreto Balduzzi** (legge sulla sanità pubblica del 13 Settembre 2012, n° 158, “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”)
 20. **Gli Standard per la Valutazione dei Punti Nascita**
<http://www.ondaosservatorio.it/allegati/Newsdocumenti/articoli%20vari/Manuale%20Punti%20Nascita.pdf>

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