



**IL FUTURO DEI BAMBINI È NEL PRESENTE**  
CONFERENZA NAZIONALE SULL'INFANZIA E L'ADOLESCENZA



COMMISSIONE  
PALAMENTARE  
PER L'INFANZIA  
E L'ADOLESCENZA



MINISTERO DEL LAVORO,  
DELLA SALUTE E  
DELLE POLITICHE SOCIALI



PRESIDENZA DEL  
CONSIGLIO DEI MINISTRI  
DIPARTIMENTO PER  
LE POLITICHE DELLA FAMIGLIA



COMUNE  
DI NAPOLI

**NAPOLI, 18, 19 e 20 NOVEMBRE 2009**

# **LA NASCITA E L'ACCOGLIENZA DELLE NUOVE GENERAZIONI**

**Relazione introduttiva di  
Raffaella Scalisi**



**IL MELOGRANO**  
CENTRO INFORMAZIONE  
MATERNITÀ E NASCITA

**al 4° Gruppo di lavoro**

Mi occupo di nascita e di prima infanzia da circa trent'anni all'interno dell'associazione Il Melograno, Centro Informazione Maternità e Nascita di Roma, di cui sono fondatrice. Un'associazione che dal 1981 è accanto alle donne, agli uomini, ai bambini e alle famiglie durante il percorso della nascita di un figlio.

All'interno dell'Osservatorio Infanzia coordino in qualità di esperta, insieme al prof. Triani, il gruppo sul Patto intergenerazionale.

Ho scelto di dare il mio contributo alla formulazione del Piano Nazionale di azione per l'infanzia e l'adolescenza proprio all'interno di questo gruppo sul Patto intergenerazionale, per due motivi interconnessi tra loro e che guideranno questa mia introduzione:

1. la necessità di un **riconoscimento esplicito** da parte dell'intera comunità sociale del **valore** della maternità e della genitorialità
2. l'**invisibilità** dei neonati, dei bambini piccolissimi, non riconosciuti nei loro specifici bisogni e poco considerati come soggetti di diritti.

## **Il riconoscimento del valore della maternità e della genitorialità**

Quando si parla dell'attuale necessità di un Patto tra le generazioni che sottolinei i vincoli e le risorse che ciascuna generazione ha verso le altre, un primo atto dovrebbe essere quello che impegna le generazioni adulte ad accogliere nella comunità sociale la **generazione che nasce** nel miglior modo possibile.

Grazia Colombo, sociologa e studiosa di questi temi, nel Convegno *Non solo madre. Non sola*<sup>1</sup>, ha dichiarato:

*"[...] La maternità nella nostra cultura non è sentita né considerata un fatto sociale. Ciò che comunemente si ritiene - sia a livello individuale che istituzionale che del mondo del lavoro - è che mettere al mondo un figlio sia un fatto personale e privato, innanzi tutto della donna, poi della coppia e poi semmai del dintorno familiare. Non c'è affatto l'idea che se una donna mette al mondo un bambino lo fa per tutti noi che siamo parte della comunità umana e che quindi in qualche modo ce ne dobbiamo far carico perché riceviamo comunque il dono di poterci rispecchiare nelle generazioni future, nei loro sogni e nel loro avvenire."*

In un paese come l'Italia, che da sempre ha esaltato e idealizzato la maternità e la nascita, manca un effettivo riconoscimento sociale dell'importanza di questo evento.

Non esiste ad esempio nella nostra cultura un segno, un rituale che accolga la nascita di un neonato nella comunità sociale. Abbiamo solo una burocratica iscrizione all'Anagrafe, oppure c'è il battesimo ma riguarda l'area religiosa.

Ma non è solo questo.

Vediamo velocemente alcuni dati. Velocemente perché sono dati che penso conosciamo tutti ma ci servono per avere in mente una fotografia della situazione.

---

<sup>1</sup> realizzato a Verona nel 2006 dal Comune di Verona e dall'Ass. Nazionale Il Melograno

### **Sul versante demografico:**

Il **calo della natalità** è noto. È un fenomeno che riguarda tutto il mondo: la denatalità si accompagna allo sviluppo economico. Gli economisti hanno rilevato che quando in un paese il reddito pro-capite raggiunge i mille dollari l'anno la natalità comincia a decrescere. Ha scritto recentemente l'Economist: "Quando la gente diventa più ricca, le famiglie diventano più piccole; e man mano che le famiglie diventano più piccole, la gente diventa più ricca".

Ora si sta confermando un lievissimo aumento delle nascite. L'Istat ci dice che nel 2008 sono stati registrati nelle anagrafi comunali 576.659 nati. Circa 50.000 in più rispetto al 1995, anno in cui si è registrato il minimo storico delle nascite e della fecondità (526.064 nati).

Ma il nostro tasso di natalità (ovvero il rapporto tra numero di nascite e popolazione moltiplicato mille) rimane comunque basso, rispetto agli altri paesi europei. Si attesta intorno a 9 mentre la media europea si aggira intorno a 14. Il tasso di fecondità (il numero di figli per ciascuna donna in età fertile) è attualmente pari a 1,35 figli, nel 1995 è stato di 1,19 figli per donna. La media europea è pari a 1,52. Ma l'Istat collega a questo dato un altro molto significativo, ovvero il numero dei figli che si desidererebbe avere è maggiore, è pari a 2,19. E in effetti 2 figli a donna è considerato dai demografi il naturale "tasso di sostituzione" di una generazione rispetto all'altra.

Questa timida ripresa della natalità è accompagnata da alcuni importanti cambiamenti strutturali:

- c'è una forte **disomogeneità tra le regioni**: le differenze tra le diverse regioni italiane non dipingono più un'Italia con un Sud molto prolifico e un Nord dove non si fanno figli, anzi in alcune regioni del Nord la fecondità è superiore a quella del Sud, la Sardegna è diventata la regione che ha i livelli più bassi di fecondità, non è più né l'Emilia Romagna né la Liguria com'era negli anni passati, Bolzano è andato al primo posto nella fecondità, non è più la Campania non sono più le regioni del Sud. Sembrerebbe che laddove c'è un investimento nella miglior qualità della vita in generale si fanno più figli ed è una caratteristica che si riscontra anche in Europa
- il continuo "**invecchiamento**" delle madri, ovvero s'innalza l'età materna al primo parto. L'età media della madre alla nascita del primo figlio, per molto tempo abbastanza stabile intorno ai 25 anni, è andata aumentando fino alla media attuale di quasi 31 anni. Sono in aumento le nascite da donne ultraquarantenni (da 12.383 nel 1995 sono diventate 27.938 nel 2006), mentre solo l'11% dei nati ha una madre di età inferiore a 25 anni
- in questo calo però non sono aumentate le donne che scelgono di non fare figli come è avvenuto in altri paesi, per esempio la Germania, si sono invece **ridotte le nascite dei secondogeniti** e ancora di più dei terzogeniti e oltre
- sono cresciute notevolmente le nascite da **genitori stranieri**, che sono il 12,6% di tutte le nascite (ovvero 1 su 8) o il 16% se si considerano le coppie miste; tra meno di 10 anni si prevede che saranno 1 su 5)

### **Sul versante sociologico:**

- sono più evidenti alcuni **squilibri fra le generazioni**:
  - o è in aumento la probabilità per i bambini di crescere senza fratelli/sorelle e senza cugini, ossia di crescere privi di reti parentali orizzontali
  - o le reti verticali invece sono più lunghe per l'innalzamento delle speranze di vita, ma si spezzano più facilmente per via delle separazioni e dei divorzi, diventano più complesse ed onerose da sostenere
  - o cresce il gap di età fra genitori e figli
- progressiva "**atomizzazione**" delle famiglie, che da una dimensione plurinucleare ed estesa passano ad una dimensione mononucleare e ristretta

- **aumento delle famiglie monogenitoriali**, dove la presenza di un solo genitore non è più imputabile solo alla vedovanza, ma, più spesso, alla separazione dei coniugi
- **diminuiscono gli aiuti informali** sui quali le giovani coppie possono contare, anche perchè la crescita del lavoro femminile riduce il tempo da dedicare alle reti di solidarietà
- è elevato il senso di **inconciliabilità**, soprattutto per le donne, tra la propria vita lavorativa e quella familiare e di cura dei figli (circa un quinto delle donne con un lavoro all'inizio della gravidanza lo perde o ci rinuncia entro i 18-20 mesi del figlio)
- è poco studiato, ma rilevante il dato sulla **violenza esercitata sulle donne in gravidanza**. L'Istat, nella sua indagine sulla violenza alle donne<sup>2</sup>, segnala un 11,5% di donne incinte che hanno subito violenza dal partner. Per la metà di queste la violenza durante il periodo di gestazione è rimasta uguale e per il 17,0% è diminuita, mentre per il 16,6% è aumentata e per il 15,0% è addirittura iniziata; la gravidanza sembra non proteggere dalla violenza

### **Sul versante sanitario:**

- la **mortalità perinatale è diminuita** enormemente, sia della donna (quasi azzerata 0,003%) sia del neonato (intorno al 0,3%, valore analogo a quello della media europea), ma permangono forti differenze tra Nord e Sud
- il percorso nascita è caratterizzato da una forte **medicalizzazione**, come segnala l'Istat nel documento "Gravidanza, parto e allattamento al seno" del 2006
  - o incremento del numero dei parti cesarei, che sfiora il 40% di tutti i parti (38.35%); siamo il paese che ha il più alto tasso di cesarei in tutta Europa
  - o miglioramento delle cure in gravidanza, ma anche sovrautilizzazione delle prestazioni diagnostiche (un eccesso di visite e di ecografie) rispetto ai parametri indicati dalle evidenze scientifiche
  - o maggiori strumenti di conoscenza e di informazione proposti ai futuri genitori, ma questo non comporta un rafforzamento delle loro competenze, ma paradossalmente una maggior delega ai medici
- sono in crescita le situazioni di **depressione post-partum** e di disagio psichico nel puerperio, secondo quanto ha denunciato l'ultimo Congresso della Società Italiana di Psichiatria nell'ottobre 2009.

In questo contesto la decisione di mettere al mondo un figlio è sempre più spesso considerata una scelta coraggiosa piuttosto che naturale.

Isolamento, solitudine, fragilità, fatica fisica ed emotiva, insicurezza e senso di inadeguatezza sono sentimenti frequenti nelle donne e negli uomini che diventano genitori.

Le donne in particolare sono più sole e in difficoltà nell'affrontare l'impatto della maternità nella loro vita.

La solitudine non si esprime solo nel non avere nessuno accanto, ma soprattutto nel non sentirsi ascoltate, comprese e sostenute.

Per essere soggetti che elargiscono cure (nel significato della parola "care", prendersi cura) devono poter essere esse stesse oggetto di cura in una condizione di non isolamento, altrimenti la relazione di adattamento armonico col bambino stenta a costruirsi.

Parallelamente gli uomini, si stanno avviando lentamente verso una modificazione sostanziale del ruolo paterno, ma faticano a reperire una memoria della cura al maschile.

---

<sup>2</sup> Istat "La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia", Roma, 2007

Secondo un'indagine Istat<sup>3</sup> è mutata la propensione dei padri a svolgere il lavoro familiare, nella direzione di accrescere il coinvolgimento nella cura dei figli; i padri giocano e parlano di più con i figli, partecipano a corsi di preparazione al parto o assistono al parto più che in passato; vogliono essere presenti e protagonisti fin dai primi giorni nella vita dei propri figli; se separati incontrano e si occupano maggiormente dei figli. Ma nello stesso tempo faticano ad elaborare nuovi linguaggi e nuovi modelli di paternità.

Entrambi, donne e uomini, esprimono in forme e modi diversi la fatica nel porsi come adulti responsabili verso i propri bambini.

Per questo è necessario un **pensiero collettivo**

che sostenga e curi l'accoglienza di ogni nuova nascita

che la consideri un investimento della e per la collettività

che superi la solitudine e la chiusura privatistica, in cui sono vissute le responsabilità genitoriali

Sono necessari segni tangibili che testimonino la volontà di costruire un contesto sociale rassicurante in grado di sostenere nuovi rapporti di solidarietà attorno alle madri e ai padri, con un'accresciuta disponibilità ad accogliere, comprendere e farsi carico dei loro bisogni, soprattutto all'inizio del loro percorso, quando maggiori sono le difficoltà. Perché senza un riconoscimento esplicito, i genitori rimangono soli e spaventati di fronte a un compito così impegnativo.

## Invisibilità dei neonati

Il secondo tema, collegato al primo, riguarda l'invisibilità dei neonati, dei bambini piccolissimi, non riconosciuti nei loro specifici bisogni e poco considerati come soggetti di diritti. Quando si parla di infanzia ci si riferisce quasi sempre a bambini dai 3 anni in poi. Esiste una sorta di paradossale incollocabilità dei più piccoli, figli spesso unici, preziosi, ma nello stesso tempo non visti e non riconosciuti nei loro bisogni fondamentali, soggetti che, potremmo dire, faticano a trovare un loro posto sociale e un riconoscimento di diritti.

I segnali indicatori sono molteplici:

### - nei luoghi del parto

- o per l'eccessiva medicalizzazione, di cui si diceva prima, raramente sono luoghi che accolgono i bisogni psico-affettivi, di intimità e di calore delle mamme e dei neonati. Gli ospedali sono i luoghi di cura delle malattie, difficilmente sono attrezzati per l'avvio di una relazione d'amore
- o nelle strutture ospedaliere la divisione tra i reparti di ostetricia e neonatologia mostra la difficoltà a considerare come unità di 'cura' la diade madre-bambino, il bisogno basilare che il neonato ha di non separarsi dal corpo materno; sono ancora pochi gli ospedali che sono strutturati in modo da consentire il rooming-in e ciò non facilita l'avvio della relazione madre-bambino, il loro incontro.

### - nella conduzione dell'allattamento:

- o nei giorni successivi al parto l'organizzazione ospedaliera spesso non permette al neonato di nutrirsi con il colostro (alimento con innumerevoli proprietà nutritive, ed immunitarie) prodotto dal corpo materno; le indicazioni dell'OMS di attaccamento al seno entro le prime due ore dalla nascita sono disattese: solo il 48,4% delle donne in Italia ha avuto questa possibilità
- o Il numero di bambini che viene allattato al seno in modo esclusivo o predominante, pur essendo elevato, (65,4%) non è totale, così come raccomanda l'O.M.S.

---

<sup>3</sup> L. L. Sabbadini, "Essere padri: tempi di cura e organizzazione di vita" 2005

- o Solo 18 strutture in tutta Italia sono certificate dall'O.M.S./UNICEF come "Ospedali Baby-Friendly".

**- nelle Terapie intensive neonatali e nelle strutture pediatriche:**

l'organizzazione, i tempi, le regole spesso non sono funzionali ai bisogni dei neonati, alla loro esigenza di contenimento, di rassicurazione e di stretta vicinanza con i genitori

**- nello scarso numero di asili nido:**

- o che è ancora molto basso: secondo un recente rapporto Istat<sup>4</sup> i Comuni italiani che hanno attivato almeno un servizio tra asili nido, micronidi o altri servizi integrativi/innovativi per l'infanzia sono appena il 39% del totale e solo l'11,3% dei bambini in età 0-3 anni fruisce di questi servizi (in Europa si è chiesto che sia almeno il 30%).
- o permane, inoltre, pur con un'evidente evoluzione, la difficoltà a riconoscerli come importante servizio educativo per il bambino e non solo come strumento assistenziale e di supporto per l'inserimento lavorativo delle donne.

**- nei luoghi e negli spazi, infine, del vivere sociale:**

i servizi, parchi, le strade, i negozi, non sono adeguati alle esigenze dei bambini piccolissimi e dei loro genitori. Non mi soffermo perché è sotto gli occhi di tutti.

Un importante Rapporto dell'Unicef/Centro di ricerca Innocenti, dal titolo "Come cambia la cura dell'infanzia"<sup>5</sup> ha costruito una classifica tra i 25 paesi dell'OCSE rispetto a una serie di parametri che determinano la tutela dei diritti dei bambini nei loro primi anni di vita. L'Italia in questa classifica che assegna un punteggio da uno a 10 raccoglie solo un 4, dovuto soprattutto all'esistenza di servizi per i bambini di 4 anni, ovvero della scuola dell'infanzia, ma non prima.

Parametri comparativi		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Numero di parametri soddisfatti	Congedo parentale di 1 anno al 50% dello stipendio	Un Piano nazionale che dia priorità ai bambini svantaggiati	Servizi di assistenza all'infanzia finanziati e regolamentati per il 25% dei bambini sotto i 3 anni	Servizi educativi per l'infanzia finanziati e accreditati per l'80% dei bambini di 4 anni	Formazione dell'80% di tutto il personale di assistenza all'infanzia	50% del personale dei servizi educativi per l'infanzia accreditati con istruzione di livello universitario e relative qualifiche	Rapporto numero per minimo personale-bambini di 1:15 nell'istruzione prescolare	1% del PIL speso nei servizi per la prima infanzia	Tasso di povertà infantile inferiore al 10%	Inclusione quasi universale nei servizi sanitari di base per l'infanzia
Svezia	10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Islanda	9		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Danimarca	8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Finlandia	8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Francia	8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Norvegia	8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Belgio (Fiandre)	6		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nuova Zelanda	6		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Slovenia	6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ungheria	6		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Austria	5		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Paesi Bassi	5		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Regno Unito*	5		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Germania	4		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Giappone	4		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Italia	4		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Portogallo	4		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Repubblica di Corea	4		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Messico	3		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Spagna	3		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Stati Uniti	3		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Svizzera	3		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Australia	2		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Canada	1		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Irlanda	1		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Totale parametri raggiunti	126	6	19	13	15	17	20	12	6	10	8

\* I dati per il Regno Unito si riferiscono alla sola Inghilterra.

<sup>4</sup> Istat *Essere madri in Italia*, 2007.

<sup>5</sup> Unicef/Centro di ricerca Innocenti, *Come cambia la cura dell'infanzia*, dicembre 2008



.....invisibilità, eppure

la ricerca e la letteratura scientifica  
considera

**i primi anni di vita**

come fondamentali e basilari per tutto  
lo sviluppo infantile

CONFERENZA NAZIONALE SULL'INFANZIA E L'ADOLESCENZA - Napoli 18 19 20 novembre 2009  
Gruppo di lavoro "L'accoglienza delle nuove generazioni: evento nascita e servizi per la prima infanzia"

Di contro la letteratura scientifica più recente considera i primi anni di vita (e in modo particolare il primo) come fondamentali e basilari per tutto lo sviluppo infantile.

Gli studi e le ricerche scientifiche elaborate negli ultimi 20 anni in campo neurologico, psicologico e pedagogico, hanno modificato radicalmente l'immagine del neonato: non più un essere bisognoso solo di cure ed esclusivamente ricettivo ma persona dotata fin dal momento della nascita di competenze relazionali, in grado di comunicare attivamente, di rispondere in modo adeguato ai segnali dell'ambiente e di adattare di conseguenza il suo comportamento.

Gli studi hanno, inoltre, dimostrato sempre più chiaramente che molto del futuro di un bambino si gioca nei primi due anni di vita e che la qualità dell'accoglienza alla nascita e la qualità dei rapporti che il neonato instaura con i suoi genitori e con le altre figure educative che si occupano di lui, sono fattori determinanti per il suo sviluppo, influenzando profondamente le sue capacità interattive, le competenze cognitive, il senso di identità, la vita affettiva ed emozionale. Viene chiamato "periodo particolarmente sensibile" per tutta la sua crescita.

Sempre nel Rapporto dell'Unicef sulle cure alla prima infanzia si afferma:

*"Al centro delle recenti ricerche sullo sviluppo del cervello umano c'è qualcosa che non potrebbe essere più distante dalle scienze fisiche e naturali. Il modo in cui la maggior parte dei genitori risponde ai bambini – il linguaggio infantile, i sorrisi e il ciangottio, la ripetizione dei suoni, delle parole e dei gesti, la gioia per ogni piccolo progresso del neonato – sono tutte cose che non si prestano facilmente all'analisi scientifica. Eppure è esattamente questo tipo di rapporto intimo, affettuoso e individuale che, insieme a un'alimentazione adeguata, costituisce l'input essenziale per lo sviluppo emozionale, fisico e cognitivo dell'essere umano."*

In particolare vorrei segnalarvi i più recenti studi delle neuroscienze sull'architettura del cervello alla nascita.

Semplifico un po' per maggior chiarezza, ma il dato è importante. Spero non me ne voglia la dott.ssa Moschetti che ha a lungo studiato il rapporto tra sistema neuro-ormonale e stili di attaccamento e che ha ispirato la slide successiva.

## Conservazione della specie

### Ossitocina

(accoppiamento, parto, allattamento, accudimento prole)  
attività prosociali: ricerca del legame, sensibilità, empatia, fiducia

## Conservazione dell'individuo

### Asse ipotalamo ipofisi surrene

(difesa da minacce e stress, reazioni di attacco, fuga, concentrazione su di sé)  
aggressività, evitamento, trascuratezza della prole

Tratto da: A. Moschetti, M. L. Tortorella, *Ossitocina e attaccamento*, Quaderni ACP 2007

CONFERENZA NAZIONALE SULL'INFANZIA E L'ADOLESCENZA - Napoli 18 19 20 novembre 2009  
Gruppo di lavoro "L'accoglienza delle nuove generazioni: evento nascita e servizi per la prima infanzia"

Si è visto che il neonato struttura le proprie connessioni cerebrali e apprende i propri modelli di regolazione all'ambiente sotto l'influenza dell'azione congiunta di ormoni e neuromediatori.

Esistono due circuiti antagonisti tra loro:

- uno proprio della conservazione della specie, presieduto principalmente da un importante ormone l'ossitocina, l'ormone detto prosociale perchè sovrintende a una serie di funzioni quali l'accoppiamento, la nascita, l'allattamento, l'accudimento della prole, il legame parentale e il legame tra pari.
- l'altro è quello della conservazione dell'individuo, presieduto dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrene che è invece responsabile di tutti quei comportamenti di difesa in situazioni di minaccia, di stress, quali le reazioni di attacco, la fuga, la concentrazione su di sé, ecc.

Cosa succede alla nascita? Una situazione di tranquillità ambientale innesca nella madre il circuito dell'ossitocina, attivando così comportamenti e attività "prosociali": calma, fiducia, ricerca del legame, attenzione all'altro, sensibilità, empatia. E anche il cervello del neonato si nutre e si attiva in questo senso.

Una situazione, invece, di stress eccessivo determinato da un parto logorante o successivamente da condizioni di vita precarie e disagiate attiverà nella madre l'altro circuito, quello della conservazione di sé; avrà quindi nei confronti del figlio una prevalenza di quei modelli di comportamento tipici della risposta allo stress, ovvero fuga dalla relazione, aggressività, rifiuto, evitamento, concentrazione su di sé e trascuratezza della prole.

La relazione di attaccamento madre-figlio risulta quindi molto diversa a seconda di quale circuito neuro-ormonale sia stato prevalente al momento della nascita e nei primi periodi di vita. Il cervello del neonato, estremamente sensibile nei primi due anni agli effetti dell'uno o dell'altro modello di comportamento, si struttura nelle sue connessioni "apprendendo" il determinato stile relazionale che gli viene trasmesso. E' stato, inoltre, verificato che tale apprendimento è duraturo nel tempo poiché successive modificazioni delle condizioni ambientali non cambiano di molto quanto strutturato nei primi anni di vita.

Al contempo la plasticità dei primi anni di vita è tale che anche un piccolo cambiamento può avere effetti importanti a lunga distanza, come quando in una barca spostando anche di poco il timone si modifica, sul lungo percorso, il punto finale di arrivo<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> S. Muscetta (2002) *Il sostegno alla relazione genitoriale*, relazione al Convegno "Genitori a rischio: la prevenzione precoce", Università Cattolica, Brescia, 7 dicembre 2002



Dunque da un lato estrema importanza dei primi anni e dall'altro invisibilità e non riconoscimento dei bisogni dei piccolissimi e solitudine dei genitori. Occorre sanare questo contrasto. Occorre un'assunzione di responsabilità e un rafforzamento di una cultura comune in merito alla migliore qualità dell'accoglienza dei nuovi nati.

Perché "per allevare un bambino ci vuole un villaggio" secondo un saggio proverbio africano, citato spesso da Gandhi e da tanti altri illustri personaggi.

## Che fare in concreto?

Una prima azione che come Osservatorio abbiamo proposto per il Piano d'Azione riguarda la necessità di **approvazione di uno specifico atto normativo, una legge nazionale organica in merito al parto**, che garantisca, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, una migliore qualità dell'evento nascita e che dia il segno di una volontà collettiva di accogliere bene le nuove generazioni.

Il sistema legislativo italiano non contempla ancora una legge nazionale sull'assistenza alla nascita, nonostante che nelle legislature degli ultimi vent'anni siano stati presentati numerosi disegni di legge. Solo in alcune regioni (Emilia Romagna, Lazio, Marche, Campania, Abruzzo, Lombardia, Piemonte, Veneto) e nelle Province autonome di Trento e di Bolzano si è legiferato, in modo più o meno esaustivo, intorno al tema della nascita e dei diritti della partoriente e del nuovo nato. Ma spesso il loro dettato è poco conosciuto e disatteso.

Inoltre, l'attuale Piano sanitario nazionale 2006-2008 denuncia il mancato raggiungimento di molti degli obiettivi, relativi alla nascita, presenti nell'ultimo Progetto Obiettivo Materno-Infantile 2000, che allo scopo di salvaguardare le fasce più deboli e di garantire maggiore uniformità dei livelli di assistenza, indicava la necessità di «assicurare processi assistenziali tendenti alla sempre maggiore umanizzazione dell'evento nascita, coniugando la possibilità di far coesistere la sicurezza per la partoriente e il nascituro con il rispetto di quanto desiderato dalla donna in una fase delicata per il ciclo vitale».

Attualmente in Italia, nonostante un buon livello di sicurezza sanitaria raggiunto si viene al mondo in condizioni che poco tutelano il rispetto delle esigenze delle madri e le sensibilità e i bisogni dei neonati, il loro divenire persona.

In Italia si nasce quasi esclusivamente in ospedale, diversamente da altri Paesi Europei dove sono prese in considerazione altre modalità di gestione dei parti fisiologici come le Case di Maternità, adiacenti ma separate dagli ospedali, o dove si pratica anche il parto a domicilio assistito nell'ambito del SSN. L'ospedale è il luogo di cura della malattia ed inevitabilmente le motivazioni sanitarie prevalgono sugli altri aspetti del parto-nascita, quali l'emotività, l'affettività, l'intimità della relazione madre-bambino. Non solo, l'eccessiva medicalizzazione non attiva le competenze genitoriali.

Occorre quindi una legge che, nel rispetto della sicurezza e di tutte le evidenze scientifiche ormai acquisite, promuova un'assistenza all'evento nascita che garantisca il benessere complessivo della madre, del suo bambino, della sua famiglia e che quindi sia basata sui seguenti principi:

- il rispetto delle scelte individuali, l'assistenza personalizzata e continuativa in tutto il periodo perinatale, dalla gravidanza al dopo nascita
- l'assecondamento e la non-interferenza dei meccanismi fisiologici che intervengono nella gravidanza, nel parto e nell'allattamento
- l'offerta di metodiche non invasive e in un ambiente idoneo alle esigenze di madre e bambino
- la promozione dell'allattamento materno secondo le indicazioni OMS
- la promozione del rooming in, per la vicinanza e la conoscenza tra madre e figlio nell'immediato dopo parto

- la presa in carico dello stato psichico delle madri, anche come prevenzione della depressione post-partum<sup>7</sup>
- la promozione all'interno del SSN di forme di assistenza extra-ospedaliera al parto (case di maternità, équipe per il parto domiciliare, centri nascita)
- l'integrazione tra strutture territoriali e ospedaliere per assicurare un adeguato supporto sociale e in particolare un'assistenza domiciliare nel dopo parto
- la centralità della figura dell'ostetrica nel percorso nascita
- l'adeguamento delle strutture e dei protocolli assistenziali secondo quanto stabilito dalla BFHI nei "dieci passi per l'Ospedale amico del Bambino"

Tale legge, come richiesto recentemente dal Coordinamento nazionale delle associazioni che si occupano di nascita "Rete Tuteliamoci il parto", dovrebbe anche:

- inserire l'obbligatorietà della valutazione dei protocolli e dei percorsi assistenziali dei punti nascita, attraverso l'individuazione di indicatori certi per rilevare le procedure dell'evento nascita e la divulgazione pubblica dei dati e dei protocolli assistenziali di ciascun centro;
- introdurre la norma di una Relazione annuale sulla nascita alle Camere, da parte del Ministro della Sanità, come avviene per l'IVG, in modo che le diverse istituzioni (Aziende ASL, Ospedaliere, Regioni, ISS) siano tenute ad occuparsi del tema costantemente, monitorando il proprio operato attraverso indicatori secondo il metodo EBM (Evidence Based Medicine);
- determinare, in collegamento con la legge n. 34 del 1996, forme d'incentivazione economica per le aziende che adeguano le proprie strutture e i propri percorsi assistenziali secondo i dettami della legge, anche attraverso una commissione ministeriale per stabilire le forme ed il controllo;
- prevedere finanziamenti specifici per le regioni che attuano servizi per la maternità e in particolare promuovere il rimborso per le spese di parto domiciliare in tutte le Regioni italiane;
- prevedere incentivi per le strutture che promuovano la BFHI (Iniziativa Ospedale Amico del bambino- OMS Unicef).

Una seconda azione riguarda la **promozione della Legge 53/2000 sui congedi parentali**. Occorre potenziare questa importante legge che regola i congedi obbligatori per la madre, prima e dopo il parto e la possibilità di usufruire da parte di entrambi i genitori di congedi specifici nei primi 8 anni di vita del bambino.

Non è qualcosa di poco conto, è una legge fondante nel tema della conciliazione del lavoro con la cura dei figli, che riconosce e dà valore alle azioni di cura che donne e uomini svolgono nei confronti dei figli e che permette di lavorare

- sia su un welfare che superi la lacerante ambivalenza delle donne tra la realizzazione di sé nella vita affettiva/familiare e la realizzazione di sé nella vita lavorativa,
- sia sul coinvolgimento maschile nelle cure precoci ai figli, che non si traduca tanto in "aiuto alle donne" quanto in un'assunzione di responsabilità.

Vanno previste ed incentivate non solo campagne di informazione e sensibilizzazione sulla legge, ma anche specifici sostegni al mondo del lavoro affinché i congedi non penalizzino né le donne madri, né i padri, né i datori di lavoro.

---

<sup>7</sup> Ci si riferisce ad esperienze realizzate in Francia, ma anche in qualche ospedale italiano, di offerta di servizi di ascolto psicologico nei giorni di degenza dopo il parto, quando è molto forte per le madri il bisogno di trovare accoglienza e sostegno nell'elaborazione dei vissuti scatenati dal parto e dalla maternità in generale

Sono necessari anche alcuni aggiornamenti rispetto ai seguenti contenuti:

1. un congedo obbligatorio ai padri alla nascita del figlio che dia il segno del riconoscimento dell'importanza del ruolo paterno fin dalla nascita
2. la possibilità di fruire dei congedi in maniera frazionata su base oraria
3. la fruizione di congedi più lunghi per genitori di bambini nati prematuri più di due mesi prima del termine
4. l'adeguamento degli standard dell'Unione Europea rispetto alla percentuale della retribuzione nei periodi di fruizione del congedo facoltativo (almeno il 50%)

Vanno, inoltre, previste ed incentivate non solo attività di informazione e sensibilizzazione sulla legge, ma anche specifici sostegni al mondo del lavoro affinché i congedi non penalizzino né le donne madri, né i padri, né i datori di lavoro.

Il terzo impegno riguarda il **sostenere ed accrescere le competenze di cura dei genitori**. A fronte delle crescenti difficoltà dei genitori, la risposta più comune è quella di suggerire la diffusione di 'corsi' per genitori che insegnino il "mestiere". Non mi piace molto questa terminologia perché evoca l'idea che esistano corretti modelli educativi da applicare e diffondere. Quello che più manca ai genitori, a mio avviso, è un processo diverso, un sostegno per la costruzione consapevole di un proprio progetto educativo che preveda un sano utilizzo delle proprie risorse e competenze in una relazione diretta, personale e unica con il figlio.

Perché la "cura" è una modalità che trova la propria declinazione nel far posto nella mente e nel cuore ai bisogni dell'altro, nello stare nella relazione, nel comprendere e nel sapersi preoccupare<sup>8</sup>.

In quest'ottica si situano tutti quei nuovi servizi che inducono e rafforzano le competenze nei genitori piuttosto che offrire delle competenze sostitutive, che promuovono relazioni di solidarietà, che sviluppano forme di mutuo-aiuto, che sostengono lo scambio e il confronto tra genitori, che suscitano contesti di partecipazione attiva per un arricchimento reciproco, che valorizzano le singole esperienze come risorse per tutti, che danno il senso di tanti percorsi in costruzione, e non di uno solo, precostituito.

Servizi che diano spazio e tempo per accogliere i vissuti dei neo-genitori, che permettano loro di diventare genitori in un processo che trasformi le loro tante informazioni e conoscenze in personale competenza e consapevolezza. Servizi che accolgano e accompagnino ma che non creino dannose interferenze nella relazione genitore-bambino, come dice il grande Winnicott.

E quindi, rafforzamento della rete dei consultori familiari come previsto dalla legge 34/96 con penalizzazione delle Regioni inadempienti, riconoscimento dei servizi autogestiti di auto e mutuo aiuto tra donne, partorienti, genitori, ma anche potenziamento dei nuovi servizi che stanno sorgendo, come i Centri Famiglie, il Tempo per le Famiglie, gli Spazi Insieme, le Banche del tempo.... Penso anche alla rete delle Città amiche dei bambini che hanno ideato percorsi di maggior vivibilità per i più piccoli o alla campagna Farmacie amiche dell'allattamento materno promossa dal Melograno, che prevede spazi e sostegno all'interno delle farmacie per le mamme che allattano.

E in modo particolare i servizi di home visiting, di sostegno domiciliare nel puerperio che si stanno rivelando strumenti sempre più efficaci. In epoche passate il sostegno ai neo-genitori, il supportarli nella nuova organizzazione familiare, il prendersi cura in particolare della salute del bambino e della mamma, erano compiti che ogni cultura, compresa la nostra, considerava fondamentali ed erano sostanzialmente svolti dalla famiglia allargata e dal vicinato. Venendo sempre più a mancare questo tipo di aiuto si è resa necessaria l'assunzione di questa funzione da parte della collettività, offrendo un accompagnamento ai neo-genitori nei primi momenti, permettendo loro di dedicarsi al bambino con la tranquillità e il sostegno necessari.

Gli interventi di home visiting sono ormai diffusi in molti paesi europei, ma in Italia sono offerti ancora in modo sporadico e dovrebbero entrare a pieno titolo in un sistema integrato di servizi

---

<sup>8</sup> cfr. C. Realini *I Gruppi di auto-aiuto*, relazione al Convegno "Non solo madre non sola", Verona, 10 novembre 2006

alla genitorialità. Nella sessione successiva dedicata alle esperienze saranno riportate diversi progetti in atto, soprattutto per sostenere le fasce più fragili ed emarginate.

Infine occorre **mantenere alta l'attenzione intorno alla primissima infanzia**, la fascia 0-3 anni, e quindi **potenziare la ricerca e lo studio**.

Proprio per l'importanza che riveste questo periodo e per la ricchezza delle proposte e delle innovazioni sperimentate emerge la necessità di conoscere sempre più approfonditamente le esperienze messe in campo, di analizzarle, raccordarle e confrontarle in modo da rendere possibile un avvicinamento di metodologie, linguaggi e competenze, utile per promuovere e soprattutto per accrescere la riqualificazione del sistema dei servizi ai neo genitori, per renderlo più rispondente ai nuovi scenari della maternità e della genitorialità.

Occorre monitorare attentamente tutte le risposte istituzionali che vengono date ai bisogni della prima fascia di età per capire se effettivamente sono dei progressi o dei regressi sulla base delle conoscenze scientifiche di cui oggi disponiamo.

Concludo riportando un dato molto significativo. Nel Rapporto dell'Unicef che citavo prima, si afferma che investire in servizi di qualità rivolti alla prima infanzia consente alle società un risparmio considerevole a lungo termine:

*"I risparmi per la società nel suo insieme, sull'istruzione integrativa, sulle iniziative per contrastare l'esclusione sociale e di risposta ai comportamenti antisociali e criminali, come pure sul trattamento dei problemi di salute mentale, saranno probabilmente molto più ingenti della cifra necessaria ad aumentare l'investimento in servizi di qualità alla prima infanzia. Nelle analisi dei costi e dei benefici, i benefici sono sempre risultati superiori ai costi **con un rapporto di 8:1**."*<sup>9</sup>

Cioè se oggi si investe 1 euro nell'accoglienza e nei servizi alla primissima infanzia, domani complessivamente si risparmieranno o si guadagneranno 8 euro. Questo dato è estremamente importante perché non basta farsi guidare solo da un comune senso di protezione e di attenzione verso i piccolissimi. Altrimenti rimane tristemente vero quanto afferma la poetessa polacca Wislawa Szymborska, premio Nobel per la letteratura: **"Quando nasce un bambino il mondo non è mai pronto"**



<sup>9</sup> Unicef- Centro di Ricerca Innocenti, (2008) Report Card Innocenti 8 *Come cambia la cura dell'infanzia – Un quadro comparativo dei servizi educativi e della cura per la prima infanzia nei paesi economicamente avanzati*, © Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (Unicef), Firenze, pg.32

Mentre

*Operare per la nascita alla vita significa  
lavorare per la nascita di madri, padri, bambini.  
Significa prendersi cura  
della nascita di una famiglia.  
Non sono i curanti che fanno la cura ma la  
società. Gli operatori sono in prima linea ma  
dobbiamo essere tutti presenti per  
accompagnare la nascita.  
" Essere insieme" significa aver pensato  
insieme questa accoglienza.*

*(S.Marinopoulos (2008) Nell'intimo delle madri)*

CONFERENZA NAZIONALE SULL'INFANZIA E L'ADOLESCENZA - Napoli 18 19 20 novembre 2009  
Gruppo di lavoro "L'accoglienza delle nuove generazioni: evento nascita e servizi per la prima infanzia"