



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale o Specialistica in MANAGEMENT PUBBLICO E DEI SISTEMI
SOCIO SANITARI

SOCIOLOGIA DELLA MATERNITA' E INTEGRAZIONE CON I
SISTEMI SOCIO SANITARI PER IL BENESSERE E LA SALUTE
DELLA MAMMA E DEL BAMBINO

SOCIOLOGY OF MOTHERHOOD AND INTEGRATION WITH
SOCIAL HEALTH SYSTEMS FOR THE WELL-BEING AND HEALTH
OF THE MOTHER AND CHILD

Relatore: Chiar.mo
Prof. ATZORI FLAVIA

Tesi di Laurea di:
DI GIUSEPPE DANIELA

Anno Accademico 2023 – 2024

INDICE

INTRODUZIONE	pag.3
CAPITOLO 1 - FONDAMENTI TEORICI SULLA MATERNITÀ	pag.6
1.1 LA MEDICALIZZAZIONE, UN PROCESSO INIZIATO NEL XIX SECOLO	pag.6
1.2 EVOLUZIONE STORICA DELLA MATERNITÀ E IL SUO RUOLO NELLA SOCIETÀ CONTEMPORANEA	pag.19
1.3 LA RELAZIONE MADRE-FETO E IL RUOLO DI MAMMA	pag.31
1.4 LE POLITICHE SANITARIE A SOSTEGNO DELLA MATERNITÀ: RICONOSCIMENTI O DIRITTI?	pag.38
CAPITOLO 2 - LA MATERNITA' OGGI: CICOGNA O BISTURI?	pag.49
2.1 I DETERMINANTI DI BUONA SALUTE MATERNO- INFANTILE	pag.49
2.2 L'ACCESSO ALLE CURE E ALL'ASSISTENZA SANITARIA DURANTE LA GRAVIDANZA	pag.63

2.3 LA MATERNITÀ E LA SALUTE MATERNO INFANTILE	pag.79
2.4 LA GRAVIDANZA COME CRISI	pag.91
CAPITOLO 3 - MATERNITÀ E SERVIZI TERRITORIALI: INDAGINE ESPLORATIVA PRESSO LA ASL DI TERAMO	pag.98
3.1 OBIETTIVO E METODO DEL LAVORO	pag.98
3.2 SETTING DI STUDIO	pag.99
3.3 RISULTATI E DISCUSSIONE	pag.103
3.4 CONCLUSIONI DELL'INDAGINE	pag.122
CONCLUSIONI	pag.127
BIBLIOGRAFIA	pag.129

INTRODUZIONE

La maternità è una delle esperienze più significative della vita di una donna. Come Mamma di tre figli e con un'esperienza di diciassette anni nel Dipartimento materno-infantile, ho avuto l'opportunità, la necessità, di osservare e vivere in prima persona le sfide e le gioie di questo percorso, sia come protagonista della vita stessa, sia come professionista della salute. Durante questi anni, ho visto quanto sia importante avere un sistema integrato di servizi connessi tra di loro, che dia continuità all'assistenza prestata all'interno del contesto ospedaliero, orientando il tutto, al benessere e alla salute delle madri e dei loro figli. La maternità è un periodo in cui le donne affrontano una serie di cambiamenti fisici, emotivi e sociali che richiedono supporto complesso e multidimensionale. Nel presente lavoro si è affrontato il processo della medicalizzazione e il modo di prendersi cura della salute, specialmente nel contesto della gravidanza, del parto e dell'esperienza materna. Il ruolo di madre, assai diverso da quello del passato (da simbolo di fertilità, custode morale, educatrice, Dea della famiglia), a donna lavoratrice in continua crescita e adattamento con la società contemporanea. Viene affrontato il tema della relazione madre-figlio e del benessere o malessere che si instaura durante la gestazione e quanto questo legame incida sulla salute del bambino e della madre anche dopo la nascita.

Vengono ricordate, le politiche sanitarie a sostegno della maternità e di quanto queste siano state di aiuto, ma non sufficienti nel dare equa distribuzione dei compiti e responsabilità familiari che ancora oggi ricadono sulle donne. Ho messo in luce il tema dei determinanti di buona salute materno infantile, di come sia significativo il ruolo del padre e come la struttura familiare sia sostegno della madre e bambino. Inoltre, si aggiunge alla lista dei determinanti di salute, l'accesso alle cure e all'assistenza durante la gravidanza e successivamente al parto: come i servizi, le figure professionali, e il SSN abbraccia le donne in questo particolare momento della vita; la buona sanità e le lacune da colmare.

L'obiettivo della presente tesi è stato quello di esplorare e mettere in luce i bisogni di salute delle donne dopo la dimissione dalla struttura ospedaliera.

Per raccogliere i dati empirici utili alla ricerca, ho utilizzato strumento di sondaggio offerto da Google moduli, che ha permesso di ottenere informazioni dalle madri che hanno vissuto l'evento nascita negli ultimi anni. L'importanza e la necessità di avere un sistema di servizi sociosanitari ben integrato, diventa forte in questo periodo, poiché esso può influenzare, significativamente, il benessere sia della madre che del bambino. Tuttavia, nonostante i progressi della medicina e delle politiche sociali, molte donne continuano a incontrare ostacoli nell'accesso alle cure e dopo l'evento nascita sembra emergere un *Gap* riguardo alla distribuzione delle cure stesse. L'integrazione di tali servizi consente di affrontare in modo olistico i bisogni

delle madri, promuovendo esiti di salute migliori e riducendo le disuguaglianze, permettendo alle figure professionali di riferimento, di affrontare tempestivamente particolari bisogni che non si manifestano nell'immediato temporale all'evento "parto".

Il contesto di riferimento di tale ricerca, è la regione Abruzzo, e nello specifico, le donne sottoposte al questionario conoscitivo, sono donne che hanno seguito il percorso nascita nella Asl di Teramo. Dai risultati ottenuti emerge chiaramente il bisogno di assistenza continua una volta che le madri e i neonati vengono dimessi dall'ospedale. Quali sono le nuove sfide che siamo chiamate ad abbattere? Questa è la domanda che, come professionisti della salute, come mamme, e anche come cittadini di questa comunità, siamo chiamati a rispondere. E infine, quali sono le opportunità che abbiamo a nostra disposizione, per abbattere o quantomeno prevenire, disagi e difficoltà che le donne incontrano nel delicato periodo post dimissione. L'integrazione con i servizi sociosanitari, il PNRR, il DM77, a mio umile parere, potrebbero essere gli strumenti e le opportunità più giuste, per sanare e arricchire questo percorso di salute dedicato alle mamme e al benessere dei nostri figli.

CAPITOLO 1 - FONDAMENTI TEORICI SULLA MATERNITÀ

1.1 LA MEDICALIZZAZIONE, UN PROCESSO INIZIATO NEL XIX SECOLO

La medicalizzazione, fenomeno intrinsecamente legato al progresso della medicina e alla modernizzazione delle società, ha influenzato profondamente la percezione e la gestione dei processi biologici umani nel corso dei secoli. Questo processo si è amplificato con una frequenza sempre maggiore, tanto da portare a una graduale trasformazione dei concetti di malattia, dolore, morte e maternità: difatti tali esperienze sono state traslate dalla sfera naturale e sociale a quella medica. Questo spostamento riflette in particolar modo un paradigma culturale che tende a concepire l'essere umano come un ente che deve essere efficiente e produttivo, mentre una salute ottimale è vista come requisito fondamentale per il successo e il benessere individuale e sociale.

Nello specifico, con il termine “medicalizzazione” si intende «la progressiva estensione del dominio, dell'influenza o della supervisione della medicina su fasi ed aspetti della vita dell'uomo»¹. Oppure, come ben spiegato da Luigi Mario

¹ P. BORGNA, *Sociologia del corpo*, Laterza, Roma-Bari 2005, p. 74.

Chiechi, la medicalizzazione è quel fenomeno che ha portato alla «degenerazione della fisiologia in patologia e malattia e il ricorso a trattamenti tecnologicamente avanzati, a ricoveri, ad una farmacologizzazione aggressiva, l'eccesso di intervento medico»².

Pertanto, è evidente che si tratta di un vero e proprio sconfinamento della medicina. Infatti, medicalizzare implica una trasformazione di ciò che comunemente appartiene alla natura umana – sia che si tratti di una patologia o di una semplice condizione – in un problema che richiede necessariamente un intervento medico, con l'obiettivo finale di avvicinare il corpo del paziente il più possibile a ciò che i medici considerano come gli ideali ottimali da raggiungere e possedere³.

Per comprendere appieno il fenomeno della medicalizzazione, è utile esaminarne l'evoluzione storica nel contesto dei cambiamenti sociali, culturali e scientifici. In particolar modo, il XIX secolo è stato caratterizzato da una trasformazione significativa nella pratica medica e nella percezione della malattia e della salute. Pertanto, con l'adozione del metodo scientifico nell'ambito medico, la malattia è stata sempre più concepita come un fenomeno biologico da comprendere e trattare attraverso l'osservazione empirica e la sperimentazione.

² L. M. CHIECHI, *Ginecologia critica. Etica e salute della donna*, Progedit, Bari 2008, p. 21.

³ Cfr., a tal proposito, H. T. ENGELHARDT JR., *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1991.

Durante questo periodo, si è assistito anche all'emergere della figura del medico come esperto autorizzato alla diagnosi e alla cura delle malattie, e alla progressiva professionalizzazione della pratica medica. Questo ha determinato una maggiore fiducia nella capacità della scienza di risolvere i problemi di salute e di garantire il benessere individuale e sociale. Tuttavia, questo affidamento crescente nella medicina e nella professione medica ha anche contribuito alla medicalizzazione dei processi biologici umani, con la percezione sempre più diffusa che la salute e la malattia fossero questioni da assegnare alla competenza e all'autorità della scienza medica.

La medicalizzazione si è poi intensificata nel corso del XX secolo, con lo sviluppo della tecnologia medica e la diffusione del modello biomedico, che ha enfatizzato l'importanza della diagnosi e del trattamento delle malattie attraverso l'uso di strumenti e procedure mediche. Questo approccio ha portato a una crescente dipendenza dalla tecnologia medica e a un allontanamento progressivo, e in un certo qual senso irreversibile, dalla visione della malattia e della salute in termini più ampi, includendo fattori sociali, culturali e ambientali. In buona sostanza, si è determinato un mutamento della medicina così come veniva intesa in passato; un cambiamento che non si è più legato al rapporto con la malattia bensì al rapporto con l'evoluzione sociale.

Difatti, come analizza molto bene Irene Strazzeri, in passato:

Oggetto della medicina classica era la narrazione, ovvero il racconto di coloro che necessitavano di aiuto, mentre la competenza del medico consisteva nel compiere una sorta di esegesi di tale autorappresentazione. Ciò che si esigeva dal medico tradizionale era la *mimesis*. Il medico provava a immedesimarsi nel paziente, a partire dal tono della voce, dalle parole adoperate e dal comportamento, al fine di addentrarsi nel disordine del suo stato d'animo. Il compito del medico era interpretare una *narratio* dolorosa, una lamentazione⁴.

È quindi evidente che il processo di medicalizzazione, come già accennato, ha determinato un profondo mutamento del ruolo del medico: la figura tradizionale è andata infatti scomparendo per essere sostituita da quella dello specialista professionista. Quindi, il rapporto di fiducia medico-paziente ha lasciato il posto all'omogeneizzazione, ossia «il riduzionismo biologico e il determinismo genetico che concorrono a vanificare l'importanza sia della biografia individuale che della rete di socialità attraverso cui si costruiscono le identità personali»⁵. Se ne deduce che tutto questo ha comportato una totale rottura col passato.

Inizialmente, la medicalizzazione si è concentrata principalmente sulla malattia e sulle sue cure, ma nel corso del tempo si è estesa a una vasta gamma di esperienze

⁴ D. DE SANCTIS, S. FARIELLO, I. STRAZZERI, *Sociologia della maternità*, Mimesis, Milano-Udine 2020, p. 22.

⁵ T. PITCH, *La società della prevenzione*, Carocci, Roma 2008, p. 145.

umane, inclusa la maternità. L'idea della gravidanza e del parto come eventi naturali è stata gradualmente sostituita da una concezione che intende questi due avvenimenti come processi che devono essere necessariamente medicalizzati e gestiti attraverso l'intervento tecnologico e medico. Questo cambiamento è stato alimentato da una serie di fattori, tra cui, come si è visto, lo sviluppo della tecnologia medica, l'ascesa del modello biomedico e la crescente fiducia nella capacità della scienza e della medicina di risolvere i problemi umani. In particolare, quest'evoluzione è stata garantita da una società che, con l'avanzare del progresso, è diventata sempre più globalizzata.

Il fenomeno della medicalizzazione ha attirato l'attenzione di numerosi sociologi, i quali hanno approfondito le molteplici sfaccettature e implicazioni di questa pratica. Difatti, la medicalizzazione ha suscitato dibattiti su scala globale riguardo al suo impatto sulla società, sulla medicina e sulla salute pubblica. Uno studioso come Michel Foucault, ad esempio, ha analizzato la medicalizzazione intesa come parte di un più ampio sistema di controllo sociale e di potere⁶.

Ivan Illich, invece, ha criticato l'eccessiva dipendenza dalla medicalizzazione, sottolineando il rischio di medicalizzare aspetti normali della vita umana. Sostiene

⁶ Per approfondire, cfr. M. FOUCAULT, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino 1998; analizzato anche in L. MORTARI, A. CAMERELLA, *Fenomenologia della cura*, Liguori, Napoli 2014, p. 94. Cfr., a tal proposito, anche M. FOUCAULT, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 1996.

infatti che deve essere posto un freno al dilagare della medicina, poiché «un sistema di tutela della salute a carattere professionale e basato sul medico, una volta cresciuto al di là dei limiti critici, diventa patogeno»⁷. In tal senso, Illich ha parlato di “sociogenesi iatrogena”⁸, ossia una medicalizzazione prodotta e approvata della malattia. Egli, infatti, ritiene che «la corporazione medica è diventata una grande minaccia per la salute» e che i «poteri patogeni – cioè generatori di malattia – della diagnosi e della terapia»⁹ sono ormai percepiti chiaramente.

Il sociologo afferma che «una quota crescente del nuovo fardello di malattie degli ultimi quindici anni non è che il risultato di interventi sanitari effettuati a beneficio di individui malati o che potrebbero diventarlo. È cioè prodotta dai medici, *iatrogena*»¹⁰.

Ovvero: «Una tecnologia imponente unita a retorici discorsi egualitari ha creato l'impressione che la medicina contemporanea sia altamente efficace. Indubbiamente [...] un certo numero di trattamenti specifici si è dimostrato estremamente utile. Ma [...] la maggior parte delle vertiginose somme che oggi si

⁷ I. ILLICH, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1997, p. 14.

⁸ Iatrogenesi deriva dal greco *iatros* (ἰατρός), “medico” e *genesis* (γένεσις), “creazione, origine”.

⁹ ILLICH, *Nemesi medica*, cit., p. 9.

¹⁰ Ivi, p. 26.

spendono per la medicina è destinata a un tipo di diagnosi e cure la cui efficacia è, tutt'al più, dubbia»¹¹.

Inoltre, «il fatto che la medicina moderna è diventata molto efficace nel trattamento di sintomi specifici non significa che rechi maggior beneficio alla salute dei pazienti»¹².

Nel contesto di questa trasformazione, Ivan Illich ritiene che la professione medica possa giustificare la sua esistenza solo in quanto il pubblico si aspetta una copertura crescente da parte della medicina, ma la società è corrotta quanto più accetta la medicina come una risposta a problemi che possono essere risolti solo in un contesto sociale o personale. Questo evidenzia la sua critica nei confronti della medicalizzazione e della crescente dipendenza dal sistema medico per risolvere i problemi umani che spesso richiedono soluzioni sociali, culturali o personali.

Al contrario, Talcott Parsons, con la sua teoria del funzionalismo strutturale, ha esplorato il ruolo della medicina nella società moderna, evidenziando come la medicalizzazione abbia contribuito a istituzionalizzare la cura della salute e a definire ruoli sociali specifici per i professionisti medici. Secondo il sociologo statunitense, infatti, la medicina svolge un ruolo cruciale nel mantenimento

¹¹ Ivi, p. 29.

¹² Ivi, p. 91.

dell'ordine sociale attraverso la diagnosi e il trattamento delle malattie, oltre a fornire un quadro normativo per il comportamento individuale e collettivo in relazione alla salute e alla malattia¹³.

Fin dagli anni Cinquanta, Parsons ha dedicato la sua ricerca al concetto di fenomeno sociale, considerando che ogni aspetto osservabile in una società riflette un intricato insieme di relazioni tra i suoi membri. Secondo il punto di vista del sociologo, questo implica che il tessuto sociale sia composto da componenti interconnesse, le cui interazioni generano una serie di risultati strutturali, che possono essere considerati “funzionali” o “normali”, ma anche “devianti”, nel senso che possono contribuire a una configurazione alternativa del sistema stesso. Da questa premessa fondamentale emerge la concezione che nessun individuo agisce in modo indipendente dal contesto sociale, poiché in ogni momento conserva e interpreta i suoi molteplici ruoli sociali.

Di conseguenza, la società si impegna a mantenere l'ordine sociale attraverso l'istituzione di regole, norme e sanzioni. Tuttavia, all'interno di questo sistema, gli attori sociali possono perseguire strategie per acquisire potere e influenzare le dinamiche sociali. In particolare, nel decimo capitolo del suo studio *Il sistema sociale*, Parsons evidenzia come anche la medicina e la sua controparte, ossia la

¹³ Per una visione generale sul pensiero del sociologo, cfr. T. PARSONS, *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Torino 1995; Id., *La struttura dell'azione sociale*, Il Mulino, Bologna 1987.

malattia, operino all'interno di un sistema sociale predefinito. Allo stesso tempo, però, dimostra come la malattia possa rappresentare una situazione in contrasto con i principi normativi e funzionali stabiliti dalla società.

Infatti, scrive che: «la malattia rende incapaci di assolvere efficacemente i ruoli sociali [...] si può così considerare il malato come un deviante e per tal ragione esiste un interesse funzionale della società al suo controllo»¹⁴.

Pertanto, la medicina, con il suo ruolo di regolatrice dei corpi secondo determinati standard di normalità, si appropria di un potere significativo all'interno della società. In questa prospettiva, la medicina stessa può influenzare e ridefinire i confini tra ciò che è considerato normale e ciò che è patologico, generando così effetti strutturali che influenzano il sistema stesso e la sua percezione di ciò che è funzionale o deviante. Questo processo consente alla medicina di esercitare un'influenza sempre maggiore all'interno della società, estendendo il proprio dominio su nuove dimensioni dell'esistenza umana.

Inoltre, Talcott Parsons offre un'interpretazione più ambivalente della medicalizzazione, considerandola parte integrante del processo di modernizzazione e razionalizzazione della società occidentale. Egli, infatti, sottolinea che la medicina moderna è una delle istituzioni sociali funzionali che contribuiscono alla stabilità e

¹⁴ PARSONS, *Il sistema sociale*, cit., pp. 438-439.

all'ordine sociale, fornendo risposte efficaci alle esigenze di salute di una società complessa.

Tuttavia, non trascura gli effetti negativi della medicalizzazione. Difatti, l'eccessivo affidamento alla medicina e alla tecnologia medica può portare alla perdita di autonomia individuale e alla dipendenza dal sistema medico, minando le capacità di autogestione e di risoluzione dei problemi da parte dei singoli individui. Quindi riconosce la consapevolezza dei potenziali rischi associati alla medicalizzazione e la necessità di bilanciare i benefici della tecnologia medica con la protezione dell'autonomia individuale e del benessere sociale¹⁵.

In questa tensione tra la visione critica di Illich e l'approccio funzionalista di Parsons, emergono la complessità della medicalizzazione e le sue implicazioni per la salute e il benessere umano. Pertanto, se da un lato la medicalizzazione ha portato a importanti progressi nella diagnosi, nella cura e nella prevenzione delle malattie, dall'altro ha posto domande fondamentali sull'autonomia individuale, sull'equità nell'accesso alle cure mediche e sulla capacità della medicina di affrontare le questioni sociali sottostanti alla salute e al benessere.

¹⁵ Cfr. D. SECONDULFO, *Medico e paziente: elementi per un'analisi sociologica*, in "Studi di Sociologia", 17, 4, pp. 368-387.

Sintetizzando, le critiche di teorici come Ivan Illich offrono una riflessione critica sulla medicalizzazione e sugli effetti che determina sulla salute e sul benessere umano; al contrario, l'approccio funzionalista di Parsons ci invita a considerare la medicalizzazione come parte integrante della modernizzazione della società occidentale.

La medicalizzazione della maternità, in particolare, solleva interrogativi importanti sulla natura dell'esperienza della gravidanza e del parto, e soprattutto sul ruolo della medicina e della professione medica in tali processi. Difatti, la medicalizzazione del parto ha determinato un aumento dell'uso di tecnologie mediche come il cesareo, l'induzione e la somministrazione di farmaci durante il travaglio, che possono avere implicazioni significative per la salute materna e neonatale. Inoltre, questa medicalizzazione può anche influenzare negativamente l'esperienza delle donne in gravidanza, riducendo la loro autonomia e il controllo sui processi biologici del loro corpo.

Emerge chiaramente come medicalizzazione del parto abbia determinato «la gestione medica del parto, l'evoluzione tecnologica dell'assistenza alla nascita»¹⁶. Questo ha comportato una progressiva riduzione dello spazio professionale e del

¹⁶ L. M. CHIECHI, *Donna, etica e salute*, Aracne, Roma 2006, p. 74.

ruolo attivo delle ostetriche¹⁷. Le loro competenze sono state in parte trasferite ad altre figure, principalmente ai ginecologi, rendendo così aspetti tradizionalmente considerati “femminili” ora di competenza medica e, in un certo qual modo, “maschile”¹⁸. Tuttavia, vi sono elementi dell’assistenza alla nascita che vanno al di là della mera competenza medica. Le ostetriche, nel passato, condividevano le emozioni delle partorienti, offrendo un sostegno emotivo e fisico durante il travaglio e il parto. Al contrario, questo legame empatico e partecipe oggi rischia di essere trascurato nell’ambiente sanitario moderno, dove l’attenzione è spesso rivolta principalmente agli aspetti tecnici e medici. L’ostetrica è quindi diventata una «mortificata [...] vigilatrice di tracciati cardiocografici ed esecutrice delle disposizioni mediche»¹⁹, che il più delle volte non condivide o ritiene siano troppo abusate, come avviene nel caso dell’episiotomia o del taglio cesareo. In tal senso, a farne le spese sono soprattutto le donne: queste procedure, infatti, hanno causato un cambiamento significativo nel contesto umano che circonda il parto.

¹⁷ In passato, l’intervento medico durante il parto era riservato principalmente ai casi ad alto rischio, quando la vita della partorienti era in pericolo. Di conseguenza, il ruolo del medico era spesso marginale o al massimo paragonabile a quello dell’ostetrica. Tuttavia, negli ultimi tempi questo equilibrio si è modificato, conferendo al medico un ruolo predominante durante il parto.

¹⁸ Il termine “maschile”, in questo contesto, non si riferisce solo al genere del medico che assiste la partorienti, ma indica piuttosto la distanza emotiva e spirituale che si instaura tra il professionista e la donna in travaglio. Questa distanza è il risultato della formazione professionale e della mentalità prevalentemente tecnico-scientifica del medico, una condizione che può riguardare anche le ginecologhe donne.

¹⁹ CHIECHI, *Donna, etica e salute*, cit., p. 74.

In conclusione, mentre la medicina moderna ha indubbiamente portato a significativi progressi nella diagnosi, nella cura e nella prevenzione delle malattie, la diffusione sempre più ampia della medicalizzazione, compresa la medicalizzazione della gravidanza, del parto e della maternità, ha sollevato interrogativi cruciali riguardanti l'autonomia individuale, l'equità nell'accesso alle cure e la capacità della scienza di affrontare le questioni sociali legate alla salute e al benessere. La crescente dipendenza dalla tecnologia medica ha contribuito a rendere questo fenomeno estremamente complesso, con implicazioni profonde per la salute e il benessere umano.

In questo contesto, la medicalizzazione della maternità emerge come un aspetto particolarmente controverso, che richiede un'attenzione particolare alle esigenze e alle prospettive delle donne e delle famiglie. È indubbio che la medicalizzazione rappresenta una delle sfide più rilevanti per la società contemporanea, che si trova a dover bilanciare i benefici della tecnologia scientifica con i rischi di perdita di autonomia e dipendenza dal sistema medico, specialmente nel contesto della gravidanza, del parto e dell'esperienza materna come sarà analizzato nei paragrafi successivi.

1.2 EVOLUZIONE STORICA DELLA MATERNITÀ E IL SUO RUOLO NELLA SOCIETÀ CONTEMPORANEA

L'analisi approfondita sul fenomeno della medicalizzazione ci permette di affermare che l'esperienza della maternità ha subito profonde trasformazioni rispetto ai tempi passati: ciò che un tempo era considerato un percorso intimo e personale, un'avventura esclusivamente femminile, adesso è diventato un processo medico gestito e monitorato attraverso avanzate tecnologie nei reparti di ginecologia. È quindi evidente che l'evoluzione della maternità e del ruolo della madre nella società si intreccia strettamente con il tessuto storico, sociale e culturale di ogni epoca, riflettendo le profonde trasformazioni che hanno attraversato le società umane. Difatti, la maternità, nella sua doppia dimensione biologica e culturale, ha sempre rappresentato un fulcro intorno al quale si sono articolati significati, pratiche e politiche, variamente influenzati dai cambiamenti economici, scientifici e dai movimenti di pensiero dominanti²⁰.

Il ginecologo Luigi Mario Chiechi sostiene che, nel contesto attuale, la scienza ha trasformato la riproduzione femminile in qualcosa che sembra appartenere al dominio della medicina, dominata dagli uomini. Questa, secondo lui, tende a

²⁰ Sull'evoluzione della maternità e del ruolo della donna nella società, cfr. B. DUDEN, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri, Milano 2006; Borgna, *Sociologia del corpo*, cit.

invadere e a violare tale sfera, con conseguenze che possono risultare dannose per la donna «non soltanto nella sua indipendenza di genere, ma soprattutto nella sua salute»²¹.

Concezione che si contrappone del tutto con quanto si riteneva in passato. Perché:

per molto tempo la donna è stata ritenuta l'unica responsabile della creazione di una nuova vita ed in quanto tale rispettata e venerata, insieme ai suoi genitali [...]; per secoli la riproduzione umana è rimasta segreta e misteriosa, inaccessibile, nascosta nelle profondità del corpo femminile, fra l'immaginario e il divino, evocatrice di timori e speranze, ansie e sortilegi, ma comunque sacra, inviolabile ed inaccessibile alla conoscenza ed al controllo maschile²².

Vediamo nel dettaglio come il concetto di maternità si è evoluto nel tempo e come il ruolo femminile si è modificato attraverso i secoli.

Nell'antichità, la maternità era permeata da una sacralità intrinseca ed era intesa come una potente forza vitale. In molte culture, la figura della madre era centrale nei culti della fertilità, rivelando un profondo legame tra il concepimento, la nascita e le forze naturali. Quest'aspetto è sottolineato da Marija Gimbutas in *Le dee viventi* che esplora il culto della Dea Madre nelle società neolitiche e il suo impatto sulle

²¹ CHIECHI, *Donna, etica e salute*, cit., p. 21.

²² *Ibid.*

concezioni della maternità: «La donna, custode della fertilità, incarnava il mistero della creazione, ma era al contempo assoggettata a un ordine sociale e familiare che ne limitava l'agire»²³. Infatti, questa visione si inseriva in contesti patriarcali nei quali le donne, e quindi anche le madri, avevano spesso un ruolo subordinato.

La divinizzazione della maternità nelle antiche religioni romane è un tema affascinante che riflette la profonda venerazione per il concetto di madre e fertilità. I Romani veneravano numerose divinità legate alla maternità, tra cui spicca la figura di Cerere, dea dell'agricoltura e della fertilità, che simboleggiava la nutrizione sia della terra che dei suoi abitanti. Altrettanto centrale era la figura di Bona Dea, la “Buona Dea”, protettrice delle donne, associata alla castità e alla fertilità, il cui culto era strettamente riservato alle donne, sottolineando così l'importanza del ruolo femminile nella sfera religiosa e sociale. Queste divinità non solo incarnavano l'aspetto fisico della maternità ma erano anche custodi dei valori morali e protettrici della famiglia e del matrimonio, elementi fondamentali della società romana. La divinizzazione della maternità rifletteva quindi un profondo rispetto per le donne come portatrici di vita e pilastri della continuità familiare e sociale, un aspetto che permeava molti livelli della cultura e della religione romane²⁴.

²³ M. GIMBUTAS, *Le dee viventi*, Medua, Milano 2020, pp. 26.

²⁴ Un'ampia analisi del ruolo della donna nell'Antica Roma è fornita da G. DUMEZIL, *La religione romana arcaica. Miti, leggende, realtà*, Rizzoli, Milano 2007.

Con l'avvento del Medioevo, la spiritualizzazione della maternità, incarnata dalla figura di Maria, impose nuovi modelli, nei quali la purezza e la moralità diventavano centrali. Infatti, con la diffusione del cristianesimo si assiste a una lotta contro le abitudini lascive tipiche dell'Antica Roma e ogni forma di immoralità. Si modifica anche il modello di riferimento: non più quello libertino tipico delle donne etrusche ma quello puro simboleggiato dalla Vergine Maria.

A tal proposito, *Sola fra le donne. Mito e culto di Maria Vergine* di Marina Warner approfondisce come la venerazione mariana abbia influenzato i modelli di maternità, ponendo le basi per una comprensione della madre medievale attraverso il prisma della virtù cristiana. Ciò significa che la capacità di procreare della madre medievale si intrecciava indissolubilmente con l'ideale cristiano di castità e sacrificio ben incarnato dalla Madonna²⁵.

La complessità di questo periodo sta nell'ambivalenza tra la venerazione della maternità simbolica e le condizioni reali delle madri, spesso gravate da numerose nascite e da una posizione vulnerabile nella società. La storica Joan Kelly ha infatti sottolineato come «l'idealizzazione della maternità non abbia necessariamente comportato una maggiore agenzia o potere per le donne reali»²⁶. La donna, difatti,

²⁵ M. WARNER, *Sola fra le donne. Mito e culto di Maria Vergine*, Sellerio, Palermo 1999.

²⁶ J. KELLY, *Women, History, and Theory: The Essays of Joan Kelly*, University of Chicago Press, Chicago-London, 1984.

era comunque ritenuta un essere inferiore e sottomessa all'uomo nella società medievale. Il ruolo femminile era così limitato, oltre alla cura domestica, alle numerose gravidanze: è stimato che, in genere, si avevano tra gli otto e i dieci figli e non sempre si riusciva a sopravvivere alle complicazioni del parto.

È soltanto con l'avvento del Rinascimento e dell'Illuminismo, che portano un rinnovato interesse per l'umanesimo e la scienza, che la percezione della maternità cambia gradualmente. In questo contesto, si iniziò a valorizzare il ruolo educativo e intellettuale della madre, vedendo nella figura materna non solo la custode della prole ma anche la prima responsabile della sua formazione morale e intellettuale. Questo cambio di paradigma è ben esemplificato da Élisabeth Badinter nel suo lavoro *L'amore in più. Storia dell'amore materno*, in cui discute come l'amore materno, così come viene concepito oggi, sia in parte un costrutto sociale sviluppatosi in questo preciso periodo storico, influenzato in particolar modo da cambiamenti filosofici e da un nuovo interesse verso l'infanzia²⁷. Sempre in quest'ottica, un' enfasi particolare sul ruolo educativo della madre è fornita anche da Rousseau nel suo celebre *Emilio o dell'educazione*, che pone le basi per una nuova visione dell'educazione infantile che coinvolge direttamente la madre.

²⁷ É. BADINTER, *L'amore in più. Storia dell'amore materno (XVII-XX secolo)*, Fandango, Roma 2012.

L'età contemporanea, un periodo di profondi cambiamenti sociali, economici e culturali, segnò l'ascesa della borghesia come classe dominante. Con questo mutamento socioeconomico emerse un nuovo ideale di maternità e di vita familiare, profondamente intrecciato con la concezione della famiglia borghese. Questo modello era basato sulla centralità della famiglia come nucleo fondamentale della società e poneva l'accento sul benessere e l'educazione dei figli, considerati il futuro e la speranza per la continuazione della stirpe e del benessere familiare.

Parallelamente, si andava definendo e consolidando una netta separazione tra la sfera privata, considerata il regno indiscusso della donna, e quella pubblica, vista come l'ambito di azione naturale dell'uomo. Questa dicotomia non era solo spaziale ma anche concettuale, riflettendo le aspettative e i valori di una società che valorizzava l'uomo come principale fornitore di risorse economiche attraverso il suo lavoro all'esterno, mentre relegava la donna al ruolo di custode dell'ordine domestico e del benessere familiare.

In questo contesto, l'ideale di maternità si caricò di un significato profondamente simbolico. La madre veniva idealizzata come il fulcro dell'amore, della cura e dell'educazione dei figli, un vero e proprio "angelo del focolare" che, con dedizione e abnegazione, si occupava della gestione della casa e del benessere dei membri della famiglia. Questa visione, però, oltre a esaltare il ruolo materno, ne delineava anche i limiti, confinandolo all'interno delle mura domestiche e distanziandolo

dalle sfere di potere e dalle decisioni pubbliche. Difatti, questa idealizzazione della maternità e della figura femminile aveva implicazioni profonde sia per le donne che per la società nel suo complesso. Per le donne, significava una limitazione delle opportunità di espressione personale, di sviluppo professionale e di partecipazione alla vita politica e sociale al di fuori del contesto domestico. Nella società, contribuiva a perpetuare una divisione rigida dei ruoli di genere, influenzando le politiche sociali, l'organizzazione del lavoro e le dinamiche familiari²⁸.

Questa visione è stata fortemente messa in discussione nel corso del Novecento dalle lotte femministe che hanno promosso un'idea di maternità più inclusiva e liberata da costrizioni tradizionali. La maternità comincia a essere vista non più come un destino ineluttabile, ma come una tra le molteplici scelte possibili nella vita di una donna. L'accesso diffuso alla contraccezione e l'introduzione di diritti come quello all'aborto segnano tappe fondamentali in questo percorso di emancipazione, che ha visto nella figura di Simone de Beauvoir un punto di riferimento teorico e morale²⁹.

²⁸ Uno studio attento su questa tematica è quello di L. MURARO, *L'ordine simbolico della madre*, Editori Riuniti, Milano 1991. In questo lavoro, si esplora il concetto di maternità nell'ambito di una riflessione più ampia sull'identità femminile e sulla posizione delle donne nella cultura occidentale. Muraro, figura chiave del femminismo italiano, offre un'analisi critica dell'evoluzione del ruolo materno, ponendolo al centro di una discussione sul potere e sul simbolismo associato alla figura femminile.

²⁹ *Il secondo sesso* di S. DE BEAUVOIR rimane infatti un punto di riferimento per comprendere appieno la critica al ruolo tradizionalmente assegnato alle donne e alle madri nella società; un'opera fondamentale del pensiero femminista che esplora le costrizioni sociali e culturali imposte alle

Nel XXI secolo, l'esperienza della maternità è stata oggetto di un'evoluzione complessa, influenzata da molteplici fattori che riflettono i cambiamenti sociali, culturali, tecnologici ed etici della nostra epoca. Questo periodo ha visto una continua ridefinizione del concetto stesso di maternità, così come dei processi legati alla gravidanza, al parto e al ruolo della donna nella società.

Le tecnologie riproduttive hanno rivoluzionato il panorama della maternità, offrendo nuove opportunità e sfide. La fecondazione in vitro (FIV), la donazione di ovuli e di sperma, la surrogazione gestazionale sono solo alcune delle opzioni disponibili che hanno ampliato le possibilità di concepimento per coppie che altrimenti avrebbero avuto difficoltà a procreare. Queste tecnologie hanno portato con sé nuove domande etiche e legali riguardanti la proprietà del materiale genetico, i diritti dei genitori e dei bambini nati attraverso queste procedure, nonché il ruolo dello Stato nella regolamentazione di queste pratiche.

Tutto ciò genera due effetti paralleli: da una parte lo sviluppo del feto è oramai un processo «esposto senza pudore allo sguardo della ricerca, delle autorità e della strada», mentre dall'altra il corpo della donna è a sua volta divenuto «un terreno su cui è possibile vedere, intervenire, decidere». La storica Barbara Duden, infatti, ritiene che da tempo «il grembo materno è diventato una zona di operazioni: il modo

donne, con riflessioni significative sulla maternità. Cfr. S. de BEAUVOIR, *Il secondo sesso*, Il Saggiatore, Milano 2016.

in cui se ne parla, il modo in cui ne vengono programmati il controllo, la difesa e l'assistenza, il modo – e fa male dirlo – in cui le donne ne parlano e lo vivono, ha fatto del formarsi di un qualcosa “sotto il cuore della donna” un processo pubblico»³⁰.

Tuttavia, occorre riconoscere che si è assistito anche a una crescente attenzione nei confronti della salute materna e neonatale. Grazie ai progressi nella medicina perinatale, i tassi di mortalità materna e infantile sono diminuiti in molte parti del mondo, mentre l'accesso a cure prenatali di qualità è diventato sempre più diffuso. Tuttavia, persistono disuguaglianze globali nell'accesso a queste risorse, con molte donne ancora prive di accesso a cure sicure e di qualità durante la gravidanza e il parto.

Al tempo stesso, si è verificata una riflessione critica sull'idealizzazione della maternità e sulle aspettative sociali nei confronti delle donne in età fertile. Mentre la società continua a valorizzare il ruolo materno e ad associare la femminilità alla capacità riproduttiva, molte donne si trovano a navigare tra l'aspettativa di essere madri e la ricerca di realizzazione personale al di fuori della sfera familiare. Si è quindi avviato un dibattito più ampio sulla libertà di scelta delle donne riguardo alla maternità, sulla conciliazione tra lavoro e famiglia e sul sostegno sociale e

³⁰ B. DUDEN, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri, Milano 1994, p. 121.

istituzionale necessario per consentire alle donne di fare scelte informate e autonome riguardo alla loro vita riproduttiva.

Sono emerse nuove narrazioni e rappresentazioni della maternità nei media e nella cultura popolare; si sono moltiplicati i racconti di maternità non convenzionali, che includono famiglie monoparentali, coppie dello stesso sesso, famiglie adottive e altri modelli non tradizionali. Queste narrazioni hanno contribuito a sfidare i concetti tradizionali di famiglia e maternità, offrendo una visione più inclusiva e diversificata delle esperienze femminili legate alla genitorialità.

In passato:

I ruoli tra uomo e donna erano molto più distinti e codificati. Schematizzando, l'uomo aveva la competenza sociale, il suo potere era rivolto al mondo esterno, mentre la donna aveva la competenza di partorire, nutrire e allevare i figli, la competenza religiosa; la sua attività si svolgeva più all'interno del gruppo, almeno durante l'età fertile. I momenti d'incontro tra uomo e donna erano limitati ai contatti sessuali e ad alcuni momenti rituali. Non vi era conflitto di potere. Semplificando al fine di rendere chiara una dinamica spesso inconscia, si potrebbe dire che l'uomo deteneva il potere sociale e sessuale, mentre la donna deteneva il potere ricettivo,

religioso e riproduttivo. Ogni genere percepiva un limite, una sorta di impotenza nei confronti del potere dell'altro³¹.

Negli ultimi decenni, invece, il ruolo tradizionale della madre e del padre è stato oggetto di significativi cambiamenti a livello sociologico. Mentre una volta le madri erano principalmente associate alla cura dei figli e alla gestione della casa, e i padri al sostegno finanziario della famiglia, oggi si osserva una maggiore fluidità di ruoli all'interno delle famiglie. Studi sociologici evidenziano un aumento della partecipazione dei padri nelle attività di cura dei figli e nei compiti domestici, segnalando un graduale spostamento verso un modello di genitorialità più equilibrato e condiviso.

Questo cambiamento è stato attribuito a diversi fattori, tra cui l'emancipazione femminile, l'evoluzione dei modelli familiari e l'aumento della consapevolezza dell'importanza del coinvolgimento paterno nello sviluppo dei figli. Tuttavia, nonostante i progressi, alcuni studi evidenziano ancora discrepanze nella percezione sociale dei ruoli di madre e padre, con la madre spesso considerata ancora il principale punto di riferimento per la cura e l'affetto, mentre al padre è ancora associata principalmente la responsabilità economica. Questi stereotipi

³¹ V. SCHMID, *Venire al mondo e dare alla luce*, Feltrinelli, Milano 2005, pp. 186.

persistenti possono influenzare le dinamiche familiari e creare sfide nel raggiungimento di una reale parità di genere nei ruoli parentali.

Pertanto, maternità si presenta come un terreno complesso e in continua evoluzione, dove si intrecciano libertà individuali, progressi tecnologici, norme sociali e valori culturali. Affrontare questa complessità richiede un approccio che tenga conto delle molteplici dimensioni e sfaccettature dell'esperienza materna, garantendo allo stesso tempo il rispetto dei diritti, delle scelte e del benessere delle donne e delle loro famiglie.

Abbiamo quindi visto come la maternità riflette un continuo dialogo tra cambiamenti sociali, culturali e personali. Inoltre, questo costante divenire della maternità, da simbolo di fertilità a custode della morale, da educatrice a lavoratrice, testimonia l'incidenza profonda che i cambiamenti storici, sociali e culturali hanno sulla vita delle donne e sulle pratiche di maternità. In un simile processo evolutivo, la maternità emerge non solo come un fenomeno biologico ma soprattutto come un costrutto sociale e culturale complesso, intriso di significati che si rinnovano e si adattano in risposta alle trasformazioni del contesto in cui si inseriscono³².

³² Per una visione più ampia su come l'invasivo processo di medicalizzazione ha investito il corpo femminile e maternità, cfr. G. RANISIO, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. COZZI (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, MORLACCHI, Perugia 2012, pp. 67-84.

È una storia che continua e continuerà a evolversi.

1.3 LA RELAZIONE MADRE-FETO E IL RUOLO DI MAMMA

La relazione madre-feto è uno dei legami più profondi e significativi che si possano sperimentare all'interno del contesto della maternità. Questa relazione va oltre la mera connessione biologica, poiché coinvolge una serie complessa di interazioni emotive, fisiche e psicologiche tra la madre e il nascituro. È importante comprendere che inizia ancor prima che il bambino venga al mondo, influenzando profondamente lo sviluppo del bambino stesso e il benessere emotivo della madre.

La radice della parola “feto” risale al latino *foetus*, che originariamente indicava i frutti della terra o degli alberi. Nel corso del tempo, il suo significato si è trasformato per indicare «qualcosa di vivo nel ventre materno»³³. Tuttavia, quest'accezione non è stata adottata nell'immediato: inizialmente era utilizzata solo in contesti anatomici come termine tecnico, ci sono infatti voluti diversi secoli prima di entrare nel linguaggio comune.

L'esistenza del feto è oramai una realtà comune nella vita di tutti i giorni. Difatti, un ritardo mestruale di appena una settimana e un test di gravidanza positivo sono sufficienti affinché una donna avverta la «presenza di un feto» e si senta pertanto «investita della responsabilità di quella particolare “vita” personificata». Questo la costringe a «decidere tra due forme di esistenza»: la “sua” vita precedente, che già le apparteneva, e quella che le è stata assegnata dalla «verifica operativa della presenza di una [altra] “vita” dentro di sé». Optando per

³³ DUDEN, *Il corpo della donna come luogo pubblico*, cit., p. 60.

il secondo approccio, accettando così l'immersione nella medicalizzazione, la donna si troverà a concepire se stessa come l'"ecosistema" per il feto che ospita nel suo grembo. Pertanto, dall'istante in cui decide di portare a compimento la gravidanza, si avvierà a una collaborazione finalizzata «alla gestione e alla cura biotecnica del proprio interno»³⁴.

In passato, al contrario, il feto restava nascosto all'interno dell'utero materno: era invisibile, al buio. Le dinamiche interne al corpo femminile avvenivano senza che la donna avesse la necessità di "vedere" o procurarsi un'immagine concreta del processo che la stava coinvolgendo. Al contrario, nella nostra società moderna e per via di un uso progressivo e massiccio delle tecnologie, la gravidanza ha perso il suo carattere di mistero e trascendenza che un tempo la caratterizzava. Non è più intesa come un processo naturale guidato da uno spirito divino che infonde vita nella materia inanimata. Per le donne contemporanee, la gravidanza è più che altro «una costruzione mediata dalla tecnica»³⁵.

Nel contesto delle moderne ecografie prenatali, madre e feto sono due entità strettamente interconnesse, i loro corpi risultano intimamente legati: mentre una è oggetto di scansione attraverso ultrasuoni emessi da una sonda, l'altra viene rappresentata sul monitor dell'apparecchio ecografico. Il feto, proprio perché visualizzato, diventa un prodotto della società moderna, piuttosto che una creazione divina o naturale. Questo rappresenta un cambiamento significativo: attraverso la creazione di un'immagine tecnologica, il feto,

³⁴ Ivi, p. 60-62.

³⁵ Ivi, p. 123.

«invisibile per principio, è diventato un feto anche per la donna»³⁶ che lo ospita nel suo ventre.

Questo si ricollega al fondamentale legame madre-bambino che, come emerso in anni recenti, si sviluppa già durante la gravidanza, soprattutto quando la madre inizia a percepire i movimenti attivi del feto: si instaura così una relazione interattiva e affettiva con il bambino che cresce nel suo grembo, noto come “attaccamento materno-fetale”³⁷. In questa prospettiva, il comportamento e lo stato psicoemotivo della madre sono percepiti dal feto e, in condizioni di normalità e di equilibrio psicologico, contribuiscono al suo benessere. Di conseguenza, si può affermare che l’interazione affettiva tra madre e nascituro, sia prima che dopo la nascita, sia fondamentale per favorire sia la crescita e lo sviluppo armonioso del bambino, sia la sicurezza della madre nel suo ruolo³⁸.

Difatti:

La nascita, benché rappresenti un momento di separazione dal bambino, ha bisogno di unità, intesa anche come integrità. Il passaggio dalla vita intrauterina a quella extrauterina richiede rispetto e le modalità con cui avviene incidono sulla qualità della salute fisica e relazionale attuale e futura. L’unione madre-bambino non solo è da salvaguardare, ma da incrementare, per cementare il nuovo nucleo familiare. *Imprinting e bonding* sono processi

³⁶ DUDEN, *I geni in testa e il feto nel grembo*, cit., p. 87.

³⁷ A tal proposito, cfr. M. A. JURGENS et al., *Étude des propriétés psychométriques d’une échelle d’attachement prenatal*, in “L’Encéphale”, 36, 3, pp. 219-225.

³⁸ Cfr. C. BELLINI et al., *Is Prenatal Bonding Enhanced by Prenatal Education Course?*, in “Minerva Ginecologica”, 59, pp. 125-129.

che incidono profondamente nel tessuto emozionale del neonato e formano le matrici di base della sua vita intera³⁹.

Inoltre, diversi studi hanno sottolineato come l'evoluzione del ruolo materno può essere profondamente influenzata da eventi traumatici o dolorosi (ad esempio, nel caso di un bambino concepito da uno stupro, la madre dovrà affrontare una serie di sfide emotive, psicologiche e sociali che potranno influenzare il modo in cui percepirà e vivrà il suo ruolo materno) o, di contro, come la maternità possa “svegliare” delle situazioni patologiche fino a quel momento sopite. È evidente che anche il processo di medicalizzazione del parto, come è stato analizzato nel primo paragrafo, può intervenire nella creazione di traumi.

Secondo la psicoanalista Marina Valcarenghi, la maternità può mettere in luce gravi sofferenze psichiche che, fino a quando una donna non diventa madre, rimangono latenti. Queste sofferenze possono derivare da diverse cause, tra cui la struttura sociale tradizionale che «ha deformato la maternità, strumentalizzandola e mitizzandola ai suoi fini e imprigionando le donne in una vita parziale»⁴⁰. Inoltre, i notevoli cambiamenti psicofisici causati dalla maternità possono portare alla luce problemi precedentemente nascosti.

A tal proposito, Valcarenghi distingue diverse tipologie di madri in modo schematico, classificandole in base ai loro comportamenti patologici. Queste includono la madre

³⁹ SCHMID, *Venire al mondo e dare alla luce*, cit., pp. 235-236.

⁴⁰ M. VALCARENGHI, *La sofferenza psichica della madre*, in *Madre De-genere. La maternità tra scelta, desiderio e destino*, a cura di S. CHEMOTTI, Il Poligrafo, Padova 2009, p. 357.

elefantiaca, la madre nera, la madre vittima, la madre assente, la madre ansiosa e la madre violenta.

La madre elefantiaca è colei che è iperprotettiva e possessiva, mentre la madre nera prova un profondo disagio nei confronti della propria maternità. La madre vittima, invece, scarica la propria frustrazione personale sui figli. La madre assente delega ad altri il proprio ruolo, al contrario della madre ansiosa che rappresenta un'esasperazione della madre elefantiaca. Infine, la madre violenta rappresenta la declinazione più terribile.

In tal senso, la gravidanza viene definita come una fase di "crisi evolutiva" poiché implica processi di integrazione e rielaborazione delle esperienze passate. Tale fase può essere interpretata positivamente come un momento di crescita e maturazione, ma anche come un periodo di vulnerabilità che può comportare rischi psicologici. Le donne che non hanno ancora raggiunto un senso di autonomia e non hanno delineato chiaramente i propri confini personali e il proprio spazio interno potrebbero percepire la gravidanza come un momento difficile, caratterizzato da ansia nei confronti del proprio corpo, del feto, del parto e del futuro rapporto con il bambino. Questo stato può portare a disfunzioni psicologiche che influenzano sia lo sviluppo psicologico che somatico del bambino⁴¹.

Inoltre, la gravidanza è un'esperienza unica per ogni donna, durante la quale si compiono significative trasformazioni sia fisiche che psicologiche. Questo processo di individuazione

⁴¹ Cfr. G. L. BIBRING, *Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy*, in "The Psychoanalytic Study of the Child", 14, pp. 113-121; Id., *A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and the Earliest Mother-Child Relationship*, in "The psychoanalytic Study of the Child", 16, pp. 9-13.

come donna e madre coinvolge una serie di cambiamenti che contribuiscono al suo successo. Si manifestano modifiche sia a livello corporeo che mentale, entrambe essenziali per il pieno sviluppo di questa duplice identità che si individua nelle «oscillazioni identificatorie presenti in gravidanza, che si presentano nella donna come una tendenza da una parte a ripiegarsi su se stessa e a ritirarsi con il feto, e dall'altra a identificarsi con una madre sollecita che saprà prendersi cura del proprio bambino»⁴².

Un'ulteriore prospettiva sulle influenze prenatali sulla salute mentale è offerta dalla teoria dell'ipnosi regressiva di Angelo Bona.

Questa tecnica psicoterapeutica:

si indirizza alla spiritualità dell'uomo e permette di ricercare le cause dei conflitti attuali nel mondo remoto dell'esistenza. In trance il paziente può regredire fino ai primordi della sua infanzia, recuperando nitidamente e vividamente non tanto la memoria, quanto il rivissuto, la ri-vificazione di attimi della vita attuale e pregressa in cui si annidano le radici del suo destino. La terapia regressiva è una nobile funzione della psicoterapia spirituale, ricordando che la parola "psiche", nel periodo orfico-platonico, conservava le sue accezioni native di "soffio vitale" e di "anima"⁴³.

Secondo questa teoria, molti disturbi psichiatrici possono derivare da eventi traumatici, tra cui l'esperienza del parto. Bona suggerisce che i ricordi dei traumi prenatali possono essere

⁴² M. AMMANITI *et al.*, *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*, Raffaello Cortina, Milano 1995, p. 47.

⁴³ A. BONA, *Una introduzione per te all'ipnosi regressiva evocativa*, Angelo Bona Editions, Vacallo (CH) 2014, p. 7.

conservati nell'inconscio e influenzare il comportamento e la salute mentale dell'individuo anche in età adulta. Questa idea solleva importanti questioni sulla natura dei legami madre-feto e sul loro impatto a lungo termine sulla salute mentale e il benessere psicologico dell'individuo. Pertanto, l'approccio della teoria dell'ipnosi regressiva di Angelo Bona offre un'interessante prospettiva sulle influenze prenatali sulla salute mentale e sottolinea l'importanza di fornire alle madri il supporto di cui hanno bisogno per promuovere una relazione positiva e sana con il loro bambino non ancora nato.

Quanto emerso fin qui suggerisce come la qualità della relazione madre-feto può avere conseguenze durature per la salute mentale e il benessere emotivo del bambino. Perciò, è cruciale che le madri ricevano il supporto e l'assistenza necessari durante la gravidanza per favorire una relazione positiva e sana con il feto che nascerà. Per questo motivo, come si vedrà nel paragrafo successivo, è fondamentale garantire l'accesso a politiche sociali e cure prenatali di qualità, ma anche un supporto emotivo e psicologico: si tratta di risorse indispensabili per affrontare eventuali traumi o difficoltà emotive durante la gravidanza⁴⁴.

⁴⁴ Per approfondimenti, M. MICELLI, *La relazione madre-feto e lo sviluppo esistenziale della persona*, Armando Editore, Roma 2011; L. CENA, A. IMBASCATI, F. BALDONI, *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile alle nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*, Springer, Milano 2010; Aa.Vv., *Divenire genitori e divenire figli. Le nuove sfide della psicologia perinatale*, Mimesis, Milano-Udine 2022.

1.4 LE POLITICHE SANITARIE A SOSTEGNO DELLA MATERNITÀ: RICONOSCIMENTI O DIRITTI?

Nei paragrafi precedenti, si è visto come la maternità rappresenta uno degli aspetti più significativi della vita sociale e personale, essendo un evento trasformativo che incide profondamente sulle dinamiche familiari, lavorative e sulla salute delle donne. Le politiche sanitarie e sociali a sostegno della maternità hanno quindi il compito non solo di proteggere la salute fisica e mentale delle madri e dei neonati ma anche di promuovere un'equa partecipazione dei generi nelle responsabilità familiari e lavorative.

Nel contesto contemporaneo, le politiche sanitarie a sostegno della maternità rappresentano quindi un ambito cruciale di intervento per i governi, con implicazioni significative sul piano sociale, economico e culturale. In particolar modo la maternità, intesa non solo come evento biologico ma anche come processo sociale intrinsecamente legato alle dinamiche di genere, si colloca al centro di un dibattito che interroga le politiche pubbliche sui loro effettivi contributi alla promozione dell'uguaglianza di genere e al sostegno delle donne nel loro percorso di maternità. I congedi di maternità e paternità, l'astensione dal lavoro e l'accesso ai servizi sanitari costituiscono, pertanto, i pilastri fondamentali sui quali si ergono le politiche di sostegno alla maternità.

Tali misure, tuttavia, devono essere analizzate alla luce del persistente divario di genere che continua a caratterizzare il mercato del lavoro e la distribuzione delle responsabilità familiari e domestiche, nonostante i notevoli progressi che sono avvenuti in tal senso.

Difatti, in Italia, come del resto nell'Unione Europea, la normativa relativa alla maternità si è progressivamente evoluta, mirando a offrire un sostegno concreto alle madri lavoratrici.

Tuttavia, permangono ancora criticità sostanziali che necessitano di essere esaminate e comprese in una prospettiva sociologica. Difatti, l'analisi di tali criticità può aiutare a comprendere le dinamiche di potere, le disuguaglianze strutturali e le norme culturali che plasmano le pratiche di assistenza alla nascita e le esperienze delle donne in tutto il mondo. Questa prospettiva è fondamentale per identificare le aree in cui è necessario intervenire per garantire un'assistenza alla nascita più equa, rispettosa e soprattutto centrata sulle esigenze delle donne e delle loro famiglie.

Nella società contemporanea, esiste ancora una profonda disparità tra uomini e donne, tanto che si può parlare di un fenomeno sociologico noto come *gender gap*⁴⁵.

Nello specifico, con il termine *gender gap* si intende il:

divario esistente tra uomini e donne: esso, infatti, "misura" tutte quelle differenze che si riscontrano a livello delle condizioni economiche, d'istruzione e di accesso al lavoro che influiscono sulla vita degli esseri umani in base al genere sessuale di appartenenza. Tradizionalmente, si tende ad osservare l'esistenza di maggiori penalizzazioni per le donne e questo è oggettivamente il frutto di una storia fatta di discriminazioni, segregazioni ed

⁴⁵ In tal senso, un accurato studio sull'evoluzione dell'esperienza genitoriale nella società moderna e contemporanea, che ha comportato un declino del modello tradizionale di famiglia e l'avvento di nuove politiche sociali ed economiche, è sicuramente A. L. ZANATTA, *Nuove madri e nuovi padri. Essere genitori oggi*, Il Mulino, Bologna 2011.

ingiustizie che, in alcuni paesi, sono in qualche modo scomparse, mentre sono ancora forti in altri contesti geografici e politici⁴⁶.

Tuttavia, questo divario ha continuato non solo ad allargarsi ma si è assistito a un notevole regresso: è come se le donne, dopo anni di lotte per i propri diritti e l'emancipazione, stessero tornando indietro. E questo aspetto, purtroppo, si lega alla maternità⁴⁷.

Gli studiosi italiani di sociologia e di studi di genere hanno da tempo evidenziato come le politiche sociali e sanitarie non siano ancora neutre rispetto alle dinamiche di genere, ma riflettano e talvolta rinforzino stereotipi e asimmetrie. Ad esempio, la sociologa Paola Di Nicola ha messo in luce le modalità con cui le politiche di welfare interagiscono con le strutture di genere esistenti, spesso riproducendo le disuguaglianze anziché contrastarle. In particolare, ha sottolineato come il modello di welfare italiano, caratterizzato da una forte impronta familistica, tenda a delegare alla famiglia – e, per via delle norme di genere, soprattutto alle donne – un'ampia parte del carico di cura, limitando di fatto le possibilità di realizzazione personale e professionale delle donne e mantenendo il *gender gap* in ambiti quali l'occupazione e la carriera. Mentre sarebbe necessario:

Dedicare una particolare attenzione alla famiglia, in termini anche di politiche sociali, non per riportare indietro la lancetta dell'orologio (recuperando il modello-stereotipo della “grande famiglia del passato in cui tutti si volevano bene”), ma sostenendola perché possa

⁴⁶ DE SANCTIS, FARIELLO, STRAZZERI, *Sociologia della maternità*, cit., p. 143.

⁴⁷ Per approfondire quest'aspetto, cfr. L. LUPPERINI, *Di mamma ce n'è più di una*, Feltrinelli, Milano 2013, p. 17. E sul fenomeno del *gender backlash* (letteralmente, “contraccolpo di genere”) che sta esasperando il *gender gap*: L. LUPPERINI, *Gender backlash*, in “Lipperatura”, dicembre 2011, <https://www.lipperatura.it/gender-backlash/> (ultima consultazione aprile 2024).

continuare a svolgere le sue funzioni sociali, compatibilmente con i mutamenti strutturali e relazionali che l'hanno coinvolta⁴⁸.

Sebbene ci siano stati alcuni cambiamenti significativi, le dinamiche familiari continuano a essere caratterizzate da una distribuzione tradizionale delle responsabilità. Difatti, se per gli uomini la famiglia è una risorsa a cui attingere durante tutto il percorso che conduce al consolidamento delle proprie scelte professionali, per le donne la responsabilità familiare si traduce spesso in un vincolo con cui fare i conti nel momento in cui si progetta il proprio futuro lavorativo. In altre parole, mentre gli uomini hanno una famiglia su cui contare, le donne hanno una famiglia a cui pensare⁴⁹.

Inoltre, la distribuzione del lavoro familiare all'interno della coppia risulta, ancora oggi, fortemente sproporzionato:

La partecipazione degli uomini al lavoro domestico e alla cura dei figli è così marginale che la loro assenza nel nucleo familiare riduce anziché aumentare l'entità del lavoro domestico svolto dalle donne, in quanto viene loro risparmiato il lavoro di cura. Dunque, mentre l'uomo si avvantaggia della presenza della partner donna, la donna sembra beneficiare dell'assenza del partner uomo⁵⁰.

⁴⁸ P. DI NICOLA, *Un nuovo welfare per la famiglia che cambia*, in "Coscienza", 3-4, p. 26. Cfr. anche Id., *Prendersi cura delle famiglie*, Carocci, Roma 2002.

⁴⁹ F. DOVIGO, *Strategie di sopravvivenza. Donne tra famiglia, professione e cura di sé*, Mondadori, Milano 2007, pp. 20-21.

⁵⁰ E. RUSPINI, *Le identità di genere*, Carocci, Roma 2023, p. 94.

Proprio per questo motivo le politiche di maternità, anziché essere un ausilio fondamentale e un aiuto concreto per le donne, finiscono per rappresentare un terreno in cui le dinamiche di genere e le disuguaglianze sociali attecchiscono con maggior vigore. Come ben evidenziato da Chiara Saraceno e Manuela Naldini, il congedo di maternità obbligatorio, pur offrendo un sostegno economico alle madri durante il periodo *post partum*, allo stesso tempo contribuisce a rinforzare stereotipi di genere e a limitare le opportunità di carriera delle donne. Secondo le studiose, «le politiche di congedo di maternità possono spesso rinforzare la divisione sessuale del lavoro, poiché la lunghezza e le modalità di fruizione di tali congedi possono penalizzare le donne sul mercato del lavoro»⁵¹. Questo fenomeno è particolarmente evidente in contesti come l'Italia, dove il congedo di maternità è più lungo e rigidamente strutturato rispetto ad altri Paesi europei, e dove le madri possono essere percepite come lavoratrici meno disponibili o meno impegnate rispetto ai loro colleghi maschi. Nel nostro Paese, infatti, è prevista un'astensione dal lavoro per un periodo che va dalla fine della gravidanza fino ai mesi successivi alla nascita del bambino, garantendo alla madre una copertura economica intesa a sostituire il salario. Parallelamente, il congedo di paternità rappresenta un'innovazione più recente, volto a incoraggiare una maggiore condivisione delle responsabilità genitoriali. Nonostante questi sforzi normativi, il peso della cura e dell'assistenza dei figli ricade ancora in larga misura sulle donne, evidenziando una discrepanza tra le intenzioni legislative e le pratiche quotidiane delle famiglie italiane⁵².

⁵¹ C. SARACENO, M. NALDINI, *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna 2021, p. 37.

⁵² A tal proposito, M. PIAZZA, *Le trentenni. Fra maternità e lavoro, alla ricerca di una nuova identità*, Mondadori, Milano 2003, pp. 39-40; R. RIZZA, M. SANSAVINI, *Donne e lavoro: rappresentazioni del femminile e conseguenze in termini di politiche di «work-life balance»*, in "Rassegna Italiana di Sociologia", 1, pp. 5-31.

Difatti, le donne si trovano spesso in posizioni subalterne rispetto agli uomini, una situazione radicata nei profondi paradigmi sociali e culturali ancora presenti nella società. Anche nel caso in cui una donna raggiunga ruoli manageriali, è probabile che riceva una retribuzione inferiore rispetto ai suoi colleghi maschi. Pertanto, è evidente ancora oggi che: «Alcuni ruoli possono essere sessualmente tipizzati e con l'incrementare dell'assunzione di ruoli maschili da parte delle donne potrebbe esserci un cambiamento sostanziale negli stereotipi sessuali. Tuttavia, può anche verificarsi il contrario: poiché le donne ricoprono un ruolo tradizionalmente maschile, il ruolo stesso può essere meno stimato»⁵³.

Negli ultimi anni, si è diffuso ampiamente il concetto di “conciliazione”, diventando il fulcro dei dibattiti sulle politiche del lavoro. In particolare, ha assunto un ruolo centrale nelle pratiche organizzative all'interno del mercato del lavoro. Nello specifico, «conciliare significa mediare, individuare un punto di incontro tra posizioni ed interessi contrastanti»⁵⁴.

In ambito genitoriale, la conciliazione rappresenta il tentativo concreto e progettuale di equilibrare la vita familiare e lavorativa, cercando di integrare la sfera privata e professionale in modo sinergico anziché contrastante. Si tratta, quindi, di armonizzare queste due dimensioni affinché si intersechino e si sostengano reciprocamente.

La Commissione europea intende la conciliazione come «l'introduzione di sistemi che prendono in considerazione le esigenze della famiglia, di congedi parentali, di soluzioni

⁵³ M. A. HOGG, G. M. VAUGHAN, *Psicologia sociale. Teorie e applicazioni*, a cura di L. Arcuri, Pearson, Milano 2012, pp. 198-199.

⁵⁴ A. M. ZABARINO, M. FORTUNATO, *Quaderno di lavoro. La conciliazione famiglia-lavoro in Italia e in Europa. Compendio di documentazione*, Centro Risorse Servizi, Torino 2008, p. 4.

per la cura dei bambini e degli anziani, lo sviluppo di un contesto e di un'organizzazione lavorativa tale da agevolare la conciliazione delle responsabilità lavorative e di quelle familiari per le donne e gli uomini»⁵⁵. Tuttavia, è fondamentale considerare che nel corso del tempo sia il concetto di lavoro sia quello di famiglia hanno subito trasformazioni significative. Pertanto, le soluzioni a queste sfide devono essere studiate in risposta ai cambiamenti sociali, demografici e culturali che hanno messo in crisi il tradizionale modello familiare e, di conseguenza, le modalità di organizzazione e svolgimento del lavoro. In questo contesto, le politiche di conciliazione, quali orari di lavoro flessibili, telelavoro, e supporto all'infanzia (ad esempio, nidi e servizi per l'infanzia), pur rappresentando dei passi avanti, si scontrano con una realtà lavorativa ancora fortemente segnata da rigidità e da una cultura aziendale poco incline a valorizzare l'equilibrio tra vita professionale e impegni familiari. Le difficoltà di implementazione di queste politiche, unitamente alla loro frammentazione e alla variabilità territoriale nella loro applicazione, rendono il percorso verso una piena uguaglianza di genere ancora lungo e complesso.

Di conseguenza, è evidente che le politiche di conciliazione risultano ancora fortemente *gendered* poiché valutano la questione come se fosse appannaggio esclusivamente femminile. Infatti, tendono a rafforzare l'idea che le donne abbiano un'inclinazione specifica per il lavoro di cura e per questo motivo sono tenute a occuparsene⁵⁶.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Si tratta della cosiddetta filosofia del *care*, dove *care* va tradotto come "sollecitudine" e rappresenta la capacità di prendersi cura degli altri. In tal senso, si considera una conseguenza tipica della maternità in quanto le donne avrebbero sviluppato durante la gravidanza, e in seguito col parto, una profonda attenzione nei confronti degli esseri umani. A tal proposito, fondamentale è il modello di "etica della cura" offerto da Carol Gilligan. Cfr. C. GILLIGAN, *Con voce di donna. Etica e*

Anche la questione dell'accesso ai servizi sanitari rivela un'ulteriore dimensione di analisi. Se da un lato il Sistema sanitario nazionale italiano garantisce un'ampia copertura dei servizi legati alla maternità, dall'altro l'esperienza di accesso a tali servizi può variare significativamente in funzione di variabili quali la geografia, il contesto socioeconomico e la disponibilità di strutture dedicate alla maternità. Queste disuguaglianze si inseriscono in un quadro più ampio di disparità di genere che affligge il sistema di welfare, nel quale le politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari molto spesso si mostrano inadeguate o insufficientemente sfruttate.

Questo è un aspetto che andrebbe di sicuro migliorato, perché l'accesso ai servizi sociali e all'assistenza all'infanzia può rappresentare un fattore determinante nella capacità delle donne di conciliare lavoro e famiglia. Difatti, come sottolinea Chiara Saraceno: «L'accesso ai servizi sociali quali asili nido e scuole materne può giocare un ruolo cruciale nel permettere alle madri di reinserirsi rapidamente nel mondo del lavoro dopo il congedo di maternità»⁵⁷. Ad esempio, Paesi come la Svezia e la Norvegia, come vedremo in maniera più approfondita di seguito, offrono servizi di assistenza all'infanzia di alta qualità e ampiamente accessibili. Tutto questo garantisce di registrare tassi di partecipazione femminile al mercato del lavoro significativamente più elevati rispetto all'Italia, dove la carenza di strutture di assistenza all'infanzia può costituire un ostacolo significativo per le madri che desiderano lavorare.

formazione della personalità, Feltrinelli, Milano 1991; Id., *La virtù della resistenza. Resistere, prendersi cura, non cedere*, Moretti&Vitali, Bergamo 2014; F. BRUGÈRE, *L'etica della cura*, Mimesis, Milano-Udine 2023.

⁵⁷ C. SARACENO, *L'equivoco della famiglia*, Laterza, Roma-Bari 2017, p. 114.

L'analisi dei dati statistici recenti conferma l'importanza delle politiche sanitarie a sostegno della maternità nel ridurre il *gender gap* e promuovere l'uguaglianza di genere. Secondo un rapporto dell'Eurostat del 2023, i Paesi nordici come la Svezia e la Norvegia registrano uno dei più bassi divari di genere nell'occupazione, con differenze salariali tra uomini e donne che si attestano intorno al 5-7%. Questi Paesi si distinguono per i loro ampi congedi parentali retribuiti, che consentono alle madri di rientrare nel mondo del lavoro senza compromettere la loro carriera professionale. Al contrario, l'Italia, nonostante abbia fatto progressi nel garantire un congedo di maternità retribuito, continua a registrare uno dei divari di genere più elevati in Europa, con una differenza salariale tra uomini e donne che supera il 20%. Questi dati evidenziano il legame diretto tra politiche di maternità progressiste e una maggiore parità di genere nell'ambito lavorativo⁵⁸.

Inoltre, uno studio condotto nel 2011 dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) sul benessere familiare, dal titolo *Doing Better for Families* e dedicato alle politiche per la famiglia, ha dimostrato come, purtroppo, l'Italia rimanga «ben al di sotto della media OCSE rispetto a tre indicatori fondamentali sulla famiglia: occupazione femminile, tasso di fertilità e tasso di povertà infantile». Inoltre, nel Rapporto si evidenzia che «in confronto a molti Paesi OCSE, in Italia le donne hanno più difficoltà a conciliare lavoro e famiglia. Spesso esse si trovano a dover compiere una scelta tra avere un lavoro

⁵⁸ Il documento, che è una relazione di monitoraggio che fornisce una panoramica statistica dei progressi compiuti nell'UE verso il conseguimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS), è qui consultabile: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/15234730/16817772/KS-04-23-184-EN-N.pdf/845a1782-998d-a767-b097-f22e93d422?version=2.0&t=1688373085450> (ultima consultazione aprile 2024).

ed avere dei figli; il risultato è che sia il tasso di natalità sia il tasso di occupazione femminile sono bassi: questo è pari al 48% (la media OCSE è pari al 59%)»⁵⁹.

Da questi dati emerge chiaramente che Paesi con politiche di conciliazione lavoro-famiglia ben sviluppate hanno un tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro più elevato. Ad esempio, Paesi come la Svezia e la Finlandia, che offrono servizi di assistenza all'infanzia di alta qualità e accessibili, registrano tassi di occupazione femminile superiori al 70%, mentre in Paesi con politiche meno sviluppate come l'Italia e la Grecia, il tasso di occupazione femminile è decisamente più basso. Questi dati confermano l'importanza di investire in politiche di conciliazione lavoro-famiglia per favorire una maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro e ridurre il *gender gap* in ambito occupazionale.

Pertanto, i dati statistici recenti evidenziano in modo chiaro e inequivocabile l'importanza delle politiche sanitarie a sostegno della maternità nel promuovere l'uguaglianza di genere e ridurre il divario tra uomini e donne nell'ambito lavorativo. Paesi che adottano politiche progressiste registrano migliori risultati in termini di parità di genere e partecipazione femminile al mercato del lavoro, sottolineando la necessità di un impegno costante da parte dei governi e delle istituzioni europee per promuovere politiche inclusive e *gender equality* in tutta l'Unione Europea.

⁵⁹ Comunicato stampa fornito dall'OCSE, https://gruppocrc.net/wp-content/uploads/2011/05/47701018.pdf?_gl=1*1uuuqph*_ga*MTA0MTA2ODkxLjE3MTE3MTM3NTc.*_ga_8Z28SW8CRN*MTcxMTcxMzc1Ni4xLjAuMTcxMTcxMzc1Ni4wLjAuMA. Mentre il Rapporto è disponibile qui: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/doing-better-for-families_9789264098732-en#page4 (ultima consultazione aprile 2024).

In conclusione, le politiche sanitarie a sostegno della maternità, insieme alle misure di conciliazione lavoro-famiglia, rappresentano un terreno fondamentale di intervento per ridurre il *gender gap* e promuovere l'uguaglianza di genere.

Tuttavia, affinché queste politiche siano realmente efficaci, è necessario un cambio di paradigma che includa una riflessione critica sulle strutture di genere radicate nella società e nel mercato del lavoro, nonché un impegno collettivo verso una cultura che valorizzi equamente i ruoli e le responsabilità di donne e uomini sia nel contesto familiare che in quello lavorativo.

La strada da percorrere è ancora lunga e richiede una sinergia tra politiche pubbliche, cultura aziendale e cambiamento sociale; con l'obiettivo di costruire una società in cui la maternità possa essere vissuta senza penalizzazioni professionali o economiche, e in cui la cura dei figli sia una responsabilità condivisa e valorizzata in egual misura tra donne e uomini.

CAPITOLO 2 - LA MATERNITÀ OGGI: CICOGNA O BISTURI?

2.1 I DETERMINANTI DI BUONA SALUTE MATERNO- INFANTILE

Nel contesto della salute materno-infantile, il corpo assume un ruolo cruciale, diventando infatti un campo di battaglia in cui si scontrano non solo valori, ma anche interessi politici, sociali ed economici. Questa complessa intersezione di fattori determina un ambiente in cui la salute e il benessere delle madri e dei bambini sono molte volte messi in secondo piano rispetto a dinamiche di potere e influenze esterne. Di conseguenza, la capacità di fornire cure e supporto adeguati può essere compromessa.

Per tale ragione è fondamentale comprendere la centralità dei determinanti sociali e politici che influenzano la salute materno-infantile. Inoltre, bisogna promuovere tali determinanti per garantire, proprio come vedremo nel corso di questo paragrafo, il benessere sia della madre sia dei nati¹.

È evidente che il corpo femminile e quello maschile si distinguono principalmente per la capacità delle donne di generare figli. Come è stato infatti approfondito in

¹ Un valido studio in tal senso è sicuramente L. LOMBARDI, *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, FrancoAngeli, Milano 2005.

maniera dettagliata nel paragrafo 1.2, questa differenza ha storicamente portato a un forte controllo sociale sulle donne, spesso mediato attraverso il ricorso alla religione.

Occorre domandarsi se nelle società occidentali contemporanee questo dominio persiste o se rappresenta solo un vestigio di un'epoca in cui alle donne venivano negati i loro diritti. Purtroppo, è evidente che il corpo delle donne continua a essere supervisionato e messo sotto esame, seppur in forme più sottili o talvolta meno visibili (e per questo anche più subdole), principalmente attraverso l'ingerenza della medicina nella biologia femminile².

In tal senso, la medicalizzazione del corpo femminile può essere interpretata come «la risposta della modernità alla necessità di controllo sociale sull'attività riproduttiva della donna, una necessità [...] che è una costante in tutte le culture»³.

Nel contesto odierno, la maternità si presenta come un'esperienza complessa e sfaccettata, influenzata da una serie di fattori sociali, culturali ed economici che plasmano profondamente la salute materno-infantile. Le madri di oggi si trovano di fronte a sfide uniche, determinate da un panorama in continua evoluzione che richiede nuove strategie e approcci per garantire il benessere sia delle gestanti sia

² Cfr. N. DIASIO, *Il vaso di Pandora, ovvero della chiusura del corpo femminile. Aspetti storico-antropologici*, in M. Mazzetti (a cura di), *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, FrancoAngeli, Milano 2000, pp. 23-39.

³ F. PIZZINI, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, FrancoAngeli, Milano 1999, p. 11.

dei nati. Difatti, le donne moderne vivono la maternità in un modo che si discosta molto dalla norma tradizionale. In tal senso, il sociologo francese François de Singly ha identificato tre elementi distintivi dell'identità femminile contemporanea rispetto alle generazioni passate: l'acquisizione di un'istruzione, l'uso professionale di questa formazione e la ricerca di un'identità individuale. Soprattutto ha evidenziato come questi elementi avvicinano l'identità femminile a quella maschile⁴.

Tuttavia, la ricerca di una identità rinnovata ha determinato esiti complessi e, in alcuni aspetti, ambivalenti: pur acquisendo un ruolo e un potere professionale, le donne continuano ad affrontare crescenti sfide. Infatti, sono costrette a superare numerosi ostacoli nel bilanciare da una parte le responsabilità materne e dall'altra l'occupazione svolta fuori dal contesto domestico. Bisogna anche ricordare che la progressiva riduzione del gap educativo e occupazionale tra le donne e gli uomini purtroppo evidenzia ancora oggi delle profonde disomogeneità, difatti tra le donne meno istruite perdurano condizioni di segregazione occupazionale. Queste difficoltà emergono in particolar modo nei Paesi del Sud Europa, mentre nel Nord Europa le politiche di welfare sono pensate per garantire una più equa e ampia integrazione.

⁴ Per approfondire il pensiero del sociologo francese, cfr. F. DE SINGLY, *Séparée. Vivre l'expérience de la rupture*, Armand Colin, Paris 2011.

Pertanto, la maternità oggi è spesso caratterizzata da una tensione tra tradizione e modernità, quindi in bilico tra le aspettative culturali e sociali tradizionali, ma allo stesso tempo emergono anche le esigenze e le aspettative individuali delle madri. Questa tensione può influenzare le decisioni relative alla gravidanza, alla nascita e alla cura del bambino, creando un contesto complesso in cui le madri devono navigare. Questo panorama multidimensionale rende quindi fondamentale un approccio integrato per comprendere e affrontare le sfide e le opportunità associate alla maternità nel mondo contemporaneo⁵.

Proprio per tale motivo l'accesso ai servizi sanitari, la qualità dell'istruzione, la stabilità economica e le dinamiche familiari sono delle variabili fondamentali e giocano un ruolo cruciale nel determinare la salute materno-infantile. Difatti, la crescente diversità delle famiglie, la varietà dei modelli di genitorialità e l'importanza crescente attribuita al sostegno sociale e comunitario rendono la maternità un fenomeno in continua trasformazione e adattamento.

Nel corso di questo paragrafo, esploreremo nel dettaglio i determinanti che influenzano la salute materno-infantile, analizzando come la classe sociale, le

⁵ L'occupazione della madre è ancora oggetto di pregiudizio, sebbene numerosi studi indicano che uno sviluppo psicologicamente sano del bambino è determinato da una molteplicità di fattori che esercitano un'influenza, anche se moderata, sul risultato. Tra questi troviamo la capacità della madre di gestire le sfide associate al suo ruolo lavorativo; il sostegno offerto dal padre e dai parenti; la motivazione che spinge la madre a lavorare al di fuori della casa. Tuttavia, persiste ancora una concezione, utilizzando le parole dello psichiatra Giovanni Bollea, secondo la quale è la donna che concretamente "fa famiglia". Cfr. G. BOLLEA, *Le madri non sbagliano mai*, Feltrinelli, Milano 1995, p. 16.

relazioni familiari, il ruolo del padre e il supporto sociale si intrecciano e influenzano il benessere delle madri e dei bambini.

La classe sociale svolge un ruolo fondamentale nell'influenzare la salute materno-infantile, determinando l'accesso ai servizi sanitari, la qualità dell'istruzione, le condizioni abitative e il sostegno sociale disponibile. Le disparità socioeconomiche possono infatti creare barriere significative all'accesso ai servizi e alle risorse necessarie per una maternità sana e sicura, contribuendo a iniquità.

È infatti molto probabile che le madri appartenenti a classi sociali svantaggiate possano trovarsi a dover fronteggiare sfide maggiori in termini di accesso a cure prenatali di qualità, assistenza al parto sicura e supporto *post partum*. Queste disparità possono avere significative ripercussioni negative sulla salute materna e sullo sviluppo infantile, aumentando il rischio di complicazioni durante la gravidanza e il parto, nonché esiti avversi per la salute del bambino.

Inoltre, la classe sociale può influenzare la capacità delle madri di accedere a risorse educative e informative, condizionando le loro decisioni relative alla nutrizione, all'allattamento, alla cura e all'educazione dei figli. Quindi appare in modo molto chiaro che le differenze socioeconomiche possono determinare stili di vita, abitudini e comportamenti che hanno un impatto diretto sulla salute materno-infantile⁶.

⁶ A tal proposito, si rimanda a M. P. FANTINI, L. DALLOLIO, *Le disuguaglianze in ambito materno infantile e gli interventi di dimostrata efficacia per ridurle*, in *Quaderni CARD 9. Il Distretto come*

Tuttavia, è fondamentale evidenziare che la classe sociale non rappresenta esclusivamente un fattore di rischio, ma può anche agire come un fattore di protezione nel caso di persone appartenenti a un ceto sociale più elevato. Per questo motivo, sarebbe necessario sviluppare reti di supporto sociale e comunitario, garantire risorse economiche disponibili a chi ne ha realmente bisogno e soprattutto permettere un accesso democratico a servizi sanitari gratuiti di alta qualità. Soltanto in questo modo si può svolgere un ruolo cruciale nel mitigare gli effetti negativi delle disparità socioeconomiche. Difatti, questi elementi possono fornire alle madri e ai bambini le risorse essenziali per affrontare le sfide associate alla maternità e all'infanzia, promuovendo così una crescita e uno sviluppo sani.

Nel complesso, comprendere l'interazione tra classe sociale e salute materno-infantile è fondamentale per sviluppare strategie efficaci per ridurre le disparità e promuovere un accesso equo e universale a cure e servizi di qualità per tutte le madri e i bambini, indipendentemente dal loro background socioeconomico.

Occorre ricordare che anche il tipo di relazione in cui si trova una madre – che sia un matrimonio, una convivenza o la genitorialità singola – può influenzare significativamente la salute materno-infantile. Le dinamiche familiari e il supporto reciproco giocano infatti un ruolo cruciale nel fornire sostegno emotivo e pratico durante la gravidanza, il parto e la crescita del bambino. Tuttavia, ogni modello di

produttore di salute. Esperienze a confronto: strategie per garantire i percorsi assistenziali e contrastare le disuguaglianze, Atti del 7° Congresso Nazionale Card. Calambrone (Pisa) 19-21 marzo 2009, pp. 137-142.

relazione presenta sfide e opportunità uniche che possono influire sulla salute e sul benessere di madre e bambino.

Inoltre, è fondamentale sottolineare che l'equità di genere e la divisione equilibrata dei compiti genitoriali possono contribuire a promuovere un ambiente familiare sano e armonioso, favorendo la buona salute di madre e bambino. In questo microcosmo articolato e complesso, un ruolo di primaria importanza è di sicuro rivestito dal padre, il quale può fornire supporto durante la gravidanza, garantendo sostegno emotivo. Dopo il parto, invece, può partecipare attivamente alla cura e all'educazione del bambino. Pertanto, potremmo dire che il padre agisce come una sorta di ponte tra la madre, figura che rappresenta protezione e cura per il neonato fin dai primi istanti della vita, e il mondo esterno⁷.

A partire dagli anni Settanta, è emersa una crescente e dettagliata indagine sulla figura paterna, questo anche in relazione al periodo storico di profonda contestazione giovanile che rinnegava in particolar modo proprio la figura paterna⁸.

⁷ Per approfondire il ruolo rivestito dal padre nella cura dei figli, e il suo legame con la gravidanza, il parto e la madre, cfr. E. ZANFRONI, *Educare alla paternità tra ruoli di vita e trasformazioni familiari*, La Scuola, Brescia 2005. Fondamentale anche il contributo di Maurizio Quilici che ripercorre un *excursus* storico del ruolo paterno, quindi analizza l'evoluzione da *pater familias* per giungere ai giorni nostri e alla cosiddetta figura del "mammo": cfr. M. QUILICI, *Storia della paternità. Dal pater familias al mammo*, Fazi Editore, Roma 2010.

⁸ Ad esempio, lo psicanalista francese Bernard Muldworf individua tra le cause della violenza giovanile proprio la crisi della paternità: «Se c'è una "crisi" della paternità, le sue origini stanno proprio qui: il problema non sta nella presenza – presunta come coercitiva del padre –, ma piuttosto nella sua assenza [...]. Gli uomini che lavorano non hanno il tempo di essere "padri" [...]. E per ignoranza, ciecamente, o per illusione ideologica, si considera questa "abiura del padre" come effetto del rifiuto dei giovani a lasciarsi schiavizzare dai valori delle generazioni passate»; cfr. B. MULDWORF, *Il mestiere di padre*, Editori Riuniti, Roma 1976, pp. 172-174.

Inizialmente, si tendeva a considerare i padri come figure distanti e marginali nell'educazione dei bambini. Anche in ambito psicanalitico, l'importanza del padre è stata riconosciuta solo in un secondo momento: ad esempio secondo Freud, madre e bambino formano un'unità sin dal momento del concepimento. In questo scenario il ruolo del padre emerge soltanto attorno al terzo anno di vita del bambino⁹.

Nella società contemporanea, il ruolo del padre si delinea come una combinazione di sfumature contrastanti: da una parte, si è affermato un crescente riconoscimento come figura emotivamente impegnata nella cura e nell'educazione dei figli, quindi si è disintegrata totalmente quella visione del "padre padrone"; dall'altra, emerge con forza l'immagine di un padre distante, vulnerabile e privo di autorità. Questo dualismo può essere attribuito alla natura differente del legame paterno rispetto a quello materno: quest'ultimo è radicato in istinti biologici profondi. Inoltre, è proprio il ruolo sociale tradizionalmente associato al padre all'interno della famiglia che può contribuire a questa percezione contrastante.

Difatti, è per questo motivo se «la crisi della pedagogia familiare del Novecento, che è essenzialmente una crisi di autorità, ha investito in particolare il ruolo del padre, scardinando i vecchi schemi entro i quali si muoveva»¹⁰.

Le esperienze di maternità e paternità sono intrinsecamente diverse e influenzano in modi distinti l'identità di una persona. Il ruolo materno è profondamente

⁹ Cfr. K. GEBAUER, *Padre cercasi*, Magi, Roma 2006, pp. 19-20.

¹⁰ BOLLEA, *Le madri non sbagliano mai*, cit., p. 18.

intrecciato con la natura femminile e ha radici biologiche. Generalmente, il primo legame significativo che un bambino sviluppa è con la madre e questo rapporto si rivela fondamentale per il suo futuro sviluppo affettivo e psicologico. Quindi la figura della madre implica un'immagine di costanza e stabilità.

Al contrario, la paternità è vista come un percorso evolutivo: non si nasce padre, ma si diventa. Infatti, questo ruolo non è automaticamente legato all'identità maschile, ma richiede l'assunzione di una nuova funzione sociale e personale.

In tal senso, lo psicologo John Bowlby ha formulato la teoria dell'attaccamento, la quale evidenzia che i bambini sono biologicamente programmati per interagire con il loro contesto sociale. Inoltre, sottolinea che le relazioni umane sono fenomeni complessi, influenzate e determinate dalle caratteristiche di ciascuno degli individui partecipanti¹¹.

In passato, le donne spesso non venivano coinvolte emotivamente nella gestazione, rendendo l'esperienza paradossalmente estranea a loro. La diagnosi veniva comunicata solo al marito e il parto ridotto a una mera procedura chirurgica e medica. Per via di tale distacco le donne percepivano l'esperienza come alienante, il che generava sentimenti di repulsione verso il proprio corpo. Questa esclusione non era casuale, ma indissolubilmente legata al ruolo socioeconomico delle donne, limitando la loro autodeterminazione semplicemente alla maternità e al numero di

¹¹ J. BOWLBY, *Attaccamento e perdita*, vol. I: *Attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 1983.

figli da avere. Questa pratica rifletteva il controllo sulle nascite e i limitati diritti delle donne, aspetti predominanti per gran parte del Novecento¹².

È evidente che questo, in passato, ha causato una netta separazione dei ruoli tra uomini e donne, assegnando alla madre l'intera responsabilità dell'educazione e della cura dei figli. Per secoli, le dinamiche culturali e sociali hanno mantenuto le donne in una posizione di subordinazione. Tuttavia, a cavallo tra anni Sessanta e Settanta, la figura maschile ha attraversato una significativa trasformazione culturale. La tradizionale supremazia maschile si è scontrata con un'onda travolgente di emancipazione femminile che si è diffusa ampiamente e ha interessato tutti i livelli della società.

Questo cambiamento è stato indubbiamente positivo, ma per simili evoluzioni storiche e culturali è richiesto un periodo affinché il nuovo sistema venga accettato e riconosciuto come valido. Infatti, sebbene questa moderna concezione del genere femminile abbia modificato le politiche sociali, è ancora radicata una notevole differenza dei ruoli e dei compiti familiari che spettano all'uomo e alla donna¹³.

Tuttavia, è evidente, ma soprattutto auspicabile, una maggiore collaborazione e unione tra il padre e la madre all'interno delle famiglie odierne, come ben evidenziato anche nel libro di Laura Formenti, *Re-inventare la famiglia*. Nel saggio è presente l'esperienza della già menzionata Chiara Saraceno: la sociologa

¹² Cfr. H. MCCANN *et al.*, *Il libro del femminismo*, Feltrinelli, Milano 2019.

¹³ Cfr. ZANATTA, *Nuove madri e nuovi padri*, cit.

milanese, infatti, racconta com'è stato il suo parto, descrivendolo come nettamente differente da quello delle sue bisnonne e di sua madre. Le bisnonne partorivano in casa, in un contesto dove gli uomini erano esclusi, ritenendo che non fosse affare loro, e le donne erano «sopraffatte dalla fatica e da relazioni familiari e sociali dure»¹⁴.

All'epoca, come già ricordato, il contesto sociale era intessuto da famiglie molto numerose e i ruoli sociali erano chiaramente definiti fin dall'inizio: gli uomini erano destinati al lavoro, mentre le donne rimanevano a casa per prendersi cura dei bambini e delle faccende domestiche.

Al momento, il concetto di *pater familias* si è per fortuna evoluto e ciò ha favorito un allontanamento dai tradizionali modelli educativi: i nuovi padri aspirano a un approccio educativo che enfatizza l'affettività e la protezione, qualità storicamente associate alla figura materna. Quindi, si può concludere che non è corretto dire che i padri non esistono più, semmai non sono più gli stessi¹⁵.

Occorre sottolineare che anche la configurazione della famiglia, che può variare da nuclei familiari tradizionali a famiglie allargate o situazioni di genitorialità singola, riveste un ruolo cruciale nella salute materno-infantile. Ogni tipo di struttura

¹⁴ L. FORMENTI, *Re-inventare la famiglia. Guida teorico-pratica per i professionisti dell'educazione*, Apogeo, Santarcangelo di Romagna 2012, p. 178.

¹⁵ Come sostiene Simone Korff Sausse, offrendo un'immagine molto esplicativa, la paternità è "un'istituzione in ristrutturazione": cfr. S. KORFF SAUSSE, *In difesa dei padri*, Castelvecchi, Roma 2010.

familiare presenta opportunità e sfide uniche che possono avere un impatto sulle relazioni all'interno della famiglia, sul livello di sostegno disponibile e sulle risorse a disposizione per la cura della madre e del bambino.

Ad esempio, in una famiglia nucleare tradizionale potrebbe esserci un sostegno immediato, continuo e quotidiano da parte di entrambi i genitori, ma allo stesso tempo potrebbe delinearsi una pressione per conformarsi a determinati ruoli di genere o aspettative culturali. Al contrario, nelle famiglie allargate può esserci un maggiore supporto esteso, ma anche sfide nel coordinare le responsabilità e le decisioni visto che sono coinvolti più adulti. In quest'ultimo caso si può parlare anche di "famiglia ricomposta" dopo una separazione o un divorzio, la cui caratteristica principale è la presenza di un "terzo genitore" oltre a quelli biologici. Si può trattare di un genitore acquisito, o sociale, e nella maggior parte dei casi è il nuovo compagno o coniuge della madre, raramente del padre¹⁶.

Infine, le famiglie con genitorialità singola possono affrontare sfide particolari come la gestione di responsabilità familiari senza il supporto di un partner, mentre possono beneficiare di reti di supporto estese e comunità di sostegno.

In sintesi, comprendere le specificità e le necessità di ogni tipo di struttura familiare è essenziale per offrire un sostegno personalizzato e mirato alle madri e ai bambini, garantendo che ricevano l'assistenza e le risorse più appropriate alle loro esigenze

¹⁶ Sulle nuove realtà familiari e genitoriali, si rimanda a S. MAZZONI, *Nuove costellazioni familiari: le famiglie ricomposte*, Giuffrè, Milano 2002.

e condizioni. Questo approccio personale e basato sulle esigenze specifiche può di sicuro contribuire a migliorare la salute e il benessere della madre e del nascituro, favorendo al tempo stesso relazioni familiari più solide e resilienti.

Infine, non esistono delle prove che dimostrano che la madre possa occuparsi in maniera esclusiva della cura e della crescita dei propri figli. È evidente che fin dai primi momenti e nel corso della gestazione tra la madre e il nascituro si stabilisce un forte legame che inizia, quindi, ancor prima della nascita. Al contrario, la relazione del padre con il bambino in un primo momento si sviluppa principalmente “dall’esterno”: egli fornisce alla madre un sostegno che risulta essere più che altro essenziale per la sopravvivenza del neonato¹⁷.

Inoltre, numerosi studi antropologici sostengono che la cura dei nascituri è un compito che può essere ben svolto, oltre che dai padri, anche da madri non biologiche o dai nonni, i quali possono sentirsi adeguati in questo ruolo. Nel caso specifico dei nonni, questi rivestono un ruolo di staffetta in un ideale passaggio di testimone con i genitori: si tratta, infatti, di supporti validi ma soprattutto sono figure fidate¹⁸.

¹⁷ A. O. FERRARIS, *Padri alla riscossa*, Giunti, Firenze 2012.

¹⁸ Numerosi gli studi che evidenziano il supporto fondamentale che può arrivare dai nonni ai fini educativi e pedagogici. In tal senso, cfr. L. PATI (a cura di), *Il valore educativo delle relazioni tra le generazioni. Coltivare i legami tra nonni, figli, nipoti*, Effatà, Cantalupa 2010; L. BELLANTONIO, M. C. Trento, *La famiglia nell’età anziana e la figura dei nonni: aspetti educativi e antropologici*, in A. Merenda (a cura di), *Psicodinamica delle famiglie contemporanee*, Palermo University Press, Palermo 2019, pp. 85-99; M. CASTIGLIONI, *Cercasi nonni? Per quale relazione di cura ed educativa?*, in “Minori Giustizia”, 3, 2012, pp. 186-194.

Pertanto, le figure di supporto, come nonni, parenti e amici, giocano un ruolo cruciale nel contesto familiare, fornendo un sostegno emotivo, pratico e finanziario alle madri e ai bambini. Queste persone possono infatti offrire un supporto prezioso durante la gravidanza, il parto e la crescita del bambino, contribuendo al benessere generale della famiglia. L'importanza di un'ampia rete di supporto nel contesto familiare non deve essere sottovalutata, poiché può aiutare le madri e i bambini a navigare le sfide della maternità con maggiore resilienza e fiducia.

Infine, in questo scenario in continua evoluzione, abbiamo visto come la maternità si presenta come un'esperienza ricca di sfide e opportunità, che richiede strategie e approcci innovativi per garantire il benessere sia di coloro che generano vita ma anche dei nati. Investire nella salute materno-infantile significa prestare attenzione al futuro delle società, promuovendo una crescita e un sano sviluppo per le generazioni presenti e future¹⁹.

¹⁹ Un ulteriore approfondimento della materia è fornito da M. DI TOMMASO, *Materno-infantile*, in R. TARTAGLIA, A. VANNUCCI (a cura di), *Prevenire gli eventi avversi nella pratica clinica*, Springer, Milano 2013, pp. 113-124.

2.2 L'ACCESSO ALLE CURE E ALL'ASSISTENZA SANITARIA DURANTE LA GRAVIDANZA

In Italia, l'accesso alle cure e all'assistenza sanitaria durante la gravidanza può variare notevolmente da una regione all'altra. I dati dimostrano, infatti, una grandissima disparità tra il Settentrione e il Meridione: le regioni del Nord tendono ad avere strutture sanitarie più avanzate e accessibili rispetto a quelle del Sud, dove possono sussistere carenze non solo a livello infrastrutturale ma anche di personale. Inoltre, si registra anche un grandissimo divario socioeconomico tra le regioni settentrionali e quelle meridionali, il quale può nettamente influenzare l'accesso ai servizi. La conseguenza principale è che le donne di estrazione più bassa incontreranno di sicuro maggiori difficoltà nell'ottenere cure di qualità durante il percorso di gravidanza che porterà al successivo parto.

Diverse criticità riguardano anche un livello di assistenza inferiore agli standard, spesso correlato all'aumento della mortalità materna. Secondo dati forniti dall'Istat²⁰, esaminando i tassi di mortalità materna nelle diverse regioni analizzate, emerge una significativa disparità tra il Nord e le regioni del Centro-Sud. In particolare, il tasso più basso di mortalità materna si registra in Emilia-Romagna, mentre il più elevato è stato rilevato in Sicilia. È stato inoltre constatato un più alto

²⁰ Istat, *La salute riproduttiva della donna*, StreetLib, Roma 2017. Il documento è accessibile al seguente link: <https://www.istat.it/it/files/2018/03/La-salute-riproduttiva-della-donna-1.pdf> (ultima consultazione aprile 2024).

tasso di mortalità materna tra le donne con minori livelli di istruzione rispetto a quelle più istruite, evidenziando l'importanza di disporre di dati sulle donne in età riproduttiva per affinare la nostra comprensione delle disuguaglianze in materia di salute materna e per formulare politiche e strategie di supporto adeguate.

In tal senso, il programma britannico di indagini confidenziali sulle morti materne *Confidential Enquiries into Maternal Death* evidenzia che le principali cause di mortalità materna sono proprio legate a criticità nell'assistenza clinica e nell'organizzazione. Tra queste problematiche figurano la carente comunicazione tra i professionisti sanitari, la sottovalutazione della gravità delle condizioni, gli errori di diagnosi, i trattamenti non adeguati o inappropriati, l'assenza di revisioni da parte di specialisti qualificati, la scarsità di posti letto disponibili in terapia intensiva o la loro eccessiva lontananza²¹.

Inoltre, si osserva una simile discrepanza geografica anche per quanto riguarda altri indicatori fondamentali della salute riproduttiva, come la percentuale di parto cesareo e il tasso di mortalità neonatale, entrambi superiori nelle regioni meridionali rispetto a quelle settentrionali del nostro Paese.

Le indagini evidenziano anche diverse criticità per quanto riguarda la frequenza ai corsi di preparazione al parto, infatti si registrano percentuali inferiori rispetto a

²¹ È possibile consultare il documento nella sua interezza al seguente link: https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrace-uk/reports/maternal-report-2022/MBRRACE-UK_Maternal_MAIN_Report_2022_UPDATE.pdf (ultima consultazione aprile 2024).

quelle auspicate dal Progetto obiettivo materno infantile (POMI)²². Inoltre, si assiste a una disomogeneità per quanto riguarda la frequentazione dei corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) sul territorio nazionale tra Nord e Sud. Questo dato con molta probabilità rispecchia la discrepanza di distribuzione ed efficienza dei consultori familiari nel nostro Paese: come riportato dall'Istituto superiore di sanità, si può notare che quasi il 75% delle donne italiane alla prima gravidanza ha frequentato il corso nel Nord Italia contro l'appena 45% al Sud²³.

Le disuguaglianze territoriali possono avere delle ripercussioni anche per quanto riguarda l'accesso tempestivo al pronto soccorso che, durante la gravidanza, è cruciale per garantire interventi rapidi ed efficaci in caso di emergenze mediche. La gravidanza, proprio per la sua naturale particolare, rappresenta un periodo delicato in cui possono verificarsi complicazioni impreviste che richiedono un intervento immediato per salvaguardare la salute della madre e del bambino. Da ciò si comprende quanto è necessario che a una donna incinta sia garantito un ingresso veloce al pronto soccorso ospedaliero.

Tuttavia, sono numerosi i fattori che impediscono alle gestanti di usufruire di questa opportunità. Uno di questi è la distanza fisica dai centri ospedalieri, soprattutto nelle

²² Per Progetto obiettivo materno infantile (POMI) si intende un riferimento normativo varato nel 2000. È stato soprattutto l'Istituto superiore di sanità (ISS) a fornire un contributo decisivo per la determinazione di tale iniziativa, sfruttando la vasta conoscenza e l'esperienza acquisite attraverso la ricerca pratica e le indagini condotte a partire dal 1980 dal reparto Salute della donna e dell'età evolutiva del CNESPS (Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute).

²³ ISS, *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi. Rapporto Istisan 12/39*, 2012.

zone rurali o scarsamente servite dal trasporto pubblico. Le donne che vivono in queste aree molte volte possono incontrare difficoltà nel raggiungere rapidamente le strutture ospedaliere qualificate in caso di emergenza, aumentando il rischio di esiti negativi per la salute propria e del bambino che portano in grembo.

Inoltre, anche le limitazioni economiche possono rappresentare un ostacolo significativo: le spese per il trasporto o per il trattamento medico potrebbero essere proibitive per alcune donne che si trovano in una condizione svantaggiosa, costringendole a ritardare o addirittura rinunciare a cercare assistenza medica quando ne hanno davvero bisogno. Questo ritardo nell'accesso alle cure può avere gravi conseguenze sulla salute sia della madre sia del nascituro.

È quindi fondamentale riporre un'attenzione particolare a queste barriere potenziali e adottare misure per superarle (ad esempio, l'implementazione di servizi di trasporto sanitario accessibili e convenienti per le comunità rurali, nonché un supporto finanziario o assicurativo per le donne che incontrano difficoltà economiche nell'accesso alle cure mediche). Garantire un accesso equo e tempestivo al pronto soccorso durante la gravidanza è fondamentale per evitare e ridurre le disparità di salute e migliorare gli esiti per le madri e i loro bambini.

Sopra si è fatto un rapido accenno ai CAN, ossia i corsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità, di fondamentale importanza per fornire alle donne informazioni e competenze per affrontare la gravidanza e il parto in modo consapevole. Quelli che prima venivano chiamati semplicemente corsi di

preparazione al parto sono stati così ribattezzati non soltanto per una variazione semantica, ma soprattutto per sottolineare nuovi valori previsti anche dal rinnovato Codice deontologico dell'ostetrica/o, il quale infatti prevede che sia assicurata:

la continuità delle cure in tutto il percorso nascita, presa in carico sotto il profilo clinico-assistenziale, sostegno psico-emozionale e sociale alla coppia genitoriale, centralità della donna/coppia/famiglia – approccio olistico, tutela dei processi fisiologici, valorizzazione e sostegno delle competenze materne/genitoriali e della autodeterminazione della donna nelle scelte responsabili, in particolare in merito alle modalità di gestione della gravidanza e del parto²⁴.

I corsi di accompagnamento alla nascita rappresentano un itinerario dedicato alle donne e alle coppie in attesa, con incontri regolarmente pianificati durante i mesi di gravidanza. Questi percorsi mirano a fornire sostegno e orientamento alla donna durante tutto il corso della gestazione, inoltre costituiscono una componente essenziale dell'assistenza prenatale, in sinergia con le visite ostetriche, le ecografie e gli esami prenatali, contribuendo così a una preparazione completa al momento del parto.

L'educazione prenatale è finalizzata alla promozione del benessere delle donne in gravidanza, individuando e gestendo eventuali problematiche di salute, ma allo

²⁴ Il Codice deontologico può essere consultato nella sua interezza presso il seguente link: <https://oporp.it/custom/oporp/writable/news/Codice-Deontologico-18-11-20171.pdf> (ultima consultazione aprile 2024).

stesso momento si occupa della salute del neonato. L'obiettivo principale è quello di assicurare informazioni e supporto alle donne, ai partner ma anche alle famiglie, tutto questo per affiancarli nel delicato percorso verso la genitorialità e per fornire loro gli strumenti idonei per prendere decisioni delicate. Tutto questo deve essere sempre svolto nel pieno rispetto delle proprie esigenze e valori. Pertanto, i CAN si occupano di rafforzare l'autonomia, le competenze e le capacità dei futuri genitori, permettendo alle famiglie che si formeranno di gestire la propria salute in maniera ottimale e di affrontare con rinnovata consapevolezza le eventuali sfide che si presenteranno lungo il percorso²⁵.

In genere, i CAN hanno una formazione ben strutturata, con un gruppo di lavoro che comprende figure come le ostetriche e gli ostetrici, che possono contare anche sull'aiuto di psicoterapeuti e psicologi, medici pediatrici e specialisti in ostetricia e ginecologia. Si tratta ovviamente di figure professionali che rappresentano un punto di riferimento fondamentale, poiché in grado di fornire risposte pertinenti e assistenza adeguate alle future madri durante tutto il percorso di gravidanza che le porterà al parto.

Il già menzionato POMI ha riconosciuto il valore fondamentale che i corsi di accompagnamento alla nascita rivestono nell'ambito di una salute pubblica

²⁵ A tal proposito, cfr. P. MAGHELLA, *Incontri di accompagnamento alla nascita. Manuale per operatori*, Red Edizioni, Milano 2021.

accessibile in maniera equa e ottimale. Nello specifico, il Progetto obiettivo materno infantile ritiene che tali incontri debbano essere finalizzati a:

- potenziare gli stili di vita della comunità;
- sostenere e favorire pratiche preventive contro le malattie;
- implementare una rete di supporto tra membri della stessa comunità;
- favorire l'*empowerment* attraverso la promozione del benessere familiare.

Questi corsi permettono alle partorienti di poter instaurare un dialogo con altre donne che si trovano nella stessa situazione e con professionisti esperti: questo è un aspetto di grande aiuto dal punto di vista emotivo; infatti, si ha l'opportunità di condividere le proprie preoccupazioni e paure, di rivolgere domande e di ricevere risposte esaurienti da operatori qualificati.

Inoltre, durante il corso sono sviscerati tutti i temi cruciali della gravidanza, come ad esempio i cambiamenti che investono i corpi delle donne durante i tre trimestri di gestazione, le modalità per gestire l'aumento di peso in modo sano, i disagi e sintomi più comuni. Le questioni legate al parto (come il riconoscimento del travaglio, le sue fasi, i segnali di pericolo, il rafforzamento del pavimento pelvico e le varie tecniche di gestione del dolore, inclusa l'opzione della partoanalgesia) sono tutte approfondite, in modo tale da fornire alle future madri una consapevolezza che possa addomesticare probabili paure o tensioni. Inoltre, grande attenzione è riservata al parto cesareo, spiegando in quali casi è davvero necessario ricorrere a

un intervento di questo tipo (in particolar modo, nell'eventualità di presentazione podalica del feto o in situazioni di emergenza).

Sono affrontate anche le questioni che riguardano i momenti successivi al parto, proprio per offrire alle mamme gli strumenti adatti per garantire la salute del nascituro sin dai primi momenti: in tal senso, un argomento di particolare rilevanza è quello dell'allattamento al seno e delle cure per il neonato (come vedremo nel paragrafo successivo).

Per quanto riguarda invece gli aspetti prettamente pratici, nei CAN le future mamme possono apprendere esercizi e posizioni utili per rendere il travaglio e il parto meno dolorosi: si tratta, per lo più, di tecniche di respirazione profonda e addominale con espirazione prolungata.

Un aspetto da non trascurare è sicuramente l'ambiente nel quale il corso di accompagnamento alla nascita si tiene: come prima cosa dovrà essere confortevole e pulito. Inoltre, deve presentare delle caratteristiche in grado di mettere a proprio agio le future mamme: ad esempio, la possibilità di poter regolare la luminosità per favorire il rilassamento, ma anche una temperatura adatta, servizi igienici idonei²⁶.

Studi scientifici dimostrano che la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita determina benefici significativi alla salute della madre e del neonato. È stato

²⁶ Cfr. A. MARCHI, *Midwifery: arte ostetrica ritrovata. Assistenza ostetrica alla gravidanza e valutazione del rischio clinico; omeopatia e fiori di Bach per problematiche fisiche, emozionali e spirituali*, Cantagalli, Siena 2012.

infatti verificato che le donne che partecipano ai CAN arrivano in sala parto con una maggiore consapevolezza: questo comporta una riduzione delle richieste di taglio cesareo e dell'utilizzo di analgesia epidurale. Infatti, è dimostrato che questi corsi aumentano la partecipazione e la consapevolezza delle donne alle decisioni da prendere durante il parto.

Inoltre, i dati presi in esame evidenziano che i CAN, soprattutto se seguiti da incontri successivi alla nascita, sono in grado di favorire l'allattamento al seno, spesso rifiutato dalle donne che non hanno frequentato i corsi. Quindi è auspicabile che l'assistenza garantita dai CAN prosegua anche nella fase del *post partum*, garantendo non solo il supporto necessario per l'allattamento al seno, ma anche per promuovere la capacità di autodeterminazione della donna e della coppia nelle decisioni riguardanti le cure da ricevere.

Quindi è essenziale ampliare l'accesso ai CAN, senza differenze territoriali tra le regioni del Nord, del Sud e del Centro Italia, al fine di coinvolgere la più grande percentuale di donne, con particolare attenzione all'inclusione di quelle si trovano in una condizione di svantaggio.

Oltre ai corsi di accompagnamento alla nascita, bisogna menzionare anche altri servizi messi a disposizione dal Sistema sanitario nazionale, in particolar modo l'ambulatorio della gravidanza a termine (GAT) e quello della gravidanza a rischio (GAR).

Nel primo caso, si tratta di un ambulatorio che garantisce un follow up delle gravidanze con età gestazionale di 37 settimane. Infatti, le donne incinte ricevono una serie di visite mediche pianificate regolarmente al fine di monitorare lo sviluppo del feto e la salute della madre, in attesa del travaglio naturale o del parto indotto. Sono previsti esami fisici mediante cardiocografia ed ecografia, controlli dell'andamento della gravidanza, ma vengono forniti anche informazioni pratiche relative al parto e all'accesso al reparto. Talvolta, in particolari casi, è possibile richiedere anche un supporto psicologico.

L'ambulatorio GAR invece accoglie tutte quelle donne alle quali, durante la prima visita o i controlli successivi, vengono riscontrate delle condizioni di rischio materno-infantile²⁷. A loro verrà quindi garantito un supporto medico mirato e un monitoraggio più frequente per gestire le potenziali complicazioni. Sono previste consulenze con ginecologi specializzati in gravidanze ad alto rischio, endocrinologi e numerosi altri professionisti sanitari esperti nel trattamento di condizioni mediche complesse in gravidanza.

In entrambi i casi, l'obiettivo principale è quello di favorire una gravidanza sicura e successivamente un parto sano, ottimizzando la salute della madre e del bambino

²⁷ Secondo la professoressa Marie Berg, le donne etichettate come "a rischio" sono più vulnerabili dal punto di vista emotivo. Per questo motivo le donne necessitano non solo di un aumento delle visite mediche o delle procedure diagnostiche, ma desiderano anche essere viste e confermate come persone al di là della loro condizione medica, di essere guidate nel percorso da figure altamente competenti dal punto di vista umano, relazionale e professionale; cfr. M. BERG, *A Midwifery Model of Care for Childbearing Women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine*, in "The Journal of Perinatal Education" 14, 1, 2005, pp. 9-21.

attraverso degli interventi preventivi, un monitoraggio che sia accurato e soprattutto un tempestivo trattamento delle eventuali complicanze che si potrebbero presentare. Quanto fin qui esposto ha fatto emergere in maniera molto netta il ruolo fondamentale rivestito da una specifica figura professionale che accompagna le donne nel delicato momento del parto: stiamo ovviamente parlando dell'ostetrica. Come ben espresso dal già menzionato Codice deontologico dell'ostetrica/o: L'ostetrica/o deve sempre rispondere alla richiesta di bisogno di salute, anche quando questa esuli dalla sua abituale attività o comporti disagio o rischio personale. Nei casi di urgenza deve attivarsi tempestivamente per assicurare un'adeguata assistenza. Il rifiuto di prestare soccorso costituisce in tali casi grave mancanza deontologica.

È chiaro che gli ostetrici sono vincolati da un duplice dovere morale e legale: quello di fornire soccorso in situazioni critiche che coinvolgono la donna e il neonato, situazioni che emergono come imperativi di urgenza.

Ad esempio, gli ostetrici (al maschile proprio perché, oggigiorno, non si tratta più di una figura professionale di appannaggio esclusivamente femminile) che si occupano dei CAN svolgono una funzione chiave nel garantire la continuità delle cure, ma sono un valido supporto anche nell'educazione e nell'orientamento delle donne durante il percorso nascita, contrastando la tendenza alla medicalizzazione dell'assistenza, come viene anche raccomandato dalle politiche sanitarie più recenti.

La storica Barbara Duden ha studiato a fondo tale figura che orbita attorno a una partoriente e ha fornito un'immagine suggestiva dell'assistenza al parto, visto come:

il punto focale su cui converge la condizione della donna nella nostra società, dispensatrice di servizi altamente tecnologici; visto in questa prospettiva, l'accompagnamento al parto può essere descritto come un percorrere il crinale tra due forme di realtà. Con lo studio, gli esami e l'abilitazione l'ostetrica diventa [...] agente di un tentacolare sistema tecnico che crea il corpo, la donna, il feto, la salute, il rischio, la *safety* in quanto costrutti sociali.

Quindi, l'ostetrica partecipa attivamente a un processo delicato, e potremmo anche dire magico, che crea la madre. Ma, al tempo stesso, si può notare come:

il desiderio, spesso vivido, di aiutare la partoriente come [...] sorella, donna, si faccia strada, con fatica, attraverso il suo dovere e a volte persino contro il suo ruolo di dispensatrice di servizi [...]. Con la sua presenza, il suo esserci per un'altra donna, l'ostetrica in quanto persona può rivelarsi ancora una volta decisiva per la partoriente e per il bambino che viene al mondo²⁸.

Questo ruolo cruciale nel determinare la progressione ottimale del travaglio è dato dalla stabilità della connessione che si instaura durante l'assistenza ostetrica. Difatti, quando il rapporto con l'ostetrica è solido, la donna è più propensa a esprimere in piena libertà le proprie emozioni. Inoltre, sentendosi accolta e protetta, affronterà il dolore senza ostacoli o timori. Dall'altra parte, il ruolo dell'ostetrica

²⁸ DUDEN, *I geni in testa e il feto nel grembo*, cit., p. 127-128.

durante il travaglio non si può limitare alla semplice offerta di tecniche per alleviare il dolore, ma deve integrare queste strategie in un contesto più ampio. Quindi, deve permettere alla partoriente di attivare delle risorse che le permettano di gestire il dolore: tutto questo garantisce la spontaneità e la naturalezza del parto²⁹.

Per prima cosa, l'ostetrica deve adoperarsi nel creare durante il travaglio un ambiente rilassante e accogliente per la donna: in questo modo è possibile ridurre il senso di allarme e la percezione del dolore che potrebbero disturbare il travaglio e renderlo difficoltoso. L'ostetrica deve preservare il naturale corso del travaglio, attendendo l'inizio spontaneo e rispettando i tempi fisiologici: occorre evitare il ricorso a metodi impropri per accelerare il travaglio (come, ad esempio, l'amniotomia, cioè la rottura artificiale delle membrane fetali), perché possono notevolmente aumentare la percezione del dolore.

Nella fase successiva del travaglio, quando la madre e il bambino sono entrambi in condizioni ottimali, è fondamentale non imporre dei limiti alla durata del periodo espulsivo. Quindi occorre evitare l'utilizzo di procedure che possono accelerare il processo (come il massaggio uterino, l'episiotomia o l'applicazione di ventose), perché andranno ad aumentare il dolore.

Al contrario, l'assistenza ostetrica è finalizzata a favorire la spontaneità del parto e quindi permettere alle donne che partoriscono di non associarlo a un concetto di

²⁹ M. CASTAGNERI, A. REGALIA, G. BESTETTI, *Nel dolore del parto*, Carocci, Roma 2019.

dolore e malattia. Questo si può ottenere incoraggiando il movimento naturale della partoriente, assistendola nell'assunzione delle posizioni più confortevoli. Si può anche promuovere il riposo durante i momenti di pausa (questo, infatti, stimola la produzione di endorfine); oppure facilitare il posizionamento corretto del feto, supportando una corretta attività contrattile dell'utero.

Inoltre, non bisogna dimenticare che l'ostetrica può offrire un supporto emotivo alla madre e al partner durante il processo doloroso del parto, tutto questo rispettando i loro tempi. Quindi dovrà incoraggiare la spinta spontanea e adattarsi progressivamente alle sensazioni della madre, regolando così l'intensità del dolore. Ha anche un ruolo fondamentale per permettere alla madre di stabilire un contatto con se stessa, ma anche con il suo bambino e con i cambiamenti che avvengono nel suo corpo. Infine, dovrà proteggere la prima interazione con il neonato ed evitare qualsiasi interferenza possibile: questo scambio tra madre e neonato favorisce l'aumento di ossitocina, endorfine e prolattina, che stimolano i sentimenti materni e consentono l'inizio di un legame attivo tra i due. Si tratta di un momento di straordinaria importanza poiché consente alla madre di elaborare l'esperienza dolorosa del travaglio. Questo le consentirà, in seguito, di non avere ripercussioni negative nel *post partum*.

In definitiva, durante il travaglio, le donne dovrebbero essere educate dall'ostetrica ad affrontare il dolore in maniera collaborativa: più che contrastarlo (*pain relief*), devono lavorare insieme a lui (*working with pain*). Si tratta di un concetto proposto

dall'ostetrica Nicky Leap, la quale sottolinea l'importanza di favorire un parto naturale, poiché questo determina una serie di vantaggi duraturi per le donne, soprattutto considerando il ruolo significativo che il dolore interpreta all'interno del naturale processo del parto³⁰.

L'assistenza ostetrica ha come compito principale anche quello di adattare l'esperienza del parto alle esigenze individuali e per questo motivo deve porre la donna al centro: è lei la figura chiave di questo evento. Un approccio di questo tipo promuove un modello di assistenza focalizzato sulla donna: è lei il fulcro della gravidanza. È la madre che partecipa attivamente alla nascita del suo bambino grazie, da una parte, a una sua collaborazione attiva e, dall'altra, a un sostegno medico adeguato³¹. Se la donna sente di poter controllare il proprio corpo durante il travaglio, di conseguenza il dolore verrà gestito con più naturalezza e nel complesso il parto sarà vissuto come un'esperienza positiva. Infine, tutto questo finirà per aumentare la soddisfazione della madre³².

I vantaggi di questo tipo di assistenza raggiungono il loro apice soltanto se integrati in una gestione del travaglio basata su un rapporto individuale (il cosiddetto

³⁰ Cfr. N. LEAP, N. C. T. DODWELL, M. NEWBURN, *Working with Pain in Labour: An Overview of Evidence*, in "New Digest", 49, 2010, pp. 22-25.

³¹ Per approfondire, cfr. G. BESTETTI, *Mani sul parto, mani nel parto. Mantenere normale la nascita*, Carocci, Roma 2006; A. REGALIA, G. BESTETTI, *Dolore fisiologico, dolore patologico, dolore iatrogeno: qualità del dolore ed esperienza delle donne*, in G. B. La Sala et al. (a cura di), *La "normale" complessità del venire al mondo. Incontro tra scienze mediche e scienze umane*, Guerini e Associati, Milano 2006, p. 1-11.

³² S. LABOR, S. MAGUIRE, *The Pain of Labour*, in "Reviews in Pain", 2, 2, 2008, pp. 15-19, (<https://doi.org/10.1177/204946370800200205>, ultima consultazione aprile 2024).

rapporto *one-to-one*) tra la partoriente e l'ostetrica. Studi recenti hanno infatti evidenziato che il supporto costante durante il travaglio può determinare degli esiti positivi sia per le donne che per i neonati. Si è anche visto che un rapporto di questo tipo promuove un aumento dei parti naturali, un travaglio più breve e una netta riduzione del ricorso ai tagli cesarei e dell'uso di analgesia epidurale³³.

In conclusione, in questo paragrafo abbiamo approfondito l'importanza di affrontare le disuguaglianze relative all'accesso ai servizi sanitari prenatali, in modo tale da garantire che le risorse e le informazioni siano a disposizione di tutte le donne, indipendentemente dal loro status socioeconomico o geografico. Inoltre, è fondamentale considerare le esigenze specifiche delle donne appartenenti a gruppi marginalizzati o vulnerabili, adottando politiche e programmi inclusivi che tengano conto delle loro prospettive e delle loro esperienze.

In definitiva, il miglioramento del sistema sanitario per la maternità richiede un impegno continuo da parte delle istituzioni sanitarie, dei professionisti della salute e della società nel suo complesso. Soltanto attraverso un approccio centrato sulla persona è possibile garantire un'assistenza materno-infantile equa, sicura e di alta qualità per tutte le donne e le loro famiglie.

³³ Cfr. M. A. BOHREN *et al.*, *Continuous Support for Women During Childbirth*, in "The Cochrane Database of Systematic Reviews", 7, 7, 2017, <https://doi.org/10.1002%2F14651858.CD003766.pub6> (ultima consultazione aprile 2024).

2.3 LA MATERNITÀ E LA SALUTE MATERNO INFANTILE

La maternità contemporanea si trova al crocevia tra tradizione e modernità: proprio come titola questo capitolo, si pone a metà strada tra la cicogna e il bisturi. In questo contesto, la salute materno-infantile emerge come un elemento cruciale da esplorare e comprendere.

Approfondiremo come di particolare rilevanza è l'allattamento al seno, un aspetto che non si esaurisce soltanto con la mera nutrizione del neonato. Difatti, fornisce al bambino non solo i nutrienti essenziali e gli anticorpi per combattere le infezioni, ma garantisce anche dei benefici significativi per la madre, riducendo il rischio di malattie come il diabete e il cancro al seno. Quindi, si vedrà che l'allattamento al seno non costituisce un rischio per lo sviluppo della depressione *post partum* come per diverso tempo si è considerato; al contrario, svolge una funzione protettiva nei confronti della salute mentale delle donne³⁴. Tuttavia, bisogna ricordare che il successo dell'allattamento dipende da una serie di fattori, tra cui il supporto sociale, le politiche lavorative favorevoli e le pratiche ospedaliere che incoraggiano e sostengono le neomamme.

Gli studi degli ultimi trent'anni sono concordi nel sostenere che l'allattamento al seno non costituisce un elemento di rischio per la depressione *post partum*,

³⁴ J. HAHN-HOLBROOK *et al.*, *Does Breastfeeding Offer Protection against Maternal Depressive Symptomatology? A Prospective Study from Pregnancy to 2 Years After Birth*, in "Archives of Women's Mental Health", 16, 5, 2013, pp. 411-422.

malgrado l'interazione complessa e reciproca tra queste due variabili. Infatti, le ricerche analizzate indicano che l'allattamento al seno nel tempo può invece attenuare i sintomi depressivi e potenzialmente può avere un effetto antinfiammatorio e antistress. Al contrario, la depressione *pre e post partum* può contribuire a un'interruzione precoce dell'allattamento o, in alcuni casi, può impedire proprio che venga intrapreso. È stato dimostrato che questa brusca sospensione può aumentare i sintomi depressivi, mentre un prolungamento può attenuarli, specialmente nelle donne che hanno avuto una storia di depressione durante la gravidanza o in passato.

Bisogna tuttavia sottolineare che se l'allattamento risulta insoddisfacente o si verificano problemi come dolore, percezione di scarsa produzione di latte, episodi di ragadi o, nei casi più gravi, mastite, possono emergere sintomi depressivi che potrebbero sfociare anche nella depressione *post partum*. Per questo motivo il personale medico e sanitario (in particolar modo gli ostetrici e gli infermieri che orbitano attorno alla neomamma durante il periodo di ricovero successivo al parto) ricopre un ruolo di primaria importanza nell'affiancare le donne in questo delicato procedimento.

Nel momento in cui il cordone ombelicale viene tagliato, si verifica la separazione netta e definitiva tra il corpo della madre e quello del neonato. La relazione affettiva, e talvolta anche simbiotica, che si è venuta a instaurare durante la gestazione deve fare i conti con il periodo che segue la nascita del neonato. Inoltre, è fondamentale

ricordare che durante la gravidanza il corpo materno è sottoposto a numerose trasformazioni metaboliche ed endocrine, spesso influenzate anche da fattori psicologici legati alla gravidanza stessa e alla relazione con il bambino³⁵.

In uno scenario di questo tipo e successivo al momento del parto, è evidente che l'allattamento, se dal punto di vista del neonato riveste una funzione vitale e di nutrimento di primaria importanza, comporta ulteriori stravolgimenti ormonali e fisiologici nel corpo della madre già fortemente cambiato dalla gravidanza.

La “conflittualità” tra individuazione e avvicinamento che investe la partoriente, e presente talvolta già nel momento del parto, si può infatti riproporre anche nel periodo del *post partum* e questo può influenzare nettamente l'atteggiamento della madre nei confronti dell'allattamento. Quest'ultimo, oltre alla sua funzione nutrizionale già sottolineata, assume un ruolo fondamentale anche nel rafforzamento del legame madre-figlio, coinvolgendo soprattutto le funzioni psichiche³⁶.

Le forme di comunicazione non verbale della madre – si pensi ai gesti, alla tensione o al rilassamento muscolare, alla modulazione della voce – sono finalizzate al coinvolgimento del bambino, in modo tale da permettere il suo attaccamento al seno

³⁵ Per approfondire questa tematica, cfr. A. IMBASCIATI, F. DABRASSI, L. CENA, *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*, Piccin, Padova 2007.

³⁶ M. D'ALESSIO, G. FIANDACA, *La costruzione dell'interazione nell'allattamento*, in M. D'ALESSIO (a cura di), *Psicologia neonatale. Lo sviluppo infantile nei primi mesi di vita*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1990.

materno. Difatti, la madre incoraggia il bambino a succhiare, mentre lui stimola la produzione di latte: è un rapporto chiaramente reciproco e scambievole.

Tuttavia, per le neomamme è spesso necessario l'aiuto del personale medico e sanitario per permettere questo “scambio” fondamentale e per facilitarne le modalità. È ampiamente dimostrata la necessità di favorire un contatto precoce tra la madre e il neonato già subito dopo il parto e la possibilità, durante l'intero periodo del ricovero ospedaliero, di praticare il *rooming-in*, che permette alla madre di allattare il bambino rispettando i propri tempi³⁷.

Nel contesto della maternità, la capacità degli operatori sanitari di fornire consulenze preziose, mirate soprattutto a sostenere le neomamme nel loro percorso di allattamento al seno, è di primaria importanza. Il personale ospedaliero fornisce non solo incoraggiamento e istruzione, ma stabilisce quei pilastri di sicurezza e sostegno per le madri durante una fase cruciale della loro vita.

Per fronteggiare efficacemente la depressione *post partum* e incoraggiare l'allattamento al seno, è quindi fondamentale sviluppare un sistema integrato di servizi sia ospedalieri che territoriali. Si tratta di un sistema che dovrebbe lavorare sinergicamente per individuare precocemente e trattare in maniera funzionale la

³⁷ Con *rooming-in* si intende la possibilità che, nei momenti successivi al parto, la madre e il bambino possano rimanere nella stessa stanza per il maggior tempo possibile, non solo di giorno ma anche di notte. Questo ovviamente dovrebbe essere garantito quando la madre è in grado di assistere in maniera autonoma alle esigenze del bambino. Difatti, sono da escludere quei casi in cui vi è la necessità urgente di separare il neonato dalla madre: si pensi, ad esempio, a situazioni in cui il nascituro è costretto a restare in terapia intensiva neonatale e quindi in incubatrice.

depressione che talvolta può presentarsi nella fase successiva al parto, offrendo un supporto completo e tempestivo alle donne che ne hanno necessità.

Difatti, accanto alla gioia della maternità, molte donne affrontano la sfida della depressione *post partum*, un disturbo grave che può avere conseguenze devastanti sulla salute materno-infantile. Questo tipo di depressione influisce negativamente non solo sul benessere emotivo della madre, ma può anche interferire nella relazione madre-bambino e avere effetti a lungo termine sullo sviluppo del neonato. Pertanto, è essenziale riconoscerne precocemente i sintomi e fornire alle madri il supporto e le risorse necessarie per affrontare questa sfida.

La depressione è un disturbo frequente tra le donne in età riproduttiva e costituisce una delle complicazioni più significative in gravidanza, nonché il principale fattore predisponente a una specifica depressione postnatale.

La depressione *post partum*, riconosciuta come una seria patologia, affligge tra il 10 e il 15% delle donne nei Paesi occidentali, come riportato da diversi studi specialistici. Di solito, dopo la nascita del primo figlio è comune che il disturbo si manifesti tipicamente nelle prime tre o quattro settimane successive al parto. Tuttavia, i sintomi tendono a peggiorare e diventano clinicamente evidenti intorno al quarto o quinto mese³⁸.

³⁸ C. MENCACCI, R. ANNIVERNO, *La depressione post partum in Italia. Fotografia del problema*, in *Non lasciamole sole. Una rete di tutela contro la depressione post partum*, Intermedia Edizioni, Orvieto 2010, pp. 7-30.

Nonostante la serietà e l'ampia diffusione della depressione *post partum*, resta spesso non diagnosticata, infatti soltanto il 49% delle donne che sperimenta sintomi depressivi durante la gravidanza ne riconosce il disagio e cerca aiuto medico. Mentre il restante 51% delle donne interessate da questo disturbo tende a minimizzarlo, con conseguenze ancora più gravi.

Per valutare se la donna è a rischio depressivo, bisognerà svolgere una dettagliata anamnesi, che sarà seguita da una serie di esami fisici e di laboratorio³⁹. I sintomi più comuni che si possono riscontrare in genere sono: tendenza al pianto, sbalzi umorali ed emotivi, senso di inadeguatezza e pensieri negativi. Ma anche dubbi e paure sulle proprie capacità genitoriali, sentimenti contrastanti verso il neonato. E ancora, senso di colpa, ansia, bassa autostima, problemi di sonno e alimentazione, isolamento sociale, diminuzione del desiderio sessuale. In casi molto estremi, purtroppo si possono riscontrare pensieri ricorrenti legati alla morte o al suicidio. Oltre ai sintomi sopra elencati, possono verificarsi alterazioni nella relazione tra madre e bambino. In particolar modo, la madre può percepire il figlio come un peso, oppure non riescono a empatizzare con lui. In alcuni casi, si manifesta la paura di restare da sola con il neonato, questo perché la madre si percepisce come incapace e inetta a svolgere il ruolo che la società si aspetta da lei.

³⁹ Cfr. D. K. SIT, K. L. WISNER, *Identification of Postpartum Depression*, in "Clinical Obstetrics and Gynecology", 52, 3, 2009, pp. 456-468.

In circostanze molto gravi ma per fortuna rare, soprattutto quando una donna ha già sperimentato prima della gravidanza e del parto episodi depressivi bipolari, la depressione *post partum* si può presentare con sintomi psicotici: ad esempio, confusione, allucinazioni, paranoia e comportamenti che potrebbero mettere a rischio la vita stessa della madre ma anche quella del neonato. Si tratta di condizioni che richiedono l'intervento di uno specialista esperto nella gestione di simili patologie. Talvolta, nei casi più pericolosi, potrebbe essere necessario il ricovero della madre o l'affidamento del bambino, almeno fino a quando la situazione non sarà risolta⁴⁰.

La depressione *post partum* ha un impatto notevole e soprattutto vasto: coinvolge, infatti, non solo la madre ma ha ripercussioni pesanti sull'intero nucleo familiare, con molteplici conseguenze spesso insanabili.

L'impatto principale è quello sulle madri e determina una limitazione dell'affettività: le donne incominciano a interpretare in modo negativo il comportamento del bambino. Inoltre, influisce notevolmente sulle capacità genitoriali e sull'assistenza da fornire al bambino.

⁴⁰ Per approfondire questa tematica, cfr. S. D'AGATI *et al.*, *Depressione post-partum. Valutazione clinica e medico-legale*, in "Giornale italiano di ostetricia e ginecologia", 33, 1, 2011, pp. 24-29.

La depressione materna può avere ripercussioni negative anche sullo sviluppo del bambino, il quale potrà manifestare disturbi comportamentali, cognitivi ed emotivi⁴¹.

Numerose ricerche evidenziano che le difficoltà della madre possono nettamente influenzare anche la relazione di coppia: è dimostrato che persino l'umore del partner della donna affetta da depressione *post partum* può subire delle alterazioni. Tutto questo ovviamente si ripercuote sulla serenità familiare e sulla solidità della coppia⁴².

Bisogna ricordare anche casi particolari che possono rappresentare il punto di partenza di depressioni *post partum* difficili da trattare. Si tratta di quei casi in cui le madri devono affrontare eventi luttuosi nel corso della perinatalità. Tali episodi, infatti, possono favorire dei fattori predisponenti alla condizione depressiva.

La mortalità perinatale può rappresentare un rischio significativo anche per la salute delle future gravidanze poiché influenza profondamente il legame madre-bambino⁴³. Le gestanti che affrontano una gravidanza successiva dopo una perdita perinatale possono sperimentare una serie di sintomi, tra cui ansia e depressione.

⁴¹ Cfr. F. AGOSTINI *et al.*, *Interazioni madre depressa e bambino a 9 mesi. Differenze di genere*, in "Psychofenia. Ricerca ed analisi psicologica", 11, 2004, pp. 89-104.

⁴² Cfr. S. LOVESTONE, R. KUMAR, *Postnatal Psychiatric Illness: The Impact on Partners*, in "The British Journal of Psychiatry", 163, 2007, pp. 210-216.

⁴³ Cfr. K. SÄFLUND, B. SJÖGREN, R. WREDLING, *Physicians' Attitudes and Advice Concerning Pregnancy Subsequent to the Birth of a Stillborn Child*, in "Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology", 23, 2, 2002, pp. 109-115.

Queste donne possono ritrovarsi a rivivere l'esperienza dolorosa precedente o a manifestare comportamenti di negazione nei confronti della nuova gravidanza, temendo di dover affrontare nuovamente una perdita. Tale negazione può manifestarsi attraverso sentimenti di iperprotettività estrema, ansia costante o, al contrario, distacco emotivo e freddezza nei confronti della gravidanza stessa⁴⁴.

La reazione alla notizia della perdita del feto o del neonato può variare considerevolmente tra le pazienti, manifestandosi in modi e contesti diversi. Un sintomo comune iniziale è un senso di vuoto e smarrimento, al contrario alcune madri possono sperimentare nervosismo e agitazione, mentre altre possono essere sopraffatte dal desiderio di piangere. Molte donne si interrogano se il loro comportamento abbia avuto un impatto sull'evento, mentre altre possono percepire sensazioni come il pianto notturno del loro bambino o movimenti fetali, manifestando anche sintomi fisici come stanchezza, insonnia, vertigini e perdita di appetito.

È stato visto che, entro il primo anno successivo alla perdita perinatale, circa il 20-30% delle donne può sviluppare disturbi psichiatrici significativi come depressione o ansia e che richiederanno un intervento mirato.

⁴⁴ P. A. ROBERTSON, K. KAVANAUGH, *Supporting Parents During and After a Pregnancy Subsequent to a Perinatal Loss*, in "The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing", 12, 2, 2007, pp. 63-66.

Questi eventi luttuosi riguardano ovviamente anche i padri ma, al contrario, le loro reazioni di solito sono meno intense rispetto a quelle delle madri e spesso vengono mascherate da nervosismo e dalla volontà di ritornare rapidamente al lavoro e alla routine precedente.

In sintesi, è fondamentale riconoscere che la depressione *post partum* non è soltanto una condizione di tristezza passeggera o un normale cambiamento d'umore legato alla maternità, bensì si tratta di una condizione clinica seria che necessita di attenzione e trattamento adeguato. Per fortuna negli ultimi anni è emersa una maggiore sensibilità in relazione a queste tematiche, ma soprattutto le donne stanno imparando a non vergognarsi o a nascondere questa loro condizione: parlarne, cercare supporti adeguati e rivolgersi a figure competenti sono i primi passi per poter superare una condizione che fa sprofondare le madri in un buco nero che sembra privo di luce.

Parallelamente alla depressione *post partum*, molte mamme sperimentano il cosiddetto *baby blues*, noto anche come *maternity blues* o *post partum blues*. Talvolta viene identificato con la curiosa definizione di “lacrime del latte” che rimanda al linguaggio delle nostre nonne, le quali avevano già individuato il legame tra le crisi di pianto e il momento dell'allattamento.

Si tratta di un disturbo temporaneo che colpisce la maggior parte delle donne, in circa il 60-80% dei casi. Di solito si manifesta tra il terzo e il quarto giorno dopo il

parto e tende a durare per un paio di settimane. Quindi si tratta di una forma più lieve e transitoria di disagio emotivo che interessa le donne subito dopo il parto.

Durante questa fase, le mamme sperimentano un improvviso calo degli estrogeni, il quale comporta una notevole irritabilità e una profonda stanchezza fisica. Se questi sintomi si combinano con fattori psicologici specifici, c'è tuttavia il rischio che possano persistere ed evolvere in una vera e propria depressione *post partum*.

In questa condizione le donne lamentano la sensazione di “non sentirsi più se stesse”, come se il proprio corpo non fosse più di loro appartenenza: c'è quindi una sorte di alienazione che investe le neomamme, che non riescono più a riconoscersi. Inoltre, registrano una tristezza che si protrae per gran parte della giornata e si possono manifestare anche una serie di sintomi ben individuabili: ad esempio, sentimenti di inadeguatezza verso il neonato, irritabilità, nervosismo, sofferenza emotiva con facilità al pianto, difficoltà a dormire, perdita di appetito e di peso, iperattività. Talvolta si possono registrare anche lievi disturbi di memoria e di concentrazione.

Questi sintomi sono in parte simili a quelli che si presentano in casi di depressione *post partum*, ma ciò che cambia è che nel caso del *baby blues* si tratta di un quadro clinico lieve e soprattutto transitorio. Infatti, non dura più di qualche giorno e tende a risolversi per lo più spontaneamente.

Sebbene il *baby blues* sia considerato normale e temporaneo, è importante che le madri ricevano il sostegno e l'attenzione necessari durante questo periodo di

transizione. L'empatia, la comprensione e il supporto pratico possono fare la differenza nel promuovere un rapido recupero emotivo delle neomamme.

Tuttavia, bisogna evidenziare che in alcuni casi il *baby blues* può anche evolvere in una vera e propria depressione *post partum* o, più raramente, assumere un carattere decisamente patologico (è il caso delle psicosi puerperali). Si attesta che circa il 20% delle donne che sperimentano il *baby blues* può sviluppare un episodio depressivo nel corso del primo anno dopo il parto⁴⁵.

Alla luce di quanto qui esposto, appare chiaro che durante la fase di ospedalizzazione successiva al parto è fondamentale monitorare da vicino la salute sia della madre che del neonato e intervenire prontamente in caso di segnali di allarme. Complicazioni fisiche della madre richiedono un intervento medico immediato per garantire il suo benessere a lungo termine. Allo stesso modo, segni di problemi di salute nel neonato devono essere affrontati con urgenza per prevenire complicazioni future. In questo contesto, il ruolo degli operatori sanitari è cruciale, poiché devono essere preparati a identificare e gestire efficacemente i segnali di allarme qui analizzati.

In definitiva, la maternità oggi è una sfida complessa che richiede un approccio globale alla salute materno-infantile. Attraverso il sostegno, l'educazione e

⁴⁵ Cfr. W. V. BOBO, B. P. YAWN, *Concise Review for Physicians and Other Clinicians: Postpartum Depression*, in "Mayo Clinic proceedings", 89, 6, 2014, pp. 835-844.

l'accesso a risorse adeguate, è possibile promuovere una maternità più sana e sostenere il benessere delle neomamme e dei loro bambini.

2.4 LA GRAVIDANZA COME CRISI

La gravidanza può essere intesa come una rottura biografica poiché rappresenta un cambiamento significativo nella vita di una donna, la cui autopercezione si altera profondamente. Questa transizione è innescata da una serie di cambiamenti fisiologici che includono modifiche ormonali, fisiche e neurologiche. Gli ormoni, in particolar modo il progesterone e l'estrogeno, svolgono un ruolo cruciale non solo per quanto riguarda i cambiamenti fisici, ma anche nell'influenzare l'umore e le emozioni della donna. In questo modo, si determina una nuova percezione di sé e del proprio corpo. Questa mutazione, nel complesso, andrà a ripercuotersi anche sulla realtà quotidiana e circostante.

Diversi studiosi hanno descritto la maternità come una "crisi maturativa", in particolar modo Bibring e i suoi collaboratori, che hanno inteso la gravidanza come una fase ulteriore dello sviluppo psichico nell'età adulta, contraddistinta dalla necessità di assimilare i cambiamenti determinati dalla genitorialità. Pertanto, è considerata una fase essenziale della crescita personale che contribuisce alla

formazione di nuove dimensioni dell'identità⁴⁶. Questa crisi però non deve essere intesa in senso prettamente negativo.

Infatti, come è evidente dall'etimologia della parola “crisi”, che deriva dal verbo greco *κρиво* e che significa “separare”, quando parliamo di crisi intendiamo una separazione tra un momento precedente e un momento futuro.

Nel caso specifico, la gravidanza è intesa come una crisi che porta a una separazione tra un periodo precedente (l'essere donna) e un periodo futuro (l'essere madre). Ad esempio, la psicoanalista Margaret Mahler ha evidenziato come la gravidanza costituisce, dopo l'adolescenza, un processo fondamentale di separazione-individuazione per la donna che le consente di ottenere una maggiore distinzione dalla propria madre⁴⁷.

In quest'ottica, anche la psicoanalista Helen Deutsch ha sottolineato come in questa crisi maturativa la gestante deve intraprendere un gioco complicato di identificazione tra il personale passato (simboleggiato dalla propria madre), il presente che sta vivendo (rappresentato da se stessa) e il futuro che dovrà affrontare (di cui il nascituro sarà il chiaro simbolo):

L'io della donna incinta deve trovare un armonico compromesso tra la sua identificazione – profondamente incosciente – con il bambino, che è rivolta verso il futuro, e la sua

⁴⁶ Bibring *et al.*, *A Study of the Psychological Process in Pregnancy and the Earliest Mother-Child Relationship*, cit., pp. 9-23.

⁴⁷ M. SCHOENBERGER, F. PINE, A. BERGMAN, *La nascita psicologica del bambino. Simbiosi e individuazione*, Bollati Boringhieri, Torino 2005.

identificazione con la propria madre, che è rivolta verso il passato; ogni volta che l'una o l'altra di queste due identificazioni è respinta sorgono delle difficoltà: nel primo caso, il feto diventa un parassita nemico, nel secondo caso l'attitudine della donna alla maternità è menomata dal suo rifiuto ad accettare l'identificazione con la madre⁴⁸.

Alla luce di questo, appare evidente che la gravidanza ha un impatto profondo sull'identità personale della donna. Come sostiene Barbara Duden, «quasi tutte le donne incinte [...] oggi sono sottoposte sin dall'inizio a una decorporeizzazione intensiva; nel corso della gravidanza vengono progressivamente private dei loro "sensi" dall'interpretazione diagnostica del loro corpo»⁴⁹.

Durante la gestazione e la maternità, proprio come in altre fasi in cui l'identità è messa profondamente in discussione, emergono conflitti e complessità che richiedono alla donna di affrontare nuove esigenze psicologiche e sociali. In questo processo, deve infatti riconsiderare e fondere, in un percorso evolutivo continuo, il precedente ruolo di figlia che le apparteneva con quello nuovo di madre.

La personalità della futura madre è completamente coinvolta e si trova costantemente a dover elaborare aggiustamenti e adattamenti. In questo incessante processo di autoanalisi e trasformazione, le componenti psichiche definite dalle esperienze passate vengono ridefinite. Difatti, si innesca una rielaborazione profonda dell'autopercezione.

⁴⁸ H. DEUTSCH, *Psicologia della donna*, vol. 2: *La donna adulta e madre*, Boringhieri, Torino 1977, p. 143.

⁴⁹ DUDEN, *I geni in testa e il feto nel grembo*, cit., p. 128.

Inoltre, la donna può sentirsi connessa in modo più intenso al proprio corpo, sperimentando al contempo sensazioni di meraviglia ma anche di alienazione a causa dei rapidi cambiamenti fisici. È chiaro che questo processo può portare a una nuova consapevolezza di sé e del proprio ruolo nel mondo.

Per questo motivo si determina una transizione tra due identità differenti, infatti la donna comprende che per sviluppare un'immagine di sé più chiara e completa deve integrare questi due aspetti della sua vita, ossia la sua esistenza prima ma anche dopo la gravidanza. Di conseguenza, mentre fisicamente affronta cambiamenti rapidi, psicologicamente deve elaborare e accettare la sua nuova realtà.

Difatti, la futura madre deve sperimentare un senso di perdita della propria identità precedente, mentre è chiamata a adattarsi a un nuovo ruolo che la società si aspetta da lei: deve quindi bilanciare questi due aspetti, sempre senza tradire la sua vera natura. In buona sostanza, è chiamata a reinventarsi, o meglio, a “rinascere” insieme al suo bambino che sta nascendo.

Questo passaggio non è soltanto interno o strettamente personale, ma spesso è accompagnato da una rimodulazione delle relazioni familiari e sociali. La donna è infatti chiamata a bilanciare anche le precedenti aspettative, connesse al legame con il partner, con la famiglia e con gli altri legami, con le nuove responsabilità di madre.

Quello della gravidanza si presenta come un periodo delicato e di profonda vulnerabilità, per questo motivo il supporto familiare e sociale diventa cruciale:

come esplicitato in precedenza, partner, amici, familiari e colleghi di lavoro possono offrire un sostegno emotivo indispensabile per aiutare la donna a gestire le incertezze e i cambiamenti legati alla gravidanza.

Una parte fondamentale spetta non solo alla componente emotiva e familiare, ma anche la cultura e la società giocano un ruolo significativo nel modellare l'esperienza della gravidanza. Le norme sociali e le aspettative culturali possono influenzare profondamente il modo in cui la gravidanza viene vissuta e percepita. In alcune culture, per esempio, diventare madre viene visto ancora come il punto più alto, nonché l'unico, della realizzazione femminile; di contro, in altre viene inteso come un impedimento alla carriera o agli altri obiettivi personali.

In questo scenario, appare evidente che le sfide psicologiche ed emotive che emergono sono molteplici. In diversi casi possono sopraggiungere ansia, stress e depressione (e in casi più estremi, come esaminato nel precedente paragrafo, anche episodi di depressione *pre e post partum*), spesso influenzati dalla paura dell'ignoto che la gravidanza porta con sé e dalle preoccupazioni per la salute del nascituro e anche per la propria. Infatti, come sostenuto dalla psicoanalista Sophie Marinopoulos «quando si diventa madre, è sempre per la prima volta, per la donna che vive questa esperienza ciò che è davanti a lei e che deve avvenire è terra sconosciuta, e lo resterà a dispetto di ogni tecnologia e sapere scientifico»⁵⁰.

⁵⁰ S. MARINOPOULOS, *Nell'intimo delle madri. Luci e ombre della maternità*, Feltrinelli, Milano 2008, p. 9.

Molte donne avvertono sentimenti di ansia legati alla sensazione di incertezza e di sfida che la gravidanza comporta. Tuttavia, coloro che hanno a disposizione risorse sia personali ma anche esterne utilizzano questo periodo per trovare una nuova forza dentro di sé e vivere al meglio i cambiamenti legati alla gravidanza. Non è raro, infatti, che durante i nove mesi della gravidanza si verifichino eventi significativi come traslochi, cambi di lavoro o altri importanti adeguamenti nella vita familiare.

Infine, non bisogna dimenticare che la gravidanza richiede un adattamento a una nuova realtà quotidiana. In termini pratici, comporta l'allestimento di uno spazio per il neonato ma anche una rimodulazione del lavoro e della routine quotidiana, ma ci sono anche considerazioni a lungo termine che bisogna evidenziare. In primo luogo, riflessioni sul tipo di genitore che si vuole essere, quindi questo sottolinea l'impatto notevole che l'esperienza della gravidanza può avere sulla donna che la sta vivendo⁵¹.

In sintesi, questo periodo di transizione può essere visto come una fase di crescita personale, dove la donna si confronta con nuove sfide e scopre nuove capacità di adattamento e resilienza, ridisegnando così il proprio percorso biografico in maniera sostanziale e duratura.

⁵¹ Per approfondire meglio la natura della gravidanza intesa come crisi, cfr. A. NUNZIANTE CESARO, *La gravidanza come crisi dell'identità femminile*, in C. CRISTINI (a cura di), *Il cambiamento psicoterapeutico*, FrancoAngeli, Milano 2012, p. 25-32.

In conclusione, la gravidanza come crisi biografica richiede un adattamento significativo che investe diversi livelli: partendo da quello fisico, per passare da quello psicologico e arrivare a quello sociale. Ogni donna, a seconda del suo vissuto personale, culturale e sociale, può vivere l'esperienza di diventare madre in maniera unica, affrontando sfide e scoprendo nuove dimensioni della propria identità.

Questa complessa transizione può fornire spunti preziosi per perfezionare il supporto e le politiche a supporto delle future madri, con l'obiettivo di riconoscere la gravidanza non solo come un evento biologico, bensì come un'esperienza trasformativa che interessa la singola donna ma, al tempo stesso, coinvolge l'intera società.

Non bisogna infatti dimenticare che, insieme a un figlio, nasce anche una madre e con lei anche la collettività che le gravita attorno.

CAPITOLO 3 - MATERNITÀ E SERVIZI TERRITORIALI: INDAGINE ESPLORATIVA PRESSO LA ASL DI TERAMO

3.1 OBIETTIVO E METODO DEL LAVORO

La presente indagine esplorativa si propone di analizzare la qualità dei servizi offerti alle donne durante il percorso nascita presso la ASL di Teramo – Presidio Ospedaliero di Sant’Omero. La metodologia utilizzata per raccogliere i feedback delle donne che hanno usufruito di tali servizi è stata la somministrazione di un sondaggio tramite Google Moduli su un campione di 131 donne che hanno partorito nell’arco temporale che va dal 2022 al 2024.

Il sondaggio, dal titolo “Maternità e servizi territoriali: indagine esplorativa presso la ASL di Teramo – P.O. Sant’Omero”, è stato inviato tramite email o messaggistica istantanea ed è costituito da 15 domande volte ad indagare il parere delle donne che hanno vissuto l’esperienza del parto presso tale presidio ospedaliero. Le aree di indagine hanno coinvolto diversi aspetti, dalla percezione dei servizi offerti e la loro qualità, fino alla necessità di integrare i servizi e l’assistenza sul territorio in via sussidiaria grazie alla collaborazione con enti e associazioni di settore.

3.2 SETTING DI STUDIO

Prima di discutere i risultati ottenuti dall'indagine esplorativa, è opportuno soffermarsi sulla presentazione del Presidio Ospedaliero in disamina, in particolare del reparto di Ostetricia e Ginecologia, al fine di comprendere il contesto di riferimento e i servizi offerti all'utenza tra quelli erogati dalla ASL di Teramo presso il P.O. di Sant'Omero.

Anzitutto, è importante sottolineare il flusso di utenza relativamente ai parti avvenuti negli anni di riferimento del presente sondaggio presso la ASL DI Teramo. I dati riportano come nel 2022 vi sono stati 706 parti, 2023 648 parti e attualmente, al 2024, 274 parti.

Per quanto riguarda invece i servizi offerti, vi è in primis un servizio di ambulatorio in cui professionisti ginecologi si occupano di appurare e confermare lo stato di gravidanza. A seguito della diagnosi di gravidanza, si accede in automatico ai servizi offerti dall'ospedale ed il primo test di screening a cui viene sottoposta la donna è il bi-test, ovvero il test somministrato per la valutazione della presenza di eventuali anomalie cromosomiche.

A seguito di ciò, è possibile prenotare l'ecografia morfologica e, dopo tale step, si determina il percorso nascita che la donna seguirà in base al tipo di gravidanza che si trova ad affrontare, ovvero una gravidanza a basso rischio oppure ad alto rischio

(qualora a causa di una patologia della madre o del feto siano necessari controlli differenti e il coinvolgimento di ulteriori professionisti, come il diabetologo, il cardiologo ed altri).

Il percorso nascita, in generale, contempla differenti fasi. Anzitutto viene prescritta una ecografia di accrescimento dopo 4-6 settimane dall'ecografia morfologica e, a seguito di tale ecografia, la diade madre-bambino viene presa in carico dal reparto di Ostetricia e Ginecologia. La donna successivamente si recherà con impegnativa per l'apertura della cartella clinica nella cui fase raccoglieranno tutti i dati utili inerenti alla gravidanza, oltre alla programmazione di controlli e analisi periodiche (ECG, tampone vagino-rettale, esami ematici, monitoraggio cardiotocografico) svolte tramite impegnativa presso la struttura ospedaliera. Generalmente, la data presunta del parto viene stimata insieme all'ostetrica e alla ginecologa e, qualora si raggiunga il limite di 41 settimane e 3 giorni, viene programmata l'induzione farmacologica al parto come da linee guida.

Qualora insorgano eventuali complicazioni a carico della donna, è possibile accedere al reparto di Ostetricia e Ginecologia passando per il reparto di Pronto Soccorso, in cui vi sono figure deputate (come ostetriche e ginecologhe di guardia). In caso di ricovero, alla donna viene assegnata una stanza di degenza e viene seguita dal personale ostetrico di reparto: a seconda dei casi, le donne possono rimanere in

struttura ospedaliera fino al parto oppure essere dimesse per poi tornare in ospedale nel momento più vicino al parto – o comunque al bisogno.

Per quanto riguarda l'evento nascita, esso avviene in presenza di un'ostetrica e della ginecologa all'interno della sala parto attrezzata con tutti i presidi necessari per supportare l'evento nascita in modo adeguato e in sicurezza sulla base delle specifiche esigenze della donna (come la presenza di luci soffuse, musica, vasca, palla ed altri). Dopo la nascita, le due successive ore vengono trascorse in sala parto con l'eventuale presenza del papà o familiare e con l'obiettivo di favorire il contatto pelle a pelle tra madre e figlio (c.d. *bonding*) e incentivare l'attacco al seno. Inoltre, dalla nascita alla dimissione il neonato viene lasciato in stanza con la madre (*rooming in*). Vi è altresì attenzione agli aspetti correlati alla nascita del bambino, come per esempio le questioni relative all'allattamento, alla cura del moncone ombelicale, al cambio del pannolino e all'esecuzione del primo bagnetto, con il coinvolgimento di ostetriche, personale infermieristico e personale del nido.

Quello appena descritto rappresenta il percorso nascita di base previsto per ogni donna, ma qualora vi fossero gravidanze a rischio sono previste ulteriori forme di assistenza e servizi che vanno ad aggiungersi a quelli appena presentati. Un ulteriore servizio offerto dal Presidio Ospedaliero a partire dal 2023 è quello dell'ambulatorio della riabilitazione del pavimento pelvico per donne che

presentano criticità nella zona genitale e a supporto delle stesse per eventuali riabilitazioni dopo l'evento parto.

A tutte le donne, inoltre, è suggerito di partecipare ai corsi di accompagnamento alla nascita che vengono tenuti dalle ostetriche presenti sul territorio: si tratta di un servizio gratuito e previsto, come gli altri, dai LEA (Livello Essenziale di Assistenza). Gli incontri si compongono di gruppi composti da donne che si trovano nella medesima fase gestionale ed hanno l'obiettivo di far scoprire loro gli aspetti correlati all'evento nascita con cui dovranno confrontarsi. In particolare, è previsto un incontro alla presenza del pediatra, di uno psicologo e di un'assistente sociale, oltre alla programmazione di una visita in sala parto per far prendere confidenza alla donna con l'ambiente che la ospiterà durante l'evento nascita.

A seguito della dimissione dall'ospedale, è previsto inoltre un incontro di controllo dopo una settimana dal parto (i tempi sono inferiori se l'allattamento non sia stato ben avviato). A seguito di tale incontro, non è previsto però un continuum di assistenza alla donna né vengono fornite indicazioni per quanto riguarda l'eventuale presenza di strutture sul territorio deputate al sostegno delle madri.

3.3 RISULTATI E DISCUSSIONE

Dopo aver esaminato il contesto di riferimento in cui si inserisce la presente indagine, è dunque opportuno analizzare le domande e le relative risposte del sondaggio per ottenere una panoramica puntuale sul punto di vista delle donne intervistate che si sono interfacciate con i servizi offerti dalla ASL di Teramo durante il percorso nascita.

Durante il ricovero le sono state fornite informazioni e materiali riguardanti la cura del neonato?
131 risposte

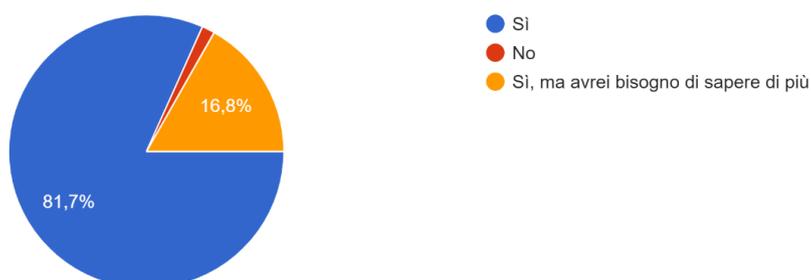


Fig. III.1: percentuali di risposte alla prima domanda

La prima domanda (Fig.III.1) mostra un risultato netto ed incoraggiante, che vede l'81,7% delle donne intervistate affermare che durante il ricovero hanno ricevuto effettivamente informazioni e materiali utili inerenti alla cura del neonato, con solo due partecipanti (1,5%) che hanno risposto negativamente a tale domanda. Il 16,8%, invece, afferma di aver ricevuto il materiale ma che esso non era sufficiente per

soddisfare il loro livello di conoscenza sul tema. Tale percentuale, seppur esigua, potrebbe rappresentare quell'approccio delle donne moderne che vivono la propria identità femminile in relazione alla maternità considerando la necessità di acquisire una formazione sul tema⁵² che vada oltre le informazioni pratiche di base, come possono essere quelle sull'allattamento ed altre attività ordinarie di cura del neonato fornite di routine dal P.O. in disamina.

Ha frequentato corsi di preparazione al parto organizzati da questa Asl?

131 risposte

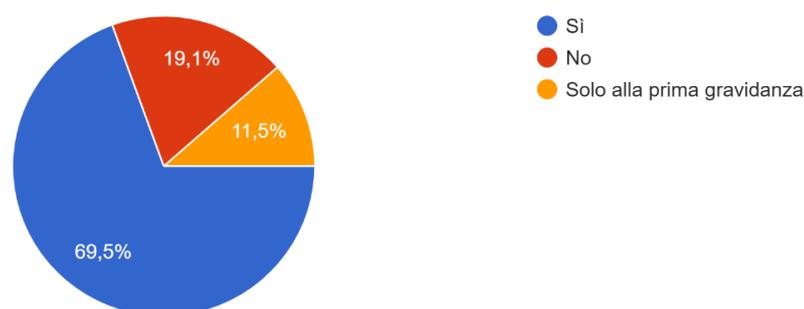


Fig.III.2: percentuali di risposte alla seconda domanda

La seconda domanda (Fig.III.2) si è concentrata sulla partecipazione volontaria delle donne ai corsi di preparazione al parto offerti gratuitamente dalla ASL di Teramo. Il 69,5% delle donne dichiara di essersi servita dei corsi offerti dal

⁵² Per approfondire il pensiero del sociologo francese, cfr. F. DE SINGLY, *Séparée. Vivre l'expérience de la rupture*, A. COLIN, Paris 2011.

personale specializzato, contro il 19,1% che afferma di non avervi partecipato. 15 donne (11,5%), invece, lo hanno frequentato solo in concomitanza della prima gravidanza. L'alta percentuale di donne che ha partecipato ai corsi di preparazione dimostra come tale servizio sia effettivamente tenuto in considerazione per affrontare al meglio il percorso nascita che la donna dovrà intraprendere. Del resto, si è detto come tali corsi siano essenziali per permettere alle future madri di affrontare con consapevolezza e competenza la gravidanza ed il parto, grazie ad un iter formativo, di sostegno ed orientamento volto a fornire altresì una educazione parentale che assicuri supporto non solo alle donne ma anche ai propri partner durante il loro percorso verso la genitorialità. In questo modo è possibile rafforzare l'autonomia e le competenze dei genitori così da permettergli di affrontare nel migliore dei modi non solo le questioni legate alla salute e al parto ma ogni sfida futura che si presenterà⁵³. La elevata presenza di donne a tali corsi mette in luce come, ad oggi, la maternità e la genitorialità siano affrontate con la volontà di vivere tale esperienza in modo informato e consapevole, acquisendo autonomia e conoscenze.

⁵³ A tal proposito, cfr. P. MAGHELLA, *Incontri di accompagnamento alla nascita. Manuale per operatori*, Red Edizioni, Milano 2021.

Si è recata in ospedale prima del parto per particolari dubbi o necessità di salute insorte durante la sua gravidanza?

131 risposte

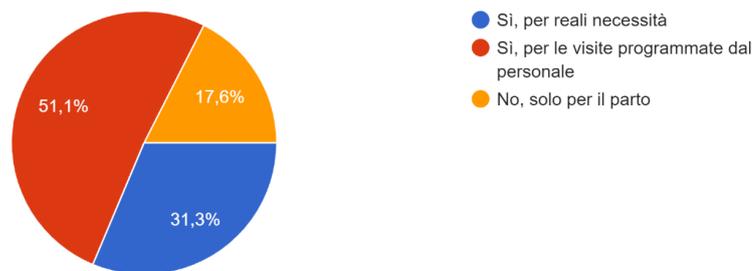


Fig.III.3: percentuali di risposte alla terza domanda

Per quanto riguarda la domanda relativa all'accesso in ospedale prima dell'evento parto (Fig.III.3), poco più della metà delle intervistate (51,1%) afferma di essersi recata presso la struttura solo in concomitanza delle visite programmate. Tale dato suggerisce come, al netto della probabile mancanza di complicanze per tali donne durante la loro gravidanza, il protocollo di monitoraggio previsto dalle visite programmate sia effettivamente adeguato e soddisfacente, neutralizzando così la necessità di visite extra. Il 17,6% delle intervistate, invece, non si sono mai recate in ospedale prima del momento del parto e ciò potrebbe essere dipeso da differenti fattori, come per esempio il fatto che tali donne si siano rivolte a professionisti privati fino al momento del parto.

Il restante 31,3% dichiara di essersi recata in ospedale anche fuori dalle visite programmate. Si tratta di una percentuale rilevante, che mette in luce come durante il percorso nascita possono esservi reali necessità che inducono le donne a rivolgersi alla struttura sanitaria fuori dagli ordinari controlli. Come detto nei capitoli precedenti, l'accesso tempestivo al pronto soccorso risulta di fondamentale importanza per garantire interventi efficaci qualora si presentino emergenze connaturate allo stato di gravidanza che, di per sé, può comportare complicazioni impreviste da gestire con tempestività.

Ha sperimentato difficoltà emotive in seguito al parto come la depressione post partum o il baby blues (sensazione di tristezza intensa e duratura che non consente di prendersi cura del bambino)?

131 risposte



Fig.III.4: percentuali di risposte alla quarta domanda

Successivamente, ci si è concentrati su aspetti rilevanti per la salute psicologica delle madri. Per poter comprendere l'incidenza di eventuali difficoltà emotive

emerse in seguito al parto, è stata posta la seguente domanda (Fig.III.4), che vede l'80,2% delle donne intervistate (105 donne su 131) che non hanno mai sperimentato criticità della sfera emotiva correlate al parto, come la depressione post partum o il baby blues; il 10,7% afferma invece di aver sperimentato tali sensazioni e di averle gestite in autonomia, contro il 9,2% che dichiara di provare ancora tali sensazioni. È chiaro dunque come, nella percentuale di donne che hanno sperimentato tali stati emotivi, vi è una quasi parità tra quelle che sono riuscite a gestire in autonomia la condizione e quelle che invece provano ancora tali sensazioni. Vi è dunque da chiedersi se coloro che ancora si trovano, seppur parzialmente, in tale stato, abbiano ricevuto il sostegno adeguato ed è ciò che si è inteso indagare con la successiva domanda (Fig.III.5).

Se ha sperimentato difficoltà emotive in seguito al parto è stata aiutata a gestire queste sensazioni?

131 risposte

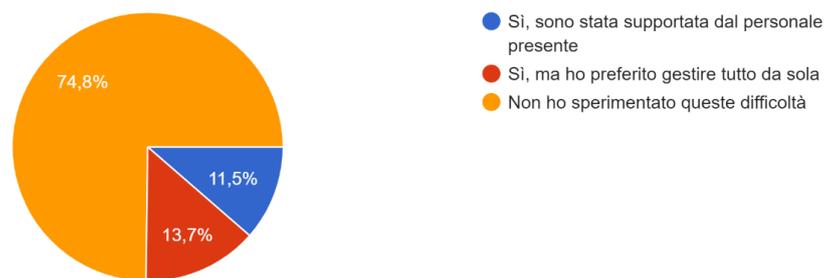


Fig.III.5: percentuali di risposte alla quinta domanda

Tale domanda ha avuto l'obiettivo di verificare se le donne che hanno subito difficoltà emotive a seguito del parto hanno ricevuto effettivamente un supporto adeguato e professionale. In linea con quanto emerso dalla precedente domanda, la quasi totalità delle rispondenti (74,8%) dichiara di non aver mai sperimentato difficoltà emotive e, tra quelle che le hanno invece sperimentate – per un totale del 25,2% - l'11,5% dichiara di essere stata supportata dal personale presente nella struttura ospedaliera mentre il restante 13,7% ha preferito gestirle in autonomia. Queste ultime potrebbero aver fatto questo tipo di scelta per preferenze personali (legate per esempio a pregiudizi culturali) o perché non hanno ritenuto adeguato il sistema di servizi previsto per la gestione di tali difficoltà.

Le successive domande a cui sono state sottoposte le rispondenti fanno riferimento alle percezioni relative a diversi aspetti del periodo di ricovero presso la struttura ospedaliera, in particolare per quanto riguarda gentilezza, chiarezza delle informazioni ricevute, tempo dedicato dal personale. Si tratta di aspetti molto rilevanti durante il percorso nascita, seppur non strettamente connessi alle cure mediche in senso stretto. Come sottolineato nel presente lavoro di tesi, infatti, la cura di un paziente deve intendersi in termini olistici, comprendendo non solo gli aspetti relativi alla salute intesa in senso fisico, ma ogni aspetto che contribuisce al benessere generale della persona assistita.

Gentilezza

131 risposte

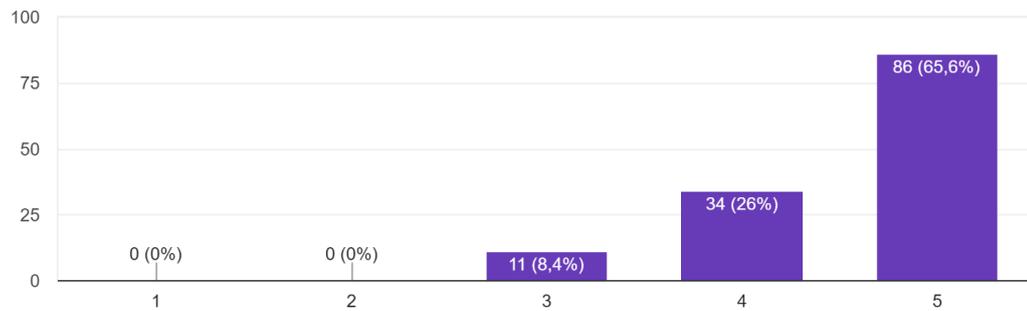


Fig.III.6: percentuali di risposte alla sesta domanda

Per quanto riguarda la percezione delle rispondenti (rilevata su scala likert) sulla gentilezza del personale preposto (Fig. III.6), le risposte mostrano un generale grado di apprezzamento, con ben il 65,6% delle donne che si ritiene totalmente soddisfatta, unitamente ad un 26% che dichiara invece di essere molto soddisfatto. Una piccola percentuale (8,4%) ritiene che l'esperienza in termini di gentilezza sia nella media, mentre nessuna ritiene che tale aspetto sia scarso o totalmente scarso.

Chiarezza delle informazioni ricevute

131 risposte

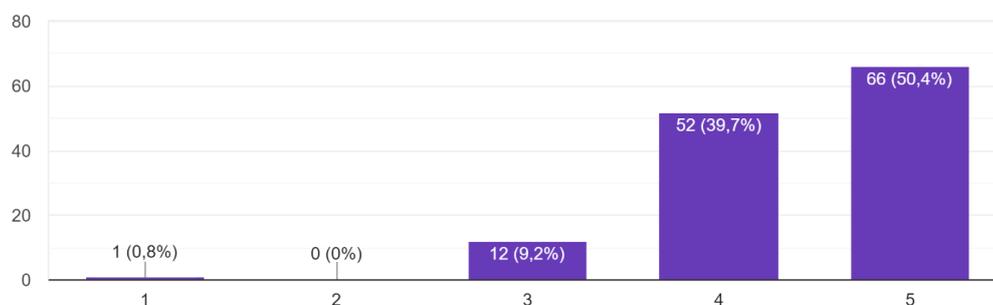


Fig.III.7: percentuali di risposte alla settima domanda

Una situazione leggermente differente emerge per quanto riguarda l'aspetto della chiarezza delle informazioni ricevute e, in tal senso, poco più della metà delle rispondenti (50,4%) si ritiene totalmente soddisfatta, il 39,7% si ritiene molto soddisfatta, mentre il 9,2% afferma che tale chiarezza rientri nella media. Solo una rispondente si ritiene totalmente insoddisfatta della chiarezza delle informazioni ricevute.

Tempo che le è stato dedicato

131 risposte

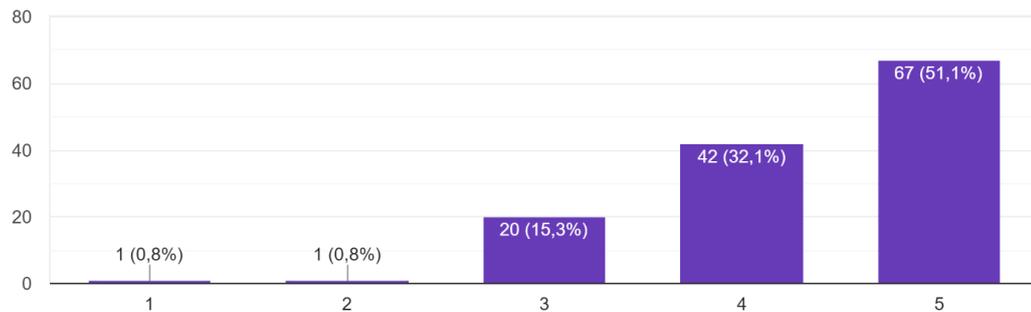


Fig.III.8: percentuali di risposte alla ottava domanda

Il tempo dedicato alle rispondenti dal personale ospedaliero (Fig.III.8) sembra invece essere la variabile meno soddisfacente, seppur anche qui vi sia un generale apprezzamento. Il 51,1% si ritiene totalmente soddisfatta del tempo che le è stato concesso, il 32,1% si ritiene molto soddisfatta, mentre il 15,3% si ritiene soddisfatta nella media. Emergono inoltre due rispondenti di cui una si ritiene per niente soddisfatta ed una poco soddisfatta.

Dunque, si può affermare come la percezione delle donne su tre aspetti dell'assistenza fondamentali – gentilezza, tempo dedicato, chiarezza informativa - siano per lo più positive. Si tratta di un risultato importante se si pensa a come, ad oggi, il Sistema Sanitario Nazionale sia chiamato non solo ad *“assicurare i migliori standard di qualità e sicurezza in relazione alle condizioni della madre e del*

bambino, ma anche di garantire alla donna/coppia/bambino un servizio che ponga la donna al centro delle cure, assicurando un adeguato livello di umanizzazione, facendo sì che i luoghi di cura siano orientati alla persona, nella sua interezza fisica, psicologica e sociale”⁵⁴.

Per andare ad approfondire maggiormente l’esperienza delle donne presso il presidio ospedaliero in disamina, la successiva domanda ha avuto invece lo scopo di appurare la percezione in merito ai servizi offerti durante tutte le fasi del percorso nascita, ovvero pre, intra e post partum (Fig.III.9).

Ritiene che la struttura che l’ha seguita nel suo percorso nascita sia dotata di tutti i servizi di cui una donna ha bisogno nella fase pre, intra e post partum?

131 risposte

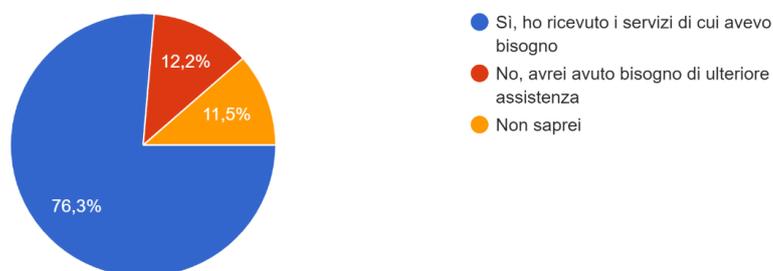


Fig.III.9: percentuali di risposte alla nona domanda

⁵⁴ Ministero della Salute, “Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita” Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future, Predisposto dal Tavolo tecnico in materia di tutela e promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita: dal concepimento ai due anni di età, istituito presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria con DD 26 luglio 2016 e prorogato con DD 20 luglio 2017, p. 90

Anche in questo caso le percezioni generali risultano positive, con il 76,3% delle donne che afferma di aver ricevuto i servizi di cui necessitava, contro il 12,2% di donne che invece ritengono di non aver ottenuto tutta l'assistenza di cui avevano bisogno. Il restante 11,5% afferma invece di non saper dare una risposta a questa domanda e ciò potrebbe essere determinato da una carenza di consapevolezza in merito ai servizi di cui una donna potrebbe o avrebbe il diritto di usufruire. Al fine dunque di valutare il livello di consapevolezza delle donne in merito ai servizi socio-sanitari offerti, è stata posta la successiva domanda (Fig.III.10).

Sapeva che i sistemi socio sanitari offrono non solo assistenza di base, ma anche supporto psicologico, emotivo, sociale e consulti con figure specializzate?

131 risposte

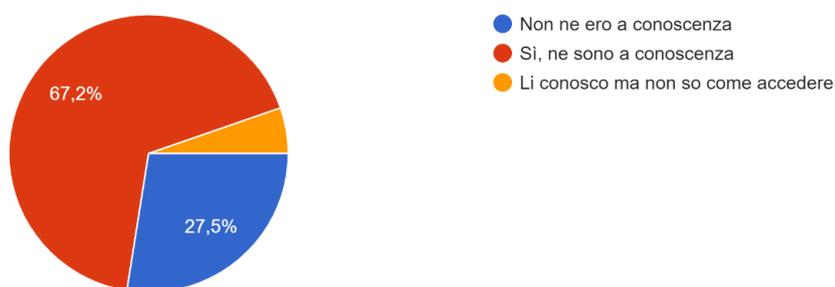


Fig.III.10: percentuali di risposte alla decima domanda

Dalle risposte ottenute emerge un livello di consapevolezza abbastanza alto (67,2%), con il solo 5,3% di donne che è a conoscenza dell'assistenza aggiuntiva rispetto a quella di base ma non sa come accedervi. Tale ultimo dato, seppur

rappresenti una percentuale bassa, sicuramente deve essere considerato adeguatamente. Infatti, per poter garantire l'efficienza di un servizio non bisogna limitarsi ad offrirlo ma è importante altresì adoperarsi per fare in modo che se ne usufruisca nel concreto, offrendo gli strumenti necessari per accedervi, attraverso una informazione e comunicazione adeguata e chiara che deve esercitarsi in modo organizzato e costante. Tale necessità è confermata anche dall'ulteriore 27,5% delle rispondenti che ha dichiarato di non essere proprio a conoscenza di tali forme di assistenza. È chiaro che un paziente, inteso come protagonista e figura attiva nel percorso di cura, debba anch'egli assumere un atteggiamento propositivo e non solo passivo, dunque è anche compito del paziente stesso attivarsi per garantirsi il massimo dalle prestazioni sanitarie di cui può usufruire; è pur vero che non tutti hanno le stesse possibilità di accesso alle informazioni e ciò dipende da diversi fattori, culturali, linguistici, socio-economici.

Infatti, come già emerso nel presente lavoro di tesi, la classe sociale rappresenta una variabile capace di influenzare le madri nell'accesso alle risorse informative ed educative⁵⁵. Proprio per questo, per scongiurare un rischio di disparità di accesso all'assistenza, è importante che i sistemi socio-sanitari considerino l'informazione

⁵⁵ A tal proposito, si rimanda a M. P. FANTINI, L. DALLOLIO, *Le disuguaglianze in ambito materno infantile e gli interventi di dimostrata efficacia per ridurle*, in *Quaderni CARD 9. Il Distretto come produttore di salute. Esperienze a confronto: strategie per garantire i percorsi assistenziali e contrastare le disuguaglianze*, Atti del 7° Congresso Nazionale Card. Calambrone (Pisa) 19-21 marzo 2009, pp. 137-142.

adeguata e sistemica come una delle attività indispensabili e prioritarie per guidare le donne verso il percorso migliore per la tutela del proprio benessere.

Ritiene necessario che l'assistenza ricevuta in ospedale venga integrata con servizi e figure professionali nel suo territorio (come ostetriche, puer...oltre al pediatra di libera scelta e ai consultori)?

131 risposte

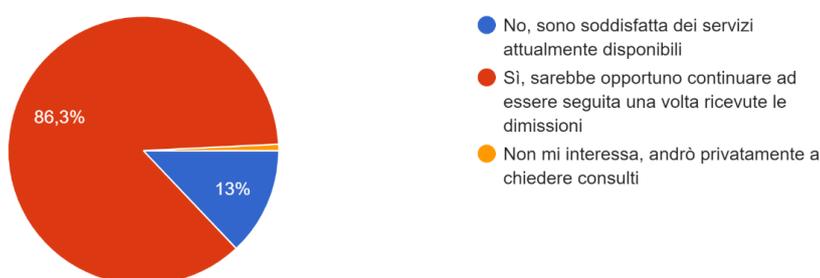


Fig.III.11: percentuali di risposte alla undicesima domanda

Successivamente ci si è focalizzati su un momento specifico dell'assistenza, ovvero quella post-partum, per comprendere se, anche in questo caso, l'utenza si ritenga soddisfatta di quanto attualmente offerto oppure se pensi che sia necessaria un'integrazione dei servizi. Un'alta percentuale di donne intervistate, l'86,3%, ritiene che sarebbe opportuno continuare ad essere seguita una volta ricevute le dimissioni, mentre il 13% si dichiara soddisfatta dei servizi attualmente disponibili; solo una persona non è interessata a servizi offerti dai sistemi sociosanitari ma piuttosto fa ricorso a consulti privati. Bisogna tener conto che il momento successivo al parto rappresenta una fase delicata, in cui sono coinvolti non solo gli

aspetti sanitari, ma anche quelli sociali e personali: dai mutamenti a livello fisico, alle emozioni forti, fino al cambiamento nelle relazioni interpersonali, le donne – soprattutto se alla prima esperienza – si trovano a sperimentare una nuova identità.

È dunque fondamentale, come confermato anche dalle risposte ottenute, che le donne abbiano la possibilità di usufruire di un'assistenza continuativa sul territorio, anche dopo il parto, per poter ottenere sostegno da parte di figure specializzate, come assistenti sociali, psicologi, puericultrici.

Il DM 77/2022 prevede modelli organizzativi di assistenza sul territorio con Case di Comunità, Distretti Sanitari e servizi come UCA (unità di cont...missione qualora si presentassero delle necessità?
131 risposte



Fig.III.12: percentuali di risposte alla dodicesima domanda

Quanto detto precedentemente è confermato ulteriormente dai risultati ottenuti dalla successiva domanda (Fig.III.12), in cui l'84% delle donne afferma di considerare

l'assistenza un diritto anche dopo la dimissione dalla struttura sanitaria. Soltanto il 3,8% afferma il contrario, mentre il 12,2% non ha un'idea a riguardo.

Nella successiva domanda si è indagato invece l'interesse delle partecipanti verso una riorganizzazione dell'assistenza territoriale sul proprio territorio, come promossa dal PNRR nelle missioni 5 e 6 (Fig.III.13).

Il PNRR, missione 5 e 6, prevede una riorganizzazione dell'assistenza territoriale e ogni Regione avrà il compito di organizzare i servizi anche coinvolgen...questo progetto interessa anche la sua Regione?
131 risposte

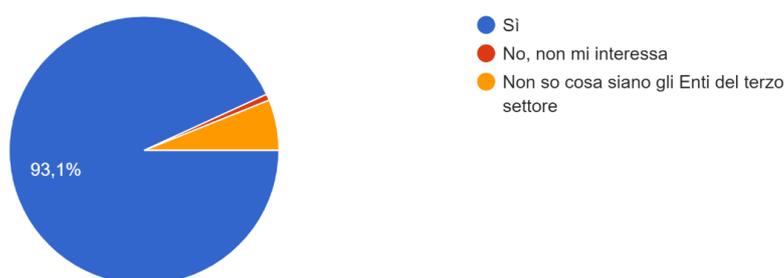


Fig.III.13: percentuali di risposte alla tredicesima domanda

L'interesse delle donne intervistate verso l'implementazione di servizi assistenziali sul territorio anche la collaborazione con Enti del Terzo Settore è quasi totale, con il 93,1% di esse interessate a che venga riorganizzata l'assistenza territoriale nella Regione Abruzzo sulla base delle missioni 5 e 6 del PNRR. Soltanto una persona non si ritiene interessata, mentre il 6,1% non sa cosa rispondere in quanto non sa cosa siano gli Enti del Terzo Settore. Tale risultato conferma la tendenza già rilevata

nelle precedenti domande, ovvero che una continuità territoriale nell'offerta dei servizi si percepisca come molto importante e da implementare.

A conferma di ciò, vi è anche la successiva domanda, in cui si è chiesto alle rispondenti se un sistema connesso tra ospedale e territorio fosse indispensabile anche dopo il parto (Fig.III.14).

Ritiene essenziale la presenza di un sistema connesso tra ospedale e territorio che si prenda cura di lei e del suo bambino anche dopo la nascita?

131 risposte

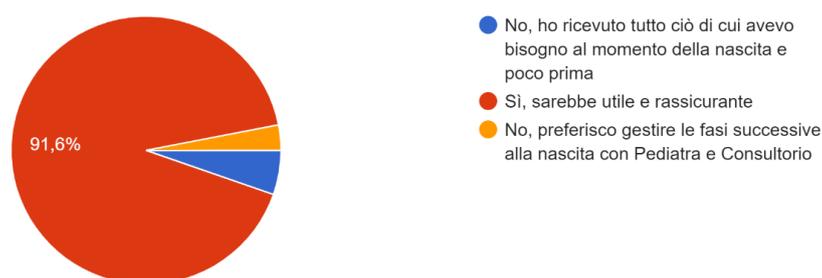


Fig.III.14: percentuali di risposte alla quattordicesima domanda

Anche in questo caso il risultato è forte e chiaro, con il 91,6% di donne che ritengono che un sistema connesso di tal tipo sarebbe utile e rassicurante, contro il 5,3% che dichiara di non averne bisogno in quanto tutto ciò che le serviva le è stato fornito prima e durante la nascita ed il 3,1% che preferisce scegliere di farsi assistere dopo il parto da pediatra e consultorio. Tale risultato evidente rispetto alla percezione delle donne sulla presenza di un sistema connesso ospedale-territorio

mette in luce la necessità di rivedere le politiche in tal senso in quanto esso potrebbe rappresentare uno strumento di supporto molto efficace non solo in termini di utilità pratica – come la presenza di servizi strettamente correlati alla salute – ma anche per tutelare il benessere generale delle donne. La risposta, infatti, suggerisce non soltanto una riscontrata utilità ma anche una percezione di assicurazione nel sapere di avere a disposizione servizi deputati all’assistenza post-partum.

La Costituzione italiana prevede istituti (Distretti sanitari) a tutela della maternità, anche attraverso la collaborazione di Enti del terzo settore (come orga...arietà. Detto ciò, cosa è più importante per lei?

131 risposte

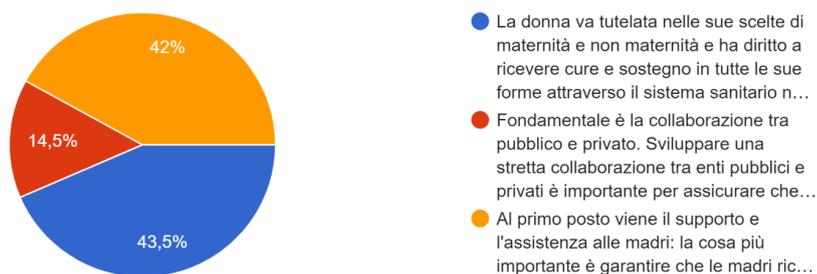


Fig.III.15: percentuali di risposte alla quindicesima domanda

L’ultima domanda (Fig.III.15), a coronamento delle precedenti, ha voluto indagare su quale sia la priorità generale per le donne intervistate in termini di tutela della maternità, anche alla luce del dettato costituzionale.

La domanda permette di raccogliere dati sulle loro percezioni che possono aiutare a migliorare la qualità e l’efficacia dei servizi di supporto alla maternità, a

comprendere meglio le priorità delle donne e a promuovere una maggiore collaborazione tra pubblico e privato nel rispetto del principio di sussidiarietà.

La maggioranza delle rispondenti (43,5%) ritiene che la cosa più importante è che “La donna va tutelata nelle sue scelte di maternità e non maternità e ha diritto a ricevere cure e sostegno in tutte le sue forme attraverso il sistema sanitario nazionale e altre forme sussidiarie (come Enti del terzo settore)”. Dunque si riconosce il diritto alle cure e al sostegno in qualsiasi forma utile, contemplando anche la collaborazione tra il SSN e gli Enti del terzo settore.

A seguire, con una percentuale quasi uguale (42%) le donne hanno risposto che “Al primo posto viene il supporto e l'assistenza alle madri: la cosa più importante è garantire che le madri ricevano supporto necessario sia emotivo che materiale durante e dopo la gravidanza tramite servizi offerti da chiunque sia competente, incluse organizzazioni no profit e associazioni”. Anche in questo caso, le rispondenti riconoscono che la priorità assoluta è l'assistenza e il supporto alle madri da parte di chiunque sia competente e a prescindere se si tratti di servizi offerti dal SSN o da altri enti presenti sul territorio. Questa risposta, inoltre, mette in luce l'importanza che le donne danno anche agli aspetti emotivi, oltre che materiali, di cui è fondamentale prendersi cura.

Il 14,5%, invece, ha dichiarato che “Fondamentale è la collaborazione tra pubblico e privato. Sviluppare una stretta collaborazione tra enti pubblici e privati è importante per assicurare che le risorse e i servizi a tutela della maternità siano adeguati accessibili e distribuiti equamente”. In questo caso, le rispondenti considerano una priorità la collaborazione tra pubblico e privato per garantire l’assistenza adeguata, dando dunque una certa rilevanza a tale aspetto operativo.

Il risultato emergente da tali risposte può essere dunque utile per comprendere le priorità delle donne e quali possano essere le aree di miglioramento, posto che grande rilevanza viene data al supporto non solo materiale, ma anche emotivo, nonché al fatto che non vi è un interesse specifico ad interfacciarsi in via esclusiva con un solo ente di riferimento, ma piuttosto si evince la loro determinazione a che ogni possibile assistenza sia garantita con ogni forma e mezzo idoneo.

3.4 CONCLUSIONI DELL’INDAGINE

Ciò che emerge dalle risultanze dell’indagine condotta, è anzitutto un apprezzamento generale dell’esperienza di nascita presso il P.O. di Sant’Omero: le donne hanno infatti ritenuto idonee sia le performance del personale addetto al reparto di Ostetricia e Ginecologia, sia i servizi offerti.

Per quel che riguarda la fase del ricovero in ospedale, emerge un certo livello di soddisfazione in merito a informazioni ricevute e loro chiarezza, gentilezza, tempo

dedicato dal personale alle loro esigenze. Inoltre, emerge anche una maggioranza di donne rispondenti che dichiarano la carenza di necessità di recarsi in ospedale fuori dalle visite programmate e ciò potrebbe essere determinato non solo da una mancanza di complicanze di salute, ma probabilmente anche dal fatto che vi è una buona programmazione delle visite, nonché una qualità delle stesse che permettono alle donne di sentirsi al sicuro, informate, pronte per affrontare le evenienze che possono presentarsi.

Per quanto riguarda, invece, la gestione delle difficoltà emotive, posto che la maggioranza delle rispondenti dichiara di non averle sperimentate, si evince comunque come coloro che le hanno provate, in buona parte siano state gestite con efficacia dal personale preposto, anche se vi è una percentuale esigua – ma comunque rilevante in termini di importanza che tale fenomeno ricopre per la salute psicologica delle donne – che dichiara di provare ancora tali sensazioni. Dunque vi è da interrogarsi se effettivamente tale aspetto venga considerato adeguatamente dal personale preposto, considerato che comunque si tratta di questioni strettamente connesse alla sfera individuale e su cui ogni donna può avere delle differenti modalità di gestione anche in base a caratteristiche proprie.

L'aspetto di gran lunga più rilevante emerso dalla presente indagine è l'opinione delle donne in merito alla necessità della continuità dell'assistenza anche dopo il parto e le dimissioni dall'ospedale. In questo caso, vi è una importante inversione

di rotta in merito alle impressioni delle rispondenti, che per lo più ritengono che sia necessario considerare l'assistenza durante e dopo le dimissioni anche attraverso servizi integrati ospedale-territorio, nel rispetto del principio di sussidiarietà. Dunque si può evincere che ciò che al momento è presente sul territorio non è sufficiente per soddisfare tale esigenza.

Ciò che emerge è il ruolo cardine dell'assistenza sanitaria territoriale volta a superare un approccio settoriale ai bisogni di salute che, invece, dovrebbero essere considerati in base alle reali esigenze che possono essere ottemperate anche da enti differenti rispetto alla sola struttura ospedaliera. Le risposte mettono in luce il senso di utilità e di rassicurazione che la previsione di tale sistema integrato potrebbe garantire, posto che per le rispondenti ciò che conta maggiormente è la tutela della maternità sia in termini di salute che emotivi, a prescindere dall'ente o la struttura di riferimento che se ne fa carico sulla base di specifiche competenze.

A tale necessità dovrebbero provvedere le Regioni sulla base delle proprie competenze, adottando appositi piani dell'assistenza territoriale (PAT). In tale contesto, l'impulso verso una riorganizzazione del sistema sanitario regionale con reti di prossimità e presidi regionali è offerto dalla Missione 6 Salute del PNRR, che stabilisce finanziamenti per tutte le Regioni che vogliano implementare l'integrazione ospedale-territorio sulla base dei bisogni di salute dei cittadini residenti.

La Regione Abruzzo, in particolare, nel recepimento del D.M. 77/2022 con cui è stata delineata la modalità di organizzazione dei presidi territoriali, ha istituito 3 COT (Centrale Operativa Territoriale), *“attivi 7 giorni su 7, hanno funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Svolgono attività territoriali, sanitarie, sociosanitarie ed ospedaliere e sono in contatto costante con la rete dell'emergenza-urgenza”*⁵⁶. Inoltre, la regione ha istituito un UCA (Unità di Continuità Assistenziale), ovvero *“un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa”*⁵⁷.

Tale PAT è stato realizzato in Abruzzo per soddisfare i bisogni della fascia di popolazione rientrante tra gli anziani-fragili. Posto che ogni regione ha le proprie peculiarità rispetto ai bisogni di salute e che le risorse devono essere distribuite adeguatamente sul territorio, sarebbe auspicabile la possibilità di prevedere all'interno del piano di assistenza territoriale anche presidi deputati ai bisogni delle donne durante il percorso di nascita e dopo le dimissioni dall'ospedale. Del resto, come si evince dalle risultanze del sondaggio condotto, sembra proprio che le donne

⁵⁶ Camera dei Deputati, XIX Legislatura, I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR, Documentazioni e ricerche, n. 23, 20 marzo 2023, p. 24.

⁵⁷ Ivi, p. 25.

auspichino ad una assistenza integrata per il soddisfacimento dei propri bisogni di cura, che può svolgersi in svariate forme e non necessariamente con l'istituzione di COT o UCA (si pensi in tal senso agli Enti del terzo settore o alle associazioni, come previsto anche dal D.M. 77/22). Ma vi è di più: la realizzazione di un sistema integrato potrebbe, molto probabilmente, essere di aiuto e supporto agli ospedali stessi, spesso sovraccarichi di lavoro – specialmente per ciò che riguarda il reparto di Pronto Soccorso – e non di rado per assecondare esigenze derivanti da stati emotivi particolari piuttosto che da necessità di salute fisica per cui è necessario il coinvolgimento del sistema ospedaliero. Avere come riferimento strutture extra ospedaliere, competenti, con figure professionali di vario tipo (psicologi, nutrizionisti, ostetriche ed altri) porterebbe ad una più equilibrata gestione delle necessità proprie di una donna in questo periodo particolare di vita ed anche del proprio bambino, rivolgendosi alla struttura adeguata per ogni specifica difficoltà e sentendosi accompagnata all'interno di un percorso virtuoso ed organizzato che tiene conto del benessere della donna con un approccio olistico, integrato, attento.

CONCLUSIONI

L'integrazione dei servizi socio-sanitari per la maternità si rileva essere un elemento cruciale per garantire il benessere madre bambino.

Questa tesi ha esplorato quello che è stato vissuto in prima persona come professionista della salute ed era doveroso farne ricerca, affrontare la tematica e trovarne soluzioni o quantomeno provarci.

Attraverso l'analisi dei dati raccolti tramite sondaggi con Google moduli, è emerso che molte madri si trovano ad affrontare difficoltà significative una volta dimesse dall'ospedale. Queste difficoltà includono la mancanza di supporto emotivo e pratico, la frammentazione dei servizi disponibili e le disuguaglianze socio economiche che influenzano l'accesso alle cure.

I risultati della ricerca hanno messo in evidenza che i professionisti della salute chiamati in causa, hanno fatto bene il loro lavoro di cura e assistenza, dimostrato da un alto gradimento dei servizi offerti da parte dell'utenza.

D'altro canto, però si affermano le difficoltà e le necessità da parte delle madri, di avere vicino quegli stessi professionisti o altre figure professionali e competenti come supporto continuo e coordinato anche dopo la nascita

Le istituzioni sono chiamate in causa come partecipazione attiva di tale percorso impegnandosi attivamente per abbattere queste barriere.

Una maggiore integrazione tra i vari servizi o la nascita di strutture di supporto come dettato nel DM 77 potrebbe essere la soluzione per fornire supporto completo e continuo alle madri.

Rafforzare la collaborazione tra Ospedali, consultori familiari, servizi sociali, enti del terzo settore o altre entità strutture socio sanitarie in grado di dare supporto alle madri e per garantire un approccio olistico e centrato sulla persona.

In conclusione, l'integrazione dei servizi socio sanitari rappresenta una strada fondamentale per migliorare il percorso nascita, in modo da ottenere cure continue e coordinate. La speranza è che le raccomandazioni, lo studio, le teorie e i risultati di questa ricerca, possano contribuire a sviluppare politiche e pratiche più efficaci, promuovendo il benessere delle famiglie e migliorando gli esiti di salute materna e infantile.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *Divenire genitori e divenire figli. Le nuove sfide della psicologia perinatale*, Mimesis, Milano-Udine 2022.

AGOSTINI F. *et al.*, *Interazioni madre depressa e bambino a 9 mesi. Differenze di genere*, in “*Psychofenia. Ricerca ed analisi psicologica*”, 11, 2004.

AMMANITI M. *et al.*, *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*, Raffaello Cortina, Milano 1995.

BADINTER É., *L'amore in più. Storia dell'amore materno (XVII-XX secolo)*, Fandango, Roma 2012.

BELLANTONIO L., TRENTO M. C., *La famiglia nell'età anziana e la figura dei nonni: aspetti educativi e antropologici*, in A. Merenda (a cura di), *Psicodinamica delle famiglie contemporanee*, Palermo University Press, Palermo 2019.

BELLIENI C. *et al.*, *Is Prenatal Bonding Enhanced by Prenatal Education Course?*, in “*Minerva Ginecologica*”, 59, pp. 125-129.

BERG M., *A Midwifery Model of Care for Childbearing Women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine*, in “*The Journal of Perinatal Education*” 14, 1, 2005.

BESTETTI G., *Mani sul parto, mani nel parto. Mantenere normale la nascita*, Carocci, Roma 2006.

BIBRING G. L., *Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy*, in "The Psychoanalytic Study of the Child", 14, 1959.

ID., *A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and the Earliest Mother-Child Relationship*, in "The psychoanalytic Study of the Child", 16, 1961.

BOBO W. V., YAWN B. P., *Concise Review for Physicians and Other Clinicians: Postpartum Depression*, in "Mayo Clinic proceedings", 89, 6, 2014.

BOHREN M. A. *et al.*, *Continuous Support for Women During Childbirth*, in "The Cochrane Database of Systematic Reviews", 7, 7, 2017.

BOLLEA G., *Le madri non sbagliano mai*, Feltrinelli, Milano 1995.

BONA A., *Una introduzione per te all'ipnosi regressiva evocativa*, Angelo Bona Editions, Vacallo (CH) 2014.

BORGNA P., *Sociologia del corpo*, Laterza, Roma-Bari 2005.

BOWLBY J., *Attaccamento e perdita*, vol. I: *Attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 1983.

BRUGÈRE F., *L'etica della cura*, Mimesis, Milano-Udine 2023.

CARDANO M., GIARELLI G., VICARELLI G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, Il Mulino, Bologna 2020.

CASTAGNERI M., REGALIA A., BESTETTI G., *Nel dolore del parto*, Carocci, Roma 2019.

CASTIGLIONI M., *Cercasi nonni? Per quale relazione di cura ed educativa?*, in "Minori Giustizia", 3, 2012, pp. 186-194.

CENA L., IMBASCIATI A., BALDONI F., *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile alle nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*, Springer, Milano 2010.

CHIECHI L. M., *Donna, etica e salute*, Aracne, Roma 2006.

ID., *Ginecologia critica. Etica e salute della donna*, Progedit, Bari 2008.

CRISTINI C. (a cura di), *Il cambiamento psicoterapeutico*, FrancoAngeli, Milano 2012.

D'AGATI S. et al., *Depressione post-partum. Valutazione clinica e medico-legale*, in "Giornale italiano di ostetricia e ginecologia", 33, 1, 2011.

D'ALESSIO M., FIANDACA G., *La costruzione dell'interazione nell'allattamento*, in M. D'Alessio (a cura di), *Psicologia neonatale. Lo sviluppo infantile nei primi mesi di vita*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1990.

DE BEAUVOIR S., *Il secondo sesso*, Il Saggiatore, Milano 2016.

DE SANCTIS D., FARIELLO S., STRAZZERI I., *Sociologia della maternità*, Mimesis, Milano-Udine 2020.

DE SINGLY F., *Séparée. Vivre l'expérience de la rupture*, Armand Colin, Paris 2011.

DEUTSCH H., *Psicologia della donna*, Boringhieri, Torino 1977.

DIASIO N., *Il vaso di Pandora, ovvero della chiusura del corpo femminile. Aspetti storico-antropologici*, in M. Mazzetti (a cura di), *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, FrancoAngeli, Milano 2000.

DI NICOLA P., *Un nuovo welfare per la famiglia che cambia*, in "Coscienza", 3-4, 1998.

ID., *Prendersi cura delle famiglie*, Carocci, Roma 2002.

DI TOMMASO M., *Materno-infantile*, in R. Tartaglia, A. Vannucci (a cura di), *Prevenire gli eventi avversi nella pratica clinica*, Springer, Milano 2013.

DOVIGO F., *Strategie di sopravvivenza. Donne tra famiglia, professione e cura di sé*, Mondadori, Milano 2007.

DUDEN B., *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri, Milano 1994.

ID., *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri, Milano 2006.

DUMEZIL G., *La religione romana arcaica. Miti, leggende, realtà*, Rizzoli, Milano 2007.

ENGELHARDT H. T., *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1991.

FERRARIS A. O., *Padri alla riscossa*, Giunti, Firenze 2012.

FORMENTI L., *Re-inventare la famiglia. Guida teorico-pratica per i professionisti dell'educazione*, Apogeo, Santarcangelo di Romagna 2012.

FOUCAULT M., *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 1996.

ID., *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino 1998.

GEBAUER K., *Padre cercasi*, Magi, Roma 2006.

GILLIGAN C., *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, Feltrinelli, Milano 1991.

ID., *La virtù della resistenza. Resistere, prendersi cura, non cedere*, Moretti&Vitali, Bergamo 2014.

GIMBUTAS M., *Le dee viventi*, Medua, Milano 2020.

HAHN-HOLBROOK J. et al., *Does Breastfeeding Offer Protection against Maternal Depressive Symptomatology? A Prospective Study from Pregnancy to 2 Years After Birth*, in “Archives of Women’s Mental Health”, 16, 5, 2013.

HOGG M. A., VAUGHAN G. M., *Psicologia sociale. Teorie e applicazioni*, a cura di L. Arcuri, Pearson, Milano 2012.

ILLICH I., *Nemesi medica. L’espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1997.

IMBASCIATI A., DABRASSI F., CENA L., *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*, Piccin, Padova 2007.

JURGENS M. A. et al., *Étude des propriétés psychométriques d’une échelle d’attachement prenatal*, in “L’Encéphale”, 36, 3, pp. 219-225.

KELLY J., *Women, History, and Theory: The Essays of Joan Kelly*, University of Chicago Press, Chicago-London, 1984.

KORFF SAUSSE S., *In difesa dei padri*, Castelvecchi, Roma 2010.

LABOR S., MAGUIRE S., *The Pain of Labour*, in "Reviews in Pain", 2, 2, 2008.

LA SALA G. B. *et al.* (a cura di), *La "normale" complessità del venire al mondo. Incontro tra scienze mediche e scienze umane*, Guerini e Associati, Milano 2006.

LEAP N., DODWELL N. C. T., NEWBURN M., *Working with Pain in Labour: An Overview of Evidence*, in "New Digest", 49, 2010.

LOMBARDI L., *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, FrancoAngeli, Milano 2005.

LOVESTONE S., KUMAR R., *Postnatal Psychiatric Illness: The Impact on Partners*, in "The British Journal of Psychiatry", 163, 2007.

LUPPERINI L., *Di mamma ce n'è più di una*, Feltrinelli, Milano 2013.

MAGHELLA P., *Incontri di accompagnamento alla nascita. Manuale per operatori*, Red Edizioni, Milano 2021.

MARCHI A., *Midwifery: arte ostetrica ritrovata. Assistenza ostetrica alla gravidanza e valutazione del rischio clinico; omeopatia e fiori di Bach per problematiche fisiche, emozionali e spirituali*, Cantagalli, Siena 2012.

MARINOPOULOS S., *Nell'intimo delle madri. Luci e ombre della maternità*, Feltrinelli, Milano 2008.

MAZZONI S., *Nuove costellazioni familiari: le famiglie ricomposte*, Giuffrè, Milano 2002.

MCCANN H. *et al.*, *Il libro del femminismo*, Feltrinelli, Milano 2019.

MENCACCI C., ANNIVVERNO R., *La depressione post partum in Italia. Fotografia del problema*, in *Non lasciamole sole. Una rete di tutela contro la depressione post partum*, Intermedia Edizioni, Orvieto, 2010.

MICELLI M., *La relazione madre-feto e lo sviluppo esistenziale della persona*, Armando Editore, Roma 2011.

MINISTERO DELLA SALUTE, "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future, Predisposto dal Tavolo tecnico in materia di tutela e promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita: dal concepimento ai due anni di età, istituito presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria con DD 26 luglio 2016 e prorogato con DD 20 luglio 2017.

MORTARI L., CAMERELLA A., *Fenomenologia della cura*, Liguori, Napoli 2014.

- MULDWOLF B., *Il mestiere di padre*, Editori Riuniti, Roma 1976.
- MURARO L., *L'ordine simbolico della madre*, Editori Riuniti, Milano 1991.
- PARSONS T., *La struttura dell'azione sociale*, Il Mulino, Bologna 1987.
- ID., *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Torino 1995.
- PATI L. (a cura di), *Il valore educativo delle relazioni tra le generazioni. Coltivare i legami tra nonni, figli, nipoti*, Effatà, Cantalupa 2010.
- PIAZZA M., *Le trentenni. Fra maternità e lavoro, alla ricerca di una nuova identità*, Mondadori, Milano 2003.
- PITCH T., *La società della prevenzione*, Carocci, Roma 2008.
- PIZZINI F., *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, FrancoAngeli, Milano 1999.
- QUILICI M., *Storia della paternità. Dal pater familias al mammo*, Fazi Editore, Roma 2010.
- RANISIO G., *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia 2012.

RIZZA R., SANSAVINI M., *Donne e lavoro: rappresentazioni del femminile e conseguenze in termini di politiche di «work-life balance»*, in “Rassegna Italiana di Sociologia”, 1, pp. 5-31.

ROBERTSON P. A., KAVANAUGH K., *Supporting Parents During and After a Pregnancy Subsequent to a Perinatal Loss*, in “The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing”, 12, 2, 2007.

RUSPINI E., *Le identità di genere*, Carocci, Roma 2023.

SÄFLUND K., SJÖGREN B., WREDLING R., *Physicians' Attitudes and Advice Concerning Pregnancy Subsequent to the Birth of a Stillborn Child*, in “Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology”, 23, 2, 2002.

SARACENO C., *L'equivoco della famiglia*, Laterza, Roma-Bari 2017.

SARACENO C., NALDINI M., *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna 2021.

SCHMID V., *Venire al mondo e dare alla luce*, Feltrinelli, Milano 2005.

SCHOENBERGER M., PINE F., BERGMAN A., *La nascita psicologica del bambino. Simbiosi e individuazione*, Bollati Boringhieri, Torino 2005.

SECONDULFO D., *Medico e paziente: elementi per un'analisi sociologica*, in “Studi di Sociologia”, 17, 4, pp. 368-387.

SIT D. K., WISNER K. L., *Identification of Postpartum Depression*, in “Clinical Obstetrics and Gynecology”, 52, 3, 2009.

VALCARENGHI M., *La sofferenza psichica della madre*, in *Madre De-genere. La maternità tra scelta, desiderio e destino*, a cura di S. Chemotti, Il Poligrafo, Padova 2009.

WARNER M., *Sola fra le donne. Mito e culto di Maria Vergine*, Sellerio, Palermo 1999.

ZABARINO A. M., FORTUNATO M., *Quaderno di lavoro. La conciliazione famiglia-lavoro in Italia e in Europa. Compendio di documentazione*, Centro Risorse Servizi, Torino 2008.

ZANATTA A. L., *Nuove madri e nuovi padri. Essere genitori oggi*, Il Mulino, Bologna 2011.

ZANFRONI E., *Educare alla paternità tra ruoli di vita e trasformazioni familiari*, La Scuola, Brescia 2005.