Save the Children è la più grande organizzazione internazionale indipendente che lavora per migliorare concretamente la vita dei bambini in Italia e nel mondo.
Esiste dal 1919 ed opera in oltre 120 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.
Da più di 10 anni lavora in Italia per proteggere i minori, in particolare i minori migranti; per educare i ragazzi all'uso delle nuove tecnologie e contrastare la pedo-pornografia on-line; per promuovere i diritti e la piena partecipazione dei ragazzi.

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.it
www.savethechildren.it

PICCOLE MAMME

RAPPORTO DI SAVE THE CHILDREN SULLE MAMME ADOLESCENTI IN ITALIA

ONLUS / CENTRO DI AIUTO AL BAMBINO MALTRATTATO E ALLA FAMIGLIA IN CRISI
C A F
Bambini si diventa.

L'Orsa Maggiore
Cooperativa sociale ar.l.

IL MELOGRANO
CENTRO INFORMAZIONE MATERNITÀ E NASCITA

Save the Children
Italia ONLUS

Il rapporto è stato realizzato
da Save the Children Italia
in collaborazione con CAF Onlus
di Milano, Il Melograno di Roma,
L'Orsa Maggiore di Napoli.

Il documento è stato redatto da
Elena Scanu Ballona. Hanno collaborato
alla redazione e revisione dei testi
Elisabetta Leonardi di Save the Children
Italia; Serena Kaneklin e Francesca
Imbimbo del CAF Onlus di Milano;
Raffaella Scalisi e Carmela Cristallo
del Melograno di Roma; Marianna
Giordano dell'Orsa Maggiore di Napoli.
Hanno elaborato e messo a disposizione
i dati statistici Cinzia Castagnaro e
Francesca Rinesi di Istat.

Foto:
Massimo Clementi

Grafica:
Enrico Calcagno
AC&P Roma

Stampa:
Artigrafiche Agostini

Pubblicato da:
Save the Children Italia Onlus
Maggio 2011

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.it

www.savethechildren.it

INDICE

Ringraziamenti 2

Introduzione 3

1. Le mamme teen in Italia, un quadro generale 5

1.1 L'andamento del fenomeno nel tempo
1.2 La distribuzione geografica
1.3 I paesi di provenienza delle mamme teen straniere
1.4 Un approfondimento dall'Indagine Campionaria sulle nascite - Anno 2005
1.5 Il confronto con alcuni paesi europei

2. Le mamme adolescenti, i risultati di un'indagine in tre città 13

2.1 Premessa metodologica
2.2 Chi sono le mamme teen in Italia?

3. Il punto di vista degli operatori 31

Conclusioni e raccomandazioni 35

Appendice - Le associazioni partner del progetto di ricerca 38

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutte le mamme, le operatrici e gli operatori dei progetti delle associazioni e dei servizi che hanno partecipato alla raccolta delle informazioni, alla realizzazione delle interviste e che hanno fornito le testimonianze contenute nel rapporto.

Si ringrazia l'ISTAT per l'essenziale contributo fornito alla realizzazione dell'analisi, con l'elaborazione e la messa a disposizione dei dati statistici. In particolare si ringraziano Linda Laura Sabbadini, direttore - direzione centrale per le indagini su condizioni e qualità della vita, le ricercatrici Cinzia Castagnaro e Francesca Rinesi.

All'interno del progetto "Accompagnamento alla crescita per giovani madri e i loro bambini" dell'A.O. S. Paolo di Milano, si ringraziano il Prof. A. Albizzati, Responsabile del progetto, U.O. Neuropsichiatria infantile; M. Moioli, Referente operativa del progetto; C. Riva Crugnola, Responsabile Scientifica del progetto - Università degli Studi Milano Bicocca; il Centro Studi Interistituzionale del Comune di Napoli e della Asl Napoli Centro, nelle persone del Direttore Dott. Giuseppe Cirillo e delle ricercatrici Anna Cavaliere, Angela Gentile, Marina Giordano e Maddalena Pizzano; la Cooperativa Rifornimento in Volo e il Policlinico Casilino di Roma, S.A.P. (Servizio Assistenza Pazienti); Antonella Inverno, Responsabile dell'Unità Legale di Save the Children Italia.

Si ringraziano SIGO - Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia; SIAd - Società Italiana di Adolescentologia e Medicina dell'Adolescenza; SIP - Società Italiana di Pediatria per aver fornito materiali ed informazioni.

INTRODUZIONE

Nel redigere il rapporto sulla condizione delle mamme in Italia, quest'anno Save the Children si è voluta concentrare su una fascia di madri poco visibile, le mamme adolescenti, ragazze tra i 14 e i 19 anni che, nonostante la giovane età, decidono di occuparsi personalmente del loro bambino. Seppur quantitativamente circoscritto, questo gruppo di mamme, a parere degli operatori che lavorano a loro contatto diretto, richiede comunque un'attenzione particolare, che deve coinvolgere non solo i servizi medico-sanitari, ma anche sociali ed educativi per consentire, operando in rete nel farsi carico dei casi specifici, il sano sviluppo sia della giovane mamma che del bambino.
In molti casi, le gravidanze non sono state programmate dai giovani genitori, e intervengono quindi in maniera inattesa e senza essere state precedute da una pianificazione e da un'attenta valutazione delle conseguenze che queste comportano nella vita della famiglia, sia essa composta dalla giovane coppia sia da quella d'origine, che interviene in supporto ai genitori e al piccolo. Come è stato rilevato, "Per alcune giovani madri, la maternità può rappresentare un evento felice, ma per la maggior parte dei casi, la nascita è vissuta come troppo precoce e l'esperienza prevalente può essere di rifiuto (...) oppure di panico o dolore. (...) Per effetto di una gravidanza in età adolescenziale, si possono avere anche conseguenze sul piano sociale (...). Per la madre, queste sono rappresentate principalmente dal venir meno delle possibilità di istruzione e di conseguenza delle future possibilità di occupazione e di inserimento nel mondo del lavoro. In questo contesto, si possono riproporre le condizioni che favoriscono una seconda gravidanza a distanza di poco tempo"[1].
Non è facile individuare una tipologia precisa di adolescente più esposta di altri ad una gravidanza precoce, perché le condizioni delle mamme adolescenti possono essere molto differenti fra loro: per età (la situazione di una giovane mamma di 14 anni, com'è chiaramente comprensibile, differisce in modo rilevante da quella di una di 18-19 anni), per contesto familiare, per trascorsi personali. L'indagine condotta nelle tre città campione di Milano, Roma e Napoli ha mostrato un panorama variegato[2] di giovani mamme: alcune sono italiane, altre straniere trasferitesi in Italia, altre ancora rom, che vivono in Italia ma che sono pienamente inserite nel proprio contesto culturale di appartenenza, rispettandone gli usi e le tradizioni.
Alcuni degli operatori intervistati rilevano come, nella loro esperienza, talora le gravidanze precoci possano inserirsi in situazioni multiproblematiche, che comportano l'esigenza di una presa in carico a più ampio raggio rispetto alle questioni collegate alla maternità precoce, che costituisce solo un aspetto di una situazione ben più complessa. Una analisi sistematica degli studi condotti sul tema in alcuni paesi dell'Unione europea indica tre fattori che paiono essere correlati ad un rischio di gravidanza precoce:
- condizioni di deprivazione o svantaggio socioeconomico;
- appartenenza ad una famiglia di origine destrutturata e non stabile;
- bassi livelli di istruzione[3].

Save the Children si è interrogata su chi siano, come vivano e come interagiscano coi propri figli queste giovani e a volte giovanissime mamme. Nel cercare di capire come possa essere vissuta nell'adolescenza (un'età già di per sé difficile da affrontare) una gravidanza precoce, si è voluto dar voce alle mamme e agli operatori che le hanno seguite per comprendere come cambia la vita di ragazze che si trovano all'improvviso catapultate dall'infanzia all'età adulta, ad assumere responsabilità che le proprie coetanee non hanno e a confrontarsi con un'esperienza che nel nostro paese si realizza ad un'età in genere più matura.

[1] De Nisi, M.; Bianchi, L.; Piffer, S., Arisi, E., (a cura di) "Gravidanze e nascite nelle adolescenti. Analisi del fenomeno in provincia di Trento - Anni 2000-2005", Osservatorio Epidemiologico, giugno 2008, pagg. 7-8.
[2] Il gruppo intervistato, comunque, non esaurisce le possibili tipologie di giovani mamme; quelle intervistate solo tutte ragazze intercettate dai servizi cui si sono rivolte e che sono state seguite all'interno delle attività di progetto delle associazioni.
[3] Cfr. AA.VV. "Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review", in European Journal of Public Health, vol. 17, no. 6, pagg. 630-636. http://eurpub.oxfordjournals.org/content/17/6/630.full.pdf+html.

MIHAELA HA 18 ANNI
E DUE FIGLI

CAPITOLO 1

LE MAMME TEEN IN ITALIA, UN QUADRO GENERALE

1. LE MAMME TEEN IN ITALIA, UN QUADRO GENERALE

Grazie all'elaborazione e alla messa a disposizione di dati da parte dell'Istat per il presente Rapporto, è possibile qui di seguito presentare un quadro generale sulle mamme adolescenti in Italia.

1.1. L'ANDAMENTO DEL FENOMENO NEL TEMPO

La tavola che segue presenta il trend del numero di nati da madri sia italiane che straniere minori di 20 anni nel corso degli ultimi dieci anni.

TAVOLA 1. NUMERO DI NATI DA MADRI MINORENNI, DA MADRI MINORI DI 20 ANNI (PER SINGOLA ETÀ) E DAL TOTALE DELLA POPOLAZIONE, INCIDENZA DEI NATI DA MADRI MINORENNI E DA MADRI MINORI DI 20 ANNI SUL TOTALE DELLE NASCITE IN ITALIA. ANNI 1998-2009.

	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998
Nati (Totale)	568857	576659	563933	560010	554022	562599	544063	538198	535282	543144	537239	532824
<15	-	7	3	6	3	8	2	1	3	30	47	3
15	-	33	31	24	27	29	37	24	27	45	55	13
16	-	862	758	770	816	842	788	805	874	933	884	816
17	-	1612	1535	1547	1661	1654	1565	1633	1555	1857	1847	1599
18	-	2948	2737	2701	2749	2751	2645	2862	2641	2952	2853	2513
19	-	4732	4516	4476	4386	4521	4193	4317	4348	4830	4843	4345
15-19	-	10187	9577	9518	9639	9797	9228	9641	9445	10617	10482	9286
<18		2514	2327	2347	2507	2533	2392	2463	2459	2865	2833	2431
<20		10194	9580	9524	9642	9805	9230	9642	9448	10647	10529	9289
% nati <18		0,44	0,41	0,42	0,45	0,45	0,44	0,46	0,46	0,53	0,53	0,46
% nati <20		1,77	1,70	1,70	1,74	1,74	1,70	1,79	1,77	1,96	1,96	1,74

Fonte: Eurostat anni 1998-2009.

I dati forniti dall'Istat, che raffrontano gli anni 1995 e 2008[4], mostrano come il fenomeno delle mamme teen (quindi sia al di sotto dei 18 che dei 20 anni di età) sia in Italia abbastanza circoscritto rispetto al numero totale delle nascite (Tavola. 2).

TAVOLA 2 - NUMERO DI NATI DA MADRI MINORENNI, DA MADRI MINORI DI 20 ANNI E DAL TOTALE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE, INCIDENZA DEI NATI DA MADRI MINORENNI E DA MADRI MINORI DI 20 ANNI SUL TOTALE DELLE NASCITE. ANNI 1995 E 2008.

Anno	Numero di nati da madri <18 anni	Numero di nati da madri <20 anni	Numero totale dei nati	% di nati da madri <18 anni sul totale delle nati	% di nati da madri <20 anni sul totale delle nati
	(a)	(b)	(c)	(a)/(c)*100	(b)/(c)*100
1995	2.962	11.678	518.921	0,57	2,25
2008	2.514	10.194	576.659	0,44	1,77

Fonte: Rilevazione delle nascite di fonte Stato Civile - Anno 1995. Iscritti in Anagrafe per nascita - Anno 2008.

Nel 1995, in Italia il numero di nati vivi partoriti da madri minorenni era pari a 2.962 unità: questi rappresentavano lo 0,57% del totale delle nascite. Negli anni successivi l'incidenza dei nati da madri minorenni è diminuita, seppur lievemente, arrivando a toccare lo 0,44% nel 2008. Il numero di nati da madri che non avevano compiuto i 20 anni era pari a 11.678 unità nel 1995 (questi rappresentano il 2,25% dei nati registrate in Anagrafe) e a 10.194 nel 2008 (pari al 1,77% dei nati).

[4] Ultimi dati Istat disponibili.

Per quanto concerne la nazionalità, le nascite da ragazze minorenni sono relativamente più diffuse tra le madri straniere che non tra quelle con cittadinanza italiana; con riferimento al gruppo delle mamme straniere si registra tuttavia nel tempo un calo più pronunciato del fenomeno. Nel 2000 il peso dei nati da madri minorenni sul totale delle nascite era infatti pari allo 0,66% del totale se si considera esclusivamente i nati dalle mamme di origine straniera; nel 2008 tale quota era pari allo 0,48%. Con riferimento alle mamme minorenni italiane, i corrispondenti valori sono 0,48% nel 2000 e 0,43% nel 2008 (Tavola 3).

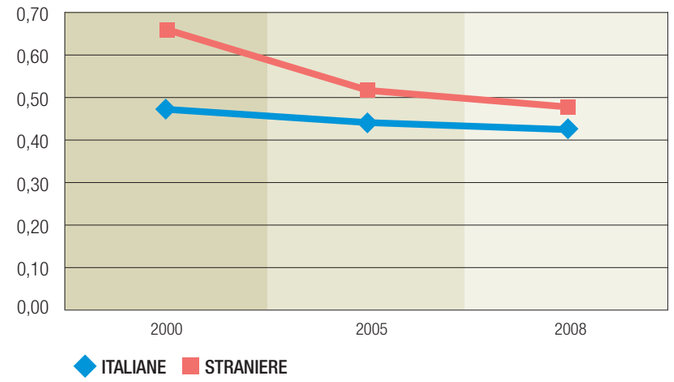
TAVOLA 3. NUMERO DI NATI DA MADRI MINORENNI E DAL TOTALE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE, INCIDENZA DEI NATI DA MADRI MINORENNI SUL TOTALE DELLE NASCITE PER CITTADINANZA DELLA MADRE. ANNI 2000, 2005 E 2008.

Anno	Numero di nati da madri minorenni	Numero totale dei nati	% di nati da madri minorenni sul totale delle nati
	(a)	(b)	(a)/(b)*100
	Cittadinanza italiana		
2000	2.430	510.468	0,48
2005	2.156	486.328	0,44
2008	2.074	484.878	0,43
	Cittadinanza straniera		
2000	231	35.232	0,66
2005	351	67.694	0,52
2008	440	91.781	0,48

Fonte: Iscritti in Anagrafe per nascita - Anni 2000, 2005 e 2008.

Occorre notare come il numero assoluto dei nati da donne straniere sia notevolmente aumentato nel tempo. Al tempo stesso, con riferimento al fenomeno delle nascite da madri minorenni, si assiste ad una convergenza tra le percentuali calcolate per queste due componenti della popolazione (Figura 1).

FIGURA 1. ANDAMENTO NEL TEMPO DELLA QUOTA DI NATI DA MADRI MINORENNI SUL TOTALE DELLE NASCITE PER CITTADINANZA DELLE DONNE.

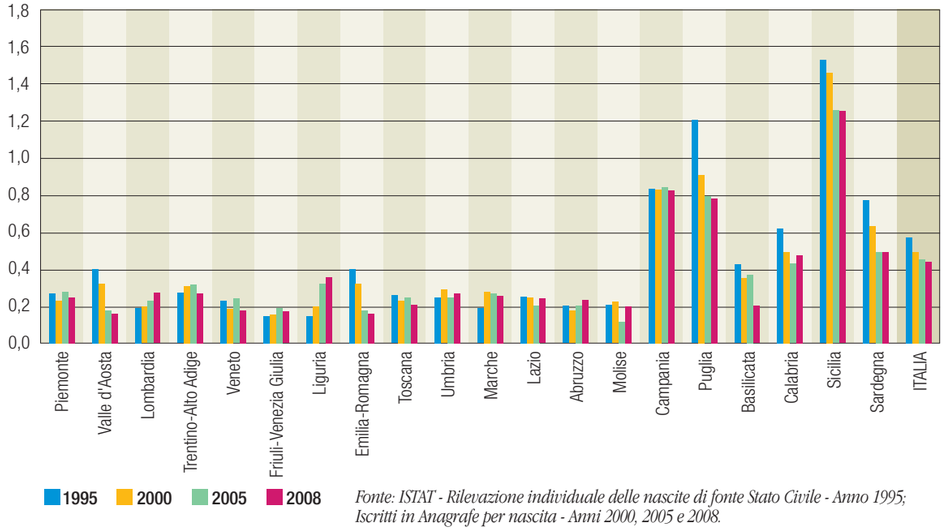


Fonte: Iscritti in Anagrafe per nascita - Anni 2000, 2005 e 2008.

1.2. LA DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA

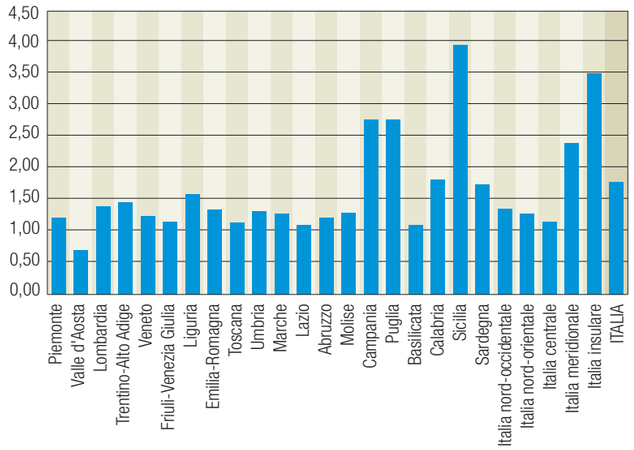
Dall'analisi dei dati Istat, inoltre, emergono anche sensibili differenze tra le quote di nati da madri minorenni sul territorio nazionale: il numero è più consistente nelle regioni del Mezzogiorno e nelle isole, rispetto al resto del paese; in particolare, il fenomeno risulta maggiormente diffuso in Sicilia, Puglia, Campania, Sardegna e Calabria, pur con una tendenza alla diminuzione soprattutto nelle regioni dove esso era più consistente. Pur attestandosi sempre su percentuali basse, si rileva come in alcune regioni del nord, come la Lombardia e la Liguria, si sia assistito ad un aumento del fenomeno tra il 2005 e il 2008. Come si vedrà negli approfondimenti territoriali (per il caso di Milano) questo incremento è probabilmente collegato all'aumentata presenza di donne immigrate.

FIGURA 2. ANDAMENTO DELLA QUOTA DI NATI DA MADRI MINORENNI SUL TOTALE DELLE NASCITE PER REGIONE DI RESIDENZA DELLE MADRI.



Fonte: ISTAT - Rilevazione individuale delle nascite di fonte Stato Civile - Anno 1995; Iscritti in Anagrafe per nascita - Anni 2000, 2005 e 2008.

FIGURA 3. LA QUOTA DI NATI DA MADRI MINORI DI 20 ANNI SUL TOTALE DELLE NASCITE PER REGIONE DI RESIDENZA DELLE MADRI. ANNO 2008.



Fonte: Istat - Iscritti in Anagrafe per nascita - Anno 2008

La distribuzione territoriale della quota di nati da madri minori di 20 anni sul totale delle nascite è del tutto simile a quella evidenziata per le nascite avvenute da madri minorenni (Figura 3): le regioni dove questo fenomeno è più diffuso sono infatti la Sicilia, la Puglia e Campania.

1.3. I PAESI DI PROVENIENZA DELLE MAMME TEEN STRANIERE

Volendo approfondire la provenienza geografica delle giovani mamme straniere, si rileva un cambiamento significativo nel corso degli anni. Se nel 2004 la maggioranza delle mamme teen straniere proveniva dall'Albania (600 mamme), nel 2008 è la Romania il paese con il maggior numero di mamme teen (625), seguita dal Marocco (524) e dall'Albania (453). Questi dati riflettono il trend generale di presenze straniere in Italia.
La situazione, dal 2004 al 2008 si presenta come segue:

TAVOLA 4 - NUMERO DI NATI DA MADRI STRANIERE MINORENNI E DA MADRI STRANIERE MINORI DI 20 ANNI: PRINCIPALI CITTADINANZE. ANNI 2004-2008.

	2004		2005		2006		2007		2008	
	<18	<20	<18	<20	<18	<20	<18	<20	<18	<20
Marocco	85	399	80	442	73	429	43	400	48	524
Albania	59	600	32	478	35	463	28	410	34	453
Serbia e Montenegro	49	147	29	83	32	119	23	83	22	71
Romania	45	230	42	244	54	302	72	510	97	625
Ecuador	17	57	16	67	22	68	33	98	36	117
Macedonia	14	76	23	102	15	105	10	85	24	125
Filippine	12	39	13	47	17	58	15	57	13	50
Egitto	11	51	9	57	8	73	7	40	7	63
Bosnia-Erzegovina	8	28	14	32	9	34	13	41	6	40
Cinese, Repubblica Popolare	8	60	8	70	11	80	16	87	17	108
Perù	6	21	9	33	12	42	9	40	21	53

Fonte: Iscritti in Anagrafe per nascita - Anni 2004, 2005, 2006, 2007 e 2008.

Come si può rilevare dai dati Istat a livello nazionale, nel nostro paese l'incidenza dei nati da mamme straniere col tempo diventa più rilevante. L'attitudine degli operatori nei confronti delle gravidanze precoci è fortemente influenzata da fattori culturali, dei quali non si è di solito consapevoli. La tendenza occidentale a protrarre l'età per diventare genitori, la rappresentazione culturalmente adeguata che una gravidanza va scelta in modo consapevole, il ruolo genitoriale e materno, sono impliciti nel nostro modo di operare scelte personali e professionali. In altre culture vi sono altre rappresentazioni della genitorialità e altre idee socialmente condivise sui tempi della gravidanza. Inoltre gli eventi migratori generano fratture nella continuità fra le generazioni e i ricongiungimenti in età adolescenziale sono spesso connotati da ambivalenze profonde e conflittualità. Per questi motivi la gravidanza in età precoce in situazione migratoria assume significati complessi e deve essere presa in carico con modalità attente al versante transculturale delle dinamiche in atto.

[5] *Fonte: Indagine Campionaria sulle Nascite - Anno 2005. Campione: 245 madri con meno di 18 anni che hanno avuto un figlio nel 2003. Dati pesati: 2546 madri con meno di 18 anni che hanno avuto un figlio nel 2003 (circa 0,48% dell'universo di madri).*

1.4. UN APPROFONDIMENTO DALL'INDAGINE CAMPIONARIA SULLE NASCITE - ANNO 2005

L'Istat ha elaborato inoltre un approfondimento sulle mamme minorenni dall'Indagine Campionaria sulle Nascite del 2005[5]: Anche se i dati non sono recenti (si riferiscono al 2003) è parso utile riportare alcuni elementi che aiutano a definire un profilo delle madri minorenni.

Le mamme minorenni
L'età: il 95% ha avuto un figlio in età da matrimonio (tra i 16 e i 17 anni).Il 61% ha avuto un figlio a 17 anni compiuti.

L'istruzione e il lavoro: i tre quarti della madri minorenni ha conseguito la licenza media inferiore (74%); il 21% ha conseguito un titolo superiore (licenza media superiore).

Il 19% circa delle madri minorenni è occupata al momento dell'intervista e, tra queste, l'87% è occupata alle dipendenze; tra le madri che lavorano alle dipendenze, più della metà (53%) è occupata nel settore del commercio, alberghi e ristoranti.

Il contesto familiare: il 18% ha un marito e nel 35% dei casi il figlio è nato all'interno del matrimonio. Il 47% ha un compagno convivente e nel 79% dei casi il figlio è nato all'interno della convivenza. Il 35% non ha partner conviventi; nel 68% dei casi il padre del bambino ha riconosciuto il figlio.
Il 47% delle madri minorenni convive con altri familiari (oltre al partner, ove presente, e al figlio). Se consideriamo le madri che non convivono con alcun partner, tale percentuale sale al 95%.

Il partner
L'età**:** nel 62% dei casi il partner ha un'età compresa tra i 18 e i 21 anni; solo l'1,6% ha 17 anni compiuti. L'8% ha più di 24 anni.

L'istruzione e il lavoro**:** nel 59% dei casi il partner ha conseguito la licenza media inferiore; il 30% ha un titolo superiore. Solo l'1,5% ha conseguito la laurea.

1.5. IL CONFRONTO CON ALCUNI PAESI EUROPEI

Le tavole che seguono presentano un confronto con alcuni paesi europei (specificamente, comparano la situazione tra Italia, Francia e Gran Bretagna), fornendo i dati Eurostat sul numero dei nati da madri adolescenti.

[5] *Fonte: Indagine Campionaria sulle Nascite - Anno 2005. Campione: 245 madri con meno di 18 anni che hanno avuto un figlio nel 2003. Dati pesati: 2546 madri con meno di 18 anni che hanno avuto un figlio nel 2003 (circa 0,48% dell'universo di madri).*

TAVOLA 5. NUMERO DI NATI DA MADRI MINORENNI E DA MADRI MINORI DI 20 ANNI (PER SINGOLA ETÀ) E DAL TOTALE DELLA POPOLAZIONE, INCIDENZA DEI NATI DA MADRI MINORENNI E DA MADRI MINORI DI 20 ANNI SUL TOTALE DELLE NASCITE IN ITALIA, GRAN BRETAGNA E FRANCIA. ANNI 2000-2009.

ITALIA

GEO/TIME	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Total	568857	576659	563933	560010	554022	562599	544063	538198	535282	543144
0-14	:	7	3	6	3	8	2	1	3	30
15	:	33	31	24	27	29	37	24	27	45
16	:	862	758	770	816	842	788	805	874	933
17	:	1612	1535	1547	1661	1654	1565	1633	1555	1857
18	:	2948	2737	2701	2749	2751	2645	2862	2641	2952
19	:	4732	4516	4476	4386	4521	4193	4317	4348	4830
15-19	:	10187	9577	9518	9639	9797	9228	9641	9445	10617
<18		2514	2327	2347	2507	2533	2392	2463	2459	2865
<20		10194	9580	9524	9642	9805	9230	9642	9448	10647
% nati <18		0,44	0,41	0,42	0,45	0,45	0,44	0,46	0,46	0,53
% nati <20		1,77	1,70	1,70	1,74	1,74	1,70	1,79	1,77	1,96

UK

GEO/TIME	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Total	790204	794383	772245	748563	722549	715996	695549	668777	669123	679029
0-14	195	228	237	256	236	227	241	299	316	329
15	972	1115	1045	1122	1092	1130	1143	1198	1290	1348
16	3611	3743	3835	3992	3946	4110	4091	4075	4238	4359
17	8808	9233	9317	9574	9823	9948	9853	9798	9735	10170
18	14412	14920	14854	15265	15074	15449	15197	14725	14990	1558
19	20569	21157	21226	20857	20225	19888	19349	19069	19588	20263
15-19	48372	50168	50277	50810	50160	50525	49633	48865	49841	51727
<18	13586	14319	14434	14944	15097	15415	15328	15370	15579	16206
<20	48567	50396	50514	51066	50396	50752	49874	49164	50157	52056
% nati <18	1,72	1,80	1,87	2,00	2,09	2,15	2,20	2,30	2,33	2,39
% nati <20	6,15	6,34	6,54	6,82	6,97	7,09	7,17	7,35	7,50	7,67

FRANCIA

GEO/TIME	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Total	825564	829311	819605	830288	807787	800240	793893	793606	804052	808249
0-14	176	190	174	213	223	201	206	206	218	215
15	555	520	552	584	514	559	575	617	639	615
16	1446	1584	1553	1532	1545	1559	1593	1629	1799	1647
17	3148	3270	3304	3348	3342	3501	3427	3436	3634	3429
18	6064	6558	6510	6498	6766	6738	6559	6779	6907	6989
19	10738	11088	11081	11532	11339	11328	11209	11466	12301	11777
15-19	21951	23020	23000	23494	23506	23685	23363	23927	25280	24457
<18	5325	5564	5583	5677	5624	5820	5801	5888	6290	5906
<20	22127	23210	23174	23707	23729	23886	23569	24133	25498	24672
% nati <18	0,65	0,67	0,68	0,68	0,70	0,73	0,73	0,74	0,78	0,73
% nati <20	2,68	2,80	2,83	2,86	2,94	2,98	2,97	3,04	3,17	3,05

Fonte: Eurostat, Anni 2000-2009.

ELVIRA, 17 ANNI, MAMMA A 16

CAPITOLO II

LE MAMME ADOLESCENTI, I RISULTATI DI UN'INDAGINE IN TRE CITTÀ

2. LE MAMME ADOLESCENTI, I RISULTATI DI UN'INDAGINE IN TRE CITTÀ

2.1. PREMESSA METODOLOGICA

Il presente rapporto non intende proporsi come una ricerca esaustiva sul fenomeno delle mamme adolescenti in Italia. Intende, piuttosto, proporre alcuni spunti di analisi su una situazione che, benché non assuma nel nostro paese, a differenza di altri, le caratteristiche di un'emergenza sociale, è pur tuttavia presente, e incide in maniera consistente sulla vita delle ragazze che raggiungono precocemente una tappa fondamentale nella vita di una donna.

L'approfondimento è stato condotto in tre città (Milano, Roma e Napoli), grazie all'ausilio di tre organizzazioni non profit operanti sul territorio, particolarmente impegnate sul tema della cura delle mamme, che sono entrate in contatto con alcune mamme adolescenti, ed hanno raccolto i dati riportati in questo rapporto.

Le organizzazioni citate hanno realizzato 23 interviste a mamme che erano adolescenti al momento del parto e che hanno fruito delle loro prestazioni ed altre 28 interviste agli operatori dei servizi, pubblici e del terzo settore, che seguono le mamme adolescenti.

Le giovani mamme intervistate, tutte residenti in Italia, rientrano nel target di età (al momento del parto) compreso tra i 14 e i 19 anni nel periodo di tempo tra il 2006 e il 2010. I dati riportati qui di seguito, evidentemente, non possono essere considerati statisticamente rappresentativi della condizione di tutte le mamme teen, ma costituiscono senz'altro uno spaccato rilevante di questa realtà, tanto più significativo perché frutto della raccolta e della elaborazione di associazioni impegnate da anni in questo ambito.

Le ragazze intervistate provengono da contesti sociali molto differenti tra loro: alcune sono italiane, alcune con delle realtà multiproblematiche alle spalle; altre sono straniere, giunte in Italia per ricongiungersi a familiari già presenti sul territorio o da sole; altre sono rom, residenti in Italia e inserite nel proprio contesto culturale di provenienza.

Le interviste realizzate con le giovani mamme sono strutturate e a risposta chiusa. Per scelta consapevole, le domande proposte sono incentrate più sulle madri adolescenti che sui loro figli; per questa ragione, nel corso dell'elaborato che segue, l'attenzione è maggiormente concentrata sulle giovani mamme piuttosto che sui loro bambini.

Per quanto concerne le interviste realizzate con gli operatori, sono stati consultati complessivamente 8 psicologi, 8 assistenti sociali, 3 ostetriche, 2 pediatri, 1 mediatrice linguistico culturale, 1 avvocato, 1 educatrice, 1 ginecologa, 1 psicoterapeuta, 1 operatrice domiciliare e 1 operatore. La differente afferenza delle figure professionali interpellate ha consentito quindi di raccogliere opinioni e pareri espressi in ambiti diversi: sanitario, socio-educativo, dei servizi pubblici e del terzo settore.

Nei box che inframmezzano il testo, sono riportate le storie di alcune delle ragazze intervistate o seguite dagli operatori. Le storie sono vere, anche se per proteggere l'identità delle giovani mamme sono stati cambiati gli elementi di contorno dei loro racconti, al fine di non renderle riconoscibili. Si è ritenuto utile ai fini della comprensione del contesto, inoltre, riportare anche alcune testimonianze di operatori.

Sebbene presenti, allo scopo di fornire i parametri fondamentali entro cui il rapporto si muove, i dati statistici e le citazioni della letteratura medica di settore sono marginali rispetto ai contenuti del testo; maggiore rilevanza è stata data invece alle opinioni ed ai pareri espressi dagli operatori che hanno seguito le giovani mamme nel periodo della gestazione e quello immediatamente successivo. Con questa metodologia, si è voluto dare soprattutto voce a ragazze che hanno vissuto precocemente l'esperienza della maternità rispetto alla maggior parte delle loro coetanee ed invitare ad una riflessione sulle problematiche peculiari che le giovani mamme affrontano, trovandosi a crescere più in fretta rispetto ad altre adolescenti.

2.2. CHI SONO LE MAMME TEEN IN ITALIA?

2.2.1. Le mamme adolescenti a Milano, Roma e Napoli

Come già rilevato, il fenomeno delle mamme adolescenti non è particolarmente marcato in Italia, soprattutto ove raffrontato all'incidenza che questo ha in altri paesi, nei quali la rilevanza statistica delle maternità in età adolescenziale è maggiore. Ma chi sono le mamme adolescenti che vivono in Italia? Come vivono la propria condizione? Quali progetti ed ambizioni hanno per il proprio futuro? A quali servizi fanno riferimento, durante e dopo la gravidanza, per la cura di sé e dei propri figli?

L'approfondimento che segue riguarda le città di Milano, Roma e Napoli. Per introdurre questa parte qualitativa del rapporto, è parso utile proporre una panoramica sulla realtà di questi tre contesti urbani e sulla loro evoluzione nel tempo. Come si può rilevare dalla tavola che segue, le tre aree urbane (i dati fanno riferimento ai territori provinciali) presentano situazioni molto diverse tra loro.

A Milano, emerge con particolare evidenza la percentuale, piuttosto alta, di mamme adolescenti di nazionalità straniera (il 2, 62% sul totale delle mamme straniere). La percentuale delle mamme teen sul totale delle mamme si rileva leggermente in aumento (dallo 0,92 del 2005 allo 0,97 del 2008).

La situazione della provincia di Roma fa rilevare la differenza tra la percentuale di mamme teen italiane sul totale delle mamme italiane (0,74) e quella corrispondente relativa alle mamme straniere (1,82) sul totale delle mamme straniere.

A Napoli, il dato risulta ribaltato, dal momento che la percentuale delle mamme adolescenti italiane raggiunge la percentuale del 3,46, mentre quella relativa alle straniere è più bassa rispetto alle altre due province (1,41). Relativamente alla provincia di Napoli, i dati assoluti sono molto significativi, se si considera che sono stati ben 377 i bambini nati nel 2008 da una mamma con meno di 18 anni e 1.169 i bambini con una mamma che non ha compiuto vent'anni.

Sebbene l'Italia venga considerata uno dei migliori paesi al mondo dove essere bambini[6], si deve anche tener conto del fatto che "per molte donne essere madri, in Italia, vuol dire misurarsi con situazioni estremamente critiche, per quanto riguarda la condizione economica, l'integrazione e la stabilità lavorativa, la possibilità di fronteggiare rischi quotidiani e di definire progetti di vita per sé e per il futuro dei propri figli".[7]

I dati raccolti in questo rapporto si basano sulle interviste condotte a 23 giovani mamme, tutte d'età compresa tra i 14 e i 19 anni al momento del parto, di cui 10 italiane e 13 straniere (8 rumene, 3 sudamericane e 2 asiatiche).

Le fasce d'età sulle quali si è principalmente concentrata l'indagine sono 14-16 e 17-19 anni. La scelta è determinata dalle esperienze acquisite in materia dagli operatori sociali che hanno seguito le mamme intervistate: secondo il parere di alcuni di loro, infatti, la fascia tra i 14-16 anni si differenzia in maniera rilevante da quella dei 17-19 anni (e tanto più è tangibile la differenza, quanto più aumenta la differenza di età delle mamme nel gruppo considerato): il livello di maturità intellettuale ed emotiva delle giovani mamme è completamente diverso.

[6] Cfr. Save the Children, "State of the World's Mothers 2010 - Women on the Front Lines of Health Care", pag. 36.
[7] Save the Children Italia, "Le condizioni di povertà tra le madri in Italia", 2010, pag. 30.

TAVOLA 6. NUMERO DI NATI DA MADRI MINORENNI, DA MADRI MINORI DI 20 ANNI E DAL TOTALE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE, INCIDENZA DEI NATI DA MADRI MINORENNI E DA MADRI MINORI DI 20 ANNI SUL TOTALE DELLE NASCITE PER CITTADINANZA DELLA MADRE NELLE PROVINCE DI MILANO, ROMA E NAPOLI. ANNI 2005 E 2008.

Totale (Italiane + straniere)

	2005					2008				
	<18	<20	Tot nascite	%<18	%<20	<18	<20	Tot nascite	%<18	%<20
Milano	65	347	37.803	0,17	0,92	68	381	39.268	0,17	0,97
Roma	69	329	38.341	0,18	0,86	93	394	42.957	0,22	0,92
Napoli	389	1.213	36.156	1,08	3,35	377	1.169	34.540	1,09	3,38

Italiane

	2005					2008				
	<18	<20	Tot nascite	%<18	%<20	<18	<20	Tot nascite	%<18	%<20
Milano	38	171	31.091	0,12	0,55	29	170	31.210	0,09	0,54
Roma	50	232	32.987	0,15	0,70	64	264	35.826	0,18	0,74
Napoli	382	1.196	35.172	1,09	3,40	373	1.151	33.259	1,12	3,46

Straniere

	2005					2008				
	<18	<20	Tot nascite	%<18	%<20	<18	<20	Tot nascite	%<18	%<20
Milano	27	176	6.712	0,40	2,62	39	211	8.058	0,48	2,62
Roma	19	97	5.354	0,35	1,81	29	130	7.131	0,41	1,82
Napoli	7	17	984	0,71	1,73	4	18	1.281	0,31	1,41

Fonte: Iscritti in Anagrafe per nascita - Anni 2005 e 2008.

Le mamme più giovani riflettono comportamenti ed atteggiamenti tipicamente adolescenziali: più spesso vivono in seno alla famiglia d'origine, cui si rivolgono quando abbisognano di supporto economico, emotivo e per l'accudimento del bambino; non sono alla ricerca di una nuova abitazione, nonostante in alcuni casi rivelino uno stato di tensione all'interno della famiglia, con discussioni e contrasti coi genitori ed i fratelli.
Le 17-19enni al contrario, sono più concrete nelle aspirazioni per il futuro, più spesso non vivono con la famiglia e si occupano da sole del proprio bambino, considerano realisticamente la propria situazione; alla domanda "sei contenta della tua vita adesso?", una delle ragazze intervistate risponde: "*Sì, vedo che altre persone stanno peggio di noi. Noi siamo poveri, ma non ci manca da mangiare e il mio bambino sta bene, è in salute... questo è l'importante! Sì, fa un po' il monello ma sta bene! E poi c'è il mio compagno, lui è bravo, non ci abbandona! Lui fa i sacrifici per noi, non come tanti altri... lui è bravo!*"

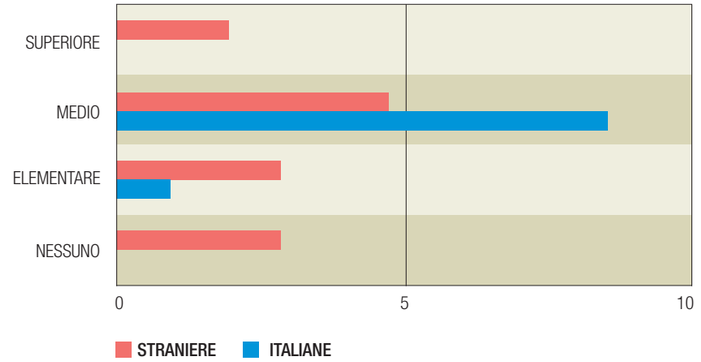
Storia di Anita
Anita ha 19 anni, ed è originaria del Brasile: si è trasferita in Italia con sua madre quando aveva 8 anni, in seguito alla separazione dei genitori. Sua madre si è risposata con un napoletano dal quale ha avuto un altro bambino che attualmente ha 9 anni, separandosi, poi, anche da quest'ultimo. All'interno della famiglia di origine della ragazza ci sono stati episodi di violenza domestica tra adulti, di cui i figli sono stati testimoni e vittime dirette. Per questo motivo il nucleo è noto ai servizi sociali territoriali (SST) e la ragazza con il fratellino è stata collocata, da bambina, in struttura residenziale.
Anita, dopo la III media, ha frequentato un corso professionalizzante di un anno, poi si è ritirata in casa come tante ragazze del quartiere.
Intorno ai 16 anni inizia una relazione con Pasquale, 19 anni, operaio, e a 17 anni si è accorta di aspettare un bambino che decidono di far nascere, pur senza iniziare una convivenza.

Dopo un'ennesima lite familiare, la ragazza lascia la casa di sua madre e si trasferisce presso la famiglia d'origine del suo compagno.
I due oggi hanno un bambino di 9 mesi e vivono coi genitori di lui. I suoceri tendono a sostituirsi nelle funzioni genitoriali a Pasquale, che risulta essere un po' immaturo.
Anita, invece, si prende cura del piccolo Ciro, ed è attenta nei suoi confronti, ma non sopporta l'invadenza della nonna paterna del piccolo.
La presa in carico nel percorso di sostegno alla genitorialità è scaturita dalle preoccupazioni per la situazione di violenza della famiglia di Anita, dall'isolamento in cui la ragazza vive perché la madre non vuole avere rapporti con lei, la fragilità di entrambi i genitori, soprattutto il padre.

2.2.2. Le mamme adolescenti e la scuola

Le giovani mamme hanno livelli di scolarizzazione differenti (figura 6); l'esperienza della maternità ha comunque interrotto la prosecuzione degli studi, e ha influito rispetto ai piani per il proprio futuro scolastico. Solo una delle ragazze intervistate ha ripreso gli studi dopo il parto; nessuna ha intrapreso studi universitari o espresso esplicitamente il desiderio o l'ambizione di avviarli nel futuro. Alcune, però, hanno dichiarato che vorrebbero proseguire gli studi interrotti. Quattro di loro dichiarano di frequentare o aver frequentato corsi di formazione professionale, in maniera da poter accedere ad una carriera propria che possa consentire sia di rendersi maggiormente indipendenti rispetto a chi mantiene loro e i loro bambini (può trattarsi di un marito/compagno o della famiglia d'origine; più raramente, della famiglia d'origine del partner), sia di poter avere una maggiore autonomia nelle decisioni di spesa familiari. Un'operatrice intervistata dichiara in merito: "*Oggi L. più che il bisogno di formarsi, sente il bisogno di lavorare, non tollera di pesare sul suo compagno e sulla sua famiglia d'origine anche per una maglietta!*".

FIGURA 4. LIVELLO DI SCOLARIZZAZIONE DELLE MAMME INTERVISTATE



Fonte: interviste realizzate su un gruppo di 23 mamme.

Ragazza di origine asiatica, Milano
"Mi piacerebbe iscrivermi alla scuola media serale, anche se tutti me lo sconsigliano dicedomi che sarebbe troppo difficile per me perché sono mamma e ho poco tempo, ma lo dicevano anche per la patente e io l'ho fatta lo stesso... riuscendoci!!!".

2.2.3. Le mamme teen e l'indipendenza economica

Solo la minoranza delle mamme adolescenti del gruppo considerato ha dichiarato di avere un lavoro; si tratta però di lavori saltuari, occasionali, che non consentirebbero alle ragazze di mantenere se stesse e i figli. Quelle che comunque hanno un'occupazione, e partecipano quindi, seppur marginalmente, al sostegno del reddito familiare, dichiarano di avere una maggiore autonomia decisionale di spesa, più spesso per piccoli acquisti come cibo o vestiti per sé e per il bambino, meno per quelli più importanti e impegnativi, dove interviene invece il familiare che le mantiene (marito/compagno o famiglia di origine). Alcune dichiarano che vorrebbero lavorare, ma svolgendo un'attività che tenga conto dei tempi loro imposti dalla maternità.

Gli inserimenti lavorativi, comunque, risultano essere scarsi, soprattutto al Sud; questo avviene sia per motivi culturali (la maternità viene vissuta, soggettivamente e dalle famiglie, come incompatibile con le attività lavorative); sia per la bassa qualificazione delle ragazze, che in genere, quando interviene la maternità, abbandonano gli studi.

Occorre considerare che questa situazione si inserisce in un quadro di generale difficoltà che le donne madri si trovano ad affrontare in Italia nel mondo del lavoro, dal momento che i tassi di occupazione femminile nel nostro Paese sono, soprattutto tra le mamme, i più bassi d'Europa. "Il tasso di occupazione femminile misurato tra le donne in età attiva (15 - 64 anni) in Italia, pari al 47,2% nel 2008, è inferiore di circa 12 punti percentuali rispetto al dato medio dell'UE 27 (pari al 59,1%). Solo Malta ha un tasso di occupazione femminile inferiore rispetto a quello italiano"[8].

Nel caso delle mamme adolescenti, le difficoltà sono amplificate da elementi quali la giovane età e la bassa scolarità; il rischio è che la nascita di un figlio possa comportare per le mamme, soprattutto se inserite in famiglie economicamente fragili, un aggravamento delle condizioni di insicurezza economica[9].

La mancanza di autonomia economica delle giovani mamme, in un certo senso, in assenza di marito/compagno, le "obbliga" a mantenere un legame economicamente subalterno con la famiglia di origine. L'indipendenza economica è un fattore importante di sviluppo e di crescita di queste ragazze. Se, infatti, il legame con la famiglia di origine costituisce in molti casi un reale supporto (non solo meramente economico, ma anche di carattere psicologico e morale) ed i membri della famiglia sostengono la giovane mamma non solo nel mantenimento, ma anche nell'accudimento del bambino, in altri casi il rapporto può essere (o divenire in seguito alla gravidanza inattesa) molto conflittuale, ed esporre la giovane mamma a ricatti e condizionamenti.

Gli operatori intervistati rilevano come, mentre c'è un'insistita attenzione sul versante dell'accesso ai servizi sanitari per le giovani mamme, sul versante della cura sociale ci sono molte carenze. La difficoltà di trovare un alloggio a prezzi accessibili e di poter godere di qualche facilitazione (che tenga conto dei tempi della maternità) nelle procedure di iscrizione e frequenza a corsi professionalizzanti allontanano ancora di più le prospettive di un'indipendenza economica delle giovani mamme.

La storia di Florin e Christi

Florin ha 16 anni è arrivata in Italia già incinta. È raro che le ragazze rom possano scegliere il futuro marito. Si è dovuta sposare prima di partire per l'Italia con il ragazzo scelto dalla sua famiglia. Dal giorno del matrimonio è diventata un'altra: deve coprire il capo, indossa gonne lunghe per non essere più guardata da nessun uomo, deve "solo" occuparsi del figlio e del marito, preparandogli da mangiare, lavandogli i vestiti e portando a casa i soldi guadagnati con l'accattonaggio che pratica in metropolitana.

Anche se il marito è pressoché suo coetaneo, Florin non può più avere contatti con gli altri ragazzi. Il suocero soprattutto vigila su queste regole. Raccoglie soldi nella metropolitana e porta tutto al suocero. Si è fermata solo nei 5 giorni precedenti il parto. Ora porta con sé il suo bambino, Christi.
Il marito - di 18 anni, con cui è arrivata in Italia - sta al campo e ogni tanto fa qualche lavoretto, ha messo a posto la loro stanza; la coppia sembra abbastanza affiatata.
Florin è molto coraggiosa ed è stata contenta della proposta di affidare per qualche ora al mattino il bambino alle educatrici per muoversi con più autonomia. Ma è anche contenta di andare in giro con il piccolo perchè raccoglie più soldi.
Non è di molte parole, ma i suoi occhi dicono molto della tenerezza che prova per il piccolo e del piacere di giocare con le altre mamme del campo.
Quando si avvicina il suocero, però, diventa silenziosa.

Gli operatori sottolineano la necessità che tutti i servizi coinvolti nella tutela e nella cura della madre e del bambino lavorino in rete, così da sostenere in maniera più efficace ed integrata i progetti di autonomia delle giovani mamme su diversi fronti: da quello della genitorialità e della socialità a quelli dell'alloggio e del lavoro.

2.2.4. Progetti di vita delle mamme adolescenti

Le interviste condotte con gli operatori evidenziano che, secondo la loro esperienza, le giovani mamme che decidono di avere il bambino lo tengono con sé e se ne occupano direttamente, pur usufruendo del supporto delle famiglie di origine.

Questa scelta di vita delle madri adolescenti condiziona anche le altre decisioni, sia nel breve periodo (es., con l'abbandono degli studi, anche se molte dichiarano che piacerebbe loro riprenderli nel futuro) che nel medio - lungo (es., per ciò che concerne l'inserimento lavorativo o la frequenza di corsi professionalizzanti).

Dalle interviste condotte con le giovani mamme, alcune esprimono un desiderio di maggiore autonomia ed indipendenza rispetto alla propria condizione attuale, anche se i progetti per realizzare questo obiettivo paiono improntati ad una certa vaghezza d'intenti: una mamma, alla richiesta di delineare i propri progetti per il futuro, risponde: "*Non so ancora cosa farò, desidero andare via di casa appena avrò trovato un lavoro*"; un'altra, che è diventata mamma di due gemelli a 16 anni, dichiara: "*Con due gemelli è difficile riprendere a studiare, ma se riesco a iscriverli al nido forse potrei provare a finire la scuola*".

Gli operatori rilevano le insicurezze delle mamme sul proprio futuro, ed in alcuni casi anche sul presente. Il cambiamento, spesso inatteso, intervenuto nelle loro vite muta i parametri progettuali cui si riferivano fino a quel momento, e la nuova condizione ne inserisce di differenti, rendendo la situazione ancora più imperscrutabile e vaga di quanto lo fosse in precedenza. Alcune delle mamme si mostrano impaurite da un futuro che non riescono a delineare con certezza: un'operatrice domiciliare fornisce questa riflessione su una delle ragazze da lei seguita: *"È come sospesa in un frangente difficile e faticoso, in una incertezza che tocca il futuro, ma anche il presente. Non ha lavoro, e non potrà averne per lungo tempo, deve prendersi cura della piccola, e chi le è intorno non sta sicuramente in condizioni migliori*". Un'altra operatrice osserva: *"Isobel appare molto sola e impaurita, vede tutto attorno a se assumere forme impreviste e non sa cosa le serberà il futuro. Il legame con il figlio sembra molto intenso e mai messo in discussione, come se fosse contemporaneamente la ragione dello sconquasso, ma anche il punto fermo, il suo faro".*

[8] Save the Children Italia, "Le condizioni di povertà tra le madri in Italia", 2010, pag. 12.
[9] Cfr. Il Melograno - Centro Informazione Maternità e Nascita, "Manuale di buone pratiche - Osservatorio nazionale sulla povertà delle famiglie alla nascita di un figlio", gennaio 2011.

Secondo quanto riportato da uno degli operatori intervistati, riferendosi ad alcune delle giovani mamme affidate alle sue cure afferma che "*anche quando hanno progetti non sono capaci di portarli avanti e realizzarli*". In parte, questo può essere causato proprio dalla loro giovane età; come rileva un altro operatore, infatti, in alcuni casi le mamme adolescenti mostrano una maggiore difficoltà ad integrare i diversi aspetti della loro identità in evoluzione, o ad assumere una visione più globale.

È invece importante che i servizi sostengano le giovani mamme nel proseguimento del loro percorso di crescita, che consenta loro di reintegrarsi nella società, partecipando attivamente alla costruzione del proprio futuro e di quello del proprio figlio, rendendosi autonome ed economicamente indipendenti e reinserendosi in attività di formazione (scolastiche o professionalizzanti).

In alcune giovani mamme, soprattutto quelle che convivono con la famiglia d'origine, si registra il desiderio di cambiare abitazione, anche se, come osserva un operatore: "*dalla conoscenza delle situazioni emerge una scarsa aderenza alla realtà rispetto alla fattibilità di questo progetto, che resta più un'intenzionalità o un desiderio*". Altre, poco meno della metà del gruppo intervistato, dichiarano invece di non essere alla ricerca di una nuova abitazione. La maggior parte delle abitazioni è fornita dei servizi primari: acqua potabile, luce, riscaldamento, bagno, televisione; in circa la metà dei casi, però, le ragazze affermano che non vi sono spazi adeguati per sé ed il bambino.

Le riflessioni degli operatori, nel loro insieme, sottolineano come interventi di sostegno alle giovani madri possano aiutare a costruire una maggiore consapevolezza di sé attraverso considerazioni efficaci e costruttive sul proprio vissuto e sulla propria esperienza di vita, capace di sostituirsi all'agire impulsivo tipico dell'adolescenza e più rigidamente presente nelle situazioni difficili e/o multiproblematiche. È importante facilitare in queste madri lo sviluppo della capacità di concedersi tempo per conoscersi e per entrare in contatto con i propri bisogni più profondi, di sostenere il processo di autonomia e di differenzazione dalle famiglie di origine, favorendo la possibilità di queste donne di individuare obiettivi raggiungibili e aderenti alla realtà del momento. Affinchè questo processo avvenga è necessario che l'operatore non coltivi aspettative irrealistiche, affiancando le giovani madri in questo percorso di crescita e rispettando le loro scelte e i tempi necessari. Appare utile, a questo proposito, evidenziare ancora una volta le marcate differenze tra le giovani madri 15/16enni e quelle più vicine ai 20 anni. Queste ultime dispongono, infatti, più facilmente di un maggiore realismo sulle aspettative sia rispetto al mondo del lavoro sia rispetto a quello delle relazioni; questa differenza appare ancor più significativa nelle donne migranti sia in ragione della diversa cultura di riferimento sia delle diverse esperienze di vita.

La storia di Maria

Maria è una bella ragazza di 19 anni, madre di Salvatore. La sua famiglia di origine è composta da Mariarca, la madre, che ha avuto Maria a soli 16 anni e lavora come domestica, cura con attenzione la piccola abitazione posta in uno scantinato di un palazzo. Sossio, il padre, che ha 42 anni e dei trascorsi molto difficili alle spalle: ha avuto problemi di dipendenza, proviene da una famiglia fortemente coinvolta in storie di illegalità, è stato detenuto, e poi inserito presso un'azienda comunale come operaio. Mariarca ha costituito per lui lo sprone al cambiamento, ma egli è spesso violento con lei ed ha contratto alti debiti di gioco.
Rosaria, la sorella, che ha 17 anni; nell'infanzia e nell'adolescenza ha vissuto le tensioni familiari diventando il sintomo del disagio (mentre Maria era la "bambina modello"), non ha proseguito gli studi oltre la licenza media; attualmente non lavora ed è violenta, anche nei confronti dei familiari. Nicola, il fratello più piccolo, che ha 10 anni e rappresenta per Mariarca, la madre, l'unica possibilità di riscatto da una vita di stenti e difficoltà ("vista la pessima riuscita di Maria!") dopo che anche Maria ha deluso le sue aspettative ("è una bella ragazza e poteva studiare, avrebbe fatto l'hostess").
Maria, un'infanzia ed un'adolescenza vissute in modo simile alle sue compagne, incoraggiata dalla madre ha proseguito gli studi e all'età di 16 anni, mentre frequentava un istituto professionale, dopo una violenta delusione amorosa, ha iniziato a frequentare Gianni, un ragazzo del quartiere, incoraggiata dalla sua stessa mamma.
Maria oggi racconta di questo fidanzamento con Gianni quasi come di un accordo tra le mamme, preoccupata l'una della salute di Maria e di una possibile anoressia, l'altra dello sbandamento del figlio, che già non manifestava alcun interesse per lo studio e per il lavoro, vedendo dunque, in una relazione significativa, l'unica ancora di salvezza.
Dopo pochi mesi che uscivano insieme, Maria è rimasta incinta per "distrazione" come lei stessa afferma; pur non essendo innamorata di Gianni, ha deciso di continuare questa relazione, e di avere il bambino, Salvatore, nato a marzo del 2009.
Maria non lavora e Gianni lavora saltuariamente come operaio con il papà e lo zio; raramente (in estate) allestisce un chiosco di bibite e panini in un parco pubblico del quartiere. Il nucleo familiare ha un'abitazione pulita e curata, ma molto precaria: occupano una parte di un locale comunale. Si tratta, in realtà di un unico vano con cucina ed un servizio esterno, ma ad uso esclusivo. Li divide dall'abitazione della famiglia di lui una fragile parete di cartongesso che non consente al nucleo familiare alcuna intimità.
Attualmente la coppia ha grossi problemi economici; inoltre, di recente Maria ha anche scoperto che il suo bambino è celiaco e questo ha ulteriormente complicato la loro situazione.
Maria sente molto il peso di essere passata dall'adolescenza all'età adulta troppo velocemente, ritiene la sua famiglia di origine in parte colpevole dei suoi errori e vive un rapporto molto conflittuale con sua madre, che vede in lei il reiterarsi dei suoi fallimenti.
Maria è una mamma che ama il suo bambino, ma non rispetta con lui alcuna norma di sicurezza, è spesso distratta (va in automobile senza seggiolino, o addirittura senza cintura di sicurezza, lo tiene vicino mentre usa il ferro da stiro o la piastra per capelli, ecc.), non giocava affatto con il suo bambino se non mettendogli le suonerie al cellulare o proponendogli di svuotare la sua borsetta.
Per questi motivi si è scelto di aiutare i due giovani, attivando un progetto di sostegno alla genitorialità. A tal fine l'operatrice, supportata dalla rete dei servizi, ha iniziato un percorso di sostegno che prevede un orientamento per Maria e Gianni (curriculum, colloqui di lavoro, ecc.); un supporto psicologico ed educativo per la giovane mamma e un accompagnamento verso reti di volontariato per aiuti di diverso genere.
Dopo aver stilato insieme all'educatrice il curriculum, Maria è riuscita ad ottenere un colloquio presso una catena di supermercati: ha tenuto un brillante colloquio, si è dichiarata disponibile e flessibile, ma appena ha scoperto che era mamma di un bambino, il suo interlocutore si è gelato e ha congedato la giovane.

2.2.5. Cure sanitarie per la mamma e il bambino e accesso ai servizi disponibili

Tutte le madri intervistate sono iscritte al Servizio Sanitario Nazionale e fruiscono, al bisogno, dei servizi di cura di ASL, medici di base e Pronto Soccorso; 21 su 23 hanno partorito in ospedale (2 non dichiarano il luogo del parto); meno della metà dichiara di essersi sottoposta a visite mediche (dentisti, ginecologi e/o altro) nel corso dell'ultimo anno. Tra coloro che dichiarano di non essersi sottoposte ad alcun tipo di visita medica, prevalgono le mamme straniere rispetto a quelle italiane.

Per quanto concerne la cura del bambino, le madri sono molto attente alla salute dei propri figli: tutte le intervistate dichiarano che i bambini sono stati seguiti dal pediatra durante il primo anno di vita; 20 di loro dichiarano che i bambini hanno ricevuto le vaccinazioni obbligatorie; la maggior parte delle mamme ha allattato il bambino al seno.

Quanto alla fruizione dei servizi medici disponibili, alcune delle madri dichiarano di provvedere da sole alla cura dei propri figli, almeno nei casi meno gravi; quando necessario, e a seconda della gravità dei sintomi del figlio, ricorrono al pediatra, al consultorio e al pronto soccorso.

Generalmente, quindi, si può constatare che le giovani mamme conoscono e ricorrono all'assistenza dei servizi disponibili (pediatri, medici di base, consultori e pronto soccorso).

Si evidenzia, inoltre, il fatto che un'esperienza positiva di sostegno durante questa fase nella relazione coi servizi sanitari, sociali e in generale pubblici, possono sostenere la fiducia delle giovani mamme verso il contesto di accoglienza per loro e il bambino, e più facilmente vi si rivolgeranno ancora per cercare l'aiuto e il sostegno dei quali abbisognassero in futuro.

È importante, sotto quest'aspetto, che le mamme identifichino l'offerta dei servizi come un "porto sicuro", cui rivolgersi anche dopo il periodo di gestazione e prima infanzia del bambino, e che rimangano agganciate agli stessi.

Una mamma richiesta di definire con delle immagini i servizi che l'hanno sostenuta durante e dopo la gravidanza li rappresenta così: "come la Croce Rossa, perché mi sono stati d'aiuto; e come un fiore, perché dopo tutte le difficoltà, mi sono sentita in pace (...) Loro aiutano le persone".

In più, in alcuni casi, i servizi offrono alle giovani mamme in difficoltà un sostegno che esula dal mero supporto professionale; secondo quanto dichiarato da una ragazza intervistata: *"Adesso non ci vado più... ma mi hanno aiutato tanto quelli del consultorio, l'ostetrica, il ginecologo e l'assistente sociale. Mi aveva accompagnato il mio fidanzato, lì. È stato lui a parlarmene. Lì potevo trovare assistenza anche senza avere il permesso di soggiorno. All'epoca non ce l'avevo; loro mi hanno aiutato non solo per la gravidanza ma anche a fare la richiesta per i documenti*".

Da questa osservazione, si vede come risulti importante, per le giovani mamme, potersi relazionare con un professionista che si ponga come punto di riferimento anche al di là del bisogno immediato portato dalla giovane mamma, supportandola e sostenendola anche nell'orientarsi all'interno dei servizi disponibili, in maniera che sia la ragazza che il bambino possano utilizzarli in maniera ottimale.

In realtà, come è stato rilevato, è importante che le cure prestate alle giovani mamme durante ed immediatamente dopo la gestazione non si limitino esclusivamente al versante medico-sanitario, ma cerchino di sopperire anche agli ulteriori bisogni (di sostegno psicologico, talora organizzativo, in generale per il benessere diffuso della mamma e del bambino): "L'attenzione che oggi viene data all'evento nascita rimane ancora fortemente circoscritta ai soli aspetti medico-sanitari. La cura e l'assistenza in gravidanza così come la sicurezza del parto sono indubbiamente importanti, ma esistono altre dimensioni della nascita che se sottovalutate o ignorate rischiano di avere conseguenze negative nelle famiglie" [10].

Tra i punti di forza dei servizi, come rileva l'operatrice di una delle associazioni che ha condotto le interviste, "*ricorre la capacità di accogliere bisogni e stati d'animo delle giovani madri, l'esperienza degli operatori, il lavoro in équipe, il lavoro in rete, l'efficacia riconosciuta di alcuni interventi proposti*". Tra i punti di debolezza, invece, a venire in rilievo sono "*la difficoltà di aggancio, la precarietà dei servizi, il lavoro in rete*".

Queste osservazioni evidenziano come il lavoro di rete risulti cruciale nell'affrontare anche questa tipologia di utenza: il buon funzionamento della rete, infatti, può condizionare in modo rilevante l'efficacia dell'intervento realizzato.

Il panorama italiano presenta, in realtà, delle esperienze positive di lavoro di rete; mancano però prassi diffuse e consolidate. Il rischio che ne consegue è che si verifichi una parcellizzazione del lavoro degli operatori che seguono le giovani mamme, limitando così le possibilità di raggiungere l'obiettivo finale, quello di sostenerle nel realizzare e perseguire un progetto di autonomia.

Alcuni operatori osservano come una lacuna del sistema sia costituita dal fatto che non ci siano servizi espressamente pensati per giovani mamme, o comunque non venga fornita ai professionisti del settore una formazione adeguata a questo target specifico di utenti; nonostante i sentimenti di umana comprensione, empatia e talvolta tenerezza che le ragazze ispirano loro, la mancanza di una formazione ad hoc su come interagire con adolescenti che si trovano ad affrontare un'esperienza di vita tanto delicata e particolare (ed i cui problemi personali e familiari, a volte, non si limitano alla gravidanza precoce) può creare talora una difficoltà degli operatori a relazionarsi con le giovani mamme. Per gli operatori, inoltre, si rileva come fondamentale la preoccupazione legata al decorso della gravidanza e al momento del parto: il corpo delle adolescenti, specie le più giovani, infatti, spesso non è maturo per sostenere una gravidanza.

La questione della cura delle gestanti, inoltre, oltre che dal punto di vista prettamente medico, viene presa in considerazione con un approccio olistico al benessere delle giovani mamme: "Fino a pochi anni fa la gravidanza di un'adolescente è stata considerata ad "alto rischio" con possibili ricadute sulla madre, sul neonato e sulla famiglia [...]. Si ritiene invece oggi che le conseguenze negative di una gravidanza in questa fascia d'età siano dovute più a problemi di tipo socio-economico e culturale - quindi all'adeguatezza o meno delle cure parentali - che direttamente alla giovane età delle madri, le quali - se ben assistite dal punto di vista medico e sociale - hanno tutta la probabilità di vivere la gravidanza in modo adeguato e partorire un figlio fisiologicamente sano. Anche le complicanze ostetriche non sembrano essere maggiori rispetto a quelle della donna adulta".[11]

È inoltre fondamentale, come evidenziato da alcuni medici che hanno seguito delle mamme adolescenti, tenere conto del fatto che "*il corpo delle adolescenti, ancora in sviluppo, compete con la crescita del feto: se la gravidanza avviene entro 2 anni dal menarca prevale l'immaturità sessuale. Anche il momento del parto è a rischio: oltre all'immaturità del corpo, le giovani mamme si caratterizzano per scarsa tolleranza al dolore e scarsa partecipazione al parto. Il numero di parti strumentali (con forcipe) è*

[10] Il Melograno, op. cit., pag. 4.
[11] Bertelloni, S., Giobbi, D., Dati, E., *"L'adolescente e la sessualità"*, in XXXXX, pagg. 82-83.

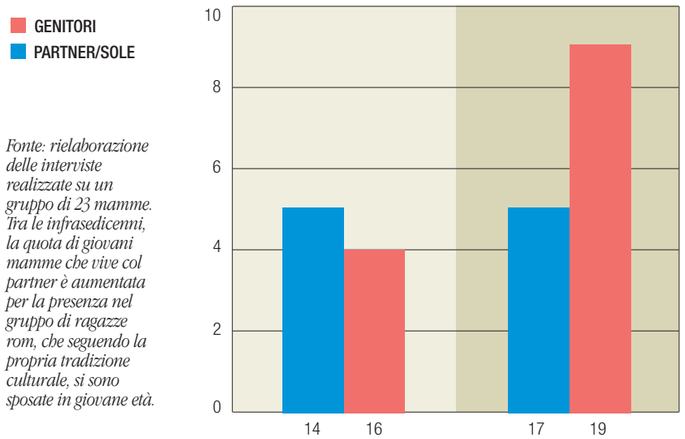
doppio nelle giovani sotto i 16 anni rispetto alle mamme tra i 20 e i 24 anni". Pertanto sarebbe utile, in area sanitaria, *"sviluppare un protocollo speciale per giovani adolescenti, relativo alla sala parto (attività di tutela del primo parto). Questo protocollo esiste già e sarebbe importante implementarlo nelle nostre sale parto".*
Dal punto di vista delle giovani mamme, per contro, alcune dichiarano una certa difficoltà ad orientarsi nell'utilizzo ottimale dei servizi disponibili: una delle mamme intervistate definisce la propria percezione dei servizi con una metafora: "*... un treno, è come un treno che le persone salgono e scendono... e ritornano. Le persone dell'ASL vanno, vengono... nei servizi generali ci sono delle cose positive... bisogna conoscerle, le cose, perché l'ASL ha tanti servizi, quindi bisogna conoscerli e usarli nel miglior modo possibile...*"
Un possibile aiuto per ovviare a questa difficoltà potrebbe consistere nell'affidare la giovane mamma ad una figura professionale, che la prenda in carico con continuità, la orienti ed indirizzi nella variegata offerta di servizi, indicandole di volta in volta il più adeguato e la supporti nella rielaborazione del proprio vissuto. Questo suggerimento è confermato dall'esperienza realizzata sul campo dalle associazioni che stanno sviluppando questo tipo di sostegno al domicilio delle mamme adolescenti intervistate.

2.2.6. Il contesto familiare

La nascita di un figlio rappresenta sempre una fase di transizione nel ciclo vitale delle famiglie, che coinvolge più piani generazionali e che nel caso delle giovani madri si sovrappone a quello dell'adolescenza. Due passaggi fisiologicamente critici che vissuti contemporaneamente rendono più faticoso per tutti i famigliari coinvolti la costruzione di nuovi equilibri relazionali e nelle giovani donne la costruzione di un'identità in grado di coniugare quella di figlia adolescente e quella di madre. È importante aiutare le famiglie ad affrontare questi cambiamenti e sostenere le giovani madri nell'esplorazione dei propri modelli genitoriali anche, quando possibile, attraverso il coinvolgimento delle madri-nonne. Un supporto di questo tipo permette di attivare un processo di cambiamento in grado di sostenere la crescita della famiglia nel suo insieme e di rompere catene di trasmissione trans- generazionale di modelli di genitorialità disfunzionali, riducendo così il rischio che le figlie di madri adolescenti tendano a riproporre gli stessi comportamenti.

A seconda della provenienza culturale, la situazione personale delle ragazze tende ad essere differente: orientativamente, le mamme italiane sono maggiormente sostenute

FIGURA 5: NUMERO DI MAMME ADOLESCENTI CHE VIVONO COI GENITORI/COL PARTNER PER FASCE D'ETÀ.



Fonte: rielaborazione delle interviste realizzate su un gruppo di 23 mamme. Tra le infrasedicenni, la quota di giovani mamme che vive col partner è aumentata per la presenza nel gruppo di ragazze rom, che seguendo la propria tradizione culturale, si sono sposate in giovane età.

dalle famiglie d'origine, che si prendono cura della mamma e del bambino anche in caso di rapporti conflittuali, sia sul versante economico che su quello dell'aiuto pratico nella cura del bambino, sia dal punto di vista del supporto psicologico e morale della mamma. Le mamme straniere, invece, tendono maggiormente ad occuparsi da sole dei propri figli; questo può trovare origine nel fatto che i membri delle famiglie d'origine straniera presenti in Italia sono impegnati con uno o più lavori che li tengono fuori casa tutto il giorno; inoltre, la famiglia è spesso meno allargata di quella di cui possono beneficiare le giovani italiane, in quanto le generazioni precedenti (nonni, zii) sono quasi sempre rimasti al paese d'origine.
Comprensibilmente, facendo riferimento alle fasce d'età, quella più giovane (14 - 16 anni) tende più spesso a vivere con la famiglia d'origine, mentre la fascia d'età maggiore (17 - 19) punta a rendersi maggiormente autonoma.

Storia di Gladys e Victor
Gladys è nata in Ecuador, e dall'età di tre anni ha vissuto con la nonna materna in una grande casa. Quando ne ha tredici parte per l'Italia, dove la mamma l'aspetta per il ricongiungimento familiare da tanti anni sognato e atteso: a Milano l'attende una nuova famiglia, perché la madre ha un nuovo compagno e da lui ha avuto un figlio, che ora ha due anni. Per Gladys non è facile ambientarsi nella nuova casa e nella nuova città: comincia ad andare a scuola, ma fa fatica perché non parla l'italiano e i primi mesi sono molto difficili.
Passati un paio d'anni, la ragazza ha trovato un nuovo equilibrio con la scuola e gli amici, ha un fidanzatino; i rapporti con la mamma rimangono però tesi e le liti sono all'ordine del giorno. Un giorno Gladys confida alla madre di avere un ritardo del ciclo e la visita al consultorio conferma la gravidanza: la ragazza ha 15 anni.
Nei mesi seguenti la famiglia si riorganizza intorno a un evento precoce ma accettato da tutti. Dato che il padre del bambino è maggiorenne, decide di uscire dalla vita di Gladys, per paura che gli accertamenti dell'assistente sociale portino a una denuncia.
Gladys continua ad andare a scuola e frequenta il consultorio, dove viene in contatto con l'operatrice di un progetto di home visiting che la segue a domicilio, dal settimo mese di gravidanza.
La relazione con l'operatrice si approfondisce tra alti e bassi di fiducia e timore, fino alla nascita del bambino: Victor è sano e Gladys mostra, fin dalle prime settimane, di sapersene occupare, con il sostegno dell'operatrice e anche della propria madre.
Le tensioni familiari non sono svanite, ma l'intero nucleo si riorganizza intorno ai ritmi del nuovo nato. Con l'aiuto del consultorio e dell'assistente sociale, dopo qualche mese Gladys può iscriversi ad una scuola che le permette una frequenza ridotta, mentre il figlio è al nido.
La vita della ragazza è radicalmente cambiata, non vede quasi più gli amici di prima ma frequenta i compagni della scuola, è molto impegnata nella cura del bambino ma riesce a fare progetti per il futuro. Quando il piccolo Victor ha un anno, Gladys compie 16 anni e può riconoscerlo legalmente, dandogli il proprio cognome.

In alcuni casi, gli operatori che lavorano a contatto con le giovani mamme rilevano una forte problematicità e complessità nelle dinamiche familiari; certamente, l'inserimento di un bambino in una famiglia d'origine, talora con limitate possibilità economiche, e la conseguente responsabilità di doversi prendere cura della mamma e del figlio da parte dei nonni, crea uno stato di tensione che però in genere non preclude il sostegno familiare alla giovane madre.
In particolare, ciò che viene evidenziato dagli operatori è la presenza spesso invasiva

delle madri delle giovani mamme: anche nei colloqui all'interno dei servizi, queste tendono ad agire come una barriera nelle interazioni tra la giovane madre e gli operatori: parlano per loro, rispondono per loro, intervengono di continuo e questo crea delle difficoltà nei rapporti.

Secondo quanto segnalato da alcune operatrici in riferimento ai casi da loro seguiti nell'ambito di un progetto relativo al sostegno domiciliare alle mamme adolescenti, "*in tutti i casi si è reso necessario sostenere le giovani madri nel processo di costruzione di confini adeguati con le proprie famiglie d'origine e con i padri dei loro figli [...]. In questi casi il lavoro deve necessariamente vincere la sfida di comprendere le famiglie d'origine di queste donne, favorendo l'esperienza di autonomia delle stesse. L'operatrice chiarisce di essere lì per la giovane madre, ma cerca il più possibile di mostrare nella concretezza degli incontri che l'aiuto non può essere sostituzione e che l'arrivo di un bambino può essere molto faticoso e spaventare e preoccupare tutti. Lavorare sulla somiglianza tra madre e nonna spesso favorisce la vicinanza affettiva e, successivamente, la differenziazione*".

Le stesse operatrici dichiarano che in molti dei casi seguiti il livello dei conflitti sia con la famiglia d'origine sia con il partner aveva raggiunto livelli molto elevati.

In altri casi, la famiglia d'origine accetta la presenza del bambino nella famiglia, ed è disponibile a fornire il proprio supporto nell'accudimento del piccolo, ma pone dei limiti "rigidi" alle giovani mamme: i familiari vogliono infatti che queste siano molto responsabili e presenti nella cura del bambino.

Non di rado le ragazze che hanno una gravidanza da giovanissime sono a loro volta figlie di madri che hanno avuto una gravidanza in età precoce[12]. "L'impatto sociale di questo fenomeno può essere diverso tra paesi in via di sviluppo e paesi economicamente sviluppati. Nella maggior parte dei primi l'età al matrimonio è diffusamente molto precoce, quindi l'evento nascita in età 15-19 anni, riguarda una quota rilevante di donne, spesso già coniugate, rappresentando così una situazione che si cala nelle tradizioni storico-culturali dei paesi. Per esempio più della metà delle donne in Africa sub-sahariana e circa 1/3 in America Latina, partoriscono prima dei 20 anni"[13]. Alcune operatrici intervistate segnalano come - dal punto di vista esperienziale - la continuità familiare della maternità precoce sia ricorrente ed incida su due livelli. In primo luogo vi è un senso di naturalezza della maternità precoce. Un'operatrice riferisce: "*la nonna trentacinquenne commenta:anche per me è stato così, è la nostra storia*". Dall'altro lato, le giovani nonne vivono la gravidanza delle figlie come una loro ulteriore e più compiuta occasione di essere madri, a volte in parallelo con una loro gravidanza più matura *"La mamma di G. dice: Non ci sono problemi, li cresco insieme, G, sua figlia e F., la mia piccola di 1 anno"*. Questa affermazione, che esprime una risorsa rispetto alla disponibilità all'aiuto, può nascondere trabocchetti relazionali rispetto alla squalifica della giovane mamma ed a dinamiche risarcitorie che la nonna mette in gioco.

2.2.7. La vita relazionale delle mamme adolescenti con i propri coetanei

La maternità precoce influisce pesantemente sulle relazioni sociali delle giovani mamme, che tendono a distaccarsi dalla loro vita precedente e perdono i contatti con i loro coetanei. Le giovani tendono ad isolarsi e ad essere diffidenti, e a vivere la nuova esperienza, soprattutto nei primi mesi, all'interno della cerchia familiare di appartenenza; spesso, però, i familiari lavorano tutto il giorno e loro passano le giornate a casa da sole con i piccoli (soprattutto le donne straniere). Gli operatori cercano di sostenere le giovani mamme anche nel superare questo isolamento, inserendole in attività di gruppo; però non sempre si riesce a tenere le giovani mamme legate a questo tipo di attività, forse perché normalmente le madri che frequentano i servizi sono generalmente più mature: oltre i 30 ed a volte anche oltre i 40 anni. Perciò le giovani mamme tendono a preferire la proposta di partecipare ad incontri individuali.

Uno degli operatori che lavora a contatto con le giovani mamme, riflettendo su come cambi la vita relazionale di queste adolescenti, ha dichiarato: "*Radicalmente. Non ci sono più i tempi per curare le relazioni. È molto difficile riuscire a mantenere i rapporti, c'è molta solitudine, senso di abbandono. [Queste ragazze] non sono né carne né pesce, perché sono costrette ad essere adulte ma non sentono il senso di responsabilità che il bambino richiede. E poi c'è un conflitto perenne con la madre: da una parte si sentono spodestate perché la madre ha un afflato maggiore verso il nipote, il piccolo, più che verso la figlia e sentono il giudizio sulla loro capacità di accudire. D'altra parte sono invece in una fase in cui sentono molto il bisogno dell'aiuto della madre*".

Sulla base di quanto osservano gli operatori, in genere è proprio la giovane madre che si fa maggiormente carico delle conseguenze della gravidanza dal punto di vista della vita di relazione coi propri coetanei: "*Il padre riesce più facilmente ad avere spazi con gli amici. [Per le ragazze è un grosso cambiamento] perché spesso è anche difficile ingaggiare il papà nella cura del bambino*".

Testimonianza di un operatore, Milano
"*Spesso abbandonano la scuola e non sentono più i vecchi compagni. A parole sembrano negare che la loro vita possa cambiare così radicalmente, in alcuni casi tentano di mantenere le relazioni precedenti, ma risulta difficile*".

Testimonianza di una operatrice di associazione, Roma
"Per quanto riguarda il rapporto con i coetanei, sembra che la gravidanza segni una rottura con l'universo di relazioni vissuto con i pari, una rottura segnata dalla difficoltà di riconoscersi, da una profonda solitudine e da una grande nostalgia. In alcuni contesti una risorsa e al contempo una criticità sembra essere rappresentata dalla ricerca di contatto con persone che vivono difficoltà simili, spesso famiglie ugualmente multiproblematiche che rischiano di radicalizzare un vissuto di marginalità sociale e di diversità".

2.2.8. Il rapporto tra le mamme adolescenti e il loro bambino

Il rapporto tra le giovani mamme e il loro bambino è complesso: da un lato, infatti, sono esse stesse molto giovani e bisognose di cure e supporto; dall'altro, la loro condizione di mamme richiede un'assunzione di responsabilità parentale.

Le reazioni più comuni rilevate dagli operatori nelle giovani mamme sono tendenzialmente due: alcune cambiano trasformandosi, quasi all'improvviso, da ragazze a donne; altre, invece, hanno difficoltà ad esercitare il proprio ruolo di madre e a volte tendono a delegare la cura e l'accudimento del piccolo alla propria madre.

Un'operatrice che ha lavorato a contatto con mamme adolescenti ha riportato queste impressioni: *"Le mamme adolescenti, nel relazionarsi all'operatrice, spesso tendono a delegare la cura del figlio; nel fare questo, però, emerge non un disinteresse, ma un inevitabile bisogno di essere supportate e temporaneamente "sostituite" sia per poter apprendere, a volte, azioni pratiche mai compiute e soprattutto mai pensate prima, che per poter continuare ad essere non solo mamme, ma ancora adolescenti".*
Tra i punti d'attenzione sottolineati dagli operatori che lavorano a contatto con le giovani mamme, si rileva il desiderio riscontrato in queste ultime di crescere insieme al

[12] Cfr. Charbonneau et coll., 1989, in Cardinal Remete, 1999; Morazin, 1991.
[13] De Nisi, M., Bianchi, L., Piffer, S., Arisi, E. (a cura di) "Gravidanze e nascite nelle adolescenti. Analisi del fenomeno in provincia di Trento - Anni 2000 -2005". Osservatorio epidemiologico, Trento, giugno 2008, pagg. 6-7.

proprio bambino; se gli operatori segnalano, come fattori critici, "l'inconsapevolezza, l'incoscienza", "la difficoltà a vedere quello che hanno davanti, la mancanza di progettualità, il sano egoismo: le proprie esigenze vengono prima di quelle del bambino", altri invece accentuano aspetti diversi: "si allineano ai bisogni del bambino, hanno una maggiore elasticità perché sono meno rigide e strutturate [delle mamme più mature, ndr]", "l'approccio alla maternità è più intuitivo", "la maggiore spontaneità e tenerezza nel rapporto col bambino"; "la forza d'animo, la pazienza".

La testimonianza di un'operatrice
"Nel rapporto col bambino sono spesso giocose, spontanee e meno apprensive, lontane dall'ansia e dall'iperprotettività che invece spesso si trova in mamme più mature. Le mamme adolescenti giocano col bambino, ma lo fanno anche per sé, per la voglia che hanno ancora di giocare, per l'infanzia che hanno appena concluso. Guardarle suscita una forte tenerezza...".

A volte, la condizione di giovane mamma crea un disagio nelle adolescenti, le fa sentire "diverse" e in questi casi il bambino viene vissuto come un limite.
Un'operatrice dichiara: *"Il mio vissuto di operatrice è stato attraversato da emozioni molto diverse fra loro: grande tenerezza e senso materno nelle situazioni in cui sembrava di fare da madre ad una madre ancora troppo giovane, di preoccupazione quando il bambino non era al centro delle attenzioni della mamma e posto in situazioni non adeguate alla sua età".*

La testimonianza di un'operatrice
"La maternità convive con l'essere adolescente e con il bisogno di continuare a compiere gesti e perpetuare abitudini che, se perse, creerebbero un disorientamento ancora più grande di quello che una maternità precoce già comporta. Ecco quindi il bisogno di dedicare ancora tempo alla musica amata, alla chat, a facebook, le attenzioni per sé e per il proprio corpo, gli acquisti più per sé che per il bambino; l'adolescenza che ancora deve essere vissuta convive con le richieste del figlio che trovano spazio di attenzione accanto, e talvolta dopo, le attenzioni per sé.

Ad aumentare le insicurezze delle giovani mamme rispetto a come interagire col figlio e come costruire il rapporto con lui, contribuiscono sicuramente rapporti familiari tesi, o il fatto che chi si prende cura del bambino e della mamma non riconosca a quest'ultima il proprio ruolo, mancando di responsabilizzarla e svalutandone le capacità di prendersi personalmente cura del figlio. Un'operatrice domiciliare, esprimendo il proprio parere su un caso da lei seguito, osserva: *"La relazione tra Giulia e Fabio si sviluppa lentamente. In realtà Giulia sembra non rispondere tempestivamente alle esigenze del bambino, però è affettuosa e abbastanza presente considerando la sua giovane età. In questo momento sembra soffrire molto del fatto che la suocera è svalutante nei suoi confronti e soprattutto tende a tenere con sé il bambino per molto tempo nutrendolo o facendolo dormire, spodestando Giulia del suo ruolo di madre".*

Posizione giuridica delle mamme minorenni
La madre minore di sedici anni non può riconoscere il figlio naturale[14]. L'attestazione di nascita non dovrà riportare i dati anagrafici della madre infrasedicenne, bensì la dicitura "donna che non può essere nominata"[15]. Quando il neonato non è riconosciuto neanche dal padre ultrasedicenne, il Tribunale per i Minorenni adotta gli opportuni provvedimenti a tutela del minore ed apre un fascicolo per la sua adottabilità[16]. Nel caso la madre voglia comunque occuparsi del figlio, la procedura di adottabilità è rinviata anche d'ufficio sino al compimento del 16° anno, purché il minore, adeguatamente accudito, abbia un rapporto continuativo con la madre stessa[17]. Non di rado il neonato viene affidato ai nonni e vive quindi in casa anche con la madre. Il tribunale può anche decidere di nominare un tutore provvisorio[18].
Al compimento dei sedici anni da parte della madre, se non sono emersi motivi ostativi, la stessa può chiedere un ulteriore periodo di sospensione di due mesi[19] oppure effettuare il riconoscimento. Una volta effettuato il riconoscimento entro i termini suddetti, il tribunale chiuderà la procedura di adottabilità del minore, a meno che non emerga comunque uno stato di abbandono materiale e morale[20].
Il riconoscimento tardivo, ossia successivo alla dichiarazione di adottabilità e l'affidamento preadottivo, è privo di efficacia[21].
La madre ultrasedicenne può invece effettuare validamente il riconoscimento di figlio naturale[22] e quindi è titolare di tutti i doveri e tutti i diritti nei confronti del figlio legittimo[23], tra cui il dovere di mantenerlo, istruirlo ed educarlo tenendo conto delle sue capacità, inclinazioni naturali e aspirazioni[24], l'esercizio della responsabilità genitoriale[25].
La madre minorenne straniera può effettuare il riconoscimento del figlio naturale alle medesime condizioni della madre italiana. La legge 94 del 2009, "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica" ha previsto che per gli atti di stato civile, tra cui rientra il riconoscimento di figlio naturale, debbano essere esibiti da parte della persona di cittadinanza non europea i documenti inerenti la regolarità del soggiorno sul territorio nazionale[26]. A seguito di allarmate proteste da parte degli enti di tutela, che denunciavano il rischio che le mamme straniere non regolarmente soggiornanti fossero impossibilitate in Italia a riconoscere i propri figli, con conseguente stato di abbandono, il Ministero dell'Interno ha emanato una circolare che ha chiarito che "per lo svolgimento di attività riguardanti le dichiarazioni di nascita e il riconoscimento di filiazione non devono essere esibiti documenti inerenti al soggiorno trattandosi di dichiarazioni rese, anche a tutela del minore, nell'interesse pubblico della certezza delle situazioni di fatto"[27].

L'**assegno di maternità** è una misura di integrazione del reddito per aiutare le madri che non hanno la copertura previdenziale per affrontare l'evento di una nascita[28].
L'assegno spetta, per ogni figlio nato, alle donne che non beneficiano di alcun trattamento economico per la maternità, ovvero che beneficiano di un trattamento economico di importo inferiore rispetto all'importo dell'assegno.
Nel caso di madre minorenne la richiesta può essere avanzata dal padre maggiorenne a condizione che il figlio sia stato riconosciuto dal padre stesso, si trovi nella sua famiglia anagrafica e sia soggetto alla sua responsabilità genitoriale. Qualora anche il padre del bambino sia minore di età, o comunque non risultino verificate le altre condizioni, la richiesta può essere presentata, in nome e per conto della madre, dal genitore della stessa esercente la potestà ovvero, in mancanza, da altro legale rappresentante.
In caso di mamma minorenne con cittadinanza non comunitaria l'assegno può essere richiesto solo se la stessa era in possesso di permesso di soggiorno al momento del parto e chi inoltra la richiesta (padre del bambino o genitore della madre minorenne o esercente la responsabilità genitoriale) deve essere cittadino italiano, comunitario, ovvero in possesso di carta di soggiorno.

[14] Art. 250 c.c.
[15] Decreto del Ministero della Sanità 16 luglio 2001, n. 349.
[16] Art. 11, comma 2, L. 184/1983.
[17] Art. 11, comma 3, L. 184/1983.
[18] Art. 11, comma 4, L. 184/1983.
[19] Art. 11, comma 3, L. 184/1983.
[20] Art. 11, comma 5, L. 184/1983.
[21] Art. 11, comma 7, L. 184/1983.
[22] Art. 250 c.c.
[23] Art. 261 c.c.
[24] Art. 30 Cost, art. 147 c.c.
[25] Art. 317 bis c.c.
[26] Art. 6 D. Lgs. 286/98, come modificato dalla L. 94/2009.
[27] Circolare del Ministero dell'Interno n. 19 del 7 agosto 2009, Prot. 0008899, oggetto: Legge 15 luglio 2009, n. 94, recante "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica". Indicazioni in materia di anagrafe e di stato civile.
[28] L'assegno è stato istituito dall'art.66 della legge n.448/98 con effetto dal 01.01.1999 ed è oggi disciplinato dal D.P.C.M. 21 dicembre 2000 n.452 e dall'art.74 del D.Lgs. 151/2001 Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità.

CAPITOLO III

IL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI

MARIA CIRA, 16 ANNI,
HA UN FIGLIO DI 4 MESI

3. IL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI

Gli operatori intervistati sottolineano come i servizi intercettino in prevalenza situazioni multiproblematiche, che richiedono di conseguenza una presa in carico complessa, non limitata alle sole questioni relative all'affrontare una gravidanza precoce e spesso inattesa. L'offerta di supporto non si limita quindi alle giovani, ma si cerca di coinvolgere anche i partner (ove presenti) e le famiglie di origine per risolvere le problematiche socio assistenziali e la ricerca di un'autonomia lavorativa.

Gli operatori considerano di grande rilievo il lavoro che viene condotto con la famiglia di origine, dal momento che la maggioranza delle giovani mamme ci convive anche dopo il parto. Un'assistente sociale evidenzia come "*la famiglia d'origine è spesso l'unica fonte di sostegno per la madre ed il bambino, ma ingerisce molto, anche troppo, nella relazione madre-figlio. Molto del lavoro che realizziamo si focalizza quindi su colloqui con le nonne, materne e a volte paterne, finalizzato alla mediazione nelle relazioni, all'abbassamento dei toni conflittuali ed alla ridefinizione dei ruoli parentali*".

Una pediatra sottolinea come sia importante avviare nei giovani genitori un processo di valorizzazione e responsabilizzazione: "*Oltre alla visita medica offro spazio alle varie domande che una neomamma può fare. In questo caso, molto spesso le fa guardando sua madre, alla ricerca di una conferma o di un sostegno. Molte volte è la nonna a fare domande, in vece della figlia. Cerco di circoscrivere questo comportamento e di responsabilizzare i genitori (in genere il padre tace...)*".

Richiesti di indicare quali siano, secondo loro, i punti di forza del servizio offerto, gli operatori danno risposte differenti, a seconda delle proprie esperienze e del proprio vissuto personale: alcuni sottolineano la positività dell'intervento domiciliare e la relazione personalizzata con la madre; altri rilevano l'importanza, in un momento molto particolare nella vita delle giovani mamme, di una presenza professionale e neutrale, non giudicante, portatrice di una visione diversa rispetto a tutte le figure che contornano le mamme in quel momento: gli operatori ed i servizi accolgono, ascoltano, abbandonando il giudizio sulle capacità di accudimento delle giovani mamme. Altri individuano tra i punti di forza del servizio offerto il tentativo di non negare l'essere adolescente delle giovani mamme, in un momento in cui l'ambiente intorno richiede loro di essere adulte.

Gli operatori rimarcano i benefici che l'accessibilità e l'offerta capillare di servizi comportano; tra questi, ad esempio, la possibilità di una "personalizzazione" dei servizi stessi, che risulta essere flessibile e adattabile alle esigenze peculiari delle singole mamme, in ragione dell'età, delle risorse al momento fruibili sul territorio, e della disponibilità delle giovani madri al sostegno. La mancata applicazione di standard e protocolli predefiniti, se da un lato premia l'offerta di un servizio più personalizzato, dall'altro mette in luce l'assenza di percorsi pensati dai servizi specificamente per questo peculiare target di mamme.

La storia di Amparo e Luca - dai diari dell'operatrice domiciliare che li ha seguiti

Luca ha un anno e Amparo lo guarda fiera mentre si arrampica su una panchina al parco che ha fatto da sfondo a molti dei nostri incontri, due a settimana nei primi sei mesi di vita di Luca e uno a settimana fino ad oggi. Mi racconta di sentirsi pronta ad affrontare un nuovo inverno, fatto di scuola, lavoro e di una nuova città in cui non avrebbe mai voluto vivere, Milano. Sarà un altro trasferimento imposto, come quello che tre anni fa l'ha portata dal Perù in Italia, dove ad aspettarla ha trovato una madre sconosciuta e una casa fredda e vuota di giorno e superaffollata e rumorosa di notte. Vorrebbe tornare dalla nonna, ma come spiegarle la sua maternità? Sente di non poterlo fare, non ancora.
Andrà a Milano dove il compagno della madre ha trovato lavoro. Non ha diciotto anni e non può rifiutarsi di andare, ma "sa cosa fare" e non ha più la paura dei primi mesi di gravidanza, quando lei copriva la pancia che spuntava sul suo corpo asciutto mentre sua madre piangeva un aborto spontaneo. Non c'è più quella paura coltivata dalla vergogna di raccontare il motivo della sua assenza a scuola e dalla disperazione per Pietro, il suo primo amore. Quella paura cresciuta tra i commenti rabbiosi della madre offesa e spaventata che le ha tolto la parola per mesi.
Ora dice di sapere cosa fare, vuole "resistere" e finire la scuola per diventare infermiera e sa di poter contare su un'assistente sociale che l'aiuterebbe a trovare una casa famiglia nel caso in cui l'aria a casa di sua madre diventasse irrespirabile.
Ha incontrato Pietro, non vuole riconoscere il bambino e si sono detti addio, ma non è più arrabbiata con lui.
Accoglie Luca applaudendolo, mi chiede se le assomiglia e mi fa vedere come cammina quando lo sostiene. Mi appaiono lontanissimi i giorni delle braccia tremolanti e sento che insieme stanno imparando a camminare.

Dalle esperienze maturate sul campo, nell'ambito di un progetto di sostegno domiciliare, alcune operatrici hanno elaborato degli spunti di riflessione, utili a comprendere il contesto nel quale si trovano ad operare. Lo specifico target delle giovani mamme seguite era quello di adolescenti in situazione di grave rischio psicosociale, inserite in nuclei familiari multiproblematici.

Le operatrici rilevano la difficoltà di costruire un rapporto di fiducia con le giovani mamme, ed individuano delle fasi che appaiono ricorrenti nei casi seguiti: "1. La fase della diffidenza, in cui la giovane mamma sembra testare l'affidabilità dell'operatrice sulla base di due elementi principali: quanto sia presente la dimensione del controllo (*Riferirà tutto quello che faccio ai servizi? Vuole vedere se sono una buona madre? È dalla mia parte o da quella di mia madre? È davvero qui per aiutarmi?*) e quanto quella dell'accoglienza (*Tornerà anche se faccio la cosa sbagliata? Sopporterà il caos di questa famiglia?*). In questa fase, le modalità di relazionarsi sono molto differenti da quelle delle madri più adulte: sono più frequenti gli atteggiamenti di sfida, i silenzi prolungati, l'apparente disinteresse. 2. La fase dell'affiliazione: quando viene superata la barriera della diffidenza come principale perno della relazione, spesso ci si trova di fronte ad un grande bisogno di sentire il sostegno domiciliare come uno spazio tutto per sé, in cui il figlio rimane ai margini, sullo sfondo di un appuntamento vissuto come uno spazio di accoglienza e di calore, sperimentando il piacere di sentirsi adolescenti, nonostante tutto. 3. La fase della maternità cercata: è la fase in cui compaiono le curiosità sullo sviluppo del bambino, in cui si possono cogliere con più forza una volontà ed un'azione rivolte alla maternità. Cresce il desiderio di voler essere protagoniste della vita dei propri figli e le giovani mamme riconoscono di poter essere speciali per loro. 4. La fase del saluto, in cui spesso le giovani mamme scelgono l'operatrice come la testimone di una promessa fatta a se stesse per il loro futuro".

L'altalenarsi di queste fasi, però, non è un processo sistematico, nel quale una fa seguito all'altra in modo lineare e continuo; al contrario, riferiscono gli operatori, lo sviluppo del rapporto con le operatrici si evolve in modo spesso discontinuo sia sul versante della presenza e disponibilità agli incontri che negli atteggiamenti mutevoli delle

giovani mamme: “Come se fosse un viaggio intermittente che ospita continuamente vissuti contradditori”. Un altro elemento che può influire sull’andamento di questa situazione è la fase di sviluppo del bambino. Per esempio, mentre nelle prime settimane il bambino è più facilmente visto come “bambolotto” (accudimento dei bisogni primari), man mano che aumentano le interazioni mamma-bambino, la relazione può diventare più significativa ma anche più conflittuale; verso gli 8-9 mesi possono subentrare ulteriori elementi di criticità legati alla fase di differenziazione del bambino, ossia quella fase in cui il bambino tende a percepirsi come distinto dalla propria madre; madre e figlio si pongono in posizione ambivalente rispetto alla separazione.

In alcuni casi, la maternità può essere la conseguenza di violenze perpetrate ai danni delle giovani donne, spesso da familiari o dal partner. Come posto in rilievo da un’operatrice, *“Anche se nessuna delle storie raccolte in questo rapporto fa riferimento diretto a gravidanze frutto di violenza, non può essere ignorata l’esistenza di gravidanze, tra le ragazze minorenni, frutto di violenza domestica o di sfruttamento sessuale”*. È stato inoltre rilevato: “Il primo pregiudizio da sfatare è che la gravidanza costituisca in qualche modo una protezione nei confronti dell’abuso: i dati dimostrano invece con chiarezza che la violenza non risparmia affatto questa fase della vita e anzi può cominciare o inasprirsi proprio in questo periodo. Il fatto che la donna sia più vulnerabile, abbia minore autonomia sia emotiva che finanziaria, può essere vissuto dal partner come un’opportunità per stabilire potere e controllo sulla donna.”[29]

[29] Dubini, V., Curiel, P., “Laviolenza come fattore di rischio in gravidanza”, in Risveglio Ostetrico, anno I, n. 1-2, 2004, pag. 21, http://new.aogoi.it/opencms/pdf/risveglioOst/n_1_2_2004/pp.20_30.pdf.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

In un Paese, come l'Italia, ai primi posti in Europa per le mamme over 40, dove l'età media del primo figlio si sposta progressivamente in avanti, il fenomeno delle mamme adolescenti rischia di rimanere invisibile. Tuttavia più di 10.000 bambini ogni anno nascono da mamme teen. Mamme che incontrano problemi aggiuntivi e specifici rispetto ai tanti problemi che comunemente le madri in Italia devono affrontare, in assenza di una rete consolidata di servizi e di interventi di sostegno.

Come si è visto nelle pagine del Rapporto, per molte giovani mamme la nascita di un figlio comporta l'interruzione dei percorsi scolastici, l'abbandono delle relazioni con i coetanei (e non di rado anche di quelle con il padre del bambino), una difficoltà profonda nell'individuare strade di inserimento sociale e lavorativo per il futuro. La famiglia di origine assume in molti casi un ruolo fondamentale. Se da un lato questo legame rappresenta un sostegno indispensabile nel percorso di crescita dei due minori, mamma e bambino, dall'altra parte, come sottolineano gli operatori, esso tende ad assumere talvolta un ruolo dominante e a complicare il percorso di raggiungimento di un'autonomia.

Nel mondo delle mamme teen vi sono poi situazioni particolarmente critiche da considerare. È il caso del gruppo - limitato come numero ma comunque presente - delle ragazzine che diventano mamme prima di aver compiuto i sedici anni e che vivono dunque l'esperienza della maternità in una fase certamente prematura del loro sviluppo, non solo relativamente ai canoni attuali delle società avanzate, ma in senso assoluto. È il caso, poi, di quelle gravidanze precoci che si verificano in contesi di assoluta marginalità e degrado, di violenza domestica o di sfruttamento a fini sessuali. In queste circostanze, talvolta, è proprio la gravidanza l'elemento rivelatore di situazioni di abuso già in atto da tempo.

È necessario dunque rafforzare la rete di protezione nei confronti delle ragazze che diventano mamme, con interventi specifici di sostegno.

Quelle che seguono sono alcune proposte operative, frutto della riflessione di Save the Children Italia e delle tre organizzazioni non profit che hanno collaborato alla stesura del Rapporto.

- **La formazione degli operatori.** Attivare corsi di formazione ad hoc per gli operatori dei servizi che vengono a contatto con le mamme adolescenti, in modo che acquisiscano competenze adeguate a relazionarsi con questo particolare target, tenendo anche conto che il contesto di provenienza delle ragazze può essere multiproblematico e quindi coinvolgere vari aspetti della loro vita.

- **Una figura professionale di riferimento.** Individuare all'interno dei servizi una figura professionale che prenda in carico con continuità la giovane mamma, sappia orientarla nella variegata offerta di servizi e la supporti nella rielaborazione del proprio vissuto, onde evitare che possano riproporsi altre gravidanze non attese con le stesse modalità.

- **Interventi domiciliari (home visiting)**. Attivare interventi domiciliari, con un rapporto diretto tra gli operatori e le giovani mamme, per facilitare lo svincolo dalla famiglia di origine, rendere le mamme più autonome nell'accudimento del bambino, aumentare la loro autostima sul fatto di poter fornire adeguate cure parentali, prevenire il riproporsi delle medesime circostanze e infine favorire la nascita, in corso di accompagnamento, di nuove relazioni.
- **Servizi sanitari a misura delle giovani mamme.** Sviluppare ed implementare protocolli medici specifici per la cura e il trattamento delle mamme, in modo da poter meglio affrontare i problemi e i rischi per la gravidanza e il parto direttamente correlati alla giovane età delle gestanti;

- **Sostegno all'autonomia lavorativa e abitativa**. Prevedere percorsi agevolati per le giovani mamme in riferimento all'assegnazione di alloggi (anche attraverso forme di social housing) e procedure semplificate per l'iscrizione e la frequenza a corsi professionalizzanti, che consentano alle giovani mamme di rendersi economicamente indipendenti dalle proprie famiglie di origine.

- **Mamme di origine straniera.** La gravidanza precoce in situazione migratoria assume significati complessi e deve essere presa in carico con modalità attente al versante transculturale. È necessario che gli operatori che si occupano di questa materia abbiano una formazione specifica, almeno a grandi linee, sui temi fondamentali della clinica transculturale per poter superare i pregiudizi e aprire l'orizzonte verso altre possibili rappresentazioni culturali. In questo modo, l'intervento degli operatori e dei servizi risulta essere più efficace e maggiormente rispondente alle reali esigenze. È necessario anche poter contare sul supporto di mediatrici culturali adeguatamente formate e adoperarsi per far conoscere i diritti e agevolare i percorsi amministrativi per le mamme straniere non in regola con i permessi di soggiorno.

- **Intervento sociale.** Come si è detto, una gravidanza precoce può essere indicativa di una situazione problematica più profonda. È necessario dunque che gli operatori che entrano a contatto con la adolescente prestino la massima attenzione nell'individuare possibili elementi di criticità da approfondire per attivare eventuali interventi di protezione.

- **Prevenzione.** Programmare interventi di prevenzione della maternità precoce con progetti di educazione sessuale e socio-affettiva. Per raggiungere un target diffuso di adolescenti a rischio, risulta importante ideare e realizzare progetti di questo tipo sia nelle scuole sia in luoghi di aggregazione di quartiere, dove è possibile entrare in contatto con quegli adolescenti che hanno abbandonato le strutture scolastiche.

La situazione di particolare vulnerabilità delle mamme adolescenti va naturalmente inserita nel quadro più ampio della condizione delle madri in Italia. Come già sottolineato nel Rapporto di Save the Children 2010[30], per molte donne diventare madri significa affrontare problemi rilevanti dal punto di vista lavorativo e in ogni altro aspetto della vita quotidiana. L'Italia ha un primato negativo in Europa per il tasso di occupazione femminile e la mancanza di una rete diffusa di servizi per l'infanzia - a partire dagli asili nido - rende ancora più complessa la situazione.

Sono più di un milione le mamme che, in Italia, vivono in condizioni di povertà. Occorre urgentemente invertire la rotta, non solo per garantire un adeguato sostegno alle mamme più vulnerabili - come le mamme teen - ma per assicurare a tutte le donne il diritto di vivere la maternità senza subire contraccolpi sul piano lavorativo e sociale. Per fare questo, è indispensabile un intervento su più livelli: dalle politiche per l'occupazione a quelle abitative, dalla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro alla condivisione di responsabilità con i padri, dall'adeguamento dei servizi per la prima infanzia al rafforzamento degli interventi domiciliari per una presa in carico continuativa e personalizzata quando necessario.

Anche nei contesti più critici, le storie di tante mamme sono caratterizzate da una capacità di resistenza fuori dal comune e da un forte orientamento al futuro. Occorre che le politiche, ad ogni livello, tengano conto di tutto questo, non considerando le mamme - nel migliore dei casi - mere beneficiarie di assistenza, ma soggetti attivi, con risorse e competenze da scoprire e far valere.

[30] Save the Children Italia, "Le condizioni di povertà tra le madri in Italia", Rapporto 2010.

APPENDICE
LE ASSOCIAZIONI PARTNER DEL PROGETTO DI RICERCA

ONLUS / CENTRO DI AIUTO AL BAMBINO MALTRATTATO E ALLA FAMIGLIA IN CRISI
CAF
Bambini si diventa.

CAF ONLUS - MILANO

Il CAF, fondato da Ida Borletti, è un'Associazione Onlus che nasce nel 1979 come primo Centro in Italia dedicato all'accoglienza e alla cura di minori vittime di maltrattamento e abuso. In oltre trent'anni di attività ha accolto e curato oltre 1000 minori in gravissima difficoltà.

Il CAF opera su tre principali aree di intervento:
LA PREVENZIONE, intervenendo a sostegno di famiglie fragili o a rischio e in ambito formativo e di sensibilizzazione;
L'ACCOGLIENZA E LA CURA, offrendo ai bambini vittime di maltrattamenti una casa temporanea e un rifugio sicuro, per iniziare la rielaborazione dei traumi subiti con l'aiuto di operatori specializzati.
IL SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA, accompagnando al recupero delle funzioni genitoriali o sostenendo nelle situazioni di difficoltà e fragilità, anche fisiologiche o legate ad affido e adozione

Alla presa in carico delle famiglie problematiche, è stato sempre affiancato un lavoro di formazione e sensibilizzazione culturale rivolto ad operatori socio sanitari e ad insegnanti; accanto ad approfondimenti sugli strumenti tecnici indispensabili nella gestione di situazioni di maltrattamento, è stato sempre dedicato ampio spazio all'impatto provocato sugli adulti da situazioni dolorose e complesse: confrontarsi con bambini e famiglie sofferenti richiede infatti competenze emotive e relazionali da tenere continuamente allenate.
Inoltre nel lavoro di cura con bambini più vulnerabili perché traumatizzati, abbiamo imparato che, oltre a vedere le ferite e il trauma subito, è fondamentale riconoscere e potenziare le risorse e i punti di forza di ciascun bambino. Questo consente di rinforzare quelle competenze che serviranno ai bambini per affrontare la vita e le difficoltà della crescita anche dopo la permanenza al CAF. La cura degli effetti del maltrattamento ci ha dunque portato a evidenziare e rinforzare alcune caratteristiche personali che possono essere utili nel cammino di ogni bambino: la stima di sé e il senso della propria efficacia, la capacità di riflettere sulle situazioni, i diversi tipi di intelligenza, in particolare l'intelligenza emotiva, la creatività, l'umorismo.
Di seguito, uno dei progetti realizzati dal CAF che ha visto coinvolte mamme adolescenti:

Diventare genitori
Il servizio si propone come un aiuto precoce e concreto, a domicilio, a quei genitori che stanno per avere o che hanno appena avuto un bambino e che si trovano in un particolare momento di difficoltà della propria vita: questo può verificarsi se la madre non ha vicino il partner o familiari che possano sostenerla, se è lontana da casa, se è molto giovane o se la gravidanza è a rischio; oppure ancora se nella famiglia ci sono conflitti o problemi legati a lutti, malattie, perdita del lavoro.
Un'operatrice preparata aiuterà la mamma a casa sua, sostenendola con professionalità e discrezione.
L'intervento di sostegno dura 2 anni, le mamme possono essere accolte già durante la gravidanza. Fra i fattori di "fragilità" e rischio accolti dal progetto ci sono la mamme minorenni che affrontano il complesso compito della genitorialità e del crescere insieme al loro bambino: la presenza dell'operatrice favorisce questo percorso aiutando il contenimento delle emozioni e la ricerca di senso di quanto accade nel quotidiano.

IL MELOGRANO
CENTRO INFORMAZIONE MATERNITÀ E NASCITA

IL MELOGRANO-ROMA

Il Melograno Centro Informazione Maternità e Nascita è un'associazione senza scopo di lucro.
Dal 1983, a Roma e in tutta Italia, è un punto di riferimento per le donne e le coppie che desiderano vivere da protagoniste la nascita del figlio nel rispetto delle proprie scelte, della propria individualità, della propria cultura.

Offre servizi:
- In gravidanza: percorsi di accompagnamento alla nascita, per vivere la nascita con consapevolezza, serenità e fiducia nelle proprie capacità; per condividere emozioni, paure e aspettative. Per riscoprire i ritmi naturali del corpo, per trovare informazioni e strumenti utili per il momento del parto.
- Dopo la nascita: sostegno alla genitorialità, SOS allattamento, Spazio insieme, Incontri tematici, Laboratori creativi per genitori e bambini. Per facilitare momenti di incontro, condivisione e scambio tra genitori, per imparare insieme e non sentirsi soli.
- Di formazione: corsi e seminari interdisciplinari nell'area della nascita e della prima infanzia, rivolti a operatori e professionisti dei servizi pubblici e privati.
- In rete: per promuovere nella collettività una nuova cultura della nascita come valore sociale e favorire l'accoglienza e il rispetto dei diritti del bambino e per sostenere le famiglie maggiormente sole o in difficoltà.

Di seguito, alcuni dei progetti realizzati dal Melograno che hanno visto coinvolte mamme adolescenti:

Progetto "**Raggiungere gli irraggiungibili**". Finanziato dall'Assessorato alle Politiche di Promozione dell'Infanzia e della Famiglia del Comune di Roma, all'interno del I e II Piano Territoriale cittadino attuativo della Legge 285/97, il progetto prevedeva interventi domiciliari di sostegno precoce alla genitorialità, per tutto il primo anno di vita, in nuclei familiari ad alto rischio psicosociale. Tra i fattori di rischio presi in considerazione vi era la minore età.

Progetto "**Insieme nella crescita**". Finanziato dal Municipio Roma 3 nell'ambito del piano di zona legge 328, il progetto prevedevainterventi di sostegno domiciliare a nuclei familiari con un bambino da 0 a 6 anni, in situazioni di particolare difficoltà, tra cui madri minorenni, spazi famiglia per il sostegno alla genitorialità, luoghi di incontro, confronto e gioco per genitori con bambini da 0 a 6 anni, suddivisi per fasce di età.

Progetto "**Prima le donne e i bambini**". Finanziato dalla Provincia di Roma - Assessorato ai Servizi Sociali in collaborazione con l'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di Monterotondo (RM). Il progetto prevedeva: iInterventi di sostegno domiciliare rivolti a donne migranti sole e in difficoltà nelle prime settimane dopo nascita del bambino; spazio Insieme 0-12 mesi per lo scambio e il confronto tra mamme di diverse culture.

Progetto "**Donne migranti e Nascita - Il sostegno alle donne migranti nel periodo perinatale**"
Finanziato dalla Provincia di Roma - Assessorato ai Servizi Sociali, il progetto prevedeva: spazio di ascolto e di sostegno delle donne migranti ricoverate per il parto presso l'Ospedale Policlinico Casilino; interventi di accompagnamento successivi alla nascita del bambino, per donne migranti in situazioni di particolare difficoltà.

L'ORSA MAGGIORE - NAPOLI

L'Orsa Maggiore, cooperativa sociale nata nel 1995 a Napoli, è composta da donne impegnate prevalentemente nel campo sociale ed educativo, che hanno scommesso sulla possibilità di realizzare un'impresa che permetta di coniugare ambizioni lavorative, passione e solidarietà, affrontando la sfida di essere donne che lavorano, al Sud, in un'area debole quale quella dei servizi alla persona. La mission dell'impresa si esprime in: attività sociali ed educative, percorsi di inclusione sociale, formazione, promozione della partecipazione e della cittadinanza attiva.
Offrendo servizi alle persone la cooperativa si avvale di una organizzazione fondata prevalentemente sulle competenze professionali che mette in campo, delle socie o di altre risorse esterne.
Nell'ambito delle diverse attività la cooperativa svolge attività di analisi e di ricerca come metodologia per cercare una corrispondenza tra bisogni e risorse e coinvolgere i partecipanti ai Servizi nei processi di progettazione, gestione e valutazione.
L'impegno per la legalità e per la cittadinanza attiva è trasversale a tutte le azioni ed i Servizi della cooperativa.

1. Le **attività sociali ed educative** sono rivolte a bambini, adolescenti, giovani e famiglie. Prevede progettazione e gestione di:centri di aggregazione; animazione di strada; laboratori creativi e formativi; interventi di educativa territoriale; servizi di sostegno alle famiglie.
Gli interventi sono realizzati in collaborazione con famiglie, servizi socio sanitari, scuole, organizzazioni del Terzo settore (parrocchie, volontariato, associazioni, ecc.) e mirano a creare una rete di opportunità nel territorio.

2. I **percorsi di inclusione sociale** sono rivolti a: giovani, donne, soggetti in difficoltà e comunità territoriali e si realizzano, attraverso un percorso articolato e adattabile alle diverse situazioni dei soggetti, con varie tipologie di interventi: accompagnamento sociale, formazione, orientamento; assistenza; consulenza.

3. La **formazione** è realizzata per: operatori del terzo settore; operatori pubblici; adolescenti, giovani e donne. La formazione è un'attività trasversale ai campi di azione della cooperativa perché permette alle persone di acquisire consapevolezza, sviluppare competenze e potenziare abilità.
Il modello di formazione non prevede pacchetti predefiniti, ma la prefigurazione di un percorso che viene riprogettato in base ai bisogni ed alle risorse dei partecipanti.

4. **Promozione della partecipazione e cittadinanza attiva**: Si realizzano iniziative orientate a favorire l'empowerment personale e comunitario, l'assunzione di responsabilità, il contrasto della delega, lo sviluppo della partecipazione nella programmazione gestione prevalentemente attraverso:laboratori, attività formative,consulenza,supporto tecnico organizzativo.

Di seguito, alcuni dei progetti realizzati da L'Orsa Maggiore che hanno visto coinvolte mamme adolescenti:

PASSI Programmi di Accompagnamento Sociale:
Il progetto, promosso dal Comune di Napoli, è gestito da L'Orsa Maggiore coop. sociale in ATI ed è orientato a sostenere le persone ed i nuclei in difficoltà sociale ed economica con azioni di segretariato sociale, orientamento, accompagnamento nell'esercizio dei diritti e nell'accesso alle opportunità.
Gli interventi sono realizzati in partnership con i servizi sanitari della Asl (UOMI, Ser.T, DSM), con il CGM, l'UEPE, le scuole e il terzo settore.
In questo ambito si svolgono azioni di supporto alle mamme teen, il coinvolgimento dei genitori nei gruppi di lavoro, il rinforzo sull'accesso ai servizi socio sanitari.

Il **Progetto So.Fa.** (Sostegno alle Famiglie) si inserisce nel programma di Adozione Sociale per il Sostegno alle Famiglie delle bambine ed i bambini dei territori in ritardo di sviluppo: è un progetto che vede coinvolti, oltre agli enti del privato sociale, l'ASL ed il Comune di Napoli per il sostegno precoce alla famiglia dopo la nascita di un bambino; sono coinvolti 4 operatori che svolgono funzione di accompagnamento e sostegno ai nuclei familiari. I principali obiettivi sono la valorizzazione della relazione madre-bambino, il sostegno al ruolo genitoriale, lo sviluppo delle responsabilità familiari e l'affiancamento ai genitori, sostenendoli nel determinare le condizioni ottimali per il benessere del bambino.

Il **Progetto Copì** prevede attività di mediazione ed integrazione sociale e culturale a favore dei minori rom e dei loro genitori presenti nel CPA Deledda. La Cooperativa è stata partner del Comune di Napoli ed altri enti ed ha avviato una serie di interventi coordinati per l'integrazione dei minori rom presenti sul territorio. Il percorso ha riguardato processi di tutoring e scolarizzazione, interventi di integrazione all'interno del Centro di Educativa Territoriale Or.Ma.; iniziative seminariali con la comunità degli adulti; Bambini in Girotondo - spazio di socializzazione, cura e accudimento per bambini dai 24 ai 36 mesi.