Provincia di Milano

# madre segreta

L'esperienza di un servizio per la difficoltà materna

Direzione centrale
cultura e affari sociali

Provincia di Milano

# madre segreta

## L'esperienza di un servizio per la difficoltà materna

a cura di Matilde Guarnieri

madre segreta

1

**Assessorato alle politiche sociali**
**Direzione centrale cultura e affari sociali**

Settore sostegno e prevenzione delle emergenze sociali

A cura di:
Matilde Guarnieri

Autori:
Matilde Guarnieri, Marta Malinverno, Monika Nussbaumer

Progetto grafico e Stampa:
La Serigrafica Arti Grafiche S.r.l.
via Toscanelli, 26 - 20090 Buccinasco (MI)

© Copyright Provincia di Milano
Aprile 2009

“Quando nasce un bambino
il mondo non è mai pronto”

*(W. Szymborska)*

# Indice


| | | |
|---|---|---|
| | Prefazione | 07 |
| | Introduzione | 09 |
| 1. | Percorsi d'aiuto per la prima difficoltà materna | 11 |
| 2. | L'impossibilità materna nel tempo | 13 |
| 3. | Riferimenti giuridici | 15 |
| 4. | Il servizio Madre segreta | 17 |
| 5. | Promozione delle reti locali | 18 |
| | 5.1 Formazione | 18 |
| | *Premesse* | 18 |
| | *Metodo* | 18 |
| | *Interventi* | 19 |
| | 5.2 Progetto Ospedali e nascite | 20 |
| | 5.3 Consulenza | 24 |
| | 5.4 Progetti locali | 25 |
| | 5.5 Verso una rete nazionale | 26 |
| 6. | Osservatorio | 27 |
| 7. | Area dedicata alle donne in difficoltà | 37 |
| | 7.1 Linea Verde 800.400.400 | 37 |
| | *La struttura* | 37 |
| | *L'ascolto delle volontarie* | 38 |
| | *Incontri al telefono* | 39 |
| | *Dati dalla Linea* | 41 |
| | 7.2 Progetto Arianna | 53 |
| | *Le situazioni Arianna* | 55 |
| | *Arianna racconta* | 56 |
| | *Dati dal Progetto Arianna* | 59 |
| 8. | Comunicazione | 69 |
| 9. | Spazio di documentazione | 70 |
| 10. | Conclusioni | 71 |
| 11. | Bibliografia | 74 |

# Prefazione

Un numero di telefono, attivo 24 ore su 24, dietro al quale una voce amica può accompagnare madri sole nel periodo più difficile della loro vita e di quella del bambino che portano nel loro grembo, un punto di riferimento per guidare anche gli operatori dei servizi sociali, pubblici e del privato sociale che si trovano ad affrontare simili casi, davanti ai quali è impossibile rimanere indifferenti: tutto questo e molto di più è Madre Segreta.

Madre Segreta nasce dalla volontà di sostenere le donne che attendono la nascita del figlio in un momento di profonda sofferenza o che si trovano in difficoltà a causa di una gravidanza indesiderata, svolge quindi un compito duplice di informazione e di accompagnamento delle donne in difficoltà: da una parte garantendo alle madri un luogo neutrale e accogliente, caratterizzato dalla riservatezza e dalla comprensione, dall'altra promuovendo reti locali e di formazione degli operatori chiamati ad interagire con le madri.

Con questo servizio, finanziato dall'Assessorato alle Politiche sociali della Provincia di Milano, si continua quel compito di mutua assistenza nei confronti dell'infanzia abbandonata e della famiglia che la nostra Istituzione ha ricoperto sin dalle origini e che stiamo portando avanti, con nuovi progetti volti ad affrontare le problematiche emergenti.

Si tratta finora dell'unico servizio specializzato esistente in Italia e auspichiamo che possa essere un punto di riferimento, non solo per le persone che si trovano ad affrontare il problema di una maternità difficile ma anche per altri enti locali e servizi interessati a condividerne l'esperienza, con la speranza che possa essere da stimolo anche per la creazioni di nuovi servizi e per la promozione nei servizi sociali e sanitari di protocolli che rispondano alle disposizioni sul non riconoscimento, fissate già da tempo dalla legislazione nazionale.

Attraverso questo volume desideriamo offrire una panoramica, un quadro del lavoro svolto da Madre Segreta dal 1996 ad oggi, presentando una sorta di "bilancio" di questa positiva esperienza per trovare nuovi punti di partenza, "aprendo la porta" a percorsi di aiuto, rendendo più fruibili servizi e risorse del territorio per accompagnare concretamente la donna durante la gravidanza.

Assessore alle Politiche sociali della Provincia di Milano

# Introduzione

A distanza di 13 anni dall'avvio del servizio Madre segreta, abbiamo voluto fare il punto della situazione, guardando indietro con l'intento di raccontare e di dare un riscontro del grosso lavoro svolto in questi anni.
Abbiamo così voluto raccogliere in queste pagine, alcuni dati e qualche storia non solo con un intento rendicontativo ma anche con l'idea che il passato possa darci qualche indicazione e orientamento per costruire e far funzionare sempre meglio questo servizio nei prossimi anni.

L'esperienza di Madre segreta, così come emerge da queste pagine, è stata in questi anni un punto di riferimento indispensabile e spesso preso d'esempio, per sostenere tutte quelle donne che purtroppo si sono trovate a sostenere una gravidanza tra le difficoltà ed i problemi.

Sostenere la maternità, oggi più che mai, diventa una scelta importante e un segno di civiltà. Ci sono tanti modi per farlo, certamente Madre segreta è uno di questi, perché è un servizio che si mette dalla parte delle donne e con pazienza cerca di sostenerle in momenti difficili della loro vita.

In una logica di trasparenza e di rendiconto sociale queste pagine vogliono descrivere uno spaccato delle tante donne e mamme che sono state intercettate dal servizio, che disegnano bisogni nuovi e attenzioni urgenti.

Siamo sicuri che questo lavoro possa rappresentare un'interessante punto fermo, da cui partire per rilanciare il servizio in modo che si possa candidare ad esercitare un ruolo primario e riconosciuto anche dai servizi sociali e sanitari territoriali della nostra provincia.

È questa la sfida che ci attende!

Non resta che ringraziare personalmente gli operatori del servizio e tutti i volontari che con grande impegno e professionalità, hanno garantito la gestione del numero verde e il funzionamento del servizio. Un ringraziamento anche all'Assessore Ezio Casati che ha creduto molto in questo servizio.

**Paolo Formigoni**
Direttore di staff Direzione Cultura e Affari Sociali

In Italia i neonati non riconosciuti sono circa 400 ogni anno, e la Lombardia ne registra il numero più alto, un numero tuttavia piccolo in relazione a quello totale delle nascite. Si tratta di una realtà comunque importante e rappresentativa di una difficoltà sociale diffusa nell'area materna e della famiglia, divenuta sempre più complessa, anche per la presenza di una numerosa immigrazione femminile da paesi e culture diverse.

La legge italiana, accanto alla possibilità di interventi istituzionali di sostegno, contempla la realtà di situazioni di *impossibilità materna*, consentendo in questi casi alla donna di non riconoscere il neonato rimanendo anonima al parto, e tutelando da subito il bambino con la garanzia di una famiglia adottiva.

Questo diniego della maternità è però complicato e socialmente difficile da accettare. La donna stessa se ne sente profondamente colpevole, ne è disorientata e confusa e spesso lo nasconde; su un piano di realtà é però importante considerare le condizioni che determinano il rifiuto, ciò che vive la donna e le sue reali possibilità di prendersi cura del bambino da un punto di vista affettivo e concreto.

Il silenzio, la solitudine, la sfiducia e il sentimento di colpa accomunano trasversalmente queste situazioni, al di là delle differenti situazioni personali e delle diverse provenienze culturali.

La maternità implica la possibilità di disporre, anche nella mente, di uno spazio in cui accogliere il figlio: un grembo psichico[1] che permette amore, dedizione e comprensione delle necessità del piccolo. Inoltre il compito e le capacità materne di prendersi cura del neonato presuppongono il sostegno del padre, o perlomeno quello di un ambiente favorevole.

Quando durante la gravidanza queste condizioni non si realizzano o sono carenti, l'informazione sui propri diritti, la disponibilità di ambiti di sostegno personale e l'accesso a risorse d'aiuto possono permettere alla donna di far fronte alle proprie difficoltà.

In alcuni casi, l'impossibilità di accogliere un figlio nella propria vita viene negata e rimossa per riemergere dolorosamente in una relazione materna carente e negativa, o nei gravi danni di abbandoni tardivi.

Può accadere poi che la gravidanza venga negata e nascosta fino al suo termine e che la nascita abbia esiti drammatici per la donna e per il neonato.

Nelle situazioni di *impossibilità materna* possiamo anche osservare che le donne che compiono la scelta di rinunciare al bambino, senza confrontarsi con la propria maternità, rimanendo isolate e senza approfondirne il senso, sono impossibilitate a elaborare consapevolmente la propria vicenda, e facilmente ne ripropongono il disagio in altre gravidanze, rinnovando il proprio rischio e quello del bambino.

Diversamente, nelle situazioni in cui la donna può ricevere sostegno e può esprimere ciò che

1 Silvia Vegetti Finzi, Il bambino della notte, Oscar Saggi Mondadori, Milano 1996

prova, le diventa possibile accostare la realtà della propria gravidanza, smettere di negarla e prendersene cura.

In queste condizioni, la donna può pensare al bambino e prendere contatto con le proprie possibilità materne, mobilitando risorse affettive e concrete per un futuro con il figlio. Quando questo non le è possibile, può scegliere con consapevolezza e responsabilità di proteggerlo fino alla nascita e di partorire in modo anonimo, avviando il piccolo verso un immediato percorso di tutela adottiva.

In questi casi la separazione tra madre e figlio è difficile e penosa, ma non violenta e può tutelare ambedue; inoltre la madre naturale attraverso la cura della gravidanza e l'attenzione per il futuro del bambino può esprimere una forma di preoccupazione materna, che accompagna idealmente il piccolo verso la madre adottiva.

Nell'interesse del bambino si prospetta così una continuità tra la maternità naturale e adottiva, che potrà rendere più facile l'integrazione della storia della nascita naturale nella seguente vicenda famigliare.

La prevenzione del disagio di queste situazioni si inserisce nel quadro generale delle iniziative a sostegno della maternità e della famiglia, ma la loro particolare complessità comporta la disponibilità di ambiti specifici di intervento, integrati e in rete, predisposti nei servizi sociali e sanitari pubblici, del privato sociale e del volontariato.

Su un piano socio-culturale la promozione di un atteggiamento più accogliente e meno giudicante verso la difficoltà materna, può favorire lo sviluppo di contesti in cui la donna sia più libera di esprimersi e di chiedere e ricevere aiuto senza timore.

I servizi sociali e quelli sanitari necessitano però di disporre di competenze e risorse specifiche, di riferirsi a metodi e prassi adeguati e di operare collegandosi in reti di sostegno aperte e a bassa soglia.

Diventa così possibile utilizzare per questi casi percorsi riservati di aiuto, di facile accesso e rapidamente attivabili, in cui collaborano servizi e professionisti diversi, portatori delle competenze più utili, dove la difficoltà materna possa trovare supporto e garanzia per la donna e per il bambino.

# L'impossibilità materna nel tempo

Nella storia europea il fenomeno dell'abbandono dei neonati é stato di rilevanti dimensioni: la povertà e il disonore di una nascita illegittima erano un tempo le principali ragioni dell'abbandono. Le donne, per necessità propria o costrette da altri, nascondevano la gravidanza e in segreto si separavano dai figli, sopportando in solitudine la sofferenza e la responsabilità di consegnarli ad un futuro incerto.

Il numero degli abbandoni nelle varie epoche è sempre molto alto, particolarmente in relazione ai periodi di guerra o di carestia e, a partire dal XVI secolo, nelle maggiori città europee sorgono particolari strutture dedicate al ricovero dei neonati esposti, chiamate xenodochi o brefotrofi.

I piccoli vi venivano introdotti attraverso un dispositivo chiamato ruota o torno: una piattaforma girevole inserita nel muro esterno, che permetteva alla madre di introdurre il bambino all'interno senza essere vista.

Nella città di Milano questo strumento viene introdotto nel 1594 presso l'ospedale di san Celso, passò all'Ospedale maggiore nel 1671 e poi dal 1781 al convento di Santa Caterina alla ruota, che accoglie in alcuni periodi fino a 5000 esposti all'anno.

A partire dall'800 un clima culturale di nuova sensibilità verso i temi sociali dà spazio a riforme e a nuove leggi, che portano alla progressiva chiusura delle ruote in Italia, quella di Milano si chiude nel 1868.

La spinta a un nuovo investimento nel sociale porta all'istituzione di servizi innovativi a favore della maternità e dell'infanzia e nel 1912 l'ospizio di Santa Caterina viene lasciato e viene inaugurato il nuovo Brefotrofio provinciale, che accoglie fino a 1000 bambini ogni anno.

I cambiamenti sociali e l'evoluzione dei modelli culturali di riferimento portano successivamente allo svilupparsi di una maggiore consapevolezza delle difficoltà della donna nella maternità e delle necessità evolutive del bambino.

Nel 1925 l'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, organizza localmente interventi di sostegno, e nel 1927 l'amministrazione provinciale milanese delibera il riordino dell'assistenza all'infanzia. Il Brefotrofio assume la denominazione di Istituto provinciale di protezione e assistenza all'infanzia: Ippai.

Gradatamente nel tempo si giunge a considerare l'inserimento in una famiglia, affidataria o adottiva, come la risposta più adeguata nei casi in cui per vari motivi il bambino non possa crescere con i genitori naturali. Occorre però giungere alla legge sull'adozione speciale del 1967, che verrà poi ampliata dalle successive, perché l'adozione trovi una nuova codifica e perché crescere ed essere educato in una famiglia diventi un diritto del bambino.

Nel 1975 la legge di riforma del Diritto di famiglia, permettendo anche il riconoscimento dei figli naturali, concorre alla sostanziale diminuzione delle situazioni di abbandono e nel 1985 l'Ippai

cessa la propria attività.
Oggi il progresso sociale, quello economico e l'emancipazione femminile hanno ridotto drasticamente le situazioni in cui la madre si separa dal neonato dopo il parto, inoltre l'evoluzione del diritto famigliare, accanto alla disponibilità di servizi sociali e sanitari adeguati, può permettere anche in questi casi una reale tutela della donna e del neonato.

La nascita di un bambino é un evento privato e sociale che comporta aspetti relazionali ed emotivi, ma configura anche una realtà giuridica, in cui la donna e il neonato vengono tutelati come persone distinte nella specificità dei loro diritti.

Il nostro ordinamento giuridico garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile e la tutela della maternità. Dal dettato costituzionale i genitori sono investiti del dovere/diritto di educare, mantenere, istruire i figli, ma in caso di una loro mancanza o inadeguatezza precise normative garantiscono i figli per una crescita equilibrata.

Nella procreazione fuori dal matrimonio, l'effetto giuridico che ricollega in un rapporto di diritto il neonato ai genitori biologici non è automaticamente attribuito neppure alla madre che lo ha partorito. In questo caso lo status di "filiazione naturale" e il conseguente rapporto con i genitori si acquisiscono tramite il riconoscimento, dichiarazione di scienza e di volontà, nelle modalità previste dalla legge[2].

La donna che partorisce fuori dal matrimonio ha dunque il diritto di essere informata circa i propri diritti a tutela della maternità, ha il diritto di riconoscere o no il figlio, con la sicurezza che in quest'ultimo caso il neonato riceverà da subito piena tutela tramite l'adozione legittimante, e ha il diritto di essere garantita nella segretezza del parto[3].

Nelle situazioni di *impossibilità materna* le tempestive informazioni e la predisposizione di interventi di aiuto materiale e psicologico permettono quindi di garantire il diritto alla salute della gestante e del nascituro, di assicurare un parto protetto nella struttura ospedaliera e di offrire alla madre elementi necessari per scegliere il più serenamente e responsabilmente possibile se riconoscere o meno il bambino.

Al neonato non riconosciuto devono essere assicurati specifici interventi secondo precisi obblighi normativi, volti a garantirgli la dovuta protezione nell'attuazione dei suoi diritti fondamentali: il diritto all'identificazione, al nome, alla cittadinanza, alla certezza di uno status di filiazione, all'educazione e alla crescita in famiglia. La dichiarazione di nascita, resa entro i termini massimi di 10 giorni, permette la formazione dell'atto di nascita, e quindi l'attribuzione dell'identità anagrafica e l'acquisizione del nome e della cittadinanza.

L'immediata segnalazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni della situazione di abbandono del neonato non riconosciuto permette l'apertura di un procedimento di adottabilità, la sollecita individuazione di un'idonea coppia adottante e il collocamento del neonato presso la famiglia adottiva.

Al bambino è così garantito il diritto a crescere ed essere educato in una famiglia con lo status di figlio legittimo dei genitori che lo hanno adottato.

2 Codice Civile artt. 250 e segg.
3 Dpr 396/2000 Ordinamento dello stato civile (artt., 29,30,31,32,38,42,48), Lg 151/1975 Riforma del diritto di famiglia Lg.184 /1983 Diritto del minore ad una famiglia

## Riconoscimento

- Artt. 250 - 254  Codice Civile
- Dpr. 396/2000 Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127.  (Gazzetta Ufficiale n. 303 del 30 dicembre 2000)

  Articoli: 29, 30, 31, 32, 38, 42, 44
- Legge 127/1997 Art.2 - Disposizioni in materia di stato civile e di certificazione anagrafica -.
- Circolare n. 1823 del 23 maggio 1997 Lettera circolare di istruzioni per la legge 15 maggio n. 127 in materia di dichiarazione di nascita
- Regio Decreto 1238/1939 Ordinamento dello stato civile

## Diritti della madre

- Artt. 2,3,31 Costituzione
- Sentenza della Corte Costituzionale 171/1994: Adozione - dichiarazione di adottabilità - stato di abbandono - dichiarazione - individuazione, da parte del Tribunale, della donna che non intende essere nominata all'atto di nascita e di conseguenza del marito di lei - obbligo - presunto pregiudizio per l'adottando e lesione del diritto alla riservatezza della madre - inammissibilità.
- Codice penale artt. 326, 622

## Diritti del neonato

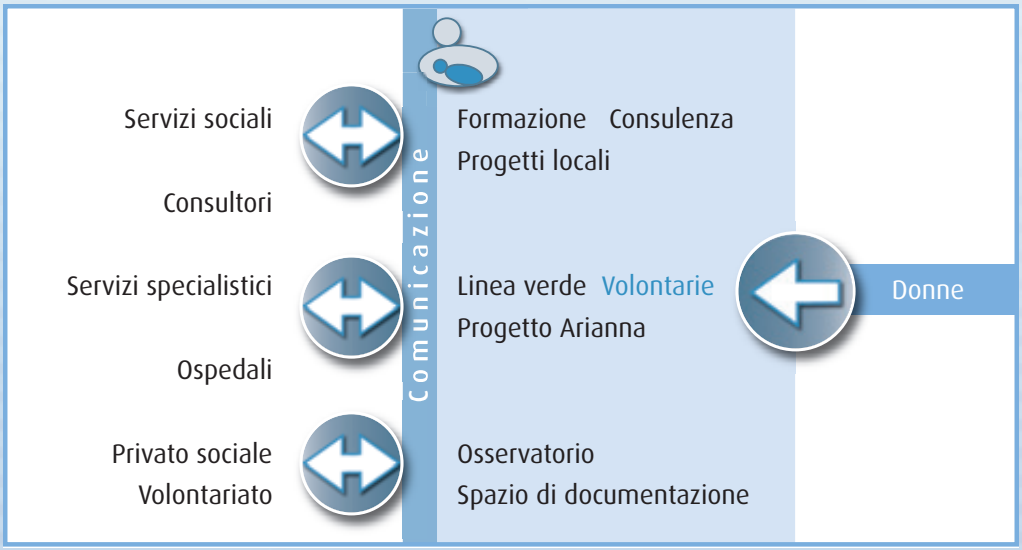
- Artt. 2,22,30 Costituzione
- Artt. 1, 6 Codice Civile
- Legge 184 del 4 maggio 1983 Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori - da sottolineare artt. 11, 19, 22, 25.
- Legge 149 del 28 marzo 2001 Modifiche della legge 4 maggio 1983 n. 184 - Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile.

# Il servizio Madre segreta

Madre segreta é un servizio dedicato ai temi della difficoltà della donna nella maternità durante la gravidanza e alle maternità segrete. Svolge la sua attività dal 1996 con il compito di approfondire il fenomeno nelle realtà locali, analizzando i bisogni e le risorse disponibili e promuovendo, attraverso iniziative di formazione e attività di consulenza, reti specifiche di servizi.
Costituisce inoltre un ambito specialistico in cui le situazioni di difficoltà, non trattabili localmente, possono essere tutelate con interventi di sostegno psicologico e sociale.
Il servizio si pone con una proposta unitaria rispetto al territorio e sviluppa le sue attività secondo un progetto globale di promozione delle risorse, con un orientamento ecologico - sistemico e di empowerment sociale.
Le attività si articolano in tre aree collegate tra loro e vengono condotte ponendo una particolare attenzione alla documentazione e alla ricerca.

- Area di promozione delle reti locali, di supporto ai servizi sociali e sanitari locali, con attività di formazione, consulenza e promozione di progetti territoriali.
- Area dedicata direttamente alle donne in difficoltà, con la Linea Verde 800.400.400 e il Progetto Arianna.
- Area di documentazione, con un Osservatorio permanente sulle nascite senza riconoscimento nelle province di Milano e Monza, e una biblioteca tematica aperta alla consultazione.

Le caratteristiche di questo disagio, difficilmente accessibile e trattato con difficoltà, rendono particolarmente importante l'impegno nella comunicazione che è di supporto a tutte le attività.



## Formazione

• *Le premesse*

Madre segreta costituisce una risorsa specializzata di consulenza e di formazione per gli ospedali e i servizi sociali. Il suo obiettivo prioritario é, infatti, quello di favorire lo sviluppo locale di competenze e di strumenti per trattare le situazioni di disagio della maternità, promuovendo anche reti di collaborazione, in questi casi particolarmente necessarie, tra servizi e tra professioni diverse.

Le situazioni che esprimono un'*impossibilità materna* non sono frequenti e sono spesso nascoste, quindi per gli operatori riconoscerle e trattarle é un'esperienza particolarmente impegnativa e complessa. Affinare le competenze in quest'area, oltre a permettere di rispondere con prestazioni adeguate alle situazioni di non riconoscimento del neonato, può sviluppare nei servizi la capacità di individuare preventivamente gli indicatori di un più diffuso disagio della maternità, e permettere di intervenire in modo significativo prima della manifestazione del danno. Possiamo osservare come l'episodicità di questi casi renda oggettivamente difficile strutturare, su un piano procedurale e organizzativo, metodi di intervento, e consolidare prassi di lavoro e reti di riferimento; contemporaneamente sul piano emotivo vengono coinvolti riferimenti e valori personali, che rendono particolarmente impegnativo sia l'agire professionale che la collaborazione tra colleghi. Incertezze, emozioni, difese e proiezioni in quest'ambito possono confondere facilmente fatti, ruoli e responsabilità.

E' quindi importante che gli operatori sociali e sanitari abbiano occasioni di approfondimento e di confronto sul tema del disagio materno, che possano acquisire competenze e disporre di riferimenti metodologici e procedurali specifici, sia a livello professionale che sul piano organizzativo lavorando insieme in rete senza frammentazioni. Occorre poi che le procedure individuate nei servizi, per essere adottate stabilmente, possano essere riconosciute formalmente e, se possibile, fissate in appositi protocolli.

• *Il metodo*

Sulla base di queste considerazioni, Madre segreta struttura, nella sua sede e presso i servizi, specifici percorsi formativi interdisciplinari. Questi coinvolgono professionisti interessati dei diversi servizi, pubblici e privati, e sono orientati alla costruzione di reti con la proposta di modelli di intervento adatti ad accogliere e trattare le situazioni di disagio materno, tutelandole al meglio e prevenendo esiti negativi.

La formazione accompagna gli operatori ad approfondire nei diversi aspetti i temi e le proble-

matiche, e dà spazio a un confronto costruttivo sulle esperienze di lavoro con gli esperti e tra colleghi; inoltre propone e verifica strumenti metodologici e organizzativi, che permettono di intervenire professionalmente, senza frammentazioni, ponendosi in una rete di servizi collegati.

I percorsi partono sempre dall'analisi del contesto territoriale, dei servizi e delle relazioni tra loro per individuare competenze, risorse e criticità; già dalla fase di progettazione si avvalgono della collaborazione di operatori locali, che hanno l'importante ruolo di promotori e di referenti organizzativi.

A conclusione del percorso formativo i referenti con alcuni colleghi e con gli esperti stendono un protocollo locale di buone prassi, e ne promuovono l'ufficializzazione presso le direzioni dei diversi servizi.

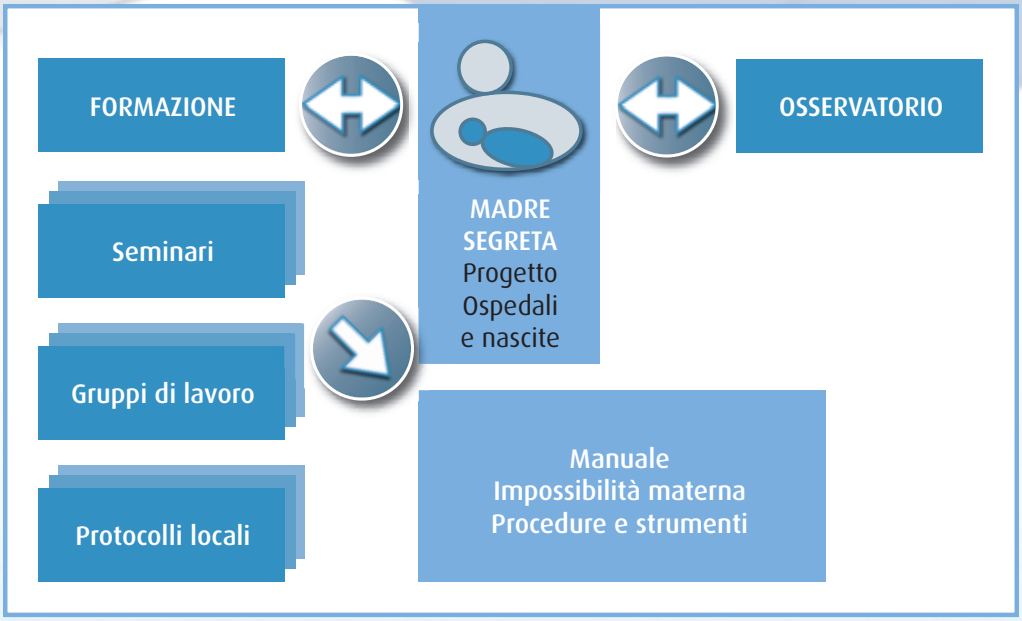
### • *Gli interventi*

Alcune iniziative sono state promosse a livello locale partendo dai comuni o dalle ASL e coinvolgendo gli ospedali di riferimento e le organizzazioni del privato sociale. Sono stati così organizzati seminari di formazione a Desio e a Rho, mentre a Sesto san Giovanni e a Vimercate è stato condotto un gruppo di lavoro in un percorso di approfondimento, mirato alla costruzione di una particolare rete tra i servizi. Altre attività sono state promosse direttamente negli ospedali nell'ambito di uno specifico progetto, denominato "*Ospedali e nascite*".

Centralmente a Milano, nella sede di Madre segreta si sono svolti: il ciclo di seminari "La prima difficoltà materna, maternità segreta e servizi rivolti alla famiglia", aperto anche ad alcuni operatori appartenenti a servizi di altre province, e il seminario "Disagio materno in gravidanza e maternità segreta" rivolto agli operatori dei consultori famigliari dell'Asl Città di Milano.

## Progetto Ospedali e nascite

Nelle vicende di *impossibilità materna* le strutture ospedaliere, centri di nascita, costituiscono un momento centrale, in cui occorre che l'area sociale e quella sanitaria si integrino per sostenere la donna dalla gravidanza al parto e per accogliere il bambino dopo la nascita.
Oltre all'area sanitaria che gli è propria, l'ospedale é anche responsabile di garantire i diritti di informazione, di autodeterminazione e di riservatezza della madre, come di avviare i processi idonei ad assicurare i diritti del minore: di avere un nome, una cittadinanza, una propria famiglia.
Rispetto a questi compiti è necessario che ogni realtà ospedaliera si organizzi, sia per i propri processi interni, che per rapportarsi con le altre due istituzioni chiamate ad intervenire: il Comune, nello Stato Civile e come Ente Tutore, e il Tribunale per i Minorenni in quanto titolare del procedimento adottivo.
Nel tempo le diverse strutture ospedaliere hanno adottato modalità e procedure differenti, sulla base delle proprie risorse e di un'esperienza necessariamente episodica e spesso non documentata.
L'aumento e la complessità delle situazioni di non riconoscimento materno, anche in relazione al fenomeno dell'immigrazione femminile, ha però evidenziato la variabilità e spesso la carenza delle procedure adottate, rendendo utile un confronto trasversale, oltre che un aggiornamento e un approfondimento della tematica.
Madre segreta, con il progetto "Ospedali e nascite" ha offerto agli ospedali lo spazio per ridefinire e condividere uno specifico metodo di lavoro, fissare linee operative e validi strumenti comuni, verificarli in seguito e aggiornarli costantemente.
Il progetto, iniziato nel 2005, ha coinvolto in una stretta collaborazione con Madre segreta gli ospedali di Milano, Monza e delle loro provincie, ed è tuttora in corso.
"Ospedali e nascite" ha compreso una prima attività di formazione e ricerca, che ha prodotto un manuale di buone prassi e che si è poi sviluppata in specifici percorsi formativi, attualmente alcuni sono già conclusi, mentre altri ancora in programmazione. Prevede oggi anche la gestione di un Osservatorio locale sul fenomeno del non riconoscimento dei neonati, che mantiene un costante monitoraggio integrando i dati nazionali.




Il progetto si è avviato con la costituzione di un gruppo di lavoro in cui operatori sociali e sanitari, rappresentativi dei loro ospedali, si sono impegnati a definire le procedure e gli strumenti adeguati per rispondere e tutelare le diverse situazioni di *impossibilità materna* che si rivolgono all'ospedale, sia rispetto al trattamento all'interno dei reparti che nella necessaria collaborazione con le altre istituzioni coinvolte e con i loro servizi.

L'attività del gruppo ha comportato un primo momento di analisi delle esperienze dei diversi ospedali nel trattamento delle situazioni e successivamente una fase di acquisizione degli elementi utili per l'aggiornamento delle competenze.

Il lavoro è stato poi raccolto e pubblicato in un manuale di buone prassi, adottato dalle diverse realtà ospedaliere e diffuso anche a livello nazionale.

### "Ospedali e nascite - impossibilità materna, procedure e strumenti"

Il manuale "*Ospedali e nascite - impossibilità materna, procedure e strumenti*" pubblicato nel 2006 è stato elaborato raccogliendo, confrontando e verificando, tra operatori ed esperti, competenze ed esperienze in questa area. Il testo, di facile uso per tutti gli ospedali, indica procedure corrette e propone strumenti utili analizzando ogni fase del percorso di cura della madre e del neonato: dai controlli della gravidanza, al parto, alla dimissione. Offre inoltre chiare coordinate di riferimento per la necessaria collaborazione con il Tribunale per i minorenni e con l'Ente tutore.
Completano il manuale gli estratti della legislazione di riferimento e una scheda informativa per la donna tradotta in 13 lingue. La scheda contiene le informazioni essenziali, sia rispetto al diritto della madre di ricevere aiuto sociale nella volontà di tenere con sé il figlio che rispetto al diritto di ricevere assistenza sanitaria e rimanere anonima nella scelta di non riconoscerlo. Fornisce inoltre le informazioni fondamentali sull'irreversibilità e la segretezza dell'adozione del neonato.
La scheda, predisposta per essere facilmente fotocopiata, può essere utilizzata per chiarire ulteriormente le informazioni che la donna riceve oralmente dagli operatori.

Dopo la pubblicazione del manuale il progetto si è sviluppato strutturando i percorsi di formazione più idonei nelle singole realtà. Qui la collaborazione degli operatori del gruppo autore del manuale, come referenti per il loro territorio, ha costituito un importante punto di forza, e ha facilitato il coinvolgimento attivo degli enti e dei servizi che localmente collaborano per queste situazioni.
La formazione locale, oltre a fornire elementi delle varie discipline, utili per una migliore comprensione del tema e del fenomeno, rende possibile il confronto tra operatori e la condivisione delle linee di lavoro all'interno e all'esterno dell'ospedale, inoltre sulla base del manuale facilita la costruzione di protocolli locali.
I percorsi formativi, che interessano tutto il territorio di Milano e della provincia, fino al 2008 hanno riguardato 7 ambiti territoriali della provincia di Milano, Monza e 6 realtà in Milano.

| Territorio | Realtà coinvolte |
|---|---|
| DESIO | Presidio Ospedaliero /ASL 3 Distretto socio sanitario |
| RHO | Presidio Ospedaliero / ASL 1 Distretto socio sanitario |
| SESTO SAN GIOVANNI<br>Privato sociale | Presidio Ospedaliero/ ASL 3 Distretto sociosanitario/ Comune/ |
| VIMERCATE<br>Privato Sociale | Presidio Ospedaliero / ASL 3 Distretto socio sanitario / Comune / |
| MELZO | Comune / ASL 2 Distretto socio sanitario / Ospedale / Privato sociale |
| MONZA | Azienda Ospedaliera / Comune |
| GARBAGNATE | Azienda Ospedaliera / ASL 1 Distretto socio sanitario |
| SEGRATE | IRCCS San Raffaele / Comune |
| MILANO | Ospedale Niguarda Ca'Granda /Comune Servizio Sociale<br>Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo<br>Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni / Comune Servizio Sociale<br>Azienda Ospedale L.Sacco / Comune Servizio Sociale<br>Azienda Ospedaliera San Paolo / Comune Servizio Sociale<br>Istituti clinici di perfezionamento Vittore Buzzi /<br>Comune Servizio Sociale |

Sempre nell'ambito del progetto "Ospedali e nascite" nel 2008/2009, centralmente a Milano presso la sede di Madre segreta, sono stati condotti due gruppi di formazione e ricerca dedicati a due temi particolarmente importanti:

- "Le emozioni degli operatori", rivolto agli operatori sanitari e sociali, orientato al riconoscimento e alla comprensione delle proprie emozioni nel lavoro per questi casi, e finalizzato a migliorare le capacità di gestirle integrandole positivamente nell'agire professionale.
- "La tutela della riservatezza dei dati" rivolto ad operatori sociali, sanitari e amministrativi, mirato ad individuare un modello operativo di registrazione dei dati, rispondente sia ai vincoli legali di segretezza e privacy garantiti dalle leggi in materia, che alle necessità di documentazione amministrativa dell'ospedale. L'assunzione di un nuovo modello operativo comune per questi casi potrebbe concorrere a realizzare una situazione di reale garanzia dell'anonimato, finora disomogenea e spesso insufficiente.

## Consulenza

Madre segreta offre a tutti i servizi territoriali e agli ospedali che lo richiedono, anche oltre la provincia di Milano, uno spazio di consulenza sulla tematica inerente alle situazioni di non riconoscimento. Vengono forniti riferimenti giuridici, istituzionali e organizzativi, oltre che indicazioni metodologiche e di documentazione.

Per i servizi della provincia di Milano vengono inoltre strutturati interventi di consulenza per il trattamento di situazioni specifiche.

La consulenza ha anche la funzione di condividere con gli operatori elementi teorici e di esperienza che possano integrare anche in seguito il loro lavoro.

La prestazione può essere limitata ad un incontro di approfondimento sul caso con l'operatore o con l'équipe che la richiede, o può svilupparsi in diversi momenti comprendendo: - presentazione della situazione – individuazione delle aree di trattamento e degli obiettivi - definizione degli interventi, dei tempi e dei metodi - individuazione delle risorse utili in rete – verifiche in itinere – verifica finale.

## Progetti locali

La possibilità della donna di essere una madre "sufficientemente buona"[4] implica trasversalmente nelle varie culture, la garanzia di un ambiente familiare e sociale favorevole, che sia sensibile al suo impegno e le offra considerazione e sostegno.

Nelle situazioni di difficoltà, e di solitudine, la disponibilità di servizi, facilmente accessibili durante la gravidanza e nel periodo neonatale, può quindi essere molto rilevante per il sostegno delle capacità materne e della relazione con il bambino.

L'offerta di un contesto accogliente assume un'importanza particolare per le donne immigrate e per la loro famiglia, nel periodo delicato in cui la nuova maternità nel paese straniero innesta importanti cambiamenti anche nello stile di vita e nei rapporti familiari e sociali.

Particolarmente, in situazioni di difficoltà personale e sociale predisporre ambiti multi culturali individualizzati di sostegno e di cura, accoglienti e facilmente accessibili, può contribuire alla prevenzione di situazioni di disagio o evitare il loro aggravarsi.

Con questa finalità, in collaborazione con i servizi locali, vengono promossi e sostenuti nel territorio particolari progetti.

Nel 2006 é stato avviato il progetto Pleiadi, che coinvolge l'Ospedale San Gerardo di Monza e l'ospedale ICP Vittore Buzzi di Milano, in rete con i servizi del territorio ad essi collegati.

Il progetto, gestito con la collaborazione degli ospedali, é rivolto alle madri migranti e ai loro neonati. Prevede la strutturazione nell'ospedale di uno spazio sanitario e sociale interculturale individualizzato, dedicato alla maternità, dalla gravidanza al periodo neonatale, con interventi e iniziative differenziati per le diverse culture di provenienza.

Preliminarmente contempla moduli di formazione per il personale e l'apertura di canali stabili per la connessione con la rete dei servizi e delle risorse locali esterne. Mette in atto percorsi di cura individualizzati, con apporti continuativi di mediazione interculturale e incontri strutturati di sostegno con il servizio sociale dell'ospedale. Inoltre, organizza gruppi monoculturali sulla maternità, sulla gravidanza e sulla cura del neonato.

I progetti sono tuttora in corso e coinvolgono un grande numero di madri e di neonati.

4 Winnicot Donald, i bambini e le loro madri, Raffaello Cortina editori, Milano 1987

## Verso una rete nazionale

La copertura nazionale della Linea Verde 800.400.400 porta Madre segreta a contatto con le situazioni delle donne in difficoltà di tutto il paese, e contemporaneamente permette di rilevare a livello nazionale sia le risorse, che le difficoltà dei servizi nel fornire risposte adeguate.

Possiamo osservare che per farsi carico della complessità e per garantire i diritti della donna e del neonato gli operatori necessitano, oltre che di specifiche competenze professionali, di poter agire in un contesto di rete socio-sanitario locale consono e specificamente predisposto. E' quindi evidente l'utilità di un aumento generale delle risorse e delle competenze sulla difficoltà materna e la promozione di reti specifiche su tutto il territorio nazionale.

Un collegamento nazionale tra le reti locali potrebbe poi contribuire ad evitare la frammentazione e la perdita delle esperienze e potrebbe permettere un adeguato monitoraggio del fenomeno.

"Madre segreta" é finora l'unico servizio specializzato sul tema in Italia. L'esperienza costruita dal 1996 ad oggi, nella strutturazione delle attività di formazione e nel trattamento della casistica, insieme alle rilevazioni del suo Osservatorio, può rivestire un particolare interesse per le realtà locali che desiderano migliorare e sviluppare le risposte dei loro servizi.

Il servizio risponde quindi alle diverse richieste fornendo contenuti e riferimenti e condividendo esperienze, prestando consulenza e fornendo un'attiva collaborazione.

Alcune delle realtà più rilevanti, con le quali si sono aperte varie forme di scambio e di collaborazione, sono quelle a Torino, a Firenze con l'Istituto degli Innocenti, a Venezia con l'Istituto della Pietà nell'ambito di un progetto regionale, e quelle con la provincia di Verbania, con l'ASL di Varese e con la Consulta per le pari opportunità della regione Campania.

La scarsità della documentazione sul fenomeno delle nascite senza riconoscimento, e la necessità di disporre di dati attendibili e completi, per seguirne l'evoluzione e promuovere risposte adeguate nei servizi, hanno evidenziato la necessità di creare uno specifico Osservatorio a livello provinciale per integrare i dati nazionali dell'Istat e quelli del Ministero di Grazia e di Giustizia.

Dal 1997 l'Istat non ha più pubblicato i dati relativi alla filiazione con "*genitori ignoti*" e da allora accedere a un quadro chiaro di dati nazionali è divenuto più complicato.

E' possibile acquisire dall'Istat i dati fino al 1998, mentre dal 1999 sono disponibili solo quelli del Ministero di Grazia e di Giustizia. Ancora più complesso é il reperimento di dati regionali e provinciali.

L'Osservatorio di Madre Segreta ha iniziato la sua attività nel 2002 e da allora raccoglie ed elabora annualmente dati quantitativi e qualitativi sul fenomeno, con la diretta collaborazione delle direzioni sanitarie degli ospedali centri di nascita di Milano, Monza e delle loro province.

Dal 2002 sono quindi accessibili i dati locali relativi al numero dei neonati non riconosciuti, alla cittadinanza italiana o straniera della madre, alla sua fascia d'età e all'eventuale presenza di handicap nel bambino.

La necessaria osservanza dei vincoli legali di riservatezza e privacy implicano una particolare delicatezza e attenzione nel raccogliere e trattare tutta questa documentazione.

L'Osservatorio rappresenta anche l'ambito in cui un gruppo stabile, costituito da operatori sociali e sanitari dei diversi ospedali, si riunisce periodicamente per confrontarsi sull'andamento della casistica.

Questi incontri sono anche un'occasione per riflettere sulle prassi attuate e verificarle in un confronto propositivo sulle criticità incontrate, sulle possibili strategie e su nuovi strumenti per superarle.

## • Dati nazionali e regionali dal 1993 al 2006

A livello nazionale nei 14 anni considerati le nascite senza riconoscimento sono in media 406 all'anno e di queste 84 avvengono in Lombardia, che è la regione con la più alta natalità.

Il fenomeno non ha un andamento costante e la sua variazione non è proporzionale a quella della natalità.

Il valore più alto si registra nel 2006 con 499 neonati non riconosciuti in Italia e 109 in Lombardia, ma in percentuale il fenomeno si mantiene tra lo 0,06% e lo 0,09 % dei nati in Italia, e tra lo 0,08 e lo 0,13 % dei nati in Lombardia.

Tavola 1. Nati per filiazione dal 1993 al 2000 in Italia e in Lombardia

| Anno | Luogo | Filiazione legittima | Filiazione naturale | Neonati non riconosciuti | Nati vivi Totale | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1993 | Italia<br>Lombardia | 509.027<br>70.234 | 40.078<br>6.148 | 379<br>60 | 549.484<br>76.442 | 0,07<br>0,08 |
| 1994 | Italia<br>Lombardia | 491.367<br>69486 | 41.309<br>6.361 | 374<br>58 | 533.050<br>75.905 | 0,07<br>0,08 |
| 1995 | Italia<br>Lombardia | 482.965<br>69970 | 42.225<br>6.636 | 419<br>75 | 525.609<br>76.681 | 0,08<br>0,10 |
| 1996 | Italia<br>Lombardia | 484.345<br>71976 | 43.330<br>7.117 | 418<br>81 | 528.103<br>79.174 | 0,08<br>0,10 |
| 1997 | Italia<br>Lombardia | 489.954<br>71.082 | 46.675<br>8.812 | 422<br>74 | 536.629<br>81.035 | 0,08<br>0,09 |
| 1998 | Italia<br>Lombardia | 483.992<br>72.084 | 49.645<br>7.365 | 370<br>77 | 533.637<br>80.999 | 0,07<br>0,09 |
| 1999 | Italia<br>Lombardia | 475.345<br>n.d | 48.118<br>n.d. | 393<br>68 | 523.463<br>82.285 | 0,07<br>0,08 |
| 2000 | Italia<br>Lombardia | 484.229<br>n.d | 54.770<br>n.d. | 418<br>81 | 543.039<br>83.970 | 0,08<br>0,10 |

Fonte: - dati Istat fino al 1998, - dal 1999 dati Ministero di Grazia e di Giustizia

Dal 2001 la rilevazione dell'Osservatorio di Madre segreta permette di discriminare anche i dati della provincia di Milano, evidenziando valori percentuali di poco superiore a quelli regionali.

Tavola 2. Nati e neonati non riconosciuti in Italia, in Lombardia e nella provincia di Milano
Anni 2001 – 2006

| Anno | Luogo | Nati | Neonati non riconosciuti | Rapporto in % |
|---|---|---|---|---|
| 2001 | Italia | 533.572 | 327 | 0,06 |
| | Lombardia | 84.063 | 87 | 0,1 |
| | provincia di Milano | 36.477 | 50 | 0,14 |
| 2002 | Italia | 538.198 | 378 | 0,07 |
| | Lombardia | 86.633 | 93 | 0,11 |
| | provincia di Milano | 35.765 | 51 | 0,14 |
| 2003 | Italia | 544.063 | 446 | 0,08 |
| | Lombardia | 87.559 | 112 | 0,13 |
| | provincia di Milano | 36.149 | 41 | 0,11 |
| 2004 | Italia | 562.599 | 410 | 0,07 |
| | Lombardia | 92.898 | 104 | 0,11 |
| | provincia di Milano | 38.189 | 46 | 0,12 |
| 2005 | Italia | 554.022 | 425 | 0,08 |
| | Lombardia | 92.480 | 92 | 0,1 |
| | provincia di Milano | 38.719 | 47 | 0,12 |
| 2006 | Italia | 560.010 | 499 | 0,09 |
| | Lombardia | 95.156 | 109 | 0,11 |
| | provincia di Milano | 39.645 | 53 | 0,13 |

Fonte: - dati Ministero di Grazia e Giustizia: minori in stato di adottabilità con genitori ignoti a livello nazionale e regionale – dal 2001 Osservatorio di Madre segreta per dati provincia di Milano e Monza

• **Dati provinciali: città di Milano e Monza e le loro province.**

A livello provinciale questi dati sono stati pubblicati dall'Istat fino al 1996, mentre dal 2002 sono stati raccolti direttamente dall'Osservatorio di Madre segreta.

Si può osservare come l'andamento discontinuo del fenomeno a livello nazionale si riscontri anche a livello provinciale.

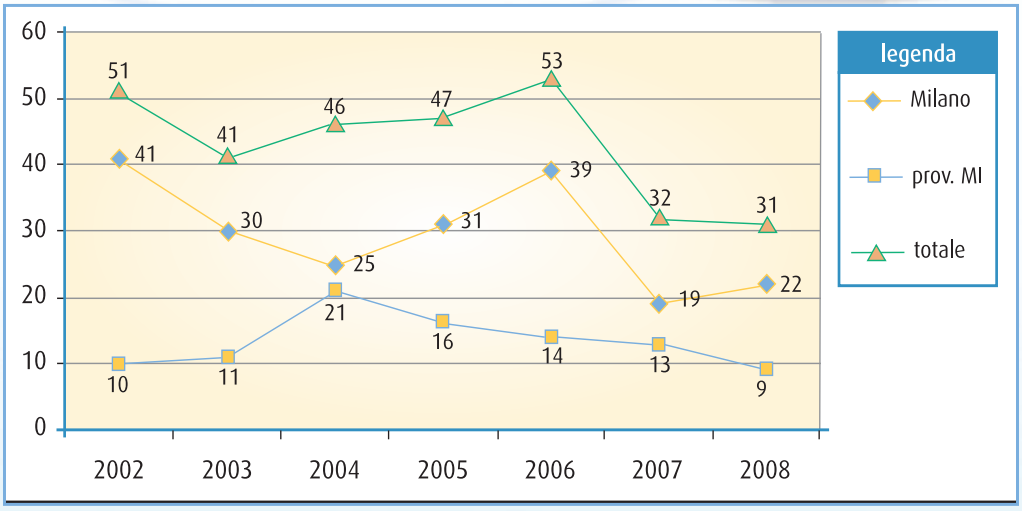
Rispetto agli anni 1994 -1996, dal 2001 si è verificato complessivamente un lieve aumento dei neonati non riconosciuti fino al 2006, anno in cui si registra il valore più alto. Nel 2007 e 2008 si ripresenta un calo del fenomeno.

Tavola 3. Nati vivi in provincia di Milano e Monza e neonati non riconosciuti
Anni 1994 – 2008

| Anno | Nati vivi | Neonati non riconosciuti | Rapporto in % |
|---|---|---|---|
| 1994 | 33.354 | 33 | 0,10 |
| 1995 | 32.145 | 42 | 0,13 |
| 1996 | 33.450 | 39 | 0,12 |
| | | | |
| 2001 | 36.477 | 50 | 0,14 |
| 2002 | 35.765 | 51 | 0,14 |
| 2003 | 36.149 | 41 | 0,11 |
| 2004 | 38.189 | 46 | 0,12 |
| 2005 | 38.719 | 47 | 0,12 |
| 2006 | 39.645 | 53 | 0,13 |
| 2007 | d.n.d | 32 | - |
| 2008 | d.n.d | 31 | - |

Fonte: Dati Istat fino al 1996, poi dati Regione Lombardia e Osservatorio di Madre Segreta.

**Grafico 1. Numero di neonati non riconosciuti alla nascita distinti tra la città di Milano e la provincia di Milano. Anni 2002 – 2008**



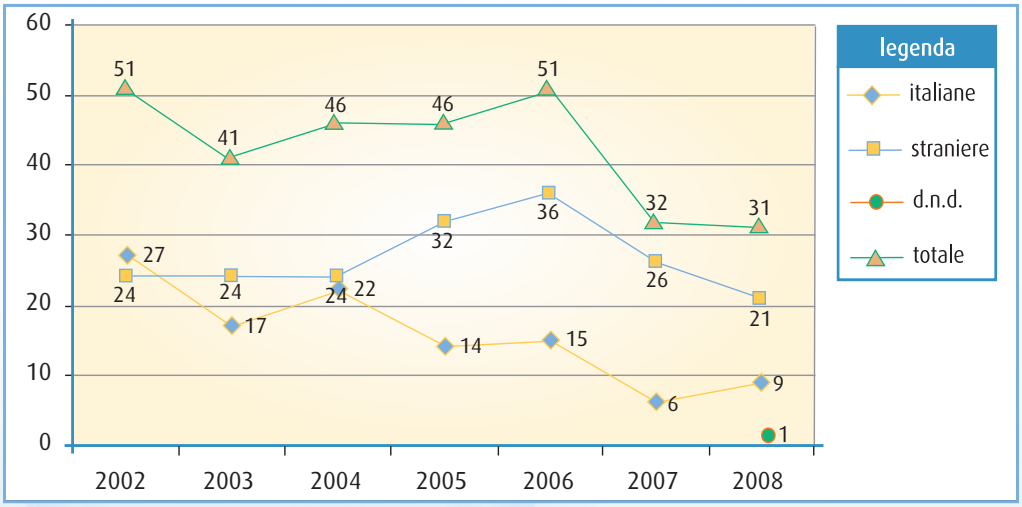

Fonte: Osservatorio di Madre segreta

Raccogliendo i dati direttamente dagli ospedali è possibile compiere anche una distinzione territoriale tra la città di Milano e il suo territorio provinciale, compreso quello di Monza.
La consistenza è maggiore negli ospedali di Milano, che hanno anche un numero più elevato di nascite, ad eccezione degli anni 2004 e 2007 in cui il numero dei neonati non riconosciuti negli ospedali di Milano e della provincia risulta quasi simile: 25 a Milano e 21 in provincia nel 2004 e 19 a Milano e 13 in provincia nel 2007.

## La cittadinanza della madre

Nei primi tre anni considerati il numero delle donne italiane e quello delle donne migranti era pressoché simile, dal 2005 si può notare un forte aumento della presenza delle madri migranti. Nel 2008 su 31 situazioni 21 sono madri straniere e 9 sono italiane, in 1 situazione non è stato possibile raccogliere la cittadinanza della madre.

**Grafico 2. Neonati non riconosciuti in Milano e in provincia (Milano e Monza) con indicazione di cittadinanza italiana o straniera della madre Anni 2002 – 2008**



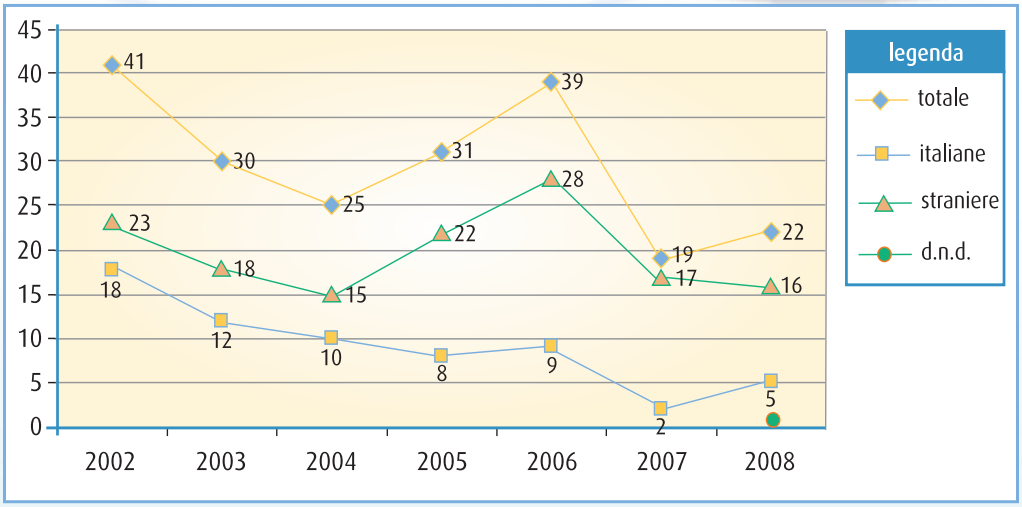

Fonte: Osservatorio di Madre segreta

- Nel 2005 si è verificato un parto gemellare, infatti i neonati non riconosciuti sono 47, (grafico 1) mentre il valore indicato nel grafico 2 è riferito alla madre, per cui risultano 46 situazioni.

- Anche nel 2006 si sono verificati due parti gemellari: i neonati non riconosciuti sono 53, mentre le madri sono 51.

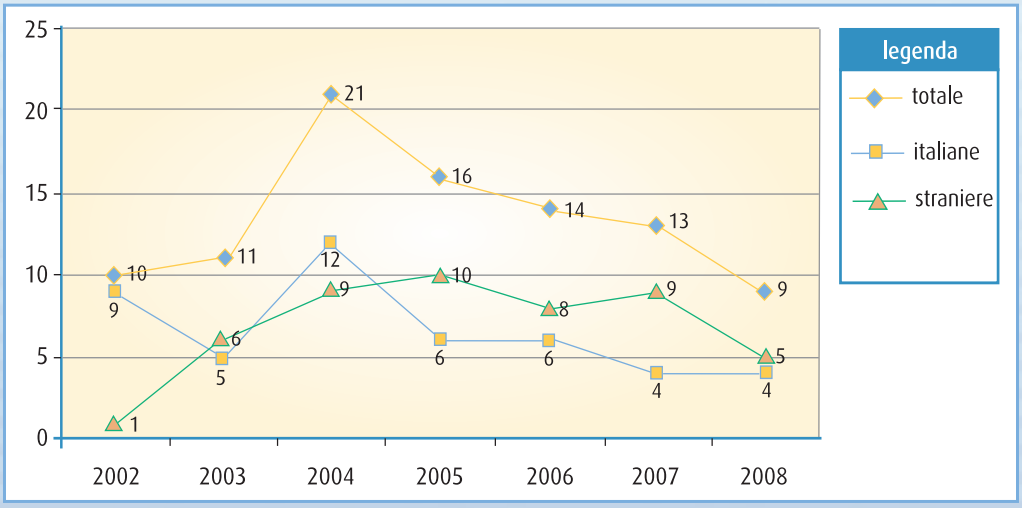
L'aumento di situazioni nell'area della migrazione femminile si è verificato soprattutto negli ospedali di Milano (grafico 3), negli ospedali della provincia il divario tra donne italiane e donne straniere è meno marcato (grafico 4.)

**Grafico 3. Neonati non riconosciuti nella città di Milano con indicazione di cittadinanza italiana o straniera della madre Anni 2002 – 2008**




Fonte: Osservatorio di Madre segreta

**Grafico 4. Neonati non riconosciuti nella provincia (compresa Monza) con indicazione di cittadinanza italiana o straniera della madre. Anni 2002 - 2008**




Fonte: Osservatorio di Madre segreta

## Area di provenienza

L'Osservatorio di Madre segreta dal 2004 ha rilevato l'area geografica di provenienza delle madri straniere. Negli anni considerati la presenza di madri dell'est Europa è particolarmente significativa e complessivamente rappresenta il 63%, mentre le madri provenienti dal sud America rappresentano il 16%. Il 9% proviene dell'Asia, mentre il 4% e il 3% rispettivamente dal nord e centro Africa.

La grande varietà delle provenienze e quindi le diversità culturali delle donne nel vivere la maternità, particolarmente in queste situazioni complicate e difficili, sottolinea la necessità che i servizi sociali e gli ospedali possano disporre di strumenti e metodi adeguati per tutelare al meglio queste nascite.

**Tavola 4. Provenienza delle madri migranti Anni 2004 - 2008**

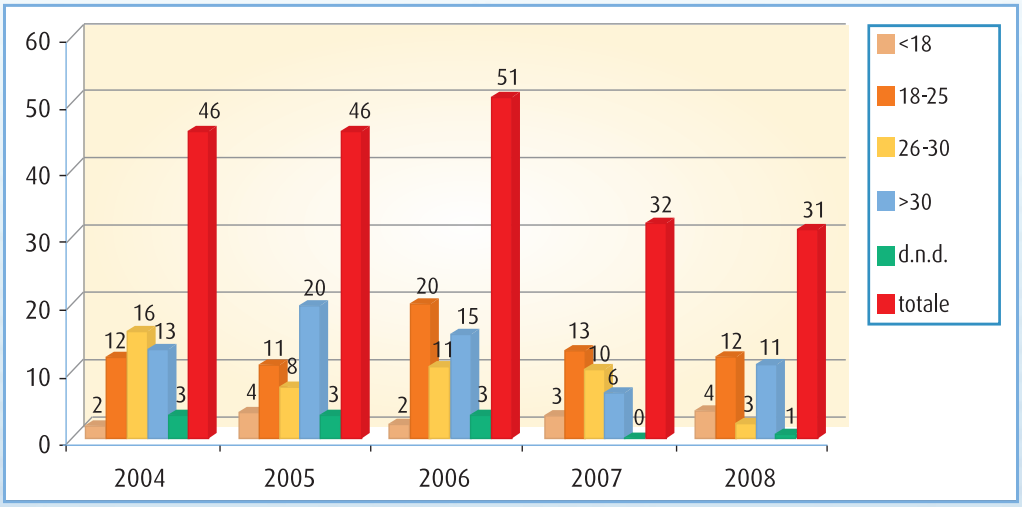
| Milano e provincia | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **2004** | **Europa** | **America** | **Asia** | **Africa** | **d.n.p.** |
| | Est Europa 15<br>Centro Europa 1 | Sud America 5 | | Nord Africa 1<br>Centro Africa 1 | |
| **Tot.** | **16** | **5** | **0** | **2** | **1** |
| **2005** | Est Europa 18 | Sud America 5<br>Centro America 2 | Asia 4 | Nord Africa 2<br>Centro Africa 1 | |
| **Tot.** | **18** | **7** | **4** | **3** | |
| **2006** | Est Europa 21<br>Nord Europa 1 | Sud America 7 | Asia 2 | Nord Africa 3<br>Centro Africa 1 | |
| **Tot.** | **22** | **7** | **2** | **4** | **1** |
| **2007** | Est Europa 16<br>Centro Europa 1 | Sud America 4 | Asia 5 | | |
| **Tot.** | **17** | **4** | **5** | **0** | |
| **2008** | Est Europa 18 | Sud America 1 | Asia 1 | Centro Africa 1 | |
| **Tot.** | **18** | **1** | **1** | **1** | **1** |

Fonte: Osservatorio di Madre segreta

## Fascia d'età

Il dato relativo all'età non viene raccolto in modo distinto tra madri italiane e madri straniere. Si può notare che le madri minorenni in tutti gli anni considerati sono le meno numerose. Nel 2004 la fascia di età più rappresentata risulta quella dai 26-30 anni, mentre nel 2005 risulta quella maggiore di 30 anni (20 casi su 46). Nel 2006 sembra esserci una distribuzione più lineare: una presenza più alta di madri con un'età dai 18 ai 25, ma sono rappresentate in modo significativo anche le altre fasce di età, 11 madri dai 26 ai 30 anni e 15 oltre i 30 anni.
Nel 2007 continua a esserci una maggiore presenza di giovani madri dai 18 ai 25 anni, che si conferma anche nel 2008. In questo ultimo anno si può osservare come sia aumentata la presenza di madri con un'età maggiore di 30 anni.

**Grafico 5. La fascia di età della donna Anni 2004 - 2008.**




Fonte: Osservatorio di Madre segreta

## Handicap del neonato

Nei cinque anni considerati l'handicap ha riguardato poche situazioni, dai 4 casi del 2005 e 2006 a 1 caso nel 2006 e 2008 e 2 casi nel 2007.

**Tavola 6. Totali neonati non riconosciuti e neonati non riconosciuti con handicap Anni 2004 - 2008**

| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ospedali di nascita | totale | h. cap | totale | h. cap | totale | h. cap | totale | h. cap | totale | h. cap |
| Milano | 25 | 2 | 31 | 2 | 39 | 0 | 19 | 0 | 22 | 0 |
| Provincia di Milano | 21 | 2 | 16 | 2 | 14 | 1 | 13 | 2 | 9 | 1 |
| totale | 46 | 4 | 47 | 4 | 53 | 1 | 32 | 2 | 31 | 1 |

Fonte: Osservatorio di Madre segreta

# Linea Verde 800.400.400

## La struttura

La linea é attiva 24 ore ogni giorno, è riservata e può essere utilizzata da tutto il territorio nazionale. Dalle 9.00 alle 21.00 risponde al numero 800.400.400 completamente gratuito.
Lo stesso numero dalle 21.00 alle 9.00 avvia al numero 840.031.031 a presidio di eventuali situazioni di emergenza.
Il telefono offre quindi una risposta accessibile ininterrottamente. Riceve ogni anno circa 3000 chiamate.
La linea presenta un panorama sulla domanda sociale nell'area della maternità, che si diversifica di anno in anno e mostra una generale difficoltà, che spesso appare trasversale rispetto allo status e alla provenienza di chi chiama.
Il telefono offre alle donne la possibilità di restare inizialmente anonime e di potersi esprimere liberamente in un incontro significativo, ma non immediatamente impegnativo né vincolante.
La prima risposta, di ascolto e di informazione, viene garantita dalla collaborazione di 25 volontarie specificamente preparate, che rispondono in collegamento con l'équipe professionale del servizio costituita da psicologa e assistenti sociali.
La risposta professionale diretta é prevista come momento più specifico di counselling e viene prestata settimanalmente in un giorno fisso; oltre a questo per i casi che lo richiedono può essere avviata dalla volontaria tramite un appuntamento nella linea.
La prima accoglienza delle volontarie ha l'obiettivo di rassicurare e dare fiducia, costruendo la base necessaria per poter informare e orientare a un percorso d'aiuto. La telefonata può quindi avviare un processo che permette alla donna di recarsi senza timore in uno spazio riservato, predisposto per lei in un servizio territoriale, o presso Madre segreta stesso.
Per assicurare alle donne che chiamano risposte adeguate, nella molteplicità degli interventi che possono essere utili, il servizio dispone di una banca dati aggiornata continuamente e lavora in connessione con la rete dei servizi sociali di ASL e Comuni, degli Ospedali e delle organizzazioni del Privato Sociale.

## L'ascolto delle volontarie

La prima funzione della linea è quella di un ascolto attento e partecipe, che permetta alla donna di esprimersi senza incontrare giudizi e posizioni precostituite. Su questa premessa è possibile costruire un atteggiamento di fiducia che, quando necessario, consente di accedere ai servizi territoriali con maggiore consapevolezza e tranquillità.

Questo primo livello di risposta, informativo e di conoscenza iniziale, è affidato alla gestione di un gruppo di volontarie, a cui si richiede delicatezza, empatia e capacità di comprensione.

La volontaria apre la porta, in senso reale e simbolico, e il suo ascolto attento, ma non invadente, è strettamente collegato ad un'accoglienza emotiva che consente di dire, e soprattutto di sentire e pensare "sono qui con lei su questo".

Chi risponde alla linea deve saper discriminare gli aspetti relazionali e quelli informativi, curando che i primi non diventino preponderanti e che il coinvolgimento emotivo non impedisca l'oggettività dell'informazione. Uno scambio su dati di realtà, informazioni e indicazioni adeguate possono avviare un cambiamento che può evitare la cristallizzazione delle difficoltà o della situazione di crisi.

In questa prospettiva, la preparazione delle volontarie è particolarmente importante e le accompagna per tutto il periodo del loro impegno. Si apre con un primo ciclo di formazione, che approfondisce il tema della difficoltà materna nei vari aspetti e che offre l'occasione per confrontarsi con contenuti ed emozioni. Il corso fornisce anche nozioni giuridiche, sulle competenze istituzionali e sulla mappa dei servizi e delle risorse locali. Su questa base si innesta poi una for-

mazione specifica, teorica e pratica, per la gestione della telefonata.
In seguito, dopo l'inserimento operativo, le volontarie partecipano a équipe periodiche di supervisione individuale e in gruppo, oltre che ad iniziative di formazione permanente sui vari temi emergenti nell'attualità della linea.
Durante tutta la formazione che precede e accompagna il loro impegno le volontarie acquisiscono ed elaborano attivamente un bagaglio di conoscenze fondamentali. Questo valorizza le loro capacità relazionali, aiutandole ad accogliere la donna che chiama con una posizione di comprensione, priva di giudizio e accompagnata dal rispetto e dalla discrezione.

## L'incontro al telefono

### *Le telefonate "sospese" di Marika*

La prima chiamata di Marika alla linea verde avviene in febbraio e dura circa 20 minuti, le risponde una volontaria esperta della linea e del servizio, particolarmente attenta e capace di ascolto .
Le prime informazioni che dà su di sé sono abbastanza ampie: proviene da un paese dell'est, ha 25 anni ed é clandestina in Italia da circa dieci mesi. Vive con un giovane connazionale, in un paese vicino a Milano ed é priva di lavoro. E' consapevole solo da pochi giorni di essere al quarto mese di una gravidanza imprevista.
Chiede informazioni sulla possibilità di lasciare il neonato alla nascita e riferisce di aver sentito che questo é possibile senza fare del male al bambino. Vuole sapere se é vero e come avviene, si esprime a fatica in italiano ma é determinata a farsi capire e si sa spiegare.
Non mostra emozioni e non racconta molto della propria storia, né delle ragioni che l'hanno condotta qui. Ma spiega brevemente alla volontaria, concisa e senza dettagli, che la clandestinità e l'impossibilità del compagno di mantenere un figlio la portano a pensare di lasciarlo.
Ascolta le informazioni con attenzione e chiede anche l'indicazione di un ospedale per i controlli di gravidanza, ma si ritrae quando la volontaria le offre la possibilità di un contatto personalizzato presso un servizio vicino a lei o presso Madre segreta stessa, e bruscamente chiude la telefonata.
Durante la supervisione, la volontaria riferisce di una telefonata "sospesa, non finita" con una richiesta importante che si è fermata all'informazione, da parte di una donna orientata a capire bene "cosa si può fare?" evitando però di impegnarsi e rendersi visibile.
Dopo qualche giorno Marika richiama, chiedendo della volontaria con cui ha già parlato. Vuole ancora informazioni sull'ospedale, ma nuovamente non accetta offerte più impegnative.

A questa non seguono altre chiamate, e nelle equipe di supervisione ci si chiede se il contatto le sia stato utile e se permetterà di avviare un aiuto.
In giugno l'assistente sociale di un ospedale chiede consulenza per una situazione difficile: é Marika che l'ha pregata di mettersi in contatto con Madre segreta "dove una volontaria la conosce". La giovane, all'ottavo mese di gravidanza, é ricoverata presso il reparto ginecologia e ha raccontato alle infermiere che non potrà tenere con sé il bambino.
L'assistente sociale chiede così la collaborazione del servizio, perchè Marika chiede di essere seguita durante l'ultimo mese della gravidanza.
La telefonata, che prosegue oltre il telefono, segnala la riuscita del primo contatto e conferma l'utilità relazionale ed emotiva di un incontro personalizzato fra donne, attraverso le quali si possono scambiare informazioni e indicazioni importanti.
La ricerca di possibilità e risorse durante una gravidanza non desiderata passa spesso dalla linea telefonica, che consente di nascondere, saggiare e chiedere senza rischio di individuazione e con la possibilità di ritrarsi.
La prima accoglienza della volontaria, amica e disponibile, rende possibile avvicinarsi poco alla volta, ma già da questo inizio del percorso in cui la donna sarà accompagnata e sostenuta nell'interrogarsi sui "legami possibili" con il bambino, e su di sé come madre, viene proposta un'esperienza di legame.
Il legame di Marika con la persona che l'ha ascoltata e accolta inizialmente é la base su cui si è potuto fondare un legame di fiducia, che ha poi permesso gli interventi professionali.

*Le domande di Lucia*

Lucia telefona per una sua amica, a cui è vicina e che vorrebbe aiutare.
L'amica ha 34 anni, è in gravidanza da sei mesi, vive a Milano in un pensionato e lavora con contratti temporanei, da due anni ha una relazione con il padre del nascituro.
Recentemente l'uomo l'ha lasciata dichiarando di aver capito di non poter tollerare i legami famigliari e l'amica è rimasta sola, poiché da sempre si è sentita rifiutata dalla propria famiglia che vive nel sud.
Lucia racconta che la sua amica si pone molti interrogativi e li esprime tutti insieme con ansia: può costringere il padre alla responsabilità verso il bambino? I suoi cosa diranno? Il suo contatto di lavoro la garantirà per la maternità? Avrà degli aiuti sociali? Per quanto non potrà lavorare? Saprà crescere un figlio da sola?
La gravidanza è stata pensata in una coppia ed è stata accettata inizialmente, ma dopo l'abbandono dell'uomo è diventata complicata e Lucia dice che l'amica non riesce più a pensare al

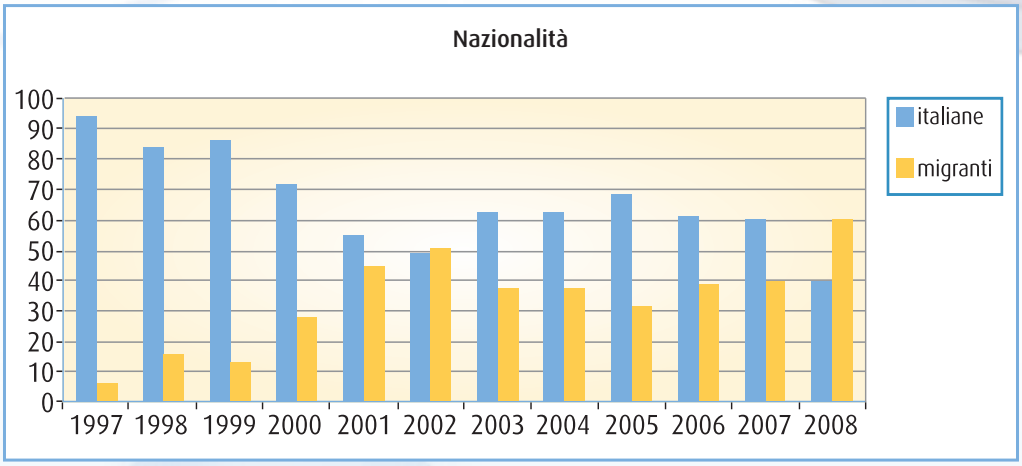
bambino, è incerta e confusa, si vergogna e ha paura.
Il tono della telefonata fa pensare che Lucia parli di sé, ma che inizialmente non si voglia esporre.
La volontaria la accoglie, le permette di esprimersi liberamente e le fornisce indicazioni e riferimenti concreti, inoltre le prospetta la possibilità di un colloquio più ampio, se vorrà chiamare nelle ore in cui settimanalmente rispondono la psicologa e le assistenti sociali, garantendone l'accoglienza e l'assoluta riservatezza, caratteristiche del servizio.
Nel gruppo di supervisione la volontaria parla della difficoltà nel trattenere le proprie emozioni durante la telefonata, rispettando la regola di distanza imposta da Lucia, e condivide la preoccupazione per la sofferenza e la solitudine che questa si trova a vivere in un momento così delicato. Quando Lucia richiama dice il nome della volontaria che l'ha "invitata a telefonare"e poi accetta di parlare di sé....
L'utilizzo della linea è qui un primo passo, immediato e non impegnativo, che permetterà a Lucia di rassicurarsi e di accettare aiuto per sé e poi per il bambino oltre il telefono.

## Dati dalla Linea Verde

La linea risponde ogni anno a circa 8.000 chiamate, ma tra queste circa 3000 sono telefonate significative con domande nell'area della maternità.
I dati delle telefonate vengono raccolti regolarmente in forma anonima ed elaborati ogni anno considerando un campione di 300 chiamate. La loro analisi individua alcuni elementi interessanti rispetto alle donne che chiamano e alle problematiche che portano, e può offrire basi concrete per una riflessione.
E' quindi possibile compiere un excursus degli anni dal 1997 al 2008.

**Tav. 1 Nazionalità (valore % sul totale del campione)**

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Italiane | 94 | 84 | 86 | 72 | 55 | 49 | 62 | 62 | 68 | 61 | 60 | 40 |
| Migranti | 6 | 16 | 14 | 28 | 45 | 51 | 38 | 38 | 32 | 39 | 40 | 60 |
| Tot. % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

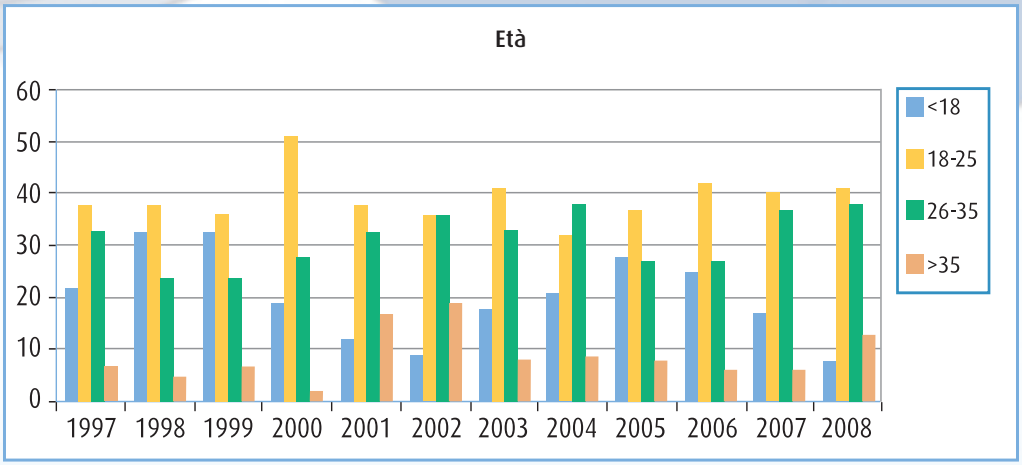



La frequenza di telefonate da parte di donne italiane è stata preponderante fino al 2000: il 94% nel 1997, l'84% nel 1998, l'86% nel 1999 e il 72% nel 2000, mentre negli anni 2001 e 2002 la percentuale di donne migranti si é alzata dal 28% nel 2000 al 45% nel 2001 e al 51% nel 2002. Il cambiamento può essere messo in relazione anche al consistente movimento migratorio femminile nella realtà milanese in quegli anni, proveniente inizialmente sopratutto dal sud America e più tardi dall'est Europa. L'utilizzo della linea verde da parte delle donne immigrate, pur rimanendo consistente, è andato poi diminuendo negli anni 2003 e 2004 (38%). Diminuisce ancora nel 2005 (32%) per poi aumentare nel 2007 (40%) e diventare la maggioranza nel 2008 (60%). Pensando all'utenza straniera, sugli opuscoli informativi è stata prevista una comunicazione multilingue: francese, inglese, spagnolo, rumeno e arabo. Dal 2005 anche il materiale per le affissioni comprende quattro lingue: francese, inglese, spagnolo e rumeno.



**Tav. 2 Età (valore % sul totale del campione)**

| 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| < 18 | 22 | 33 | 33 | 19 | 12 | 9 | 18 | 21 | 28 | 25 | 17 | 8 |
| 18 - 25 | 38 | 38 | 36 | 51 | 38 | 36 | 41 | 32 | 37 | 42 | 40 | 41 |
| 26 - 35 | 33 | 24 | 24 | 28 | 33 | 36 | 33 | 38 | 27 | 27 | 37 | 38 |
| > 35 | 7 | 5 | 7 | 2 | 17 | 19 | 8 | 9 | 8 | 6 | 6 | 13 |
| Totale % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |




La fascia d'età tra i 18 – 25 anni è la più rappresentata e si situa tra il 32% e il 51%. Segue poi la fascia 26 -35 anni con valori dal 24% al 38% con punte nel 2002 del 36% e nel 2004 del 38% e nuovamente nel 2008 del 38%.

Le donne minorenni sono la terza entità e presentano percentuali che negli anni variano dall'8% al 33%. L'anno 2008 ha presentato la più bassa affluenza di donne minorenni.

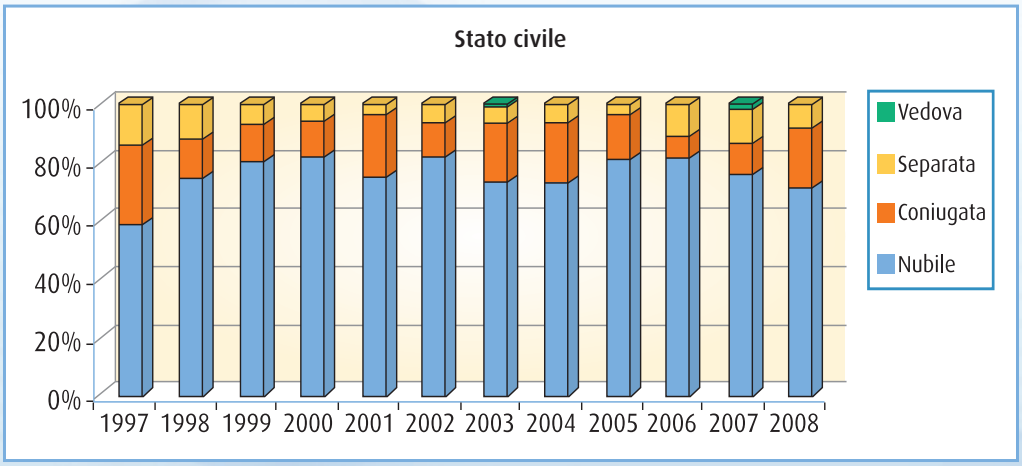
A volte il contesto in cui avviene la comunicazione del servizio influenza l'età dell'utenza. A questo proposito si può ad esempio osservare la particolarità degli anni 1998 e 1999, quando la partecipazione del servizio Madre segreta a due trasmissioni televisive pomeridiane rivolte ai giovani, ha evidentemente favorito le chiamate di minori di 18 anni, che hanno superato la media raggiungendo il 33 %.

La quarta entità delle utenti è rappresentata dalle donne maggiori di 35 anni, che è la meno consistente, negli anni 2001 e 2002 si osserva però un aumento della loro presenza rispettivamente al 17% e 19%, e nel 2008 il 13%.

Si può osservare come questo valore corrisponda agli anni in cui si registra un utilizzo maggiore della linea da parte di donne straniere, che in media hanno un'età più alta delle donne italiane che si rivolgono al servizio.

**Tav. 3 - Stato civile (valore % sul totale del campione annuale)**

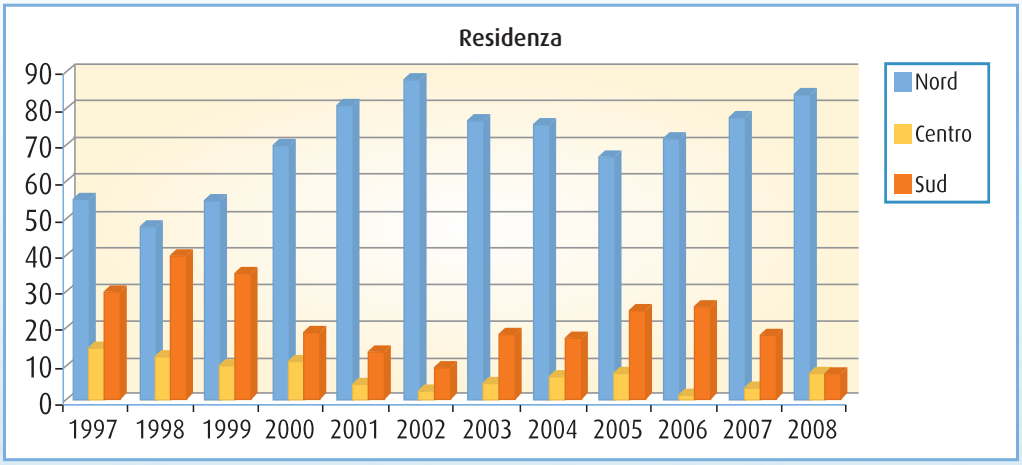
| 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nubile | 59 | 76 | 80 | 82 | 75 | 82 | 77 | 73 | 81 | 82 | 76 | 71 |
| Coniugata | 27 | 14 | 13 | 12 | 21 | 12 | 13 | 20 | 15 | 7 | 10 | 21 |
| Separata | 14 | 12 | 7 | 6 | 4 | 6 | 9 | 7 | 4 | 11 | 12 | 8 |
| Vedova | | | | | | | 1 | | | | 2 | |
| Totale | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |




In tutti gli anni considerati la maggior parte delle donne si dichiara nubile, in media il 76%.
Le donne coniugate rappresentano in media il 15%, la frequenza più alta si può osservare nel 1997 con il 27% e nel 2001 con il 21%, come nel 2008.
La minoranza é costituita dalle donne separate e vedove che raggiungono nel 1997 il 14 % per diminuire poi stabilmente negli anni successivi dal 12 % nel 1998 al 4% nel 2005 e anche nel 2008 mantiene una presenza molto bassa, l'8%, dopo un aumento negli anni 2006 e 2007 (rispettivamente 11% e 12%).
Anche rispetto a questi dati alcune oscillazioni possono essere influenzate sia dall'orientamento degli interventi di comunicazione, che dalla realtà socio-culturale di alcuni paesi, in cui le unioni non sempre hanno una formalizzazione ma vengono, di fatto, assimilate a quelle matrimoniali e dichiarate dagli interessati come tali.

**Tav. 4 - Residenza (valore % sul totale del campione annuale)**

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nord | 55 | 48 | 55 | 70 | 81 | 88 | 77 | 76 | 67 | 72 | 78 | 84 |
| Centro | 15 | 12 | 10 | 11 | 5 | 3 | 5 | 7 | 8 | 2 | 4 | 8 |
| Sud e isole | 30 | 40 | 35 | 19 | 14 | 9 | 18 | 17 | 25 | 26 | 18 | 8 |
| Totale % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |




La provenienza territoriale delle telefonate è naturalmente influenzata dalla pubblicità della linea verde. La copertura del numero verde è nazionale, ma le campagne di comunicazione vengono ora attuate limitatamente al territorio della provincia di Milano e Monza.
Nelle altre località l'informazione sul servizio proviene da articoli pubblicati su giornali e riviste o dalla consultazione della guida telefonica dei numeri verdi. Un altro canale informativo è il sito internet di Madre segreta.
In prevalenza chi chiama vive nel nord Italia: dal 55% nel 1997 all'84% nel 2008 con un valore medio del 71%. Si può osservare come il valore sia aumentato significativamente dal 2000, quando la comunicazione locale è stata pianificata in modo strutturato.
Dal sud e dalle isole proviene in media il 22% delle telefonate, una presenza comunque significativa e rimasta quasi invariata negli anni, tranne negli anni 2002 e 2008, dove si registra un numero molto basso.

**Tav. 5 - Situazione abitativa (valore % sul totale del campione annuale)**

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| da sola | 24 | 15 | 21 | 32 | 37 | 35 | 25 | 24 | 19 | 24 | 13 | 51 |
| in coppia | 37 | 22 | 10 | 20 | 18 | 15 | 19 | 21 | 25 | 25 | 39 | 16 |
| in famiglia | 38 | 51 | 53 | 42 | 31 | 27 | 38 | 34 | 41 | 34 | 31 | 27 |
| parenti amici | 1 | 3 | 7 | 5 | 14 | 17 | 11 | 15 | 11 | 8 | 16 | 6 |
| Altro | | 9 | | 1 | | 6 | 7 | 6 | 4 | 9 | 1 | |
| Totale | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

E' interessante considerare questi valori in relazione alla nazionalità delle donne e alla loro età. In particolare si può osservare che negli anni 1998 e 1999 rispettivamente il 51% e il 53% delle donne dichiarava di vivere in famiglia, e negli stessi anni la percentuale di donne di nazionalità italiana é arrivata all'84% e all'86% (tav. 1), contemporaneamente si è incrementato l'utilizzo della linea verde da parte di giovani minorenni, salito al 33% in entrambi gli anni (tav. 2).
Diversamente, negli anni 2001 e 2002, quando una percentuale più alta, il 37% e il 35%, dichiarava di vivere da sola, si è verificata una maggiore presenza di donne migranti, il 45% e il 51%.
Negli stessi anni si é rilevato una presenza significativa di donne con un'età compresa tra i 26 e i 35 anni, rispettivamente del 33% nel 2001 e del 36% nel 2002.
Tutto ciò si osserva ancor meglio nell'anno 2008: il 51% dichiara di vivere da sola, la presenza delle donne migranti è notevolmente aumentata (dal 40% nel 2007 al 60%) e così anche la presenza di donne maggiori di 35 anni (dal 6% nel 2007 al 13%).

**Tav. 6 - Situazione economica (valore % sul totale del campione annuale)**

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adeguata | 46 | 76 | 48 | 38 | 39 | 41 | 36 | 32 | 38 | 26 | 27 | 31 |
| Insufficiente | 54 | 24 | 52 | 62 | 61 | 59 | 64 | 68 | 62 | 74 | 73 | 66 |
| Totale | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

La situazione di insufficienza economica appare in aumento negli anni, é spesso connessa con la precarietà del lavoro e delle condizioni di vita, e nella gravidanza è vissuta come un importante motivo di incertezza e preoccupazione per il futuro.
Dal 2000, anno in cui aumenta sensibilmente la presenza di donne immigrate nella linea, si sono registrati valori in crescita, dal 62% nel 2000 al 73% nel 2007, con una lieve diminuzione poi nel 2008 al 66%.
Si discosta dalla norma il 1998 con il 24%, probabilmente a causa di interventi di comunicazione che hanno portato numerose chiamate di italiane giovanissime residenti nella famiglia d'origine.

**Tav. 7 - Situazione professionale (valore % sul totale del campione annuale)**

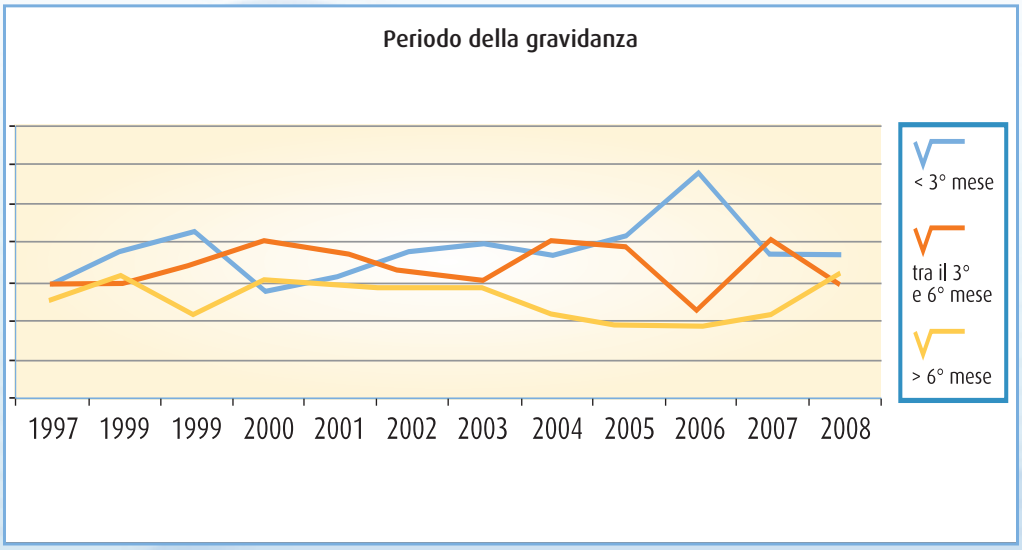
| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Studentessa | / | 40 | 45 | 25 | 16 | 16 | 24 | 21 | 29 | 33 | 22 | 11 |
| Lavora | / | 33 | 32 | 29 | 31 | 41 | 33 | 28 | 28 | 26 | 28 | 40 |
| Disoccupata | / | 27 | 23 | 46 | 53 | 43 | 43 | 51 | 43 | 41 | 50 | 49 |
| Totale | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Dal 2000 si può osservare un rilevante cambiamento nella composizione dello status professionale della popolazione della linea, infatti, i valori relativi alle studentesse e alle disoccupate si invertono, rivelando un'area di precarietà lavorativa che riguarda soprattutto donne migranti irregolari, ma anche molte donne italiane.
In media dall'anno 2000 il 46% delle donne presenta una situazione di disoccupazione. Nel 2007 le disoccupate sono il 50%, dato che si conferma con il 49% nel 2008.

A volte l'assenza di un lavoro, nel momento in cui la donna telefona alla linea verde, è anche motivata dalla gravidanza avanzata, soprattutto, nei casi in cui il lavoro era irregolare o temporaneo. Spesso questa realtà riguarda particolarmente le donne migranti irregolari.

**Tav. 8 - Periodo della gravidanza (valore % sul totale del campione annuale)**

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| < 3° mese | 30 | 38 | 43 | 28 | 32 | 38 | 40 | 37 | 42 | 58 | 37 | 37 |
| 3°- 6° mese | 30 | 30 | 35 | 41 | 38 | 33 | 31 | 41 | 39 | 23 | 41 | 30 |
| > 6° mese | 26 | 32 | 22 | 31 | 30 | 29 | 29 | 22 | 19 | 19 | 22 | 33 |
| Totale | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |




Il dato del periodo della gravidanza, in cui avviene la telefonata, può essere significativo e fa riflettere rispetto al motivo della chiamata e alle sue caratteristiche.
Viene raccolto raggruppandolo in tre fasce temporali, - meno di 3 mesi, - tra il 3° e il 6° mese, - oltre il 6° mese: questi periodi corrispondono a 3 diverse fasi della condizione psicofisica della donna in relazione al processo fisiologico della gravidanza.
Negli anni la distribuzione delle percentuali é abbastanza costante, nella media il 38 % delle donne telefona nei primi mesi della gravidanza, il 34% ha una gravidanza tra il 3 e il 6° mese, mentre il 26% ha una gravidanza già avanzata oltre il 6° mese. Nel 2006 si registra un picco del 58% delle telefonate di donne che sono nei primi mesi di gravidanza, mentre nel 2007 e nel 2008 si ritorna con i valori degli altri anni, il 37%.

Nel 2008 si può osservare un aumento del valore riferito all'ultimo periodo della gravidanza (> 6 mesi), il 33% è la frequenza più alta negli anni, contemporaneamente le donne che hanno una gravidanza tra il 3° e il 6° mese sono diminuite.

**Tav. 9 - Gravidanze precedenti (valore % sul totale del campione annuale)**

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Si | 28 | 21 | 30 | 38 | 27 | 29 | 20 | 27 | 22 | 34 |
| No | 72 | 79 | 70 | 62 | 73 | 71 | 80 | 73 | 78 | 66 |
| Totale | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

La maggior parte delle donne, per una media del 72%, dichiara di essere alla prima gravidanza e solo il 27 % in media ha già altri figli.
Una lieve differenza si può notare negli anni 2001 e 2002, dove si è verificato un aumento della presenza di donne con altri figli fino al 38%, probabilmente questo dato si può riferire alla particolare affluenza alla linea in quei due anni di donne sole, immigrate principalmente dal Sud America, con uno o più figli rimasti nel paese d'origine affidati ai parenti.

**Tav. 10 - Padre del bambino (valore % sul totale del campione annuale)**

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Informato | 86 | 67 | 71 | 75 | 81 | 76 | 80 | 82 | 85 | 60 |
| Non informato | 14 | 33 | 29 | 25 | 19 | 24 | 20 | 18 | 15 | 40 |
| Totale | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

**Tav. 10. 1 - Disponibilità paterna (valore % sul totale del sottocampione annuale)**

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Disponibile | 25 | 38 | 27 | 26 | 36 | 31 | 30 | 37 | 33 | 24 |
| Non disponibile | 75 | 62 | 73 | 74 | 64 | 69 | 70 | 63 | 67 | 76 |
| Totale | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Durante la telefonata nella linea verde si apre un dialogo neutrale e discreto e l'operatrice conduce l'attenzione anche alla figura paterna e al suo coinvolgimento nella gravidanza, lasciando la donna libera di esprimersi.
Nel lavoro di elaborazione si individuano due dati significativi: la conoscenza o meno della gravidanza da parte del padre del bambino (tav.10), e nei casi in cui sia stato informato, la sua disponibilità ad aiutare la donna e ad assumersi diritti e doveri della paternità (tav. 10.1).
Nei vari anni, i padri risultano informati per una media del 76%, mentre non sono informati mediamente nel 23% dei casi.
Nelle situazioni in cui la donna telefona all'inizio della gravidanza, sta ancora interrogandosi sull'opportunità di coinvolgere il partner e non ha ancora parlato con nessuno del proprio stato; a volte in questi casi la linea, riservata e anonima, costituisce una prima possibilità di esprimersi e confrontarsi.
In un numero significativo di chiamate la donna, anche in una gravidanza avanzata, ha deciso di non informare il partner e in queste situazioni frequentemente i contatti con lui si sono interrotti.
Nei casi in cui il padre naturale è stato informato della gravidanza, la sua disponibilità si colloca in media attorno al 31%, mentre mediamente il 69% degli uomini non è disponibile.
In molte situazioni di indisponibilità il partner decide di interrompere la relazione dopo aver saputo della gravidanza o si allontana dopo i primi mesi. In altri casi l'uomo é solo il compagno di una relazione occasionale.
Si delinea, rispetto alle utenti della Linea Verde, una realtà di donne sole che spesso si confrontano con la prospettiva di una maternità imprevista, che si prospetta come esclusivamente auto riferita. Queste donne cercano le possibilità di comporre in un quadro possibile gli aspetti affettivi, sociali, organizzativi, ed economici del proprio futuro e di quello del bambino.

**Tav. 12 - La richiesta alla Linea Verde (valore % sul totale del campione annuale)**

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Confronto e orientamento alle risorse | 60 | 59 | 71 | 88 | 75 | 71 | 80 | 78 | 81 | 75 |
| Informazioni e sostegno per la riservatezza | 40 | 41 | 29 | 12 | 25 | 29 | 20 | 22 | 19 | 25 |
| Totale | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

La maggior parte delle donne, in media il 74%, ha utilizzato la linea verde per avere un orientamento rispetto alle risorse e alle leggi che riguardano la maternità e la famiglia, oltre che indicazioni sulla disponibilità di servizi pubblici e privati.
Per alcune donne è sufficiente un'unica conversazione, per altre invece è utile una forma di accompagnamento, in più incontri al telefono, per verificare le informazioni già in possesso o per acquisire maggiore sicurezza nel riferirsi di persona a servizi e risorse.
Significativamente frequente, per il 26% delle chiamate mediamente negli anni, è la ricerca di riservatezza rispetto ad una gravidanza vissuta con grande ansia e incertezza, a volte dubitando della propria possibilità di occuparsi del bambino per problemi personali, o del contesto di vita. In questi casi si tratta in prevalenza di donne in una fase di gravidanza spesso avanzata, che al telefono necessitano di particolare disponibilità ad un primo ascolto accogliente e privo di giudizio, che permetta loro di rivolgersi poi di persona, con la fiducia necessaria, a risorse in grado di sostenerle nella ricerca del progetto possibile per la prossima nascita.
Per alcune di queste situazioni è possibile attivare presso il servizio Madre segreta il progetto Arianna, che prevede un percorso riservato di sostegno sociale e psicologico gestito direttamente e in rete con le risorse locali.

**Tav. 13 - Fonte informativa (valore % sul totale del campione annuale)**

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Radio e TV | 34 | 35 | 28 | 29 | 28 | 23 | 18 | 11 | 1 | 2 |
| Giornali | 8 | 6 | 2 | 10 | 4 | 6 | 12 | 11 | 7 | 9 |
| Manifesti | 9 | 26 | 23 | 30 | 34 | 40 | 42 | 55 | 60 | 49 |
| Servizi | 10 | 8 | 18 | 16 | 12 | 15 | 8 | 10 | 6 | 30 |
| Altro | 39 | 25 | 29 | 15 | 2 | 16 | 14 | 13 | 26 | 10 |
| Totale | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

L'attività di comunicazione comprende ogni anno l'uso di vari mezzi in campagne comunicative diversificate, che negli anni hanno previsto l'affissione di manifesti sui mezzi di trasporto, la trasmissione di spot radiofonici e televisivi in emittenti locali e la diffusione di locandine e opuscoli informativi in servizi e luoghi significativi. Altre occasioni importanti di comunicazione sono rappresentate da articoli e interviste sul servizio, pubblicati occasionalmente da giornali e

riviste, e da interventi in spazi radiofonici e televisivi.
Il dato sulla fonte informativa é necessariamente influenzato dalla diversa pianificazione della comunicazione negli anni e dalle promozioni pubblicitarie sul servizio.
Dal 2000, ogni anno si é effettuata un'affissione di manifesti nei vagoni delle linee metropolitane milanesi e degli jumbo tram che attraversano la città, si può osservare come questa sia la fonte informativa per una media del 37% delle chiamate, l'affissione é stata incrementata nel 2004 e nel 2005 e il valore corrispondente ha raggiunto il 42%. Negli ultimi tre anni è stata programmata inoltre un'affissione di manifesti anche nelle stazioni metropolitane, e il valore ha avuto una frequenza del 55% nel 2006, del 60% nel 2007 e del 49% nel 2008.
Dal 1999 al 2003 sono state predisposte campagne radiofoniche, che hanno portato in media circa il 21% delle chiamate, lo stesso dato scende sensibilmente nel 2005, mantenendo comunque un valore al 18% per alcuni interventi occasionali di Madre segreta in spazi radiofonici e televisivi, per poi diminuire notevolmente dal 2006 al 2008.
Una significativa rilevanza, dal 39% del 1999 al 26% del 2007, ha l'informazione non pianificata che é stata raccolta alla voce "Altro". Avviene occasionalmente attraverso contatti personali o chi chiama non é in grado di ricostruire.

Nelle situazioni in cui la donna vive la gravidanza e la prossima nascita con grave difficoltà può accadere che il timore di essere individuata sia tanto forte da renderle difficile esporsi e chiedere un sostegno ai servizi territoriali, contemporaneamente i servizi di riferimento locali possono essere percepiti come lontani e difficilmente accessibili, o per motivi diversi possono non essere disponibili.
Madre segreta come servizio specialistico è in grado di offrire alle donne uno spazio riservato e facilmente accessibile.
Queste situazioni, numericamente limitate, ma particolarmente delicate e rischiose, sono trattate da Madre segreta nell'ambito del progetto "Arianna", attivato nel 1998.
Fino al 2008 Madre segreta ha accompagnato 256 situazioni, pervenute al servizio attraverso la linea verde, o inviate da servizi sociali o sanitari pubblici e privati.

## Il metodo

"Arianna" consente a Madre segreta di trattare direttamente la casistica con un programma di interventi, avvalendosi anche della collaborazione di una rete riservata e appositamente predisposta costituita da ospedali centri di nascita e, quando necessario, da particolari strutture di accoglienza.
La rete comprende anche i servizi con cui la donna ha già un rapporto significativo e che possono essere coinvolti, secondo le proprie competenze e disponibilità, nel progetto di aiuto.
La predisposizione della rete e la sua connessione con Madre segreta, come la formulazione e la condivisione del progetto tra i diversi attori, sono particolarmente importanti per tutelare al meglio i diritti della donna e quelli del neonato.
Nella rete l'ospedale è chiamato a garantire cura, attenzione e riservatezza, applicando uno specifico protocollo di buone prassi, che riguarda sia il trattamento della donna e del neonato che gli adempimenti e la collaborazione con gli altri enti/servizi coinvolti istituzionalmente: l'anagrafe comunale, il tribunale per i minorenni e l'ente tutore. Il compito della struttura d'accoglienza è quello di assicurare alla donna la tranquillità e il sostegno necessari accompagnandola a prendersi cura dell'ultimo periodo della gravidanza.
Il programma di interventi è volto a offrire alla donna l'esperienza di ricevere attenzione e cura, e quindi le dà la possibilità di "prendersi cura" della gravidanza, e di arrivare con consapevolezza e responsabilità alla nascita del bambino. Costituisce un percorso individualizzato per ogni situazione, che viene condiviso e verificato in vari momenti anche con i servizi che collaborano con gli operatori di Madre segreta.
Prevede diverse fasi e interventi:

| Interventi | Attività | Servizi | Operatori |
|---|---|---|---|
| Incontri preliminari | prima conoscenza e informazione<br>condivisione del programma di interventi | Madre segreta<br>eventuale servizio inviante | psicologa e assistente sociale<br>mediatrice culturale |
| Colloqui di sostegno psicologico | accompagnamento alla nascita<br>sostegno personale nella scelta materna<br>dopo la scelta di non riconoscimento: sostegno personale | Madre segreta<br>Consultorio famigliare | psicologa |
| Interventi di sostegno sociale | accompagnamento alla nascita e aiuto nella considerazione delle risorse disponibili<br>collaborazione con servizi territoriali coinvolti<br>nella scelta di riconoscimento attivazione servizi per la famiglia<br>dopo la scelta di non riconoscimento: sostegno e eventuale attivazione servizi | Madre segreta<br>Consultorio famigliare<br>Servizio sociale minori<br>Servizi specialistici<br>Servizi privato sociale<br>Volontariato<br>Servizi stranieri | assistente sociale<br>mediatrice culturale<br>volontaria |
| Interventi socio-sanitari | predisposizione di ambiti riservati per:<br>- controlli della gravidanza<br>- preparazione al parto<br>- parto e ricovero<br>Per non riconoscimento:<br>-avvio delle procedure a tutela del bambino | Consultorio famigliare<br><br>Ospedale:<br>- servizio sociale<br>- ambulatorio ostetrico<br>- sala parto<br>- reparto ostetricia e ginecologia<br>- reparto neonatologia<br>- centro nascite | assistente sociale<br>ostetrica/o ginecologa/o<br>caposala<br>neonatologa/o |
| Accoglienza (quando necessario) | accoglienza riservata nell'ultimo periodo della gravidanza<br>Sostegno nella cura della gravidanza<br>Accompagnamento in ospedale ai controlli e al parto | Struttura di accoglienza | Educatrici<br>Mediatrice culturale |
| Interventi specialistici per particolari aree | Programmi di trattamento già in atto o da attivare | Servizi specialistici:<br>Salute mentale<br>Tossicodipendenze<br>Alcool dipendenze<br>Altri | Psichiatra<br>Psicologo<br>Assistente sociale<br>Medico<br>Altri |

In alcune situazioni la donna supera le proprie difficoltà e, mettendo in gioco energie e risorse personali ed esterne, decide di tenere il figlio con sé. Per questi casi Madre segreta sostiene l'attivazione delle reti parentali e amicali, e in alcuni casi promuove l'avvio di interventi da parte dei servizi sociali locali, pubblici e privati per una continuità nel progetto di sostegno.
In altre situazioni la donna dopo la nascita conferma la propria impossibilità di tenere con sé il neonato e decide di non riconoscerlo. In questi casi l'ospedale effettua gli adempimenti previsti per la tutela del minore: registra al comune la nascita utilizzando per la maternità la formula "madre che non consente di essere nominata", e segnala lo stato di abbandono alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni. Questo avvia immediatamente il procedimento adottivo, e la ricerca della famiglia adottiva più idonea, presso la quale il piccolo può essere collocato in poche settimane.
Il servizio Madre segreta segue la donna e rimane disponibile per lei anche nel tempo, garantendo un ambito di sostegno personale e di elaborazione della separazione, e quando utile attivando interventi di aiuto con risorse esterne.

### Le situazioni Arianna

Complessivamente il progetto Arianna dal 1998 al 2008 ha interessato 256 situazioni di queste 90 sono donne italiane (35%), e 166 donne migranti (65%).
L'esperienza del progetto può permettere di accostare concretamente, almeno in parte, la realtà attuale del fenomeno nella sua complessità, dando indicazioni anche sui motivi della rinuncia materna e su come si sviluppano. Tutto ciò può orientare gli interventi possibili di prevenzione o di contenimento dei rischi per la madre e per il bambino.
Possiamo generalmente osservare che i motivi dell'impossibilità materna, oltre che dipendenti da elementi legati al contesto del concepimento, come il tipo di relazione con il partner e la sua disponibilità ad assumersi una responsabilità paterna, sono riferibili alla storia e alla struttura personale della donna, alle sue esperienze familiari, alla sua realtà culturale, sociale ed economica.
Questi elementi si declinano diversamente in ogni vicenda rendendo impossibile delineare rigidamente specifiche tipologie.
Osservando i casi seguiti si possono però proporre alcune considerazioni, che trasversalmente differenziano in parte le situazioni delle donne italiane da quelle delle donne migranti.
Le donne italiane sono generalmente al primo figlio ed esprimono più facilmente motivazioni riconducibili ad un quadro di difficoltà psicologiche. Vivono con disagio sentimenti di inadeguatezza di fronte alla maternità, presentano in molti casi tratti di immaturità nell'area dell'affettività e sono frequentemente condizionate da aspettative sociali in contrasto con un impegno

materno non previsto. Le loro storie familiari sono a volte marcate da rapporti conflittuali o più spesso da difficoltà relazionali negate e irrisolte, e la famiglia d'origine è spesso presente e partecipe. Manifestano di sentirsi inadatte alla maternità o, a volte ancora impreparate, esprimono un'impossibilità personale e affettiva.
Diversamente molte donne migranti sono già madri di figli lasciati nel paese d'origine presso il proprio gruppo famigliare e con la migrazione hanno sofferto forti esperienze di separazione affettiva.
Le motivazioni della loro impossibilità sono più spesso concrete, legate all'esperienza di una realtà dura e difficile, dove una maternità complica troppo i progetti già prefissati allontanando o vanificando gli obiettivi della migrazione che ha mobilitato aspettative proprie e di altri.
Spesso la gravidanza imprevista esprime il sintomo di una difficoltà emotiva profonda, in cui l'interruzione dei legami col proprio ambiente, la solitudine e le difficoltà culturali e materiali possono mettere in crisi l' identità della donna e provocare movimenti inconsci di rassicurazione sul piano della femminilità, come relazioni senza futuro e concepimenti imprevisti.
Nella maggior parte delle 256 situazioni, la gravidanza viene rimossa e negata a lungo, la consapevolezza della prossima maternità si sviluppa gradatamente, e a volte rimane parziale durante tutto il percorso di accompagnamento alla nascita.

## Arianna racconta

### *Il percorso di Carmen*

L'assistente sociale di un consultorio famigliare dell'hinterland chiede collaborazione a Madre segreta per una situazione di gravidanza in cui la donna ha una grande difficoltà a pensare il proprio futuro con il bambino.
La signora Carmen ha 34 anni, é all'ottavo mese di gravidanza ed é sola. Originaria del Sud America, é venuta in Italia clandestinamente nel 2007 per migliorare la propria vita e quella della sua famiglia, e da allora ha sempre lavorato a tempo pieno come badante.
Nel suo paese ha lasciato tre figli adolescenti a cui é molto legata, e che mantiene agli studi presso sua madre, é separata dal marito, che vive con un'altra donna e ha altri figli.
La gravidanza non prevista è stata inizialmente accettata, e la signora era sicura di poter coinvolgere il padre del bambino, un suo connazionale giunto in Italia da poco. Ma l'uomo é sposato e ha altri figli nel proprio paese. Ha interrotto completamente la relazione con Carmen dopo i primi mesi della gravidanza.
Carmen ha potuto lavorare fino al settimo mese, quando la gravidanza é divenuta visibile, ora

é disoccupata e costretta a vivere in un "posto letto" in un appartamento con alcune connazionali. Ha sempre mandato denaro alla famiglia tenendo per sé pochissimi risparmi, così non è in grado di pagare l'affitto e questo crea tensioni con le coinquiline, che hanno a loro volta poco denaro.

La signora sta molto male, piange continuamente e appare completamente passiva, non si esprime e non sembra aspettare alcun futuro.

Nella riunione tra l'équipe di Madre segreta e quella del consultorio si condivide la preoccupazione per questa sofferenza "indicibile" e l'ansia per una maternità che sembra essersi bloccata con l'abbandono del compagno.

L'ultimo abbandono sembra aver aperto la strada a una pena profonda, a emozioni fino allora rimosse e tenute a bada, e le separazioni precedenti: dal marito, dai figli, dalla madre, dal proprio paese...ritornano e vengono ancora vissute.

La gravidanza, che ha sempre una valenza di conferma dell'identità, in questo caso non offre rassicurazione, perché il padre del nascituro la rifiuta e perché Carmen stessa non sa più pensarsi madre di questo bambino, e si sente soverchiata dagli eventi, inerme e colpevole.

In queste situazioni è importante offrire un sostegno per aiutare la donna ad attraversare uno stato di confusione e disorientamento, che può essere rischioso per lei e per il bambino.

Occorre prendersi cura della futura madre, concretamente e con le parole, e aiutarla ad esprimersi perché ritrovi capacità ed equilibrio e possa riprendere la responsabilità della propria vita.

La rete tra Madre segreta, il consultorio, una struttura di accoglienza e l'ospedale, in questo caso rende possibile gli interventi in sintonia di una "famiglia di operatori" che Carmen sperimenta vicina e disponibile per lei.

Gradatamente Carmen sta meglio ed è in grado di fare ipotesi sul futuro della propria maternità, interrogandosi su ciò che sente e sulle possibilità di far posto a questo bambino nella propria vita. Ridiventa attiva, raccoglie le informazioni, le verifica e le valuta, si confronta con gli operatori e riallaccia i rapporti con la famiglia e le amiche di cui si fida, fino a individuare il progetto possibile per lei.

La possibilità di tutelare comunque il neonato, tenendolo con sé o lasciandolo in modo protetto, consente la speranza, e permette a Carmen di pensare al bambino senza sentirsi colpevole, e di dare valore al proprio percorso.

*Il segreto di Giovanna*

Giovanna arriva a Madre segreta attraverso la Linea verde, poiché chiama nello spazio in cui rispondono direttamente gli operatori, e parla con l'assistente sociale.

E' il periodo di Pasqua, lei è rimasta sola in città per studiare, vive con i genitori che in quel momento sono all'estero, ha 21 anni e frequenta l'università.

Racconta di aver fatto un test di gravidanza alcuni mesi prima, ma di non averlo ritenuto attendibile e di essersene poi "dimenticata", non ha il ciclo mestruale da tempo, ma era sempre stato irregolare e finora non se ne è preoccupata....

Telefona perché si è accorta di essere molto ingrassata e ora teme di poter essere incinta, recentemente sua madre l'ha accompagnata da un medico, che le ha prescritto una dieta e degli esami, ma lei non si è sentita di dirgli nulla.

Non vuole condividere la sua preoccupazione con nessuno che la conosca, e in caso di gravidanza pensa di riuscire a nascondersi, confidando nell'ampiezza degli abiti e nel ritmo frenetico degli impegni dei suoi genitori che, dice, li rende distratti.

La ragazza mostra una grande diffidenza, ma rimanendo anonima accetta un incontro con l'assistente sociale e la psicologa presso Madre segreta.

Giovanna si presenta puntuale, è graziosa e sembra più giovane della sua età, è tesa e ha un atteggiamento quasi furtivo, la sua gravidanza agli occhi degli operatori è evidente e questi non lo nascondono...la giovane li guarda e dice "non posso essere incinta...".

Gli operatori devono accogliere e rassicurare Giovanna, che é confusa e spaventata dalla propria scoperta tardiva, si sente incapace di affrontarla e cerca di fermare il tempo, e per questo è ancora lontana dalla possibilità di pensare alla nascita del bambino.

La gravidanza inattesa e non voluta è un trauma e i primi incontri rappresentano l'inizio di un percorso difficile e doloroso per superare la negazione della realtà, accettarla e quindi poter pensare al bambino.

La narrazione della storia della gravidanza: con la relazione estiva con un ragazzo "improponibile", la decisione di interrompere i rapporti con lui, e con la sensazione di disagio e di ansia che l'ha accompagnata in questi mesi, aiuta Giovanna sia pure con sofferenza, a riprendere il filo della propria vita, iniziando a superare un diniego ormai diventato difficile e rischioso.

I controlli sanitari, attuati rapidamente presso un ospedale in rete con il servizio, concorrono a rendere più concreta la gravidanza e indicano la data del parto a due mesi dopo.

Giovanna ha solo questo tempo per prepararsi, e quando decide di rivelare il proprio stato ai genitori il servizio si pone come uno spazio terzo, per contenere ansie e paure di tutti e sostenere la progettualità possibile.

## Dati dal Progetto Arianna

| | | |
|---|---|---|
| Totale casi Arianna dal 1998 al 2008 | 256 | |
| donne italiane: | 90 | (35%) |
| donne migranti: | 166 | (65%) |

**Tavola 1. Nazionalità delle donne migranti (tot. 166)**

| Sud America | Europa | Asia | Africa |
|---|---|---|---|
| 73 ( 44%) | 55 (33%) | 22 (13%) | 16 ( 10%) |
| 30 Ecuador | 22 Romania | 9 Filippine | 7 Marocco |
| 24 Perù | 11 Albania | 8 Sri Lanka | 3 Nigeria |
| 8 Bolivia | 11 Ucraina | 1 Indonesia | 1 Etiopia |
| 5 Brasile | 3 Polonia | 1 Corea | 1 Somalia |
| 4 El Salvador | 2 Ungheria | 1 Mauritius | 1 Ruanda |
| 2 Cuba | 1 Rep.Ceca | 1 Pakistan | 1 Senegal |
| | 1 Moldavia | | 1 Ghana |
| | 1 Bulgaria | | 1 Sudan |
| | 1 Kosovo | | |
| | 1 Svezia | | |
| | 1 Finlandia | | |

Le donne migranti provengono da 31 paesi diversi, portatori di culture differenti nell'ambito alla maternità che mettono particolarmente in gioco anche gli operatori rispetto alla capacità di comprendere e relazionarsi adeguatamente .

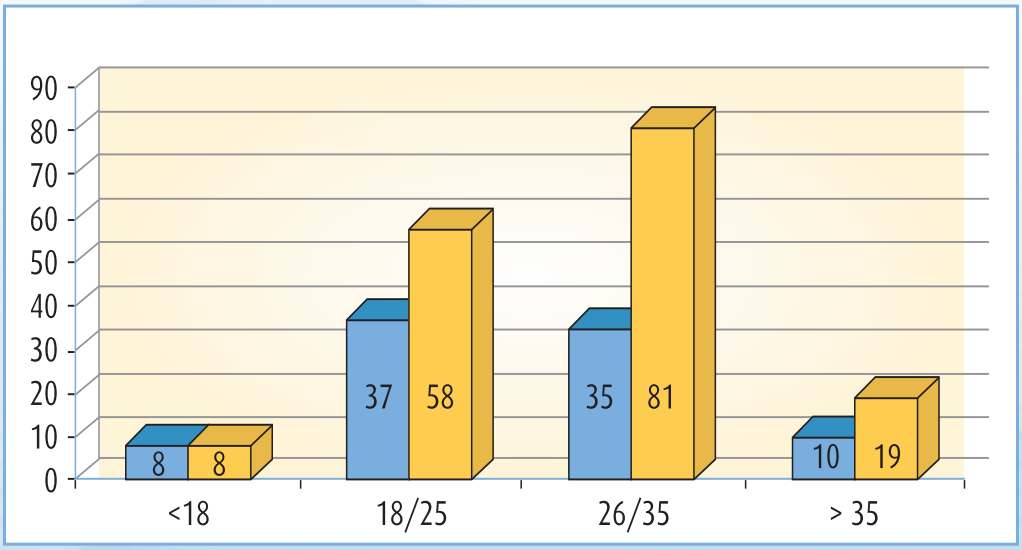
Negli anni considerati, la maggior parte di loro proviene dal sud America, il 44%, in particolare da Ecuador e Perù, in realtà la predominanza di un'area geografica si diversifica nel tempo seguendo i flussi migratori e negli ultimi due anni è preponderante l'est Europa.

Complessivamente dai paesi dell'Europa dell'est viene il 33%, soprattutto si registra un rilevante arrivo di donne rumene.

Dall'Asia, in particolare dalle Filippine e dallo Sri Lanka, provengono spesso donne di seconda migrazione, cresciute in patria e chiamate in Italia dalle madri, già immigrate qui da molti anni.

L'Africa è la quarta provenienza con prevalenza di donne marocchine.
Le diverse culture comportano vissuti diversi della maternità che devono essere compresi e considerati nel percorso di accompagnamento alla nascita.

| | Donne italiane | | Donne migranti | |
|---|---|---|---|---|
| < 18 | **8** | 9% | **8** | 5% |
| 18/25 | **37** | 41% | **58** | 35% |
| 26/35 | **35** | 39% | **81** | 49% |
| > 35 | **10** | 11% | **19** | 11% |
| Totale | **90** | 100% | **166** | 100% |




Nel nostro paese, contrariamente a quanto avviene nei paesi anglosassoni, le gravidanze di donne minorenni sono limitate, anche nelle situazioni seguite sono poco numerose: il 9% per le donne italiane e il 5% per le donne migranti.
La maggior parte delle situazioni riguarda donne dai 18 ai 35 anni. Si può notare che le donne italiane sono mediamente più giovani delle donne migranti: il 41% appartiene alla fascia 18-25 anni e il 39% alla fascia 26-35. Il 49% delle donne migranti ha un'età compresa tra i 26 e i 35 anni e il 35% tra i 18 e i 25 anni.
L'11% rappresenta, sia per le donne italiane che per le donne migranti, un'età superiore ai 35 anni.

**Tavola 3. Stato civile delle donne italiane**

| | | |
|---|---|---|
| Nubile | 63 | 70% |
| Coniugata | 11 | 12% |
| Separata | 12 | 13% |
| Convivente | 4 | 5% |
| Totale | 90 | 100% |

Il dato sullo stato civile riguarda solo le donne italiane, spesso per le donne migranti questo dato risulta poco attendibile a causa di variabili culturali e sociali.

**Tavola 4. Situazione abitativa delle donne italiane**

| | | |
|---|---|---|
| Famiglia d'origine | 46 | 51% |
| Famiglia propria | 19 | 21% |
| Sola | 13 | 14% |
| Parenti / amici | 6 | 7% |
| Senza fissa dimora | 6 | 7% |
| Totale | 90 | 100% |

Il 51% delle donne italiane vive presso la famiglia d'origine, mentre il 21% ha già costituito una propria famiglia, in alcuni casi si tratta di una convivenza con il partner mentre in altri si riferisce ad una relazione coniugale, a volte già con figli, spesso emergono legami difficili e di sofferenza.
E' significativa anche la presenza di donne che vivono sole (14%) o perché separate o perché indipendenti dalla propria famiglia.
Il valore riferito alle donne che vivono presso parenti o amici (7%) si riferisce in particolare a donne provenienti da altre regioni e trasferitesi nella provincia di Milano, per allontanarsi dal proprio contesto di vita e per mantenere nascosta la gravidanza.
Infine le donne che vivono prive di un'abitazione (7%) presentano una situazione personale complessa e vivono in estrema precarietà.

**Tavola 5. Altri figli**

| | Donne italiane | | Donne migranti | |
|---|---|---|---|---|
| No | 67 | 74% | 81 | 49% |
| Si | 23 | 26% | 85 | 51% |
| Totale | 90 | 100% | 166 | 100% |

E' interessante confrontare questo dato distinguendolo tra donne italiane e donne migranti. Come già rilevato la maggior parte delle donne italiane vive una prima esperienza materna (74%). Ricordiamo che le donne italiane sono in prevalenza più giovani e vivono in famiglia.
Tra le donne italiane che hanno già avuto figli vi sono spesso donne separate, divorziate o vedove.
A differenza delle donne italiane, molte donne migranti sono già madri, e spesso mantengono più figli nel proprio paese presso il marito, la propria famiglia d'origine o presso quella di lui. Ci si riferisce in particolare a molte donne provenienti dal sud America, e recentemente a molte donne adulte dell'est Europa.
Negli ultimi anni le donne migranti alla prima esperienza materna sono però aumentate e sono soprattutto giovani donne provenienti dagli stati dell'est Europa, che spesso conoscono il servizio attraverso un passa-parola tra amiche.
Si osserva anche la presenza di giovani donne straniere, che si sono ricongiunte alle proprie madri, già emigrate qui da alcuni anni e che sembrano vivere con particolare difficoltà la ricerca di una propria dimensione culturale e di vita.





**Tavola 6. Periodo di permanenza in Italia**

| | | |
|---|---|---|
| Meno di 1 anno | 52 | 31% |
| Da 1 a 3 anni | 73 | 44% |
| Da 4 a 6 anni | 28 | 17% |
| Oltre 6 anni | 14 | 8% |
| Totale | 166 | 100% |

E' importante osservare che la maggior parte delle situazioni, complessivamente il 75%, riguarda donne giunte in Italia da pochi anni, particolarmente entro i tre anni (tot. 125), che vivono quindi in una condizione di precarietà, e spesso sono ancora prive del permesso di

soggiorno e con lavori saltuari.
Per le 52 donne in Italia da meno di un anno la gravidanza è iniziata prima della partenza o dopo un periodo molto breve, prima che abbiano potuto trovare un lavoro e acquisire un'autonomia economica. In questi casi le spese, i debiti contratti per il viaggio e le aspettative del gruppo famigliare di appartenenza rendono spesso impossibile rientrare in patria.
Spesso la gravidanza è accertata tardi e alcuni sintomi vengono associati al cambiamento climatico o allo stile di vita e sono facilmente rimossi difensivamente e allontanati dalla mente.
Queste donne si trovano in una condizione di grande solitudine e fragilità e vivono spesso una grande difficoltà nel comunicare la gravidanza ai familiari. Quando la gravidanza diventa consapevole, il bambino è sentito come un ostacolo agli obiettivi della migrazione e si sentono in colpa e prive di possibilità di scelta della propria vita.
Questi vissuti sono presenti anche nelle storie delle madri migranti giunte in Italia da più tempo. A volte queste donne stanno raggiungendo una certa stabilità lavorativa, hanno potuto chiedere il permesso di soggiorno e hanno anche una maggiore sicurezza rispetto all'alloggio, ma nonostante ciò, oltre alle tante difficoltà in parte superate, la gravidanza inaspettata è vissuta con ansia e profonda sofferenza.
E' significativa quindi la presenza di donne immigrate da più anni: 28 donne vivono in Italia da più di 3 anni, mentre 14 donne da oltre 6 anni. Queste ultime spesso apparentemente presentano situazioni di maggiore sicurezza, e alcune sono già riuscite a consolidare il progetto migratorio e ad avere una condizione di vita più stabile e solida ma la gravidanza sconvolge un equilibrio faticosamente costruito e ancora fragile.

**Tavola 7. Permesso di soggiorno**

| | | |
|---|---|---|
| Senza permesso di soggiorno | 76 | 50% |
| Per salute | 29 | 19% |
| Per lavoro | 44 | 29% |
| Matrimonio | 2 | 1% |
| Ricongiungimento familiare | 2 | 1% |
| Totale | 153 | 100% |

* dal 2007 le donne rumene e bulgare non sono più quantificate.

La metà delle donne migranti seguite dal progetto Arianna non è ancora riuscita a regolarizzare la propria posizione, un dato prevedibile considerando, come mostra la tavola precedente, che il tempo di permanenza in Italia è inferiore ai tre anni per il 75% delle donne.
29 donne hanno ottenuto un permesso di soggiorno per salute, questo viene concesso certificando la gravidanza e il domicilio e scade dopo sei mesi dalla nascita del bambino. Questo permesso, non rinnovabile e non convertibile in un permesso di soggiorno per lavoro, non consente in realtà di uscire dalla precarietà.
In 44 casi le donne hanno un permesso di soggiorno per lavoro, mentre 2 lo hanno per matrimonio e 2 per un ricongiungimento familiare.
Il dato dell'irregolarità si può correlare a quello del periodo di permanenza in Italia: il 76% è in Italia da meno di tre anni e in un periodo di permanenza così limitato tante donne non riescono a regolarizzare la propria presenza.

**Tavola 8. Situazione professionale**

| | Donne italiane | | Donne migranti | |
|---|---|---|---|---|
| Attività lavorativa | 33 | 37% | 54 | 32% |
| Studentessa | 14 | 15% | 7 | 4% |
| Senza attività lavorativa | 30 | 34% | 85 | 51% |
| Dato non raccolto | 13 | 14% | 20 | 13% |
| Totale | 90 | 100% | 166 | 100% |

Questo dato sull'attività lavorativa può essere osservato in relazione a quelli generali rispetto all'età, e per le donne migranti rispetto al periodo di permanenza in Italia.
Tra le donne italiane il 37% lavora e il 15% è impegnata nello studio. Si può osservare che più della metà risulta quindi occupato in un'attività. Le donne prive di un'attività sono il 34%, ma è anche significativo e probabilmente indice di precarietà, il numero di situazioni per cui non è stato possibile raccogliere questo dato, che riguarda il 14%.
Tra le donne migranti il 32% lavora, comprendendo anche la condizione di lavoro irregolare, e il 5% studia. Il 51% risulta invece disoccupato, spesso la condizione di disoccupazione è tuttavia derivante dall'interruzione di un lavoro irregolare a causa della gravidanza.

**Tavola 9 Accertamento della gravidanza**

| | Donne italiane | | Donne migranti | |
|---|---|---|---|---|
| Tempestivo | 51 | 57% | 77 | 46% |
| Tardivo | 39 | 43% | 89 | 54% |
| Totale | 90 | 100% | 166 | 100% |

In molte situazioni la donna accerta tardivamente la gravidanza (dal 3° mese in poi), per le donne italiane questo si verifica nel 43% dei casi e mentre per le donne migranti nel 54%.
E' un dato molto significativo, come già esposto, meccanismi difensivi di rimozione e negazione in molti casi impediscono alla donna il contatto con la realtà di una gravidanza non prevista e difficile. E' significativo che questo fenomeno avvenga maggiormente nelle donne migranti, in media di età maggiore delle italiane e spesso già madri.

**Tavola 10. Padre del bambino**

| | Donne italiane | | Donne migranti | |
|---|---|---|---|---|
| Dato n.d. | 2 | 1% | 16 | 9% |
| Non informato | 25 | 28% | 41 | 25% |
| Informato | 63 | 71% | 109 | 66% |
| Disponibilità da parte dei padri informati | | | | |
| Non disponibile | 49 | 78% | 99 | 91% |
| Disponibile | 14 | 22% | 10 | 9% |
| Totale | 63 | 100% | 109 | 100% |

Nella maggioranza di queste situazioni di grave difficoltà il padre del bambino è trasversalmente assente.
Nelle storie delle donne italiane 63 uomini sono informati della gravidanza (71%), direttamente dalla donna o da altri, ma solo il 22% di loro si dimostra disponibile ad aiutare la madre durante la gravidanza e ad assumersi la responsabilità paterna alla nascita del figlio.
La stessa realtà si delinea anche nelle storie delle donne migranti: 109 padri su 166 sono informati della gravidanza in atto, ma solo il 9% si rende disponibile verso la donna.
Emerge quindi una profonda solitudine della donna nella gravidanza.
In alcune situazioni, in cui il padre del bambino, venuto a conoscenza della gravidanza, si di-

mostra disponibile, è poi la stessa donna a pensarlo comunque inaffidabile per il piccolo, in questi casi la figura del padre può diventare un'ulteriore preoccupazione per la donna.

**Tavola 11. Scelta materna**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Riconoscimento | 42 | 47% | 75 | 45% |
| Non riconoscimento | 48 | 53% | 91 | 55% |
| Totale | 90 | 100% | 166 | 100% |

La scelta materna viene elaborata dalla donna durante un percorso personale, impegnativo e difficile, che la porta ad accostare la realtà del bambino, i propri sentimenti, le proprie possibilità, le risorse dell'ambiente in cui vive e l'aiuto sociale disponibile. Viene espressa formalmente nell'ospedale dopo la nascita del bambino.
Osservando i dati, si nota come i valori siano quasi simili per le donne italiane e per le donne migranti. 42 donne italiane decidono di riconoscere il figlio (47%), mentre 48 non lo riconoscono (53%).
Per quanto riguarda le donne migranti, in 75 casi la madre riconosce il figlio (45%) e in 91 casi non lo riconosce (55%).
Nelle situazioni di non riconoscimento si avviano dall'ospedale gli interventi per la tutela del neonato e per il suo collocamento, da parte del Tribunale per i minorenni, in una famiglia, che diventerà la sua famiglia adottiva. Negli ospedali della provincia di Milano il tempo occorrente per il collocamento del neonato nella famiglia è di 20 - 30 giorni dalla nascita.

**Tavola 12. Donne italiane - Principali motivi alla rinuncia**

| |
|---|
| Problematicità familiare |
| Problematicità e/o immaturità personale |
| Problemi sociali, economici, abitativi |
| Assenza partner |
| Diverso investimento personale |
| Handicap del bambino |

L'impossibilità della madre naturale e la rinuncia al figlio derivano sempre da una complessa molteplicità di motivi, diversamente presenti in ogni vicenda.
L'esperienza di lavoro diretto con le donne ha permesso in questi anni di mettere a fuoco meglio i principali motivi alla rinuncia nelle situazioni seguite, fissandoli in una scala di priorità.
Per quanto riguarda le donne italiane si è rilevato che la problematicità del contesto familiare d'origine porta con sé una forte influenza nella scelta. Si tratta di famiglie vissute dalla donna come carenti e negative, per problemi di relazione, di comportamento o per patologie. Emerge un contesto familiare difficile, anche rispetto alla possibilità di un loro coinvolgimento nella maternità.
In alcune situazioni la donna presenta problemi personali, in particolare: insufficienze cognitive, patologie di personalità e dipendenze, che non compromettono però totalmente la sua capacità di rapportarsi alla realtà. In questi casi è fondamentale la collaborazione con i servizi specialistici di riferimento, e quando presente e non negativa, il coinvolgimento della famiglia.
L'immaturità presente in molti casi è particolarmente riferita alla sfera affettiva, e quindi al percorso di sviluppo e all'individuazione personale.
In alcune situazioni anche le difficoltà concrete come la precarietà, la disoccupazione, l'insufficienza del reddito e la mancanza di abitazione hanno avuto una rilevanza significativa.
A volte l'indisponibilità del padre naturale ha un peso importante nella scelta di rinuncia. Si tratta di donne spaventate dal prospettarsi di una vita familiare vissuta da sole rispetto ad impegni e responsabilità, e disorientate dalla mancanza di un riferimento paterno nella crescita del bambino.
In altre situazioni anche il forte investimento della donna in progetti diversi: familiari, di studio o di sviluppo personale, ha influito nella scelta insieme agli altri motivi.
Alcune situazioni sono state seguite solo dopo il parto perché inviate dall'ospedale per offrire uno spazio di sostegno alla coppia genitoriale rispetto alla scelta di riconoscimento del figlio, nato con un grave handicap non previsto.

**Tavola 13. Donne migranti - Principali motivi alla rinuncia**

| |
|---|
| Instabilità socio-economica |
| Progetto di autonomia personale |
| Investimento sulla famiglia in patria |
| Assenza del partner |
| Vincoli culturali |
| Problematicità personale |
| Handicap del bambino |

Osservando i principali motivi alla rinuncia, raccolti nelle storie delle donne migranti, si può notare come appaiono particolarmente rilevanti elementi di carattere concreto e realtà riferibili al contesto culturale e sociale. L'instabilità socio-economica è il motivo più frequente, considerando soprattutto il contesto di vita delle donne, di cui la maggior parte sono presenti irregolarmente da meno di tre anni, con lavoro e abitazione precari.

Spesso il progetto di autonomia personale, motivato dalla ricerca di migliori opportunità di vita e dalla realizzazione del progetto migratorio, accanto ad altri elementi, prevale sul desiderio e la possibilità materna. Si tratta più frequentemente di giovani donne nubili provenienti dall'est Europa, che spesso portano con sé una sofferenza passata di storie familiari gravi e problematiche.

Molte donne migranti mantengono i figli in patria, presso i familiari, a volte presso il padre di cui temono possibili ritorsioni, e hanno molte aspettative sul loro futuro. L'investimento sulla famiglia in patria è quindi un elemento di forte influenza nella decisione di non tenere con sé il nuovo nato.

Anche l'assenza del partner, padre del nascituro, e quindi la mancanza di una famiglia vissuta come completa in cui crescere il figlio, é un motivo che assieme agli altri porta alla scelta del non riconoscimento.

In alcune situazioni, tuttavia poco frequenti, di donne appartenenti a culture del nord Africa, dove i diritti di autonomia e di libera determinazione non sono riconosciuti, la decisione di lasciare il figlio in adozione è stata determinata soprattutto dalla mancanza di una figura maschile della famiglia, come garanzia e protezione per la madre nel riconoscere il figlio.

Una maggiore sensibilità sociale e una più diffusa informazione nelle situazioni di disagio della maternità possono dare spazio alla possibilità di un sostegno preventivo, che può evitare l'acuirsi della difficoltà.

Appare opportuno che gli interventi di comunicazione del servizio, oltre a raggiungere il segmento di popolazione femminile specificamente coinvolto, si rivolgano anche ad un pubblico più generale.

Madre segreta cura, quindi, la realizzazione di manifesti e opuscoli informativi che vengono redatti in più lingue: inglese, francese, spagnolo, romeno e arabo.

Questo materiale viene diffuso regolarmente negli ospedali, nei servizi sociali e in quelli sanitari, pubblici e del privato sociale, nelle organizzazioni di volontariato e in altri contesti utili.

Ogni anno viene inoltre pianificata un'attività di comunicazione, che si struttura in campagne diversificate e prevede l'utilizzo di vari strumenti e mezzi. Negli ultimi anni si sono dimostrate particolarmente produttive le affissioni sui mezzi di trasporto urbano ed extra urbano, con cartelli e locandine sui mezzi e nelle stazioni di Milano Monza e delle loro province.

Per arricchire gli strumenti comunicativi inoltre è stata curata la realizzazione di uno spot video, uno spot audio e un documentario.

Gli spot, che sono sempre visibili nel sito internet di Madre segreta[5], sono stati occasionalmente trasmessi da emittenti televisive e radiofoniche locali e nazionali.

Il documentario dal titolo "L'amore negato" è stato costruito affiancando ai contributi teorici di esperti in area storica, sociologica e psicologica, alcune storie rappresentative delle situazioni seguite con il progetto Arianna. Inoltre, attraverso alcune testimonianze dirette di operatori locali che collaborano con Madre segreta, il filmato propone un modello di funzionamento in rete dei servizi che possono sostenere e tutelare la madre e il bambino.

Il documentario rappresenta un strumento utile, e viene proiettato sia nei corsi di formazione organizzati per i servizi sociali e gli ospedali, che durante  incontri di sensibilizzazione promossi in contesti significativi diversi.



5 www.provincia.milano.it/sociale

# Spazio di documentazione

Madre segreta gestisce uno spazio che riunisce diversi tipi di documentazione nell'area materna.

La documentazione è disponibile su appuntamento per la consultazione da parte di operatori sociali e sanitari, di altri professionisti interessati e da studiosi del settore.

Nello spazio sono disponibili: una scelta aggiornata di testi significativi sul tema della maternità, bibliografie ragionate nelle aree: storica, antropologica, sociale, sociologica e psicologica. Sono presenti anche pubblicazioni statistiche, riviste specializzate, alcune tesi di laurea che hanno coinvolto il servizio, ed un archivio di articoli di stampa. Vi sono inoltre raccolte le principali leggi che in Italia regolano la filiazione, la maternità e i rapporti familiari.

Il rilevante numero delle situazioni di difficoltà materna con cui Madre segreta viene a contatto, sia attraverso la Linea Verde che nel trattamento dei casi del Progetto Arianna, presenta anche un'occasione utile per raccogliere dati ed elementi che possono concorrere ad individuarne nell'attualità piste di lettura e significati in una prospettiva di ricerca. I dati vengono quindi raccolti ed elaborati annualmente e propongono una fotografia sempre aggiornata dell'evoluzione del fenomeno, disponibile per gli operatori del settore.

# Conclusioni

I neonati non riconosciuti in Italia costituiscono in media lo 0,1 delle nascite annuali, ma al di là dell'aspetto quantitativo possono rappresentare un indicatore importante di una difficoltà molto più diffusa, che per molte altre situazioni si evidenzia nel tempo.
La prevenzione degli esiti dolorosi del primo disagio materno, dagli abbandoni traumatici alle relazioni materne carenti e negative, si sviluppa nel quadro generale delle iniziative a sostegno della maternità e della famiglia. Comporta però interventi specifici su fronti diversi: un lavoro di sensibilizzazione rivolto alla generalità, ambiti di consulenza e di formazione per le reti dei servizi sociali e sanitari locali pubblici e privati, e la disponibilità di servizi, facilmente accessibili e riservati, per sostenere le donne in difficoltà.
L'esperienza di Madre segreta conferma l'importanza di predisporre contesti atti ad ascoltare e riconoscere la prima difficoltà materna, che può manifestarsi durante una gravidanza, e testimonia la validità di un'accoglienza di questo disagio competente e lontana da giudizi.
L'offerta di specifici ambiti di aiuto personale e sociale, può garantire alla donna uno spazio per pensare ed interrogarsi con libertà e responsabilmente sul futuro del bambino e sulle proprie possibilità di legame. Superando la confusione e la colpa, la futura madre si confronta così con le proprie risorse affettive e organizzative, e valuta le possibilità di aiuto dell'ambiente famigliare e sociale. In questo modo, mettendo al centro dei suoi pensieri il bambino, ne considera necessità e diritti, e nella ricerca di un futuro possibile, mette in gioco e declina, diversamente in ogni situazione, sentimenti, aspirazioni e risorse.
La promozione di un atteggiamento sociale più interrogativo e meno giudicante, in questi anni ha favorito la possibilità della donna di esprimere il proprio disagio e di chiedere aiuto. Contemporaneamente i servizi sociali e sanitari, specificamente preparati dagli interventi formativi, sempre di più hanno acquisito metodi, strumenti e competenze adeguati per rispondere a queste situazioni, coordinandosi anche con il volontariato e creando specifiche reti di sostegno.
Gli elementi raccolti nelle ricerche svolte da Madre segreta, nell'ambito dell'Osservatorio, della Linea verde e del Progetto Arianna, permettono di osservare e studiare, continuamente e da vicino il fenomeno nell'area milanese, in un'ottica quantitativa, ma sopratutto qualitativa. In particolare i dati della ricerca sulle situazioni seguite dal progetto Arianna riportano alla diversità di ogni caso, e, anche osservando la diversità delle motivazioni per la scelta verso il bambino, si intuiscono le differenze delle storie e dei modelli di vita.
Dai dati non sembra di poter giungere all'individuazione di precisi e univoci profili di donne portatrici di questa difficoltà, ma possiamo osservare che il rapporto di ciascuna donna con la propria maternità è oltremodo complesso e sfugge sempre alle generalizzazioni.

A fronte di condizioni di disagio che appaiono ugualmente forti, donne diverse possono compiere scelte opposte.
Senza dimenticare questa premessa, in base ai dati dell'esperienza si possono però proporre alcune considerazioni generali.
Nelle situazioni che riguardano donne italiane spesso la difficoltà è sintomo di un disagio evolutivo irrisolto, che si esprime anche nella storia personale e nella sofferenza delle relazioni. Per le donne straniere le lacerazioni affettive già subite, e la solitudine della migrazione, a volte rendono "straniero" questo nuovo bambino e difficile fargli spazio nella propria famiglia.
Trasversalmente in questi casi la paternità è di solito assente, perché i padri si negano o perché vengono negati dalle donne stesse, questo sembra anche un importante indicatore di difficoltà materna, in quanto la maternità, per la sua stessa natura, non può e non deve essere solitaria e auto referenziata.
Sul versante del processo che porta le donne a definire la scelta sul bambino, possiamo osservare in modi diversi in tutte le situazioni seguite, lo svolgersi di un percorso cognitivo ed affettivo che porta a superare il sentimento di angoscia per sé e per la propria vita, accedendo ad un'attesa più serena, che permette il pensiero sul bambino e il "prendersi comunque cura" di lui nel modo possibile.
L'espressione di questa prima forma di preoccupazione materna è un filo forte e vitale, che attraversa la totalità delle situazioni seguite, e che si esprime nel verificare le garanzie adottive della legge, nella cura della gravidanza, e nel movimento di fare il possibile per bambino, anche nella previsione di lasciarlo.
Il lavoro di Madre segreta comporta una sfida a comprendere la complessità del tema, e prevede la continua messa in gioco di capacità, competenze e disponibilità, sia nel confronto con gli altri servizi, che nel rapporto con una realtà in continuo cambiamento, particolarmente rispetto alle identità di genere e alla molteplicità di culture
L'apertura del servizio al territorio, e la sua stretta connessione con i servizi locali fin dal suo inizio, hanno permesso una reciprocità di contributi che ha arricchito il lavoro, sia in termini di operatività che di ricerca e approfondimento.
In particolare la collaborazione degli ospedali, dei consultori familiari, dei servizi sociali comunali, delle comunità di accoglienza e delle organizzazioni di volontariato è stata ed è fondamentale per l'acquisizione e la comprensione dell'esperienza di lavoro.
L'impegno delle Volontarie, che affiancano gli operatori nella Linea Verde, garantisce, inoltre, un'accoglienza competente e riservata che permette a tante donne di uscire dal silenzio.

Il percorso di lavoro compiuto in questi anni ha contribuito a migliorare le risposte all'*impossibilità materna*, ma rimane ancora molto da fare, sia sul versante delle occasioni di ascolto, che nella strutturazione delle risposte, che per una migliore garanzia della riservatezza e dell'anonimato.

# Bibliografia

## Maternità e altre culture


- Ambrosini M., Cominelli C., Un'assistenza senza confini, Regione Lombardia ISMU, 2005
- Balsamo F. Famiglie di migranti Carocci Editore 2003
- Bestetti G., Sguardi a confronto, Collana Politiche e servizio sociali, F.Angeli, 2000
- Breidenbach Joana, Zukrigl Ina, Danza delle culture. L'identità culturale in un mondo globalizzato, Bollati Boringhieri 2000
- Belpiede A., Mediazione culturale. Esperienze e percorsi formativi, UTET, 2002
- Campani Giovanna I saperi dell'interculturalità Liguori Editore 2002
- Campani Giovanna, Carchedi Francesco, Picciolini Anna, Mottura Giovanni, I colori della notte Franco Angeli 2000
- Campani Giovanna, Lapov Zoran, Carchedi Francesco Le esperienze ignorate Franco Angeli 2002
- Carchedi Francesco, Maturo Giovanna, Pugliese Enrico Il lavoro servile e le nuove schiavitù Franco Angeli 2003
- Chinosi Lia, Sguardi di mamme. Modalità di crescita dell'infanzia straniera, F. Angeli 2002
- De Micco Virginia, Martelli Pompeo, Passaggi di confine, Etnopsichiatria e migrazione, Liguori editori, Napoli 1993
- Drakulic Slavenka, Come se io non ci fossi, Rizzoli 2000
- Mancini Paolo Il mercato delle donne Saggi Donizelli 2002
- Mariti Cristina Donna migrante Franco Angeli 2003
- Mernissi Fatima La terrazza proibita edizione Giunti 1996
- Moro M.Rose, Maternità e amore. Quello di cui hanno bisogno i bambini per crescere bene qui e altrove, Frassinelli 2008
- Rizzi Renato Ospitare e curare Franco Angeli 2002
- Ramberti A., San Giorni R., Le voci dell'arcobaleno, Terre Emerse, Fara Editore, 1998
- Suad, Bruciata viva, Piemme edizioni, 2004


## Maternità e psicologia


- Aa.Vv. La funzione paterna, ed. Borla, 1995
- Aa.VV. Padri, madri e figli adolescenti, Fabbrica dei libri, 2005
- Acciaro Maria, Gravidanza senza maternità, Armando editore, 1985
- Ammaniti Massimo, La gravidanza tra fantasia e realtà, Il pensiero Scientifico, Roma 1992
- Ammaniti Massimo, Candelori Carla, Maternità e gravidanza, Cortina editore, 1995
- Ammaniti M., Affetti: natura e sviluppo delle relazioni interpersonali, Laterza 1998
- Ammaniti M., Rappresentazioni e narrazioni, Laterza 1991

- Ammaniti M., Stern D.N., Fantasia e realtà nelle relazioni interpersonali, Laterza 1995
- Ammaniti M., Pensare per due. Nella mente delle madri, Laterza 2008
- Ambrosiano Laura, Gaburri Eugenio, La spinta a esistere. Note cliniche sulla sessualità oggi, Borla, 2008
- Ambrosiano Laura, Gaburri Eugenio, Ululare con i lupi. Conformismo e reverie, Bollati Boringhieri, 2003
- Applegate Jeffrey, Bonavite Jennifer , Il rapporto che aiuta, Astrolabio, Roma 1998
- Artoni Schlesinger Claudia, Adozione e oltre, Borla, 2006
- Attolico L., Non farmi camminare con i tacchi alti Franco Angeli/ Le Comete 2003
- Baruffi Lisa , Il desiderio di maternità, Boringhieri 1979
- Berretti Bianca, Chistolini Marco, Rangone Gloriana, Vadilonga Francesco, Adoescenza ferita, Franco Angeli 2003
- Brustia Rutto P., Genitori, una nascita psicologica, Torino Bollati Boringhieri 1996
- Buzzatti Salvo, Corpo a corpo, madre e figlia nella psicanalisi, Laterza 1995
- Capolupo Simona, La madre e la mamma, Antigone edizioni, 2007
- Cattarinussi B., Sentimenti, passioni e emozioni. Le radici del comportamento, Franco Angeli , 2000
- Charmet P., I nuovi adolescenti, Cortina editori 2000
- Chodorow Nancy, La funzione materna, La Tartaruga edizioni, Milano 1991
- Codignola F., Una cura per la crescita Franco Angeli 2001
- Deutsch Helene, Psicologia della donna, vol. II, Boringhieri editore, Torino 1991
- Di Pietro A. Tavella P. , Madri selvagge, Einaudi, 2006
- Fiumanò Marisa, A ognuno il suo bambino, Pratiche Editrice 1999
- Focchi Marco Il cambiamento in psicoanalisi Bollati Boringhieri 2002
- Foglia S., Maternità, Rizzoli 1999
- Fruggeri Laura, Famiglia – dinamiche impersonali e processi psico sociali, Carocci, 2000
- Gaillard Cristian, Donne in mutazione, Moratti e Vitali 2000
- Gentile Maria Luisa, Rapporto madre – bambino, ed. Carocci, Roma, 2000
- Gina Ferrari Mori, Un tempo per la maternità interiore. Gli albori della relazione madre-bambino, Borla, 2008
- Greco Ondina, La doppia luna, Vita e Pensiero, Milano, 1999
- Irigary Luce, Amo a te, Bollati Boringhieri, Torino 1993
- Irigary Luce, Essere in due, Bollati Boringheri, 1994
- Lebovici- S , Il neonato, la madre e la psicanalista, Borla, Roma 1988
- Lebovici S, Soulè M. La conoscenza del bambino e la psicoanalisi, Feltrinelli 1994
- Mahler, M.S.Piney, F.Bergman, A. La nascita psicologica del bambino, ed. Boringhieri, Torino 1978
- Marinopoulos Sophie, Nell'intimo delle madri, Feltrinelli, 2006

- Moore S., Rosenthal D., Adolescenza e sessualità, Franco Angeli 1999
- Nunziante Cesaro A., Del genere sessuale: saggi psicoanalitici sull'identità femminile, Alfredo Guida editore
- Parsi Maria Rita, I quaderni delle donne, Mondadori Milano 1998
- Ravasi Lella, Se noi siamo la terra, Il saggiatore 1996
- Persico Gloria, Segat Donatella, Il giardino segreto della sessualità, Newton e Compton 1999
- Rossi Lino, Adolescente e violenza. Strategie di diagnosi e riabilitazione Franco Angeli 2000
- Saiferth, Psicodinamica della gravidanza, parto e puerperio, Borla, Roma 1975
- Scabini, Cigoli, Il famigliare: legami, simboli e transizioni, Raffaello Cortina 2000
- Scabini, Psicologia sociale della famiglia, Bollati Boringheri, 1998
- Trentini Cristina, Rispecchiamenti. L'amore materno e le basi neurobiologiche dell'empatia, Il pensiero scientifico, 2008
- Vegetti Finzi S., L'età incerta: i nuovi adolescenti, Mondadori 2000
- Vegetti Finzi Silvia, Il bambino della notte, Oscar Saggi Mondadori, Milano 1996
- Vegetti Finzi Silvia, Volere un figlio, Oscar Mondadori, Milano 1998
- Von Franz Marie Luise, Il femminile nella fiaba, Bollati Boringheri, 1998
- Winnicot Donald, I bambini e le loro madri, Raffaello Cortina editori, Milano 1987
- Winnicot Donald, Il bambino deprivato, Cortina editori, 1984
- Winnicot, Sviluppo affettivo e ambiente, Armando Editore 1997
- Winnicot, Dal luogo delle origini, Raffaello Cortina, 1990

Maternità e società - sociologia

- Ambrosini M. (a cura di), Madri abbandonate, bambini non accolti, Provincia di Milano – Caritas ambrosiana, Milano 1996
- Blaffer S. Hrdy, Istinto Materno, Tra natura e cultura, l'ambivalenza del ruolo femminile nella riproduzione della specie, Sperling&Kupfer 2001
- Belotti E. Giovanni, Non di sola madre, 1983
- Berge Brune, Non sei mia madre Ugo Guanda Editore in Parma 2001
- Bettini Maurizio, Nascere, Einaudi, Torino 1998
- Billari Francesco, Mauri Luigi ( a cura di ), Generazioni di donne a confronto, indagine socio demografica, Franco Angeli 1999
- Bimbi Franca, Le madri sole. Metafore della famiglia ed esclusione sociale, Carocci 2000
- Connel Robert, Maschilità. Identità e trasformazioni del maschio occidentale, Feltrinelli, Milano 1996
- Bissacco Diego, Dalla Negra Paola, Difendere i legami familiari, Franco Angeli 2008
- Dalla Negra Paola., Le radici nel futuro, Franco Angeli, 2005

- Donati P.Paolo, La famiglia come relazione sociale, Franco Angeli, Collana sociologia e politica sociale, 1992
- Donati P.Paolo, Lineamenti di sociologia della famiglia, Carocci 1999
- Duccio Demetrio, Donati Pier Paolo, La famiglia in una società multietnica. Studi interdisciplinari sulla famiglia, Vita e Pensiero, Milano 1997
- Duden Barbara, Il corpo della donna come luogo pubblico, Boringhieri, Torino, 1994
- Greer German, La donne intera, Mondadori editori, 2000
- Lynn Franklin, Perché l'amore continui, Viaggio nel cuore dell'adozione, Pratiche editrice 1999
- Maher Vanessa, Il latte materno. I condizionamenti culturali di un comportamento. Rosenberg & Sellier, Torino, 1992
- Metis (a cura di) Corpi soggetto, Pratiche e saperi di donne per la salute, Scienze e salute, Franco Angeli 2000
- Mohoramm Margaret, L'altra faccia dell'adozione, Astrolabio Roma 1999
- Palazzi Maura, Donne sole. Storia dell'altra faccia dell'Italia tra antico regime e società contemporanea, Bruno Mondadori, Milano, 1997
- Pizzini Franca, Corpo medico e corpo femminile, Franco Angeli 1999
- Saraceno Chiara, Sociologia della famiglia, Il Mulino , Bologna 1996
- Saraceno Chiara, Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia, Il Mulino , Bologna 1998
- Saraceno Chiara, Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia, il Mulino 2003
- Swigart J., Il mito della cattiva madre, Longanesi, Milano 1992

## Situazione socio demografica

- Rapporto Annuale. La situazione del Paese nel 1999, ISTAT
- Nascite: Caratteristiche demografiche e sociali, Anno 1996, Annuari Popolazione, edizione 2000 ISTAT
- ISTAT, La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche, ed. 2000
- ISTAT, Le strutture familiari, Anno 1998
- M. Gonzo, L'intervista nei servizi socio sanitari. Uno strumento conoscitivo e d'intervento per gli operatori, Raffaello Cortina, Milano ed 2000

## Maternità e storia – mito – antropologia

- AA.VV., Esposti e abbandonati, Documenti e immagini sull'assistenza all'infanzia abbandonata a Milano e in Lombardia 787-1980, Provincia di Milano, 1980 Milano

- Badinter Elisabeth, L'amore in più. Storia dell'amore materno, Longanesi, Milano 1980
- S. Blaffer Hrdy, Istinto Materno, Tra natura e cultura, l'ambivalenza del ruolo femminile nella riproduzione della specie, Sperling&Kupfer 2001
- Boswell John, L'abbandono dei bambini in Europa Occidentale, Rizzoli editori, Milano 1991
- Denis De Rougemont, L'amore e l'occidente, Rizzoli, Milano 1993
- D'Ameglia Marina, Storia della maternità, La Terza editori, Bari, 1997
- De Mause L., Storia dell'infanzia, Emme edizioni
- Di Bello Giulia, Meringolo Patrizia, Il rifiuto della maternità. L'infanticidio in Italia dall'Ottocento ai giorni nostri, Edizioni ETS 1997
- Fiume Giovanna, Madri: storia di un ruolo sociale, Marsilio editori, Venezia, 1995
- Iannito Maria Teresa, La ruota della vergogna, Colonnese Editore Napoli 1999
- Lombardi D., Padri e madri: una questione di responsabilità in Ricerche Storiche, Anno XXVII n. 2, Maggio/Agosto 1997
- Militello Cettina, Il volto femminile della storia, Piemme, 1994
- Neiger Ada, Maternità trasgressiva e letteratura, Napoli Liguoro, 1993
- Neubauer John, Adolesenza fin-de-sicle, Il Mulino 2000
- Page Dubois, Il corpo come metafora, la presentazione della donna nella Grecia antica, La Terza Editori, Bari 1990
- Reggiani F., Responsabilità paterna fra povertà e beneficenza: "Figli dell'ospedale" di Milano fra Seicento e Settecento in Ricerche Storiche Anno XXVII n.2, Maggio/Agosto 1997
- Reggiani F., Immagini statistiche e realtà sociale: le nascite: le nascite illegittime fra le classi popolari, in Rivista Milanese di economia, serie quaderni n. 22 volume I.
- Reggiani F., E. Paradisi, L'esposizione infantile a Milano fra Seicento e Settecento: il ruolo dell''istruzione, in "Enfance abandoneè et societè en Europe, XIIV-XX siècle Collectione de l'Ecole Franccaise de Rome, 1991
- Salza Fulvio, Solo una dea, Bollati Boringhieri 1999
- Van Gennep Arnold, I riti di passaggio, Universale Scientifica Boringheri, 1981
- Volker Hunecke, I trovatelli di Milano, bambini esposti e famiglie espositrici dal XVII al XIX sec. Il Mulino Bologna 1989

**Provincia di Milano**
Direzione centrale
cultura e affari sociali

**Settore Sostegno e prevenzione**
**delle emergenze sociali**
Servizio **Madre Segreta**

Viale Piceno, 60
20129 Milano
www.provincia.milano.it/sociale