



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO - TORACO - VASCOLARI E  
SANITÀ PUBBLICA

Corso di Laurea  
Scienze Professioni Sanitarie Prevenzione  
Presidente: Ch.ma Prof.ssa Marialuisa Scapellato

Tesi di Laurea:

**La modifica dei processi del percorso nascita attraverso la  
medicina narrativa**

**Relatore:** Prof.ssa Maria Gloria De Bernardo

**Correlatore:** Dott.ssa Nicoletta Suter

**Laureando:** Eddy Galiazzo

mat. 2060504



## **Ringraziamenti**

Al termine di questo percorso di studi, iniziato a distanza di anni rispetto al termine della Laurea Triennale, parecchie sono le persone da ringraziare per la loro pazienza, disponibilità e supporto dimostratomi.

In primis i miei genitori i quali, nonostante il tempo che passa, sono sempre pronti a supportarmi in tutte le scelte fatte e sopportare ogni atteggiamento altezzoso e spazientito mostrati nei momenti più duri. Figure sempre presenti con una parola, una domanda d'interessamento, un piatto sempre pronto.

Un meritato ringraziamento ad una responsabile ed una professionista, ma prima di tutto zia, che è stata e sarà un esempio importante per la vita professionale, di studio e guida nel cammino della vita.

A mia sorella Lisa, Paolo e Marco che, con il loro esempio, dimostrano di affrontare la vita con semplicità, un sorriso e determinazione nelle scelte di vita.

Alle/i mie/miei colleghe/i e Responsabili che hanno, fin dal principio, dimostrato grande disponibilità, pazienza e comprensione riguardo gli impegni di studio e di tirocinio non facendomi sentire in difetto e/o colmando le mie lacune e imprevisti.

A Marco e Stefano, Amici di sempre, presenti in ogni occasione, pronti per una parola di conforto, un'uscita improvvisata, una chiacchierata, una battuta, uno scambio di idee, un giro in bicicletta. Avere voi al mio fianco in questa tappa di vita significa aver coltivato e fatto crescere un rapporto basato su salde fondamenta.

Alla mia professoressa e relatrice, Prof.ssa De Bernardo che, negli ultimi mesi, è risultata una figura essenziale con la sua presenza, le sue attenzioni, la sua umanità e la sua dedizione per il progetto di tesi elaborato.

Infine un ringraziamento speciale a Nicoletta e Verdiana, due professioniste d'eccellenza che mi hanno accompagnato mano nella mano nella scoperta del mondo della Medicina Narrativa, nelle metodologie di studio e nel diventare custode e portavoce delle storie degli altri. Il loro contributo e supporto è stato essenziale e provvidenziale; nulla sarebbe stato possibile senza la loro costante presenza. "Se vuoi andare veloce, vai da solo. Se vuoi andare lontano, vai insieme".



## Premessa

*"Sono le storie che viviamo a renderci speciali"*

*Andrea Cerrato - Due papà*

La gravidanza, il parto e il puerperio sono processi fisiologici e, pertanto, ogni intervento assistenziale offerto nel percorso nascita dovrebbe avere benefici riconosciuti ed essere accettabile per la donna.<sup>1</sup>

Tutti i genitori vogliono fare il meglio per i propri figli e desiderano che siano sani, ma probabilmente non tutti sono pienamente consapevoli che per favorire la salute dei loro bambini, dalla nascita all'età adulta, possono fare moltissimo, insieme agli operatori sanitari e ai decisori politici, soprattutto nei primi mille giorni di vita.

Nell'affrontare il tema della genitorialità è bene cominciare ricordando che non esiste un genitore perfetto e che ogni coppia cerca la sua strada per esprimere le proprie potenzialità, attraverso un processo che si costruisce per prove ed errori. Berry Brazelton aggiunge a questo alcuni altri importanti presupposti di cui si deve tener conto nell'approccio con i genitori:

- 1) sono loro gli esperti del proprio bambino,
- 2) tutti i genitori hanno punti di forza così come hanno delle criticità da condividere nelle diverse fasi dello sviluppo,
- 3) tutti hanno sentimenti ambivalenti ma tutti vogliono fare il meglio per il loro bambino.

La costruzione e l'espressione delle competenze genitoriali deve tener conto delle diverse assunzioni di ruolo che il percorso di diventare genitori richiede alla coppia, con una fatica rilevante anche per le rapidissime trasformazioni del mondo che la circonda.

La venuta al mondo di un figlio investe un intero sistema, un microcosmo relazionale in cui la coppia vive, e questo microcosmo è a sua volta connesso col sistema più ampio delle reti familiari e sociali in cui la coppia è immersa.

---

<sup>1</sup>ISS, (2011), *Linee guida Gravidanza fisiologica* - SNLG

Il Ministero della Salute definisce con il termine **primi mille giorni** il tempo che si estende approssimativamente tra il concepimento e il compimento del secondo anno di vita postnatale.

Il periodo preconcezionale può essere definito come il tempo che intercorre tra il momento in cui la donna/la coppia è aperta alla procreazione, perché desidera una gravidanza o perché non la esclude nel medio lungo periodo, e il concepimento. Si tratta di uno spazio di tempo non definibile con precisione, variabile, che rappresenta l'anello di congiunzione tra gli interventi di educazione alla salute, alla sessualità, alla pianificazione familiare e la gravidanza, particolarmente importante e sensibile per sviluppare e migliorare competenze adeguate alla propria salute.

In questo periodo, più che in ogni altra fase del Percorso Nascita, assume particolare rilievo la capacità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), in particolare delle strutture di ricovero, non solo di assicurare i migliori standard di qualità e sicurezza in relazione alle condizioni della madre e del bambino, ma anche di garantire alla donna/coppia/bambino un servizio che ponga la donna al centro delle cure, assicurando un adeguato livello di umanizzazione, facendo sì che i luoghi di cura siano orientati alla persona, nella sua interezza fisica, psicologica e sociale.

Ciascun professionista coinvolto in questo percorso così unico ha il dovere di promuovere un approccio assistenziale il più possibile basato sul sostegno e sul rispetto dei tempi, che garantisca l'instaurarsi di un rapporto basato sulla fiducia, sulla relazione empatica e sulla condivisione, al fine di produrre salute e appagamento in un percorso ricco di emozioni e aspettative, che accompagna madre, padre e bambino nell'affrontare un momento particolarmente intenso e di grande cambiamento.

Dopo l'evento del parto, ogni momento rappresenta un periodo cruciale per un sano sviluppo psicofisico e per aspettative di salute ottimali. Gli ambiti di salute del bambino sono strettamente interconnessi con quelli dei genitori. Anche per questo motivo è necessario riconoscere l'importanza e la trasversalità delle conoscenze, competenze ed empowerment genitoriali. È fondamentale che i neogenitori siano affiancati da operatori capaci di dare loro sostegno, sviluppino fiducia nelle loro capacità genitoriali, valorizzando il loro bagaglio di conoscenze ed esperienze per costruire legami di attaccamento forti e resilienti, presupposto

essenziale per realizzare la base sicura per i propri bambini. Conoscenze e comportamenti adeguati e responsabili dei genitori rappresentano, per tutti gli obiettivi di salute, un fattore fondamentale di successo e altresì consentono una più efficace relazione con gli operatori e i servizi sanitari.<sup>2</sup>

La creazione di un legame di fiducia e l'assistenza iniziano quando le mamme e i papà parlano dei sintomi o delle paure che stanno vivendo, prima con sé stessi, poi con i propri cari, infine con i professionisti della salute.

Senza narrazione e senza ascolto, non si può comunicare a nessuno, neanche a sé stessi, quello che si sta vivendo, né, in maniera più radicale ma forse ugualmente vera, coglierne il senso.

Spesso i professionisti non hanno gli strumenti per recepire le narrazioni con orecchio diagnostico- interpretativo. Troppo presto, si svia con domande del tipo: Dove le fa male? Il dolore è acuto o sordo? Quanto è durato?

Nella cura e assistenza bisogna proprio imparare a fare questo: tendere l'orecchio e ancora prima, dobbiamo renderci conto che ci vengono raccontate storie.

Gli operatori sanitari non credono che questa attività sia di loro competenza. Non ritengono utile concentrarsi sulle storie, non hanno modo di formarsi al riguardo. Sviluppando competenze narrative, i professionisti della salute possono essere più attenti verso gli utenti e sintonizzati con le loro esperienze, riflessivi e autocritici nel proprio lavoro, precisi nell'interpretazione.

Se vogliamo curare ed essere d'aiuto, dobbiamo avere gli strumenti per affrontare viaggi tortuosi. Qualcuno si preoccupa del tempo a disposizione, eppure molte volte abbiamo già incluso l'ascolto nella pratica clinico-assistenziale. Magari i primi incontri durano un po' di più, ma sul lungo periodo si risparmia, si recupera l'investimento iniziale, poiché si è creata, fin dal principio, una solida base di fiducia. Se non si è capaci di ascoltare, le conseguenze possono essere gravi: non si prendono in considerazione alcuni sintomi, si ignorano le questioni che non sono direttamente cliniche, non ci si accorge di avere a che fare con patologie trattabili. Insomma, solo un certo tipo di ascolto permette di cogliere le connessioni tra corpo, mente e Sé. Senza un'attenzione simultanea a questi tre elementi, non c'è medicina.

---

<sup>2</sup>Ministero della Salute, *“Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita” - Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future*

Quando a prendere la penna in mano sono i professionisti della salute, emerge l'intreccio profondo delle loro esperienze con quelle degli assistiti.

Questo elaborato di tesi offre una prima occasione per i professionisti della salute di sviluppare le competenze narrative al fine di proporre delle azioni di miglioramento all'interno di un percorso definito, a livello regionale, inerente al Percorso Nascita attraverso i propri vissuti di genitorialità e di assistenza professionale alle coppie, mamme, papà e bambino.

L'elaborato di tesi è articolato nei seguenti capitoli:

- Capitolo 1: Viene descritta la bibliografia di riferimento in merito alle linee di indirizzo del Percorso Nascita in Friuli Venezia-Giulia (FVG) e le basi teoriche a sostegno della Medicina Narrativa quale elemento innovativo per la modifica dei processi lavorativi;
- Capitolo 2: Vengono descritti materiali e i metodi dello studio: scopo dello studio, disegno di studio, campione, setting di studio, modalità di raccolta dati, analisi dei dati;
- Capitolo 3: Vengono riportati i risultati ottenuti dalla somministrazione dei questionari narrativo-qualitativi;
- Capitolo 4: Viene effettuata un'analisi critica dei dati ottenuti;
- Capitolo 5: Conclusioni e proposte di miglioramento



# Indice

Premessa.....	1
Capitolo 1. Introduzione.....	11
1.1 Il percorso Nascita in FVG .....	11
1.1.1 Assistenza Preconcezionale .....	11
1.1.2 Accesso al Percorso Nascita .....	13
1.1.3 Percorso Gravidanza a Basso Rischio (Fisiologica) .....	14
1.1.4 Percorso Gravidanza a Medio/Alto Rischio.....	16
1.1.5 Travaglio e Parto.....	16
1.1.6 Il Puerperio .....	18
1.2 I Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN).....	19
1.3 Il Diario/Agenda della Gravidanza.....	20
1.4. La Medicina Narrativa .....	21
1.4.1 Medicina Narrativa: tra eticità e bioetica.....	24
1.4.2 La cartella parallela per l'operatore sanitario .....	26
1.4.3 La medicina narrativa: un modello per la modifica dei processi...	27
Capitolo 2. Materiali e Metodi .....	29
2.1 Tipologia di ricerca .....	29
2.1.1 La Ricerca qualitativa fenomenologica.....	29
2.2 Obiettivi dello Studio.....	30
2.3 Criteri di Inclusione ed Esclusione .....	30
2.3.1 Criteri di Inclusione.....	30
2.3.2 Criteri di Esclusione .....	31
2.4 Setting di reclutamento del campione .....	31
2.5 Raccolta del materiale di ricerca.....	33
2.6 Analisi dei dati .....	34
2.7 Aspetti etici.....	40
2.8 Rigore metodologico .....	41

<b>Capitolo 3. Risultati</b> .....	43
<b>3.1 Descrizione del campione</b> .....	43
<b>3.2 Analisi Qualitativa</b> .....	45
<b>3.2.1 Il Punto di vista del Genitore – Vissuti di Genitorialità</b> .....	46
<b>3.2.1 Il Punto di vista dell’Operatore – La Cura della Genitorialità</b> .....	55
<b>3.2.3 Analisi delle conoscenze dei professionisti sanitari coinvolti         riguardo il Percorso Nascita</b> .....	63
<b>Capitolo 4. Discussione</b> .....	73
<b>4.1 Discussione dati "Il Punto di vista del Genitore - Vissuti di     Genitorialità"</b> .....	73
<b>4.2 Discussione dati “Il Punto di Vista dell’Operatore - La Cura della     Genitorialità”</b> .....	77
<b>4.3 Discussione dati Percorso Nascita</b> .....	84
<b>Capitolo 5. Conclusioni</b> .....	87
<b>Bibliografia</b> .....	95
<b>Elenco Tabelle</b> .....	105
<b>Allegati</b> .....	107
<b>Allegato 1 – Il Percorso Nascita in Friuli Venezia-Giulia</b> .....	107
<b>Allegato 2 - Organizzazione Policlinico San Giorgio Spa - Casa di Cura     Privata</b> .....	117
<b>Allegato 3 - Questionario</b> .....	118
<b>Allegato 4 – Partecipanti al questionario suddivisi per     Dipartimento/Professione - AsFO</b> .....	126
<b>Allegato 5 - Partecipanti al questionario suddivisi per     Dipartimento/Professione – Policlinico San Giorgio Spa - Casa di Cura     Privata</b> .....	127
<b>Allegato 6 - Categorie e principali estratti - Punto di Vista del Genitore</b>	128
<b>Allegato 7 - Categorie e Estratti - Punto di Vista dell'Operatore</b> .....	141
<b>Allegato 8 - Le fasi del Percorso Nascita</b> .....	148

<b>Allegato 9 - Categorie e principali estratti - Scelte di non adesione al</b>	
<b>Percorso Nascita prima del 2012.....</b>	<b>167</b>



## **Abbreviazioni**

A.M.: Azioni sul Materiale

A.R.: Azioni Riflessive

AsFO: Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

ASUFC: Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

BMI: Body Mass Index

BRO: Gravidanza a Basso Rischio Ostetrico

CAN/IAN: Corso Accompagnamento alla Nascita/Incontro Accompagnamento alla Nascita

CEUR: Comitato Etico Unico Regionale

DAT: Dipartimento Assistenza Territoriale

DPTa: Difterite-Pertosse-Tetano

EBM: Evidence Based Medicine

EU: Europa

FVG: Friuli Venezia-Giulia

HCA: Health Care Assistant

ISTUD: Istituto Studi Direzionali

ISS: Istituto Superiore di Sanità

MCA: Assistenti alla Maternità

NBM: Narrative Based Medicine

O.S.S.; Operatore Socio-Sanitario

SC: Struttura Complessa

SNLG: Sistema Nazionale Linee Guida

SS: Struttura Semplice

SSD: Struttura Semplice Dipartimentale

SSN: Sistema Sanitario Nazionale

S.W.O.T.: Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats

T1-G: Tema 1 - Genitore

T2-G: Tema 2 - Genitore

T3-G: Tema 3 - Genitore

T4-G: Tema 4 - Genitore

T5-G: Tema 5 - Genitore

T1-O: Tema 1 - Operatore

T2-O: Tema 2 - Operatore

T3-O: Tema 3 - Operatore

T4-O: Tema 4 - Operatore

T5-O: Tema 5 - Operatore

T6-O: Tema 6 - Operatore

T7-O: Tema 7 - Operatore

T.I.N.: Terapia Intensiva Neonatale

TSLB: Tecnico Sanitario di Laboratorio Medico

TSRM: Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

UE: Unione Europea

Ut.: Utente

## **Capitolo 1. Introduzione**

### **1.1 Il percorso Nascita in FVG**

Di seguito vengono riportati, in maniera non integrale, i contenuti inerenti al Percorso Nascita in FVG così come presentati all'interno dell'Allegato A della Delibera n. 723 del 21 Marzo 2018.

La definizione di un percorso nascita regionale che assicuri qualità e sicurezza delle cure, discende dalla delibera giuntales 1083/2012 che, nell'individuare i requisiti di qualità e sicurezza dei nodi della rete in coerenza con le indicazioni ministeriali, ha inteso promuovere interventi a sostegno di un modello di cura che permetta di garantire l'assistenza, l'accompagnamento e il sostegno della coppia e del nascituro nella struttura più idonea alla situazione, superando le rigidità organizzative e favorendo l'interazione tra i servizi coinvolti e tra le diverse figure professionali.

È un percorso assistenziale personalizzato, centrato sui bisogni della donna e del nascituro e commisurato al grado di rischio della gravidanza, che assicuri gli standard di qualità e sicurezza e valorizzi e promuova un efficace processo di partecipazione ed *empowerment* della donna/coppia.

Il percorso nascita è composto di macrofasi caratterizzanti:

- Assistenza preconcezionale
- Accesso al percorso nascita: accertamento di gravidanza e prima visita
- Percorso gravidanza a basso rischio (fisiologica) e percorso gravidanza a medio/alto rischio
- Travaglio e parto
- Puerperio

#### **1.1.1 Assistenza Preconcezionale**

Gli Interventi preventivi nei confronti di alcuni fattori di rischio, come ad esempio nutrizione inadeguata e scarsa assunzione di folati, uso di alcool, fumo, sostanze illegali o farmaci teratogeni, potrebbero risultare tardivi e non efficaci sulla salute

del nascituro, se effettuati a gravidanza iniziata, quando è già avvenuta l'organogenesi.

È necessario, pertanto, promuovere la salute della donna prima di pianificare la gravidanza, in modo da favorire stili di vita sani e poter intervenire con una prevenzione efficace su eventuali fattori di rischio modificabili.

Gli ambiti di intervento sono di seguito specificati:

- implementare campagne informative sull'opportunità di intervenire su eventuali fattori di rischio o sul controllo di preesistenti patologie croniche prima di intraprendere la gravidanza, identificando strumenti e sedi idonei;
- rafforzare i fattori protettivi, quali uno stile di vita sano, l'attività fisica, un'alimentazione adeguata, la supplementazione di acido folico, l'immunizzazione contro alcune patologie che, se contratte in gravidanza, possono determinare danni al feto (quali ad esempio la rosolia), l'eliminazione di alcool, fumo, sostanze d'abuso, ecc.;
- intercettare ed evitare eventuali esposizioni ambientali lavorative o domestiche nocive per il prodotto del concepimento;
- identificare eventuali fattori di rischio relativi a specifiche patologie nella storia familiare e personale della donna e situazioni di rischio psicosociale;
- escludere rischi procreativi correlati ad una condizione patologica o di rischio genetico di uno od entrambi i genitori evidenziati dall'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia;
- programmare gli accertamenti consigliati ed eventualmente altri approfondimenti ritenuti appropriati relativamente al rischio procreativo riscontrato;
- promuovere, in caso di malattie croniche della donna, azioni mirate sia al miglioramento/stabilizzazione del quadro clinico, al fine di iniziare la gravidanza nelle migliori condizioni cliniche possibili, che all'adeguamento del piano terapeutico, con lo scopo di evitare l'uso di eventuali farmaci nocivi per il nascituro.

Nella tabella seguente sono indicati gli obiettivi di salute, la tempistica, il *setting*, gli operatori coinvolti e le azioni da mettere in atto per il raggiungimento dei fini preposti.



## **1.1.2 Accesso al Percorso Nascita**

### **1.1.2.1 L'accertamento dello stato di gravidanza**

La donna può rivolgersi al proprio medico di medicina generale, al Consultorio familiare o agli Ambulatori specialistici ginecologici per l'accertamento di gravidanza e il rilascio del certificato di gravidanza.

È contestualmente informata del diritto ad eseguire alcune prestazioni, utili a tutela della sua salute e di quella del bambino, gratuitamente, ossia senza pagamento del ticket sanitario.

Accertato lo stato di gravidanza, la donna accede al percorso nascita presso gli ambulatori aziendali per la gravidanza fisiologica del Consultorio familiare, ove già prevista l'offerta specifica, o, in caso contrario, delle strutture ospedaliere. A regime, l'accesso al percorso è previsto presso i Consultori familiari.

### **1.1.2.2 La prima visita**

La prima visita è indicata non appena conosciuto lo stato di gravidanza e, comunque, preferibilmente entro la 10<sup>a</sup> settimana di età gestazionale. L'opportunità di un incontro precoce è motivata dal fatto che, nel corso della prima visita, la donna può acquisire numerose informazioni che le permetteranno di operare scelte informate e consapevoli per pianificare al meglio il percorso che sta per intraprendere e, nel contempo, il professionista può accertare il grado di rischio della gravidanza e concordare con la donna il percorso più appropriato.

La prima visita è orientata a:

- offrire informazioni sui servizi disponibili per l'assistenza e il sostegno, sui benefici di legge a tutela della maternità e paternità, su abitudini alimentari (compresa supplementazione ac. folico, se non già iniziata in epoca preconcezionale) e stili di vita sani, sulla gestione dei sintomi più comuni in gravidanza, su screening, diagnosi prenatale e sui corsi di accompagnamento alla nascita;
- identificare le donne che accedono al percorso gravidanza a basso rischio (fisiologica) a gestione ostetrica e quelle che invece presentano un profilo di rischio che necessita di un'assistenza addizionale personalizzata (gravidanza a medio/alto rischio). La valutazione avviene attraverso un'approfondita raccolta di elementi anamnestici familiari della coppia,

personali, ostetrici (inclusa la compilazione della *check-list* predefinita), clinici (tra i quali peso, BMI - *body mass index* - e pressione arteriosa) e laboratoristici. Particolare attenzione va posta all'individuazione di donne con bisogni specifici legati a situazioni di disagio psichico, vulnerabilità psico-sociale, mutilazioni genitali femminili, violenza domestica, ecc;

- facilitare, sulla base delle risultanze degli elementi di cui sopra, l'accesso al percorso più appropriato per quella donna, in rapporto al grado di rischio.

Viene illustrato e discusso con la donna/coppia il profilo assistenziale, il *setting* di cura e il calendario dei controlli ed esami.

La comunicazione, durante tutto il percorso, deve risultare semplice, chiara e comprensibile, orientata a stimolare la partecipazione attiva della donna al programma di assistenza e cura, lasciando lo spazio per poter discutere e formulare domande.

Se sussistono tutti gli elementi per considerare la gravidanza come a basso rischio, viene offerta alla donna l'opportunità di intraprendere il percorso a gestione ostetrica.

Qualora dalla storia anamnestica familiare della coppia, personale ed ostetrica, dall'esame clinico o dai dati laboratoristici emerga la presenza di uno o più fattori di rischio, lo specialista ginecologo dell'Ambulatorio orienterà la donna verso il setting di cura più appropriato al livello di rischio, medio o alto, riscontrato e ne faciliterà l'accesso.

### **1.1.3 Percorso Gravidanza a Basso Rischio (Fisiologica)**

Per gravidanza fisiologica si intende una gravidanza che non presenta fattori di rischio anamnestici, clinici e laboratoristici né per la madre, né per il feto, ossia una gravidanza singola senza complicazioni in una donna in buona salute.

Alle donne con gravidanza a basso rischio, viene offerto sul territorio regionale un percorso basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica nell'ambito di un team multiprofessionale che opera in una rete integrata che prevede l'interazione tra ostetriche, ginecologi, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, tra professionisti dei Consultori familiari professionisti dei Punti nascita.

L'assistenza si sviluppa quindi in un contesto di lavoro di équipe (ostetrica, medico ostetrico-ginecologo, altri professionisti qualora necessario), secondo un modello organizzativo codificato a livello aziendale che garantisca la pronta sinergia e collaborazione da parte di ogni professionista dell'équipe stessa, adeguatamente formato.

Il percorso si articola in una serie di incontri programmati, durante i quali la donna riferisce sul suo stato di salute fisico e psichico e il professionista rileva le sue condizioni cliniche e quelle del feto in uno scambio di informazioni che creano una relazione di cura che durerà l'intero arco della gravidanza e puerperio. Il bilancio di salute è inteso come l'insieme di tutti gli elementi relativi allo stato di salute psicofisica, raccolti durante l'incontro che permettono appunto al professionista di fare un bilancio sulla salute della futura mamma e del nascituro, per poter meglio pianificare e personalizzare l'assistenza via via nel corso del percorso.

L'andamento della gravidanza e lo stato di salute della donna e del feto sono valutati con rilevazioni anamnestiche, cliniche, indagini ed esami predefiniti per età gestazionale, secondo evidenza.

La valutazione del rischio va ripetuta ad ogni controllo, in quanto in ogni momento della gravidanza può insorgere una complicanza. Il concetto di rischio deve, quindi, essere inteso in senso dinamico: un rischio specifico che si evidenzia ad una determinata età gestazionale (ad esempio minaccia di aborto) non necessariamente impatta negativamente sull'esito della gravidanza stessa, così come una gravidanza fisiologica può, in qualsiasi momento, evolvere verso la patologia, anche in assenza di preesistenti indicatori di rischio. Per tale motivo deve essere previsto un attento monitoraggio e un pronto adeguamento alle esigenze cliniche di volta in volta individuate.

Il proseguimento del percorso, se la valutazione conferma il basso rischio, segue il calendario predefinito.

Nel caso, invece, venga individuata una condizione che si discosta dalla fisiologia, l'ostetrica segnala la situazione al medico ginecologo dell'équipe che, vista la donna, individuerà i bisogni e, nel caso, la indirizzerà verso strutture specialistiche ospedaliere.

#### **1.1.4 Percorso Gravidanza a Medio/Alto Rischio**

Si definisce ad alto rischio quella gravidanza che, per condizioni di patologia materna o fetale, presenta una probabilità di *outcome* patologico, per la donna e/o per il feto, maggiore rispetto all'incidenza stimata nella popolazione generale delle gestanti. La condizione patologica può essere preesistente al concepimento o insorgere nel corso della gestazione e riguardare la gestante e/o il feto.

Alcune gravidanze, pur non presentando un alto rischio, necessitano comunque di una gestione medico-specialistica e sono considerate a medio rischio.

Si tratta di un elenco non esaustivo e la valutazione del rischio dovrà comunque integrare gli elementi anamnestici, familiari e personali, con quelli clinici e con i risultati di esami ed indagini.

Considerato che una presa in carico precoce, con una gestione specialistica adeguata, dedicata a gravidanze con rischio aumentato, riduce eventi avversi e migliora l'*outcome* materno e fetale, è opportuno garantire un accesso facilitato a percorsi di cura appropriati per ciascuna donna in gravidanza, all'interno di una rete integrata regionale che veda l'operatività, secondo un modello sinergico, di servizi dedicati alla gestione di livelli di rischio ostetrico differenziati.

In presenza di una gravidanza con fattori di rischio identificati, spetta allo specialista ginecologo dell'equipe individuare il *setting* di cura più appropriato per la donna e la coppia, in quella determinata fase di gravidanza.

Il rischio deve essere periodicamente rivalutato nel corso della gestazione, trattandosi di un percorso dinamico, come già precedentemente sottolineato.

È altresì possibile che il centro specialistico orienti nuovamente la gravida verso un ambulatorio per la gestione della gravidanza a basso rischio, dopo la risoluzione della problematica.

#### **1.1.5 Travaglio e Parto**

La scelta del Punto nascita da parte della donna/coppia segue, usualmente, la logica della vicinanza territoriale, solo in alcuni casi la situazione clinica della donna o del feto raccomandano che il parto avvenga in strutture dotate di assistenza specialistica di II livello per la donna e di terapia intensiva neonatale (T.I.N.) per il nascituro.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i neonati pretermine nati in strutture dotate di T.I.N. hanno una maggior sopravvivenza ed un *outcome* favorevole

rispetto ai nati in strutture sprovviste di T.I.N. che hanno avuto pertanto necessità di un trasferimento postnatale. Ne consegue che la scelta più idonea ai fini dell'appropriatezza e sicurezza delle cure è la

centralizzazione delle gravidanze a rischio, che corrisponde al modello del trasporto in utero, universalmente riconosciuto come la modalità più efficace e sicura per garantire alla gestante e al neonato l'assistenza più qualificata.

A 36 settimane di età gestazionale è opportuno l'invio al Punto nascita prescelto per il parto per il prosieguo del monitoraggio della gravidanza. Questo controllo permetterà alla donna e agli operatori del Punto nascita una conoscenza reciproca, la valutazione dello stato di benessere materno-fetale e la pianificazione del percorso nelle ultime settimane prima

del parto. Il controllo è l'occasione per la donna/coppia che non ne abbia già avuto l'opportunità in altri percorsi strutturati, di visitare la struttura, conoscere le modalità di accesso e l'organizzazione dell'accoglienza, di accertare se il Punto Nascita risponde alle aspettative e preferenze maturate durante la gravidanza e di familiarizzare con i luoghi sede di nascita del suo bambino.

La donna è informata sulle modalità farmacologiche e non farmacologiche di contenimento/gestione del dolore nel travaglio e nel parto (ad esempio supporto relazionale, assunzione di posizioni libere, immersione in acqua, analgesia epidurale ecc.).

Riceve informazioni, basate su prove scientifiche, in merito alle modalità del parto, anche cesareo, che includono in particolare:

- le indicazioni assolute e relative al taglio cesareo;
- i potenziali benefici e danni associati al taglio cesareo per la salute della donna e del neonato;
- le modalità di espletamento dell'intervento chirurgico;
- le diverse tecniche anestesilogiche;
- le implicazioni per future gravidanze e nascite dopo il taglio cesareo.

L'assistenza durante il travaglio e il parto deve garantire alla donna la riservatezza e la tranquillità necessarie per vivere questo momento come un evento naturale, nonché favorire il legame tra genitori e neonato.

La donna viene aiutata a riconoscere l'evoluzione fisiologica di quanto sta avvenendo; viene favorito, attraverso l'*empowerment*, l'accoglimento del neonato, incoraggiando il contatto pelle a pelle immediato e continuativo fino al completamento della prima poppata. Nel contempo l'ostetrica ha il ruolo di individuare gli eventuali elementi di rischio per la madre e/o per il nascituro e di attivare le figure professionali necessarie (ginecologo, anestesista, pediatra/neonatologo).

Viene promossa e favorita la raccolta solidaristica del sangue cordonale, secondo protocolli omogenei a livello regionale.

### **1.1.6 Il Puerperio**

Il puerperio rappresenta un periodo particolarmente delicato sia dal punto di vista assistenziale per madre (possibili complicanze, crisi di stanchezza, ansia, difficoltà di allattamento, *maternity blues*, ecc) e neonato (difficoltà di attaccamento al seno, disidratazione, ittero, ecc), sia dal punto di vista psico-relazionale. Si tratta di una fase caratterizzata da forti emozioni, cambiamenti fisici importanti e mutamenti nelle relazioni interpersonali.

È un periodo nel quale l'assistenza e il supporto a madre e neonato sono orientati, da un lato, a prevenire, identificare tempestivamente e trattare eventuale patologia, dall'altro a promuovere la fisiologia dell'adattamento postnatale, l'allattamento e il benessere psico-relazionale del nuovo nucleo familiare e a sostenere la donna nella consapevolezza delle sue competenze naturali di accudimento.

Il riconoscimento di specifiche esigenze della diade madre-neonato (attaccamento al seno precoce e a richiesta, libertà da orari rigidi), l'inutilità di alcune pratiche assistenziali routinarie e l'affermarsi di modelli assistenziali che prevedono la dimissione precoce dopo il parto, hanno portato a rivedere le modalità assistenziali in molti Punti nascita, e a ripensare all'intero complesso delle cure fornite nell'immediato post-partum sia alla madre che al neonato.

Gli obiettivi prioritari da perseguire sono di seguito specificati:

- salvaguardare la relazione tra genitori e bambino, promuovendo fin dal momento della nascita la possibilità che madre e neonato stiano insieme 24 ore su 24 (contatto precoce e *rooming in*);

- promuovere e sostenere l'allattamento e supportare l'accudimento del neonato;
- favorire una permanenza breve in ospedale, garantendo a donna e neonato l'assistenza extraospedaliera necessaria, anche attraverso l'attivazione di visite domiciliari da parte dell'ostetrica;
- garantire la continuità dell'assistenza durante tutto il percorso nascita, percorso che non si esaurisce con il parto. La dimissione dalla maternità, con il rientro a domicilio dopo la nascita, rappresenta infatti uno degli snodi della continuità tra servizi e deve essere coordinata e codificata, ai fini di perseguire migliori esiti di salute, sia per la madre che per il neonato, in particolare nelle situazioni di vulnerabilità psicosociale. Va offerto, pertanto, un percorso personalizzato, centrato sui bisogni della diade madre-bambino, all'interno di un modello organizzativo in cui i professionisti operano in maniera sinergica, coordinata e codificata durante tutte le fasi del percorso, al fine di diagnosticare ed intervenire precocemente nelle situazioni di disagio psicofisico (*depressione post partum, baby blues, infanticidio*) e garantire il benessere materno e di coppia e la sicurezza del neonato.

## **1.2 I Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN)**

Il corso di accompagnamento alla nascita è un'opportunità per tutte le donne gravide che avvertono il bisogno di affrontare consapevolmente la nascita del proprio figlio.

Lo scopo degli incontri è quello di rispondere all'esigenza delle donne di acquisire elementi conoscitivi utili alla comprensione dei processi di trasformazione e di cambiamento che avvengono durante la gravidanza, il travaglio, il parto e il puerperio, di affrontare il tema dell'allattamento e della cura del bambino e della genitorialità, nonché di ricevere informazioni sui servizi e sull'offerta assistenziale.

All'interno dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (AsFO) vengono svolti numerosi incontri di accompagnamento alla nascita e nel post-partum della durata di 2 ore ciascuno. Nello specifico:

Incontri durante la gravidanza:

- 1° Incontro: Diventare Genitori - Genitorialità e sviluppo del feto a cura di Psicologo psicoterapeuta/ Ostetrica
- 2° Incontro: Allattamento a cura Ostetrica
- 3° Incontro: La legislazione a tutela di Maternità e Paternità a cura di Assistente Sociale/Ostetrica
- 4° Incontro: Il cambiamento del corpo - Alimentazione, Stili di Vita Sani, Sessualità a cura Ostetrica
- 5° Incontro: Il Travaglio a cura Ostetrica
- 6° Incontro: Il parto e il puerperio a cura Ostetrica
- 7° Incontro: Il rientro a Casa e la Cura del Neonato a cura Ostetrica/Pediatra
- 8° Incontro: Da Coppia a Famiglia - la Coppia che cambia a cura Psicologo psicoterapeuta/Ostetrica

Incontri dopo la gravidanza:

- 1° Incontro: Siamo diventati genitori - rientro a casa, cura del neonato e vaccinazioni a cura di Ostetrica/Assistente Sanitario/Infermiere
- 2° Incontro: Lo sviluppo del bambino in un ambiente sicuro a cura di Ostetrica/Assistente Sanitario/Infermiere
- 3° Incontro: Lo sviluppo del bambino attraverso stili di vita sani a cura di Ostetrica/Assistente Sanitario/Infermiere
- 4° Incontro: Corso di Massaggio del Bambino a cura di Ostetrica/Assistente Sanitario/Infermiere

### **1.3 Il Diario/Agenda della Gravidanza**

*“Poiché la gravidanza, il parto/nascita e il post-partum sono momenti di un processo unico, la frammentazione delle prestazioni multidisciplinari, la difficoltosa circolazione e condivisione delle informazioni tra le diverse figure*



*professionali, secondo modalità codificate, hanno un peso rilevante sulla sicurezza delle cure"*<sup>3</sup>

Il diario/agenda della gravidanza è stato realizzato in base a un progetto della Regione Friuli Venezia Giulia. È una guida informativa per accompagnare la donna e la coppia in attesa di un bambino/a, per facilitare l'interazione e la collaborazione con i professionisti che operano nel Percorso Nascita e per rendere disponibili ai futuri genitori elementi utili per essere protagonisti informati e consapevoli delle proprie scelte.

L'Agenda contribuisce:

- alla conoscenza del percorso assistenziale: i controlli, gli esami e le indagini consigliati a seconda del trimestre di gravidanza;
- alla raccolta della documentazione clinica;
- all'acquisizione da parte degli operatori sanitari che vengono in contatto con la donna, di informazioni utili a conoscere, in ogni momento, la storia clinica e l'evoluzione della gravidanza.
- all'acquisizione di informazioni sui temi della prevenzione e della promozione della salute

#### **1.4. La Medicina Narrativa**

L'evoluzione tecnologica e del sapere medico ha permesso, negli anni, di migliorare le competenze degli operatori sanitari nel diagnosticare, curare ed eliminare infezioni un tempo fatali. Nonostante il progresso così impressionante, manca spesso, negli operatori sanitari, la capacità umana di provare empatia per le persone di cui ci si prende cura.

Nella realtà sanitaria attuale gli operatori sanitari, osservando in modo pedissequo linee guida, raccomandazioni e procedure scientifiche, perdono di vista e prendono sempre più la distanza dalle esperienze personali delle persone di cui si prendono cura a favore dell'impersonalità e oggettività del giudizio clinico. Tale atteggiamento si rispecchia, nei confronti dell'assistito, con sensazioni di malessere e confusione nell'iter terapeutico da seguire, crescita di un senso di abbandono, paura, dubbi e sofferenza. Il personale sanitario ha bisogno di saper ascoltare le persone, rispettarne le storie, lasciarsi coinvolgere per agire nel loro

---

<sup>3</sup> *Raccomandazione Ministero Salute n. 16, aprile 2014*

interesse. All'interno delle *core competence* dei professionisti sanitari si sviluppa la necessità di ricercare strumenti in grado di riflettere sulla pratica assistenziale, per parlare della vita nella sanità, comprendere con attenzione e lucidità emotiva l'altro e creare un legame fiduciario tra operatore sanitario e persona assistita.

La medicina narrativa si sintonizza con l'altro, genera e trasmette una conoscenza attenta, fa emergere le responsabilità nella cura, aiuta a dare una risposta alle accuse di impersonalità, frammentazione, freddezza, difesa degli interessi personali, carenza di consapevolezza sociale.<sup>4</sup>

Diverse le definizioni fornite dagli esperti riguardo la Medicina Narrativa.

Secondo quanto scritto da Brian Hurwitz e Trisha Greenhalgh è “tutto quello che accade tra professionista sanitario e paziente”.<sup>5</sup>

Per Rita Charon rappresenta la stessa pratica clinica quotidiana e si basa sulle capacità dei professionisti di riconoscere, assimilare, interpretare ed essere mossi dalle narrazioni dei pazienti.<sup>6</sup>

Per John Launer Medicina narrativa significa comprendere se c'è un adattamento positivo dopo il subentro della malattia, o se invece, le storie restano bloccate, portando con sé il trauma del paziente di fronte alla nuova indesiderata condizione.<sup>7</sup>

L'Istituto Superiore di Sanità con il CNMR (Centro Nazionale Malattie Rare) ha definito che con il termine di Medicina Narrativa si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa.<sup>8</sup>

Per Maria Giulia Marini e ISTUD la Medicina Narrativa si affianca alla Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) e non è da confondersi con le Medical Humanities. Alla base della Medicina Narrativa c'è un approccio alle cure più attento alla persona: l'analisi dei testi scritti dai pazienti, dai professionisti sanitari e dai familiari permette di comprenderne la cultura, i valori, i bisogni, le passioni, i

---

<sup>4</sup> Charon, R., (2019), *"Medicina Narrativa: Onorare le storie dei pazienti"*, Raffaello Cortina Editore

<sup>5</sup> Greenhalgh, T.; Hurwitz, B.; (1998), *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, Family Practice

<sup>6</sup> Charon, R., (2019), *"Medicina Narrativa: Onorare le storie dei pazienti"*, Raffaello Cortina Editore

<sup>7</sup> Launer, J., (2023), *Emozioni e Medicina Narrativa*, Medicina Narrativa.Eu, Il portale ISTUD sulla Medicina Narrativa

<sup>8</sup> ISS, (2015), *"Linee di Indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico assistenziale per le malattie croniche e rare"*

progetti personali e professionali ed è su questo che ci si basa per creare o mantenere una sanità ecologica.

Medicina narrativa è anche riscrivere la terminologia medica e scientifica in modo che sia più coerente con il vissuto e il pensiero del paziente.<sup>9</sup>

La Medicina Narrativa non è una rappresentazione artistica e romanzata delle storie di malattia, ma una scienza che aiuta tutti i professionisti del sistema sanitario ad accogliere con attenzione le esperienze sia delle persone che convivono con una patologia, sia di coloro i quali si prendono cura di loro, attraverso la ricerca e pratica clinica.

*“La Medicina Narrativa è democratica. È capace di unire malati e operatori sanitari, associare medicina basata sulle evidenze e medicina basata sulla narrazione, così come scienze cliniche e scienze umane.*

*La Medicina Narrativa è di chiunque sia coinvolto, sia da paziente che da curante, nel processo terapeutico; appartiene ai pazienti, ai loro nuclei di riferimento, ai medici, agli infermieri, agli altri professionisti sanitari e amministrativi, alle direzioni generali, ma di più, ai cittadini”<sup>10</sup>*

Fin dagli anni Sessanta si sono sviluppate idee come il modello biopsicosociale, l'assistenza di base e la bioetica, che hanno ampliato il punto di vista e incoraggiato a prendere in considerazione gli aspetti emotivi, sociali e familiari, oltre a quelli biologici.

Apprendendo e sviluppando competenze narrative il professionista sanitario crea connessioni con il sé e migliora l'efficacia delle cure.

Le storie sono qualcosa di vivo, hanno molte dimensioni e grandi poteri. Con la narrazione possono essere fatte cose che non possono essere fatte altrimenti.

Il racconto è un alleato insostituibile, spesso silenzioso o quantomeno trasparente, per conoscere sé stessi ed entrare in relazione con l'altro, comprendendo ciò che la persona sta attraversando, gettando luce sulle sue esperienze per avere una diagnosi precisa e una direzione terapeutica. Inoltre, aumenta la capacità di

---

<sup>9</sup> <https://www.medicinanarrativa.eu/medicina-narrativa-istud>

<sup>10</sup> *Intervista a Maria Giulia Marini, La Repubblica, 12 Giugno 2012*

esaminare, attraverso la riflessione, che cosa significhi veramente fare un lavoro di cura. affinché vengano garantite cure e assistenza efficaci ed empatiche nei confronti delle persone assistite, dei colleghi e degli altri professionisti della salute.

#### **1.4.1 Medicina Narrativa: tra eticità e bioetica**

*“Una narrazione è etica nel senso che ognuno assume un ruolo di mediazione e autorialità rispetto alla storia di un altro [...]. Quando si racconta qualcosa, si fanno affermazioni su tutti quelli che vi prendono parte, da chi vi è incluso a quanti, fuori, ne rappresentano i testimoni e i co-creatori morali: i lettori.”<sup>11</sup>*

Chi narra una storia dona a chi l’ascolta parte del suo vissuto e della sua essenza. Si viene a creare un legame tra chi dona e chi ascolta. Si diventa custodi della storia dell’altro, si assumono doveri nei confronti dell’altro. Diamo e riceviamo allo stesso tempo, con gioia e serietà. Assumiamo un atteggiamento benevolo e conciliante. Le storie rivelano il Sé e celebrano l'altro, favorendo l'incontro all'insegna di una creazione reciproca d'identità.

Tale aspetto intersoggettivo riguarda l’etica della narrazione.

*“Esiste una relazione singolare e inaspettata tra l’affermazione della legge morale universale e la narrazione” (J. Hillis Miller, 1987).<sup>12</sup>*

*“La letteratura non offre solo una conoscenza, ma un'esperienza” (L. Rosenblatt, 1970).<sup>13</sup>* Quando leggiamo, non rimaniamo indifferenti, anzi: ci apriamo a una trasformazione fondamentale, aumentando la capacità di percepire, discernere, affrontare il mistero ed essere liberi.

Secondo Rita Charon, i cinque aspetti costituenti la medicina narrativa (temporalità, singolarità, causalità, intersoggettività ed eticità) non sono isolati e indipendenti gli uni gli altri. Si associano, si intrecciano, si rafforzano a vicenda,

---

<sup>11</sup> Charon, R., (2019), *“Medicina Narrativa: Onorare le storie dei pazienti.”*, Raffaello Cortina Editore,

<sup>12</sup> Miller, J.H.; (1987), *L’etica della lettura: Kant, de Man, Eliot, Trollope, James e Benjamin*, Tr. It. Mucchi, Modena 1989

<sup>13</sup> Rosenblatt, L.M.; (1970), *Lietrature as Exploration*, Modern Language Association, New York

come il lettore e lo scrittore che cercano, insieme, un senso alle parole. La temporalità è fondamentale per la causalità, la singolarità si fonde con l'intersoggettività, da cui scaturisce, a sua volta, l'eticità.

La formazione del professionista sanitario al diritto e la conoscenza dei principi sanitari non bastano. Tali conoscenze devono essere integrate ai concetti della bioetica e abilità per recepire e interpretare i racconti di malattia, accompagnare le persone nel loro cammino, aiutarle a compiere scelte in sintonia con i loro valori.

La forza della narrazione può essere trasformativa arrivando a modificare ciò che i bioeticisti, come i professionisti della salute, fanno con i pazienti, le famiglie, colleghi e il sé, andando a creare un'etica che stia dentro la medicina, e non a una bioetica che si ponga al di fuori della medicina.

Si prefigura quindi un nuovo approccio dell'etica: da strada concettuale (principialismo), a una visione della particolarità degli individui, unicità delle convinzioni, carattere prospettico della verità. I principialisti propongono una visione del mondo che si fonda sulle regole, ma non sull'esperienza vissuta e concreta. L'etica narrativa, invece, si basa sui valori di gratitudine, generosità e desiderio e permettono di accompagnare il personale sanitario e la persona assistita.

La narrazione influenza e trasforma entrambe le componenti della bioetica: quella bio (medica) e quella etica. La medicina narrativa è etica in sé, non ha per forza bisogno di essere sostanziata da una bioetica separata. Arthur Frank (2019) approfondisce l'idea di "*pensare con le storie*", sottolineando l'influenza radicale che hanno su di noi.

L'eticità non è separata dalla temporalità, dalla singolarità, dalla casualità, dall'intersoggettività. L'eticità emerge nello stesso momento in cui gli operatori e gli utenti si relazionano, pur con le rispettive individualità, cercando le ragioni degli eventi, nell'arco che va dalla nascita alla morte. Non è possibile disgiungere l'elemento della responsabilità dal modo in cui entriamo in contatto tra noi, ci collochiamo nel tempo, ordiniamo i fatti, tolleriamo l'ambiguità o l'incertezza, riconosciamo le nostre caratteristiche, ci ascoltiamo.

## 1.4.2 La cartella parallela per l'operatore sanitario

*"Ogni giorno riportate qualcosa nella cartella clinica: i disturbi, i risultati dell'esame obiettivo e degli accertamenti di laboratorio, il parere del primario, la terapia. Sapete esattamente cosa scriverci e in che modo. Immaginiamo che un paziente stia morendo di cancro alla prostata e che vi ricordi vostro nonno, mancato da poco per la stessa malattia. Appena entrate nella stanza, soffrite. Non vi permettiamo di parlarne nella cartella clinica, ma da qualche parte dev'essere fatto: nella cartella parallela."<sup>14</sup>*

L'autrice afferma che la cartella parallela ha l'obiettivo primario di comprendere la sofferenza dei pazienti, unendola alla capacità di analizzare il proprio percorso. Il lavoro pratico sulle narrazioni è essenziale e favorisce l'efficacia clinica, in quanto, curando o prendendosi cura di un utente, l'operatore sanitario si espone: emergono i ricordi e le personalità di ognuno.

Forse, la cura non è importante solo per i pazienti/utenti, ma anche per gli operatori sanitari.

La narrazione personale può funzionare quale oggetto di transizione tra l'interno e l'esterno, "un luogo sicuro in cui realizzare attraverso la fantasia ciò che poi si farà".<sup>15</sup>

L'utilizzo della cartella parallela e delle competenze narrative permette di avere un atteggiamento diverso con pazienti e colleghi, sviluppa le capacità di attenzione e rappresentazione creando connessioni che modificano le azioni, il modo di raccogliere i dati clinici e di costruire l'alleanza terapeutica.

In tal senso, la cartella parallela e la narrazione trasformano la cura, permettendo di capire cosa significa stare bene ed essere malati, modificando gli orizzonti, mostrando il legame profondo tra salute e senso di sé.

Se si vuole cambiare l'assistenza sanitaria e raggiungere nuovi obiettivi, devono essere ideati nuovi strumenti, definirli, svilupparli, valutarne l'efficacia e proporre modelli di formazione.

---

<sup>14</sup> Charon, R., (2019), *Medicina Narrativa: Onorare le storie dei pazienti*. Raffaello Cortina Editore

<sup>15</sup> Allen, G., (2002), *The 'good enough' teacher and the authentic student*, in Mills, J., (a cura di), *A pedagogy of Becoming*, Editions Rodolpi, Amsterdam-New York, pp.146-176 in Charon, R., (2019), *Medicina Narrativa: Onorare le storie dei pazienti*, Raffaello Cortina Editore, 2019

### 1.4.3 La medicina narrativa: un modello per la modifica dei processi

Accanto all'evoluzione tecnologica e pluri specialistica nella diagnostica e nel curare le malattie, il panorama sanitario si trova quotidianamente a fare i conti con modelli organizzativi e processi assistenziali ormai obsoleti. La modifica dei modelli e processi dovrebbe trovare fondamento in procedure di revisione che prevedano l'utilizzo di strumenti all'avanguardia che mettono in risalto il ruolo dei professionisti sanitari interessati dagli stessi. Tra questi strumenti, la narrazione. Come affermato da Beckett, attraverso la narrazione è possibile riorganizzare le singole attività "*facendo qualcosa di nuovo, partendo da qualcosa di vecchio*" utilizzando la linearità per generare caos e stabilendo legami tra elementi apparentemente disgiunti. Vi è la necessità urgente di ripensare alle procedure e i principi per ridurre gli errori, diminuire gli sprechi e migliorare vari aspetti della sanità, che dovrebbe essere sicura, efficace, centrata sul paziente, tempestiva, efficiente ed equa. C'è attenzione verso quelle competenze che consentono di valutare la qualità e sostenere il cambiamento.

La narrazione permette di evidenziare gli aspetti rimossi, il nascosto, all'interno dei singoli processi. Al contempo, però, condividendo le diverse narrazioni si crea comunità.

Il personale sanitario ha bisogno di connessione non solo nelle relazioni terapeutiche, di cura e di assistenza, ma anche nei gruppi di operatori per cure più adeguate e rispettose della dignità delle persone.

La pratica narrativa riduce il burnout <sup>16</sup>, fornisce gli strumenti necessari per affrontare la sofferenza e le difficoltà, crea una forma di sostegno collettivo tra i membri dell'équipe multidisciplinare. All'interno dei processi assistenziali e di cura, i professionisti sanitari hanno bisogno di sentirsi comunità.

La formazione alla medicina narrativa contribuisce ad un'assistenza integrata e pluridisciplinare per analizzare il lavoro in un clima di fiducia e cooperazione. Favorendo il benessere dei singoli operatori, la coesione dei gruppi, ascoltando i bisogni degli assistiti e dei familiari, la circolazione dei saperi e delle informazioni al di là dei canali tradizionali, la narrazione fornisce nuove competenze cliniche, rafforza la fiducia professionale, migliora la soddisfazione

---

<sup>16</sup> <https://www.medicinanarrativa.network/a-proposito-di-burn-out-e-medicina-narrativa/>  
Starr, D.: (2019), *Quench the flames? Addressing the concerns of burnout in Medicine*

personale e la partecipazione, propone azioni al fine di migliorare i processi e i modelli assistenziali fossilizzati in procedure vetuste.

Grazie all'utilizzo degli strumenti narrativi è possibile comprendere il punto di vista dell'operatore ed evidenziare i punti critici dei processi organizzativi adottati su cui porre maggior attenzione e definire le azioni di miglioramento al fine di garantire un'assistenza di qualità che tenga in considerazione l'assistito e, al contempo, il benessere del professionista sanitario e dell'équipe multidisciplinare di cui fa parte.



## Capitolo 2. Materiali e Metodi

Il presente progetto di ricerca ha soddisfatto i criteri previsti dal seguente ordine metodologico:

- Tipologia di ricerca;
- Obiettivi dello studio;
- Criteri di inclusione ed esclusione dal progetto di studio;
- Setting di reclutamento del campione;
- La/le tecnica/che per la raccolta del materiale di ricerca;
- Il dispositivo procedurale di analisi del materiale
- Aspetti etici
- Rigore metodologico

### 2.1 Tipologia di ricerca

#### 2.1.1 La Ricerca qualitativa fenomenologica

La ricerca qualitativa poggia sul principio epistemologico secondo il quale per comprendere l'esperienza si deve assumere come oggetto il mondo dei significati in cui una persona si muove. Data questa tesi di sfondo la ricerca qualitativa non è interessata a raccogliere dati su quelle che vengono definite opinioni di superficie, come nella "survey research"<sup>17</sup> ma assume come oggetto d'indagine i significati che le persone attribuiscono all'esperienza vissuta e agli eventi del mondo circostante con l'obiettivo di pervenire a una comprensione quanto più fedele possibile del punto di vista dei partecipanti.<sup>18</sup>

Nella ricerca qualitativa un fenomeno può essere investigato sia tramite l'osservazione diretta o indiretta, oppure chiedendo ai partecipanti di dare voce al loro pensiero. La ricerca fenomenologica sollecita a preferire questa seconda modalità in quanto consente di entrare realmente nel mondo dei significati dell'altro, mentre l'osservazione presenta un rischio maggiore di tenere la ricerca dentro lo sguardo del ricercatore.

---

<sup>17</sup> Merriam, S. B. (2002). *Qualitative Research in Practice: Examples For discussion and Analysis*, San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.

<sup>18</sup> Merriam, S. B. (2001), *Qualitative research and case study applications in education*, San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers

Dare parola ai partecipanti allo studio impone di accettare tutti i limiti che tale affidarsi al dire dell'altro comporta, quali esperienze frammentate o silenzi. In ogni caso la soggettività del ricercatore è presente a livello di analisi dei dati.

## **2.2 Obiettivi dello Studio**

Il progetto di studio si pone i seguenti obiettivi:

- Valutare la conoscenza del percorso nascita da parte degli operatori dipendenti AsFO e del Policlinico San Giorgio S.p.a – Casa di Cura Privata;
- Identificare i punti di forza e i punti di debolezza del percorso nascita aziendale al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti alla famiglia;
- Individuare il vissuto e le azioni messe in atto per affrontare la genitorialità, da parte degli stessi operatori sanitari, al fine di promuovere il miglioramento nei percorsi nascita aziendali presenti sul territorio del Pordenonese;
- Proporre di utilizzo di un database per la raccolta del materiale prodotto affinché possa essere fruibile sia dagli operatori sanitari che dai pazienti e loro familiari, ricercando le soluzioni già presenti all'interno del contesto italiano.

## **2.3 Criteri di Inclusione ed Esclusione**

### **2.3.1 Criteri di Inclusione**

Dall'analisi del progetto di studio, sono stati identificati, quali operatori da includere nello stesso:

- Dipendenti AsFO afferenti al Dipartimento Materno Infantile:
  - Neonatologia
  - Pediatria
  - Ostetricia o Ginecologia
  - Servizio di Procreazione medicalmente assistita
  - Ambulatori Ginecologici e Ostetrici
  - Consultori Familiari del territorio

- Personale partecipante ai corsi di formazione aziendale nel mese di Giugno 2023;
- Dipendenti Policlinico San Giorgio - Casa di Cura Privata, compresi gli operatori del Dipartimento Materno Infantile.

### 2.3.2 Criteri di Esclusione

- Dipendenti AsFO non rientranti nel Dipartimento Materno Infantile e non partecipanti ai corsi di formazione nel mese di Giugno 2023.

### 2.4 Setting di reclutamento del campione

Il campione oggetto di studio svolge la propria attività professionale all'interno di due realtà ospedaliere attive nel territorio Pordenonese:

1. Azienda Sanitaria "Friuli Occidentale" (ASFO)
2. Policlinico San Giorgio - Casa di Cura Privata

### L'Azienda Sanitaria "Friuli Occidentale" (AsFO)<sup>19</sup>

Il territorio di competenza di ASFO coincide con quello della ex provincia di Pordenone. Si articola in 50 comuni e copre un territorio di circa 320.000 abitanti. È articolata in cinque Distretti:

- Distretto del Noncello,
- Distretto del Sile,
- Distretto del Livenza
- Distretto del Tagliamento
- Distretto delle Dolomiti Friulane.

L'Azienda è dotata di tre ospedali per un totale di circa 750 posti letto (1 ospedale Hub a Pordenone e due ospedali Spoke a San Vito al Tagliamento e Spilimbergo). Inoltre, presso Maniago e Sacile sono presenti dei Presidi Ospedalieri Territoriali di Prossimità, strutture distrettuali, riconvertiti nel 2015 da precedenti ospedali per acuti.

Sono presenti poi 7 strutture di cure intermedie (6 RSA e 1 Hospice).

Al fine di contestualizzare tale progetto di studio si definiscono, come dichiarato dall'Atto Aziendale AsFO del 10/02/2023:

---

<sup>19</sup> <https://asfo.sanita.fvg.it/>

- Il Dipartimento Materno-Infantile quale struttura organizzativa deputata al coordinamento e gestione delle risorse per le attività neonatologiche, pediatriche e del percorso nascita. È organizzato in strutture complesse (SC), semplici dipartimentali (SSD) e semplici (SS) e dipende gerarchicamente dal Direttore Sanitario:
  - SC Pediatria e Neonatologia
    - SS Neonatologia
    - SS Pronto Soccorso Pediatrico
  - SC Ostetricia e Ginecologia Pordenone
  - SC Ostetricia e Ginecologia San Vito-Spilimbergo
  - SSD Pediatria San Vito al Tagliamento
  - SSD Assistenza Pediatrica Domiciliare
  - SSD Procreazione Medicalmente Assistita.
  
- Il Dipartimento Assistenza Territoriale (DAT) è la struttura di coordinamento delle attività assistenziali, sanitarie, riabilitative, sociali e sociosanitarie in ambito territoriale, per una risposta continuativa e appropriata ai bisogni di salute della popolazione e di raccordo con le attività ospedaliere al fine di garantire la continuità delle cure. È organizzato in strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici di complesse e dipende gerarchicamente dal Direttore Sanitario e funzionalmente dal Direttore Sociosanitario. All'interno del DAT, viene preso in esame il personale afferente a:
  - Distretto delle Dolomiti Friulane: Consultorio Familiare di Spilimbergo e Maniago
  - Distretto del Livenza: Consultorio Familiare di Sacile
  - Distretto del Noncello: Consultorio Familiare di Pordenone
  - Distretto del Sile: Consultorio Familiare di Azzano Decimo.

### **Policlinico San Giorgio - Casa di Cura Privata<sup>20</sup>**

La Casa di Cura S. Giorgio fa parte della rete ospedaliera regionale del Friuli Venezia Giulia. Provvede all'assistenza ed al trattamento della malattia attraverso

---

<sup>20</sup> <https://www.clinicasangiorgio.it/index2.html?v3>

prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, tecnologicamente aggiornate, in regime di ricovero ed ambulatoriale.

Dispone di una superficie totale di ambienti pari a circa 12.500 mq. e consta di 170 posti letto, suddivisi tra degenza, day-hospital e riabilitazione. L'attività sanitaria è affidata a circa 450 persone, tra medici, ostetriche, tecnici, infermieri, OSS, ausiliari, personale di supporto, personale amministrativo.

La Casa di Cura è costituita da un piano seminterrato, da un piano rialzato e da altri 5 piani. L'organizzazione è impostata sulla suddivisione delle attività e delle diverse tipologie di degenza in correlazione con l'intensità delle cure necessarie allo specifico processo clinico. (Allegato n.2 - Organizzazione Policlinico San Giorgio Spa - Casa di Cura Privata)

## **2.5 Raccolta del materiale di ricerca**

Il progetto di studio ha interessato le strutture sopra descritte nei mesi da Giugno ad Agosto 2023 attraverso la somministrazione di un questionario con domande che aprano a risposte di tipo narrativo (Allegato n.3) in formato online, attraverso apposito canale di raccolta dati (EU Survey), o in formato cartaceo.

Il questionario, costruito in collaborazione con un'esperta in Medicina Narrativa<sup>21</sup>, ha indagato, attraverso 3 sezioni distinte:

- 1) I vissuti (aspettative, scelte ecc.) di genitorialità;
- 2) La genitorialità come professionisti della cura;
- 3) Le informazioni e conoscenze in merito al percorso nascita aziendale in essere o rispetto al passato.

Nello specifico, il questionario invitava il partecipante a redigere delle brevi scritture narrative legate al tema proposto oppure, qualora lo stesso non sia ritenuto idoneo, veniva invitato a redigere un breve racconto della sua esperienza di genitorialità.

1. Nella prima sezione gli inviti alla scrittura riguardavano la sfera della genitorialità (dall'età preconcezionale ai primi anni di vita). In questa sezione potevano dare il proprio contributo i professionisti che avevano

---

<sup>21</sup> Nicoletta Suter, Dirigente delle Professioni Sanitarie, Responsabile S.S. Formazione Azienda sanitaria Friuli Occidentale, Pordenone. Esperta in Medicina Narrativa e Medical Humanities vanta una formazione specialistica internazionale in tale ambito con numerose pubblicazioni scientifiche e partecipazione in qualità di relatrice e docente in numerosi convegni/congressi/corsi di laurea/aggiornamento continuo in medicina a livello nazionale.

vissuto un'esperienza di genitorialità positiva, negativa o di altro genere (adozione, affidamento etc.);

2. Nella seconda sezione gli inviti alla scrittura riguardavano il vissuto dell'operatore nell'assistenza alla donna/coppia e bambino (genitorialità professionale). Questa sezione è stata dedicata ai professionisti operanti all'interno dei Dipartimenti Materno-Infantile e Consultori Familiari;
3. Nella terza sezione gli inviti alla scrittura ponevano l'attenzione dell'operatore riguardo a progetti di vita genitoriale (o meno) futuri. Questa sezione è dedicata ai professionisti non rientranti nelle altre categorie.

Ai partecipanti è stata lasciata la libertà di rispondere ai quesiti ritenuti più idonei rispetto al vissuto personale e professionale.

All'interno di ogni sezione è stato incluso un "input" narrativo riguardo il Percorso Nascita Aziendale per mettere in luce gli sviluppi avvenuti dal momento della sua istituzione alla realtà aziendale attuale.

La raccolta dei contributi è avvenuta online o, periodicamente, attraverso diverse comunicazioni e sopralluoghi realizzati mediante la creazione di reti tra il ricercatore (tesista) e i diversi Responsabili di Piattaforma Assistenziale, Coordinatori Infermieristici e Dirigenti Medici.

## **2.6 Analisi dei dati**<sup>22</sup>

L'analisi dei dati, svolta da due ricercatori, ha preso in esame i tre metodi di fenomenologia descrittiva più frequentemente utilizzati: Colaizzi (1978), Giorgi (1985) e Van Kaam (1966). Tutti e tre i metodi, derivanti dalla *Scuola di Duquesne* di fenomenologia, descrivono la natura essenziale di un'esperienza attraverso l'identificazione di temi essenziali.

Il metodo fenomenologico secondo Giorgi (1985) risulta essere quello più corretto per il progetto in esame. Nello specifico verrà utilizzato un metodo fenomenologico più strutturato che si avvale di alcune intuizioni proprie della grounded theory: il metodo fenomenologico-grounded (Tabella n.1). Tale metodo prevede non solo azioni di analisi sul materiale raccolto (am), ma anche azioni

---

<sup>22</sup> Mortari L.; Saiani, L., *"Gesti e pensieri di Cura"*, Mc Graw Hill, Polit, Denise F.; Beck, Cheryl Tatatno; (2014), *"Fondamenti di Ricerca Infermieristica"*, Mc Graw Hill, Edizione Italiana a cura di Alvisa Palese

riflessive (ar) sulle azioni euristiche che vengono attivate. Ogni testo va riportato in un file e messo in una tabella strutturata in tre colonne: nella prima va riportato il testo, le altre vengono utilizzate per annotare gli esiti del processo di analisi.

<b>PRINCIPI EURISTICI</b>	<b>AZIONI EURISTICHE: AZIONI SUL MATERIALE (AM) AZIONI RIFLESSIVE (AR)</b>	<b>PRODOTTO DELL'ANALISI</b>
<b>Familiarizzare col materiale (lettura olistica)</b>	(am.1) Si leggono più volte i testi raccolti; la lettura non dev'essere preorientata da teoria ma aperta, cioè guidata dal solo principio di familiarizzare con i testi e pervenire ad una "visione d'insieme" del materiale (Giorgi, 1985)	È un prodotto mentale dato da una prima sommaria conoscenza del testo
<b>Individuare unità testuali significative (lettura analitica)</b>	(am.2) Si prende poi in esame singolarmente ogni trascrizione, sottoponendola a un'analisi dettagliata, che consiste nel leggere più volte il testo fino a individuare le <i>unità significative</i> . La definizione delle singole unità testuali fornisce l'orizzonte dei dati su cui operare.	Il testo riceve una prima e provvisoria strutturazione che evidenzia le unità da analizzare.
<b>Identificare la qualità specifica di ogni unità testuale e tradurla in una etichetta</b>	(am.3) Individuate le unità di significato, di ognuna di esse va identificata la qualità del significato che enuncia. Individuare la qualità specifica di un'unità significa etichettarla, cioè attribuire a essa una definizione che ne identifichi la qualità specifica. Un' <i>etichetta fenomenologica</i> è una descrizione sintetica del significato che rivela quella precisa unità testuale.	Nella seconda colonna di lavoro a fianco del testo vengono riportate le etichette che identificano la qualità specifica di ogni unità testuale significativa
<b>Praticare l'auto indagine riflessiva</b>	(ar.1) Il lavoro di etichettatura solleva molti problemi nella mente del ricercatore, poiché	Scrittura del diario della vita

	<p>non è facile trovare un'etichetta che sinteticamente definisca la qualità dell'unità testuale. Inoltre, più si procede nell'analisi, più risulta difficile codificare le unità significative in etichette ben distinte l'una dall'altra. Il modo in cui questa problematicità viene vissuta e affrontata è cosa importante da documentare, questo compito si attualizza descrivendo per iscritto i vissuti cognitivi che accompagnano il lavoro di etichettatura. È questo un lavoro specificatamente fenomenologico, poiché richiede al ricercatore di analizzare i propri vissuti mentali. Questo lavoro riflessivo va scritto nel diario della vita della mente sotto la forma di note riflessive.</p>	<p>della mente si annota nel diario la descrizione dei vissuti cognitivi che accompagnano il lavoro di etichettatura</p>
<p><b>Ripetere le azioni (am.3) e (ar.1) su ogni testo e agire il principio di epoché<sup>23</sup></b></p>	<p>(am.3<sup>n</sup>) (ar. 1<sup>n</sup>) Se il materiale di lavoro è costituito da una pluralità di testi, il lavoro di analisi per individuare le etichette e di auto indagine che lo accompagna va effettuato su ogni testo, cercando ogni volta di accostare il materiale evitando prospettive precostituite, quelle appesantite di tutti i dati già accumulati nel corso delle precedenti analisi. Il compito del ricercatore consiste nel fare continuamente</p>	<p>Tanti elenchi di etichette quanti sono i testi analizzati e contemporaneamente un incremento delle note riflessive nel diario di ricerca</p>

<sup>23</sup> **Principio di epoché:** Secondo Husserl, fare *epoché* significa sospendere la validità delle conoscenze già definite e mettere in parentesi ogni teoria già data e possibilmente ogni interpretazione. Viene richiesto al ricercatore di esercitare l'*epoché*, ossia quell'atto cognitivo che consiste nel "mettere fuori gioco", "fuori circuito", "tra parentesi" ogni contenuto della mente pre-dato. Fare *epoché* significa impegnarsi nella disciplina del disincrostarlo l'atto cognitivo da tutti quei filtri che impediscono uno sguardo adeguatamente ricettivo rispetto al profilo originario delle cose. Esercitare l'*epoché* significa non solo sospendere la tendenza ad affidarsi alle teorie in uso, ma anche disattivare le aspettative che la mente tende a coltivare, riguardo al procedere della ricerca e dei suoi possibili esiti. L'*epoché* fenomenologica esclude il ricorso a qualsiasi giudizio pre-dato nei confronti della realtà. Per questa ragione l'*epoché* è definita il "principio senza presupposizioni", non però nel senso positivista di messa fuori circuito di tutti i pregiudizi che turbano la pura oggettività dell'indagine, né della costituzione di una scienza "libera da teorie", ma nel senso di un cominciamento assoluto del conoscere in cui anche le teorie ritenute affidabili vengono neutralizzate. (L. Mortari, L. Zannini; *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*, Carocci Editore 2017)



	<p>un lavoro di epochizzazione di quanto precedentemente elaborato così da avvicinare il testo nuovo con uno sguardo aperto. È necessario mantenere una certa apertura mentale per approssimarsi in modo quanto più fedele possibile ai dati. Al fine di nutrire uno sguardo fedele alla qualità propria di ogni testo, prima di iniziare l'analisi di un altro testo risulta necessario non solo lasciare trascorrere un po' di tempo, ma soprattutto fare il punto della situazione descrivendo tutte le teorie germinali emerse durante le precedenti analisi. Tali descrizioni vanno scritte nel diario, perché la scrittura non solo potenzia il processo di autoanalisi, ma facilita l'esercizio della disciplina di messa tra parentesi degli orizzonti di significato già strutturati.</p>	
<b>Ordinare il primo livello di dati</b>	<p>(am.4) Una volta che il lavoro di etichettatura è stato completato su tutti i testi si procede a costruire un primo provvisorio elenco delle tipologie di etichette elaborate, in modo da avere un primo provvisorio sistema ordinato delle tipologie di significato che si vanno raccogliendo.</p>	<p>Un elenco che raccoglie tutte le etichette prodotte</p>
<b>Mettere a confronto i dati con la teoria germinale che sta emergendo</b>	<p>(am.5) Completato questo primo livello del sistema di codifica ci si immerge in un lavoro di messa a confronto dei dati ottenuti (etichette descrittive) con il materiale al quale si applicano (unità testuali significative) per verificare il grado di adeguatezza descrittiva delle etichette.</p>	<p>Un elenco di etichette quanto più possibile capaci di nominare con fedeltà la qualità degli atti discorsivi</p>

	<p>Questa fase di messa a confronto dei prodotti (etichette descrittive) del processo di analisi con le rispettive evidenze testuali viene attuata allo scopo di pervenire a una concettualizzazione che sia il più fedele possibile alla qualità del materiale testuale, ossia capace di rendere con la maggiore precisione possibile il significato che il parlante ha enucleato in quella unità testuale.</p> <p>Terminata questa analisi, si dovrebbe disporre di un insieme di etichette fenomenologicamente capaci di indicare in modo fedele il contenuto delle varie unità testuali significative.</p>	
<b>Agire il principio di fedeltà<sup>24</sup></b>	(am.6) Con il sistema di etichettatura reso più fedele ai dati si ricomincia l'analisi dei testi per mettere alla prova lo strumento elaborato: questo confronto con i dati consente di verificare (a) se ci sono parti del testo che pur significative non hanno ancora trovato un'etichettatura adeguata e (b) se le etichette sono chiaramente distinte l'una dall'altra, ossia non presentano sovrapposizioni.	Il sistema di etichette viene ulteriormente ridefinito
<b>Raggruppare le etichette in categorie</b>	(am.7) Per realizzare il livello successivo di messa in ordine del materiale che deve consentire la costruzione graduale della teoria,	Produzione di un elenco di categorie

<sup>24</sup> **Principio di fedeltà:** Secondo Husserl, il principio di fedeltà è il principio di tutti i principi. Tale principio stabilisce che ogni cosa ha il suo modo proprio di apparire e, per costruire una conoscenza adeguatamente oggettiva, è necessario attenersi al profilo con cui la cosa appare. Essere fedeli alle cose significa dedicare il lavoro del pensiero a cercare una conoscenza quanto più possibile precisa del modo in cui le cose si rivelano e poi trovare quelle precise parole che fedelmente dicano le loro qualità, parole fedeli perché è come se a esse le cose nominate dessero il loro assenso (...) (L. Mortari, L. Zannini; *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*, Carocci Editore 2017)

	<p>è necessario raggruppare le etichette descrittive in categorie: si confrontano le etichette e si individuano quelle che identificano tipologie di unità testuali che presentano una certa analogia. Ogni gruppo di etichette analoghe costituisce una categoria. Questa azione euristica rappresenta il primo livello di astrazione nel processo induttivo della teoria. Ogni categoria viene individuata con una etichetta che viene definita etichetta di secondo livello</p>	
<p><b>Raggruppare le categorie in macrocategorie</b></p>	<p>(am.8) Una volta realizzato il primo livello di categorizzazione, si prendono in esame le categorie prodotte per cercare di raccogliere queste in gruppi omogenei, ciascuno dei quali va a costituire una categoria di ordine superiore.</p> <p>Le azioni euristiche 'am.7' e 'am.8' si definiscono di 'clusterizzazione' perché danno luogo a un ordinamento a grappoli del materiale concettuale prodotto attraverso il lavoro di analisi. Il cluster di analisi si struttura di tanti livelli quanti se ne rendono necessari per ordinare i dati.</p>	<p>Produzione di un elenco di categorie di livello superiore</p>
<p><b>Identificare l'essenza del concreto</b></p>	<p>(am.10) Può iniziare a questo punto l'analisi quantitativa volta a calcolare quante volte ciascuna etichetta è presente nel materiale raccolto. Il calcolo dovrebbe consentire di evidenziare: la o le qualità comuni, le qualità più estese, le qualità singolari. Calcolare l'estensione di un concetto è decisivo per capire quanto importante è ritenuto dai pratici il modo</p>	<p>Una mappa ordinata delle qualità che caratterizzano l'attività così come è vissuto dai partecipanti alla ricerca</p>

	<p>di essere indicato dal concetto.</p> <p>La presentazione ordinata dei risultati raggiunti rappresenta la teoria fenomenologica descrittiva delle esperienze.</p>	
--	---	--

*Tabella n.1. Metodo fenomenologico-grounded*

## **2.7 Aspetti etici**

Le narrazioni raccolte mediante questionario online e/o cartaceo sono state trascritte verosimilmente ed analizzate dopo aver consegnato al singolo partecipante un'informativa contenente il progetto di studio, struttura, obiettivi e criteri di inclusione ed esclusione. Il partecipante compilando lo stesso, acconsente l'utilizzo di tali dati ai fini del progetto di studio.

È stato dichiarato dal ricercatore che nel processo di raccolta e analisi dei dati sarebbe stata garantita la riservatezza dei partecipanti e che i dati sarebbero stati elaborati in forma anonima nel rispetto della privacy e della confidenzialità (D.lgs. 196/2003 e regolamento UE 679/2016).

Si dichiara inoltre che non è stato necessario interpellare il Comitato Etico Unico Regionale (CEUR), in quanto lo studio non coinvolge gli assistiti ma solo personale operante nelle strutture dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (AsFO). Per tale motivo è stata richiesta l'autorizzazione alla conduzione di tale progetto di studio al Direttore Sanitario e Socio-Sanitario dell'AsFO.

Per il personale afferente al Policlinico San Giorgio - Casa di Cura Privata è stata chiesta, precedentemente all'avvio dei lavori, apposita autorizzazione alla Direzione Generale e Sanitaria che, valutato il progetto di ricerca, hanno espresso parere favorevole.

## 2.8 Rigore metodologico

Ai fini di una valutazione dell'attendibilità dell'indagine qualitativa effettuata in tale progetto di studio, sono stati presi di riferimento come gold standard i criteri di qualità definiti da Lincoln e Guba (1985) di: credibilità, affidabilità, confermabilità e autenticità.<sup>25</sup>

A sostegno del criterio di credibilità, inteso quale fiducia riposta nel valore di veridicità dei dati e delle relative interpretazioni, i dati ottenuti sono stati condivisi e discussi, durante la fase di analisi, con i correlatori per la suddivisione dei temi e sottocategorie.

Per garantire l'affidabilità, ossia la stabilità dei dati nel tempo, sono stati coinvolti più professionisti (relatore, correlatore, professionisti sanitari) durante le fasi di stesura del questionario, raccolta dati e successiva analisi e interpretazione degli stessi.

In riferimento al criterio di confermabilità, ossia criterio inteso ad accertare che i dati rappresentino le informazioni fornite dai partecipanti e che le interpretazioni di tali dati non siano frutto dell'immaginazione del ricercatore, le trascrizioni delle narrazioni, pervenute attraverso i questionari cartacei e/o online, sono riproduzioni fedeli di quanto dichiarato dagli stessi partecipanti, in linea a quanto dichiarato nella presentazione del progetto a garanzia dell'anonimato e/o legge sulla privacy e trattamento dei dati personali e criteri di inclusione/esclusione.

Il criterio di autenticità, ossia la trasmissione delle sensazioni di vita condotte dai partecipanti, è riscontrabile nelle riflessioni e/o citazioni espresse dagli stessi partecipanti al progetto.

---

<sup>25</sup> Polit, Denise F; Beck; Cheryl Tatatno, (2014), *"Fondamenti di Ricerca Infermieristica"*, Mc Graw Hill, Edizione Italiana a cura di Alvisa Palese



## Capitolo 3. Risultati

### 3.1 Descrizione del campione

Al progetto hanno partecipato 116 operatori sanitari appartenenti ai criteri di inclusione definiti in fase di disegno del progetto di studio.

Gli operatori sanitari rispondenti risultano, come descritto dalla Tabella 1, sotto riportata:

Professione	Risposte
Addetta Pulizie	1
Personale Amministrativo	4
Assistente alla poltrona	1
Assistente Sanitario	17
Assistente Sociale	3
Biologo	1
Fisioterapista	3
Ginecologo	4
Infermiere	36
Medico	3
Oss	10
Ostetrica	18
Medico Pediatra	8
Psicologo Psicoterapeuta	2
TSLB	1
TSRM	3
Vuoto	1
<b>Totale</b>	<b>116</b>

*Tabella n.2. Risposte Professionisti Sanitari*

Le risposte pervenute dal Policlinico San Giorgio S.p.a. - Casa di Cura Privata di Pordenone corrispondono al 44.8% del campione totale, corrispondente a n. 42 risposte. Il Le risposte pervenute dall'Azienda Sanitaria "Friuli Occidentale" (AsFO) corrispondono al 55.2% del campione totale, corrispondente a n. 64 risposte.

Gli allegati 4 e 5 riportano, nel dettaglio, le risposte pervenute suddivise per professione, dipartimento e servizio di appartenenza.

Vengono descritti i Dipartimenti e le strutture ritenuti maggiormente di interesse del progetto presentato:

- Dipartimento Materno Infantile (AsFO e Policlinico San Giorgio S.p.a.)
- Dipartimento Territoriale
- Dipartimento di Prevenzione

Con l'etichetta "Dato non disponibile/Non risposto" sono riportati i rispondenti che, per motivi non definibili dal ricercatore, hanno dichiarato esclusivamente la professione e il dipartimento di appartenenza o esclusivamente la professione.

Il 71% del campione partecipante allo studio ha dichiarato di aver avuto almeno una gravidanza, il 29% non ha avuto alcuna gravidanza e/o progettualità in tal senso.

Le narrazioni riferite alle storie personali di genitorialità risultano, in numero assoluto pari a 91. Nello specifico, le storie di gravidanza vengono riferite alle coorti di nascita riportate in Tabella 3:

Coorti di Nascita		
Anno di riferimento	N.	%
1980 -1990	9	9,9
1991-1995	8	8,8
1996 - 2000	15	16,5
2001 - 2005	12	13,2
2006 - 2010	17	18,7
2011 - 2015	5	5,5
2016 - 2020	16	17,6
2021 - 2023	9	9,9
	91	100,0

*Tabella n.3. Coorti di Nascita delle narrazioni dei rispondenti*



In Tabella n.4 vengono riportate le Aziende nelle quali i partecipanti hanno ricevuto assistenza al momento del travaglio/parto.

<b>Azienda in cui hanno ricevuto assistenza</b>		
	Risposte Complete	Risposte Incomplete
AsFO	52	3
Policlinico	19	4
Veneto	5	2
ASUFC	6	1
Adozioni	1	
Domicilio	0	1
Altra Regione	1	
Eestero	0	1
Non Risposto	7	
	91	12

*Tabella n.4. Azienda dove è stata ricevuta assistenza*

Vengono prese in esame esclusivamente le risposte complete (n.91). Per Risposta Incompleta vengono considerate le risposte pervenute che non riportano una data di riferimento della storia ma è stata definita dal partecipante un'Azienda in cui è stata prestata assistenza.

### **3.2 Analisi Qualitativa**

Alla luce dell'analisi del contenuto delle narrazioni, i dati sono stati presi in considerazione secondo due differenti punti di vista:

1. Punto di vista del Genitore - Vissuti di Genitorialità
2. Punto di vista dell'Operatore - La Cura della Genitorialità

### 3.2.1 Il Punto di vista del Genitore – Vissuti di Genitorialità

Nel dettaglio, secondo il punto di vista del genitore sono state identificati 5 temi e relative categorie, riportate nella tabella n.5 di seguito:

<b>Temi</b>	<b>Categorie</b>
<i>Immaginarsi Genitore (T1-G)</i>	Aspettative Ambizioni Sensazioni Spiacevoli Desideri Come ti starò accanto
<i>Desiderio di Genitorialità (T2-G)</i>	Realizzazione Non Realizzazione
<i>Identità Genitoriale (T3-G)</i>	Concretezza/Realtà Rimanere Coppia Tramonto della Coppia Mettersi in gioco/alla prova/reinventarsi Quel bambino mai nato
<i>Legami Familiari (T4-G)</i>	Parenti Legame di Coppia Mamma-bambino Quel bambino mai nato
<i>Cambiamento (T5-G)</i>	Fisicità Organizzazione Ricerca dell'intimità Tempi/Ritmi

*Tabella n.5. Temi e Categorie Individuate - Visione del genitore - Vissuti di genitorialità*

Nell'allegato 6 sono riportate le categorie e gli stralci di testo più significativi, identificati secondo il punto di vista del genitore - vissuti di genitorialità. Per ogni stralcio, la risposta fornita viene identificata in maniera anonima con il termine Utente (Ut.).

### **Immaginarsi genitori**

In questo tema si sono andate a delineare quelle che sono le categorie legate alla prospettiva genitoriale a seguito della scoperta di una gravidanza o progettualità futura. L'immaginarsi genitore è il tempo delle fantasie, delle aspettative che, come sottolinea Hammer Burns, danno sostanza al figlio fantasticato che entrambi i coniugi hanno elaborato molto prima della loro unione nei sogni infantili e che, in questa fase, diventano possibili, concreti e fondanti del progetto più ampio di diventare una famiglia. Sono state descritte, infatti, le aspettative e preoccupazioni legate alla salute del futuro bambino, come espresso dall'Utente 6 *"Andrà tutto bene? Sarà sano?"*, o all'aspetto fisico *"Mi sembravi piccolo piccolo ed eri biondissimo, ti avevo immaginato con tanti capelli scuri."*(Ut.23); *"Avevo deciso di chiamarti Anna per il significato del tuo nome e quando ho visto che avevi i capelli rossi ero ancora più felice: avevi già la tua canzone "Anna dai capelli rossi". (...)"* (Ut.113). Diventare genitore, per molti, è uno dei mestieri più difficili che crea ambizioni da soddisfare e mette in discussione le proprie certezze legate al proprio carattere e modalità di gestione della vita personale come descritto dalle seguenti narrazioni. *"Come posso io diventare mamma? Davvero sta succedendo a me?"* (Ut.17); *"(...) diventare genitore per un secondo figlio mi spaventa molto e mi sento bloccata. Per vari motivi questo, anche economici purtroppo. Ma soprattutto di gestione familiare...Facciamo fatica a stare dietro e un figlio...figuriamoci con due... Mi sento sopraffatta dall'ansia di non farcela"* (Ut.61).; *" Fermarsi a due figli o cercarne un altro? Quali dubbi, freni? Sarò vecchia per un terzo figlio? Sarò in salute per accudirlo? Avrò tempo per stare con lui? Comprenderò i suoi bisogni visto il gap di età/generazione?"* (Ut.98); *"Io mi chiedo continuamente se sono un bravo genitore. Il più delle volte mi sembra di sbagliare qualcosa, nonostante io faccia sempre del mio meglio, perché mio figlio è l'amore della mia vita, e desidero il meglio per lui. Però a volte credo veramente che quello del genitore sia il lavoro più difficile del mondo e, per quanto io mi sforzi, non riuscirò mai ad essere all'altezza del compito."* (Ut.61)

Infine, la prospettiva di genitorialità si concretizza nella definizione di desideri e nella costruzione di un percorso di crescita in cui la figura genitoriale è presente ma non governa e gestisce le scelte di vita ma, al contrario, conferisce l'opportunità di autonomia e libertà decisionale. In questa opportunità sono previste molte cadute ma con una mano sempre pronta per rialzarsi e proseguire nel percorso di crescita e vita personale.

Di seguito degli stralci che risaltano quanto detto finora:

*" Per ogni figlia, al momento della nascita, ho espresso un desiderio e un augurio: quello di essere una persona felice, contenta di vivere e desiderosa di portare felicità anche nelle vite di altri. Ecco cosa mi sta a cuore più di tutto: Il vero successo non è la scalata sociale, la visibilità a tutti i costi, l'essere in pace con sé stessi è poter dare un senso alla propria vita facendo qualcosa di buono per sé e per gli altri. **Tutto qua. Tanto qui.**"(Ut.62)*

*"(...) Sarò loro sostegno e sicurezza. Asciugherò le loro lacrime ma mi diventerò a farli girare, a spingerli sull'altalena, a guardare i loro progressi. Li annuserò, me li bacerò e li strapazzerò di coccole..perché non voglio perdermi neanche un loro momento e voglio ricordarmi che sono reali." (Ut.38)*

*"(...) non potremmo essere sempre lì al loro fianco, qualche volta ci ritroveremo a doverli solo guardare da lontano forse anche soffrendo ma lasciandoli camminare da soli perché la vita è la loro .." (Ut.90)*

### **Desiderio di Genitorialità**

All'interno di questo tema si sono delineate due categorie contrapposte. In una prima categoria il desiderio di genitorialità, la cui definizione può trovare collocamento, come definita in letteratura, all'interno del tema immaginarsi genitori, viene descritto come percorso condiviso o progettualità realizzata di coppia, come si evince dai seguenti stralci:

*"Progetto di coppia fortemente voluto da molti anni, finalmente è arrivato il momento di realizzarlo" (Ut.59)*

*"Quando ho scoperto che sarei diventata mamma, ero molto contenta perché è stata una gravidanza cercata e sia io che il mio compagno ci sentivamo pronti. (...)" (Ut.116)*

Nella seconda categoria, al contrario, il desiderio di genitorialità fortemente voluto ma che non ha trovato realizzazione provocando un senso di aridità procreativa, demoralizzazione e una sensazione di malessere personale e lavorativo, come espresso dalle narrazioni sotto riportate.

*"Le radici sono profonde, cercano l'acqua, il nutrimento. La linfa ricopre tutta la superficie della corteccia attaccata alla vita del mio fusto. I rami emergono verso l'alto alla ricerca dell'aria, dell'ossigeno, esposte come fruste ai vortici del maltempo. Le foglie sono di un verde intenso, lucide, splendenti e luminose anche se la notte sopraggiunge. Ecco però che ad un tratto una dopo l'altra le vedo e le sento staccarsi dal loro ancoraggio, dal cordone linfatico che le sostiene e giacciono a terra inerti, regredite, dimenticate, non potranno germogliare e si trasformeranno in un terreno calpestabile e sterile di vita." (Ut.63)*

*" Ho vissuto appieno questa difficoltà (...) Per me è stato devastante, umiliante ... tanto era grande il desiderio di una gravidanza dopo la nascita di Alberto che il mancato arrivo ed il lavorare proprio nel punto nascita mi logorava, mi ha portata a chiedere il trasferimento in altro servizio. Ogni giorno vedevo la felicità nei neogenitori e contemporaneamente soffrivo per la mancanza della mia ... Era invivibile" (Ut.114)*

### **Identità Genitoriale**

*"È un'identità che si incarna nel tuo essere ed è per sempre. (...)Ognuno deve occupare il proprio posto e prendersi la responsabilità che ne consegue. (...) Sono identità diverse che entrano in gioco. Questo comprendere e saper impostare il rapporto ci ha sempre aiutati. Così come dialogare sullo stile genitoriale più adatto alla fase di vita dei figli e della famiglia unita. Così come il tipo di comunicazione da adottare nelle relazioni con ogni figlia, ciascuna diversa dall'altra e con bisogni diversi" (Ut.62)*

All'interno di questa tematica è stato affrontato il tema dell'identità. L'affermazione Essere genitore è un contenitore vuoto d'infinite possibilità in quanto:

- realizzazione/concretizzazione di un percorso di vita condiviso con il proprio partner che ha definito il ruolo sociale di madre e padre;

*"Quando diventi mamma non sarai più veramente sola nei tuoi pensieri: una madre deve sempre pensarci due volte: una volta per sé stessa e una volta per il suo bambino." (Ut.21)*

*"Non sappiamo cosa sia l'amore di un genitore per un figlio fino a quando non diventiamo genitori noi stessi." Henry Ward Beecher*

*"Si è genitori già da quando lo sogni un figlio. Quando lo concepisci, quando lo perdi e non è tra le tue braccia." (Ut.31)*

*"Il desiderio di tanti anni, di fatiche e delusioni è diventato concreto... sei tu...tutta blu, la nostra piccola birbasaura, già testarda ma stupendamente bella! (...)" (Ut.38)*

*"Si diventa genitore un po' alla volta, si cresce ogni giorno di più, si impara dall'esperienza. Genitori non si nasce, lo si diventa ogni giorno, insieme. Con l'arrivo di un figlio i due genitori acquistano un ulteriore ruolo, non solo come semplice coppia ma anche come genitori, acquistano un valore aggiunto." (Ut.21)*

*"Vedere le loro continue conquiste anche se piccole ma per noi mamme grandi traguardi. Per non dimenticare mai la prima volta che ti chiama mamma, un suono unico e irripetibile. Mamma la parola più bella al mondo." (Ut.7)*

- diventare genitore di quel bambino nato in silenzio, che accompagnerà e segnerà in maniera indelebile il percorso di vita della coppia;

*"Rimangono braccia vuote di due genitori innamorati di lui e di quel viaggio che volevamo iniziare con lei nella vita terrena. Rimane un cuore pieno d'amore e di dolore per quel bambino mai nato ...o meglio nato in silenzio" (Ut.31)*

*" Ciao Pesciolino (...) Eri la nostra speranza dopo anni di tentativi. Eri luce per noi e per i nostri genitori. (...) cosa ho sbagliato? cosa non va in me e in noi? (...)" (Ut.38)*

*"(...) il nostro cuore si è fermato ... abbiamo sofferto così tanto ... non sembrava più che ci fosse fine alla nostra disperazione. Mio piccolo angelo ... adesso ci guidi e proteggi da lassù, sia noi che il tuo fratellino ..." (Ut.79)*

*"(...) non mi sarei mai aspettata nel vedere nell'ecografia una "cameretta vuota" (...) L'aborto viene considerato normale nella vita di una donna. (...) Ma... un figlio è un figlio. Non c'è il primo o l'ultimo. È sempre tuo figlio." (Ut.109)*

*" La prima gravidanza, un ovulo bianco, mi ha lasciato il segno per tutta la vita. (...) Un bambino mai nato è un pezzo mancante di te ... ti segna per la vita." (Ut.114)*

*"I miei bambini mai nati sono due. Nonostante siano passati tanti anni e poi siano arrivate due splendide bambine (ora ragazze) rimane sempre una pagina dolorosa ... " (Ut.113)*

- vivere la coppia, intesa quale *“appartenenza reciproca degli individui del vivere gli uni la vita degli altri”* (Marshall Sahlins, 2012), con tutti gli aspetti positivi e negativi che ne conseguono, ivi compresa la rottura della coppia.

*"Al momento non voglio avere figli e non so se in futuro vorrò; sicuramente ci vuole una coscienza ben sviluppata sia per decidere di diventare genitori sia per decidere di non avere figli, in quanto entrambe sono scelte permanenti e definitive." (Ut.84)*

*" (...) I figli sono un grande dono..ma sono anche delle potenti mine che in una situazione di stanchezza possono fare grandi danni alla coppia. I figli mettono alla prova i genitori, li sfidano, cercano alleati e sono capaci di stratosferiche scenate di gelosia. (...) Siamo fatti di carne, difetti ne abbiamo e fortunatamente anche le visioni diverse devono esserci. L'importante però è fermarsi, respirare, condividere e ritrovarsi. e poi se guardi a ciò che ti è stato donato, a quanta bellezza racchiudono le tue figlie non puoi che ritrovare le energie in primis per rimanere coppia e poi per affrontare il temporale." (Ut.38)*

*"No comment ... Ci stiamo provando, ogni dannato giorno." (Ut.60)*

*"sì, come già detto, noi non ce l'abbiamo fatta. nei momenti più facili essere famiglia è semplice e bellissimo. ma la vita non è perfetta. le difficoltà arrivano, può essere il lavoro, le spese, la malattia.... " (Ut.51)*

*" Purtroppo il fatto di non accettare forzature esterne per diventare genitore da parte mia, ed il non accettare eventuali adozioni da parte dell'altra persona ha "rotto" la coppia." (Ut.10)*

### **Legami Familiari**

All'interno di questo tema si sono delineati scenari eterogenei sull'importanza dei legami familiari. Il legame familiare, nell'accezione parentale, ha assunto una definizione di supporto *"Come mamma mi aspetto di poter contare sul supporto della famiglia e di avere comprensione in questo momento di delicatezza emotiva. (...)" (Ut.49);* credenze e riti *"Aborto spontaneo: due parole impronunciabili e tabù per le nostre famiglie cattoliche (...)"Ho visto mia cugina soffrire terribilmente, chiudersi in un silenzio di dolore che toglieva il fiato. Io avevo solo qualche anno più di lei e sono venuta a contatto con la perdita e soprattutto con l'annientamento di un'anima. (...)" (Ut.62);* distacco o testimonianza dell'esempio ricevuto *" (...)* La mia prima personale difficoltà è stata quella di non compiere, reiterare con i miei figli quelle modalità errate trasferitemi più o meno consciamente dai miei genitori, soprattutto da mia madre. Credevo di aver lavorato, pensato a sufficienza sul mio essere figlia e sul rapporto con i miei genitori, ma evidentemente non avevo elaborato una riflessione sufficiente e più profonda". (Ut.60) *"Avendo avuto una madre gendarme e un padre buono sono cresciuta in una famiglia con solidi valori che vorrei trasmettere a mio/a figlio/a." (Ut.69);* spinta propositiva per affrontare i momenti di difficoltà *"(...)* La felicità è stata tantissima da parte nostra ma soprattutto la felicità della mia mamma che era una malata di cancro quasi terminale, questo l'ha portata a lottare per la vita fino alla fine della mia gravidanza e fino ad un mese di vita di mio figlio." (Ut.40) *"L'idea della futura primogenita e prima nipote è stata ancora di salvezza per tutta la famiglia". (Ut.82)*

Nell'accezione di coppia invece, ha prevalso l'aspetto di condivisione e complicità *"Insieme a mio marito abbiamo sempre cercato di affrontare le difficoltà*



*positivamente guardando al di là dell'ostacolo" (Ut.74), " (...) la serenità di avere mio marito accanto ed essere così una nuova famiglia. (...) " (Ut.73); infine nell'accezione di valorizzazione della diade mamma-bambino ha prevalso l'aspetto di attenzione, condivisione e appartenenza " (...) *La costante attenzione a tutti i tuoi movimenti, ai tuoi pianti, alle tue conquiste. Sono sempre pronta a rassicurarti quando ne hai bisogno, il tuo porto sicuro (...)" (Ut.27) "(...) Quando ti hanno appoggiato al mio petto ho subito percepito quanto era stato difficile anche per te e quel contatto pelle a pelle è stato e sarà uno dei momenti più intensi e belli della mia vita ..." (Ut.5) " (...) ed ho realizzato in quel momento quanto la mia vita fosse fortemente legata alla vita di mio figlio" (Ut.88) "(...) posso solo dire che in quello stesso istante il tuo cuore appartiene a quella creatura" (Ut.90).**

### **Cambiamento**

*"(...). Nessuno ti insegna come si gestisce una nuova creatura, nessuno può farlo. Si possono dare suggerimenti, ma ogni storia è a sé. Ci sono mille dubbi ed è difficile adattarsi subito ad un cambiamento così importante." (Ut.107)*

All'interno dell'ultimo tema la sfida che vede protagonisti i genitori in tutte le fasi del percorso, dal preconcezionale al puerperio, è il cambiamento.

*"(...) Ma è davvero così? – metamorfosi, certo. In realtà è come la metamorfosi di un insetto – crisalide – sembra non succeda nulla. Dentro un'apparente immobilità, dietro un lungo e indecifrabile silenzio c'è un nuovo essere vivente, completamente diverso da quello precedente, un altro animale, con nuovi organi e nuove abilità. Senza che nessuno possa percepire alcunché dall'esterno, nell'insignificante continuità di gesti quotidiani quasi stereotipati, c'è un padre che sta costruendo le sue ali, questo strepitoso cambiamento è protetto da un guscio impenetrabile." (Ut.86)*

Nel passaggio da due a tre, i futuri mamma e papà hanno il compito evolutivo di modificare il loro legame relazionale e organizzativo al fine di trovare nuovi equilibri, più funzionali alla nuova situazione. La coppia si trova a dover gestire un importante cambiamento che la porta da una relazione a due, finora sviluppatasi solo sul piano coniugale, ad un sistema di relazioni più complesso,

che coinvolge anche un terzo e significativo essere, il loro bambino, come confermano i seguenti stralci:

*"Dopo la nascita non tutte le aspettative si avverano, il ruolo del genitore è accettare i continui cambiamenti che i figli portano. I bambini nascono per scombinare i piani." (Ut.23)*

*"Certo: da 2 persone adulte, ti trovi improvvisamente in 3, tutte le energie e il tempo sono dedicate al Piccolo Tiranno che ha fame e vuole mangiare ogni  $\frac{2}{3}$  ore, deve essere cambiato, nutrito, accudito anche se gli altri vorrebbero dormire o far altro. Poi crescono e vogliono giocare, andare in giro, non sei più al centro del loro mondo, ma sono un UMILE SERVITORE, AUTISTA, CUOCA. E va ben così!!!" (Ut.70)*

La transizione alla genitorialità, tra gli altri compiti evolutivi e relazionali, comporta per i due partner, il dover prestare particolare attenzione, anche, alla dimensione coniugale della coppia che, nella fase successiva alla nascita del bambino molto spesso, viene posta in secondo piano rispetto a quella genitoriale.

Il pericolo in cui i coniugi possono incorrere è quello di diminuire eccessivamente gli spazi dedicati alla loro intimità di coppia, a volte, fino ad annullare la risorsa rappresentata dalla complicità del loro legame. La condivisione della responsabilità della cura dovrebbe, invece, potersi concretizzare in un continuo dialogo, impegno e investimento da parte dei genitori anche sul proprio rapporto di coppia nei termini di affetto, accoglienza, stima e legittimazione reciproca, come confermano i seguenti stralci:

*"(...) e tu, voi genitori vi dimenticate che avete anche voi bisogno di attenzioni, di coccole, allora l'importante è accorgersene e prendersi alcuni spazi per sé stessi, per la coppia." (Ut.7)*

*"Quando diventi genitore vieni fagocitato in un universo di pianti, pannolini, notti insonni ecc ... che nei primi mesi ci sta, è fisiologico però poi è necessario ritrovare un equilibrio anche nella coppia e quindi ritagliarsi uno spazio in cui si chiacchiera e si sta insieme. Noi abbiamo la fortuna di avere i nonni che alle*

volte ci tengono i bambini permettendoci quale “ora d’aria” in cui puoi viverti l’altro senza interruzioni e di ritrovarsi come coppia. (...)" (Ut.5)

"Bisogna cercare di ricavare degli spazi a due, è facile perdersi ma è necessario esserci." (Ut.80)

### 3.2.1 Il Punto di vista dell’Operatore – La Cura della Genitorialità

Nel dettaglio, secondo il punto di vista dell'operatore, sono stati identificati 7 temi e relative categorie, riportate nella tabella n.8 di seguito:

<b>Temi</b>	<b>Categorie</b>
<i>Prestare Attenzione (T1 – O)</i>	Tenere lo sguardo sul paziente Ascoltare
<i>Dedicare Tempo (T2 – O)</i>	Prendersi tempo per stare con l'altro Prendersi tempo per una parola che cura Esserci in silenzio
<i>Comprendere l'altro (T3 – O)</i>	Essere capaci di empatia Portare con sé la storia degli utenti
<i>Avere Rispetto per l'altro (T4 – O)</i>	Agire con delicatezza Essere presente con delicatezza Rispettare tempi e scelte dei pazienti
<i>Riflettere sull'esperienza (T5 – O)</i>	Interrogarsi sul proprio agire
<i>Occuparsi del proprio vissuto emozionale (T6 – O)</i>	Valutare il proprio agire Ascoltare le proprie emozioni
<i>Curare il setting di cura (T7 – O)</i>	Accompagnamento e informazioni

*Tabella n.6. Temi e Categorie Individuate - Visione dell'operatore*

Nel ricondurre i dati ai diversi temi, si è utilizzato il modello di riferimento proposto da Mortari e Saiani (2013).

Nell'allegato 7 sono riportate le categorie e gli stralci di testo più significativi, identificati secondo il punto di vista dell'operatore sanitario - la cura della genitorialità. Per ogni stralcio, la risposta fornita viene identificata in maniera anonima con il termine Utente (Ut.).

### **Prestare Attenzione**

Per individuare i bisogni del paziente e agire per procurare benessere è necessario comprendere i suoi vissuti. Per comprendere l'altro la condizione essenziale è osservare attentamente. Si tratta di concentrarsi sull'assistito, mettere lui/lei al centro del nostro sguardo, dei nostri pensieri.

*" (...) Quello che posso fare è ascoltare il bisogno e mettere a disposizione la mia professionalità in supporto alla persona." (Ut.81)*

Sentire una preoccupazione autentica per l'altro porta a dedicargli/le un'attenzione continuata, persistente nel tempo, perché in certi casi solo un tempo lungo di osservazione consente di comprendere la situazione dell'altro e quindi agire in modo rispondente. Quando si pensa all'altro, mossi da un interesse sincero, allora il pensiero acquista una forza performativa, modella il nostro esserci, ci porta a fare cose, a stare nel mondo con gli altri in un modo tale da rendere concrete quelle direzioni di senso che il pensare all'altro ha scoperto, essere essenziali. Il prestare attenzione all'altro si declina in modo intensivo nell'ascoltare. Saper ascoltare l'altro è espressione della nostra intima struttura relazionale. Quando si sa ascoltare autenticamente può accadere che l'altro ci restituisca il senso e la giustizia di quello che stiamo facendo. Ascoltare non è facile, perché spesso, significa raccogliere la sofferenza dell'altro. Prestare attenzione e ascoltare l'altro viene sottolineato dal seguente stralcio:

*"Ci siamo incontrate alla modulistica, per preparare la cartella del ricovero. Ci siamo incontrate al parto, quando la tua dolcissima bambina ha deciso di nascere a 37 settimane perché non vedeva l'ora di conoscere la sua mamma. Ci siamo incontrate di nuovo con il pediatra quando è arrivato l'esito del cariotipo che confermava il sospetto di trisomia 21." (Ut.26)*

## Dedicare Tempo

La cura è una pratica ontogenetica primaria e, di conseguenza, richiede molto tempo. I *caregiver* sanno bene che dare tempo all'altro è fondamentale nella pratica di cura. Per stabilire una relazione, quel contatto che sa di cura, occorre trovare tempo, prendersi del tempo per stare con l'altro, come descritto dai seguenti stralci:

*"Eri giovane e indifesa. Tutti ti davano addosso, prevenuti per la situazione pregressa della tua famiglia. All'inizio era difficile entrare in empatia. Tu eri chiusa. Poi incontro dopo incontro sono uscite le domande, quelle che mi hanno permesso di capire che eri attenta alle esigenze della tua bambina. (Ut.53)*

*"Ogni donna arriva da noi operatori con una storia alle spalle, delle esperienze, dei preconcetti. Entrare in sintonia non è facile, ma con gli sguardi, le parole, il conforto si crea un collegamento che fa bene a tutti: alla mamma che sta affrontando un momento difficile, pauroso, di novità e all'operatore che ad ogni incontro si migliora." (Ut.23)*

Per ascoltare e dedicare il giusto tempo al proprio assistito, a volte, è necessario saper stare in silenzio. Nel silenzio si può mostrare vicinanza all'altro, perché il tacere è lasciare all'altro lo spazio per essere accolto. Il tacere è un modo di essere l'uno con l'altro, evitando quell'eccesso di parole che spesso diventa mera chiacchiera impedendo la comunanza autentica con l'altro. L'essere presente in silenzio, come affermato da Noddings, *"ha il modo della cura quando comunica il senso del "Io sono qui", "Io ci sono"*. Tale affermazione viene valorizzata dalle seguenti narrazioni:

*"Ricordo il giorno in cui sei venuta a dirmi che sei in gravidanza, le corse per prenotare la visita con il medico ed il colloquio con l'ostetrica, hai accettato anche a malincuore per stare nei tempi di andare a S.Vito e ti ho accompagnato, c'era già qualcosa che non andava per il verso giusto. Ti hanno voluto rivedere diverse volte e tu in silenzio con i tuoi occhioni mi parlavi. Io ascoltavo il tuo silenzio assordante e pieno di dolore." (Ut.41)*

*"Il tuo bimbo non ce l'ha fatta e mi hai chiamato alle 21 dicendomi che avevi trovato delle macchioline rosse sugli slip; ti ho inviato immediatamente in*

*ospedale e a mezzanotte mi hai scritto che siete tornati a casa da soli. Da lì ti ho accolto e ascoltato piangere, i tuoi pianti parlavano più di mille frasi. Non ho parlato ti ho solo abbracciato." (Ut.42)*

### **Comprendere l'altro**

Secondo la prospettiva heideggeriana, il comprendere che risponde all'intenzione di aver cura è inteso non come un semplice ricercare per conoscere, ma come un capire per saper come fare con qualcuno (Heidegger,1976). Comprendere l'assistito significa capire il modo in cui sta vivendo il suo momento: come si percepisce nel corpo, nella sua sfera interiore, nella relazione con gli altri e con la questione dell'esservi nel tempo della sua vita.

*" Vorrei raccontare la storia di "Maria". Maria è straniera, semplice, non parla bene l'italiano. Viene da noi a fare l'ultrascreen da lì le consigliamo la villocentesi per un risultato dubbio. Maria si fida, fa la villo e va male: subito il cuore del bimbo rallenta, torna l'indomani e il battito non c'è più. Maria ha affrontato questi due giorni con fiducia cieca nei confronti dei sanitari e poi stupore: ma come? Mi avete detto voi di fare questo esame, che il rischio era minimo e il bambino è morto. Maria interrompe la gravidanza e poi arriva anche il risultato della villocentesi che è negativo. Abbiamo ucciso un bambino sano! Tengo Maria agganciata, le parlo tanto in quei giorni, faccio fatica perché non posso dirle che si trova in tale situazione perché non ha capito bene quello che il medico, forse, non ha spiegato molto chiaramente. Maria mi dice che sono anni che cerca una gravidanza, mai avrebbe pensato di interromperla e il feto fosse stato malformato, ma questo il medico non glielo ha chiesto. Passa il brutto periodo e la vita continua, Maria mi manda gli auguri di Natale e di Pasqua poi rimane incinta nuovamente. Ha il mio numero, le raccomando di scrivermi per stabilire assieme, con un tempo dedicato cosa fare e dove farlo. Oggi Maria ha una bambina di quasi due anni, forse presto proverà a regalarle un fratellino, Maria è forte e ha superato o forse è solo andata avanti." (Ut.4)*

L'atto della comprensione richiede innanzitutto la capacità di *empatia*. Essere capace di empatia significa sentire la qualità del sentire dell'altro. Il comprendere che si nutre di una forte capacità empatica non è un atto della mente fine a sé

stesso, ma manifesta una decisa performatività sull'agire, nel senso che è generativo di modi di essere con l'altro capaci di cura.

*"Cerco di rispettare i tempi, i silenzi, i bisogni. Vorrei fosse tutto come lo hai immaginato perché lo so, lo ricorderai tutta la vita. Entro in questo momento magico in punta di piedi. E quando nasci, non posso non gioire per la felicità di cui sono ancora una volta partecipe. Grazie." (Ut.37)*

*" Mi ricordo di Emma, rossa di capelli... mi volevo dedicare di più alla mamma e lavorare in un ambiente più rispettoso, in quegli anni e quella notte non era possibile. Sono momenti che non si dimenticano. E comunque, nel mio piccolo ho creato la cartolina con l'impronta del piedino... tante altre storie, tante lacrime condivise... in generale penso che il lutto in ostetricia non sia rispettato abbastanza. (...)" (Ut.51)*

### **Avere Rispetto per l'altro**

L'operatore sanitario considera gli assistiti che accedono ai diversi servizi, non più pazienti ma persone e, come tali hanno i propri pensieri e sentimenti, convinzioni e i modi personali di stare con gli altri nel mondo. Perciò, è essenziale nell'aver cura, il saper avere riguardo per l'essere dell'altro. L'aver rispetto è trattare l'altro con delicatezza. Delicatezza che si esprime attraverso i gesti e l'essere presente in maniera non invasiva, rispettando pensieri, convinzioni e tempi dell'altro.

*"soprattutto i prematuri sono dei guerrieri. La cura inizia quando li riscaldi con i teli, con il bagnetto, con il tocco, un massaggio, lo vedi che gli piace dagli occhi soddisfatti che incrociano i tuoi. E poi quando imparano a conoscerti, o almeno io (soprattutto la notte) se un neonato era agitato lo prendevo e lo cullavo in un marsupio, lo tenevo attaccato al mio petto e questo funzionava ma non era solo un trucchetto, era qualcosa che li rasserenava e talvolta essendo piccoli me ne mettevo due e la compagnia era gradita (anche per me)." (Ut.71)*

*"Prendersi cura delle donne, mamme e papà, neonati e sempre un viaggio. Viaggio di accompagnamento alla nascita di una nuova famiglia, di un nucleo. Viaggio in cui sei spettatore, ma anche partecipe, travolto dalla potenza della nascita " (Ut.95)*

*"(...) Perché non ci sono parole adatte da dire, c'è solo un grande senso d'impotenza davanti ai genitori. Il non poter fare niente per riportarlo indietro, ma fare di tutto per accogliere questo bambino e per supportare al meglio la coppia." (Ut.100)*

*"Mi sono presa cura di te che hai fatto la scelta più difficile, più altruista, più intensa, hai scelto di partorire e hai scelto di staccarti di lui. Sarai sempre madre e nella tua fantasia vedrai in ogni bambino il tuo. Sarai sempre accanto a lui, anche se non lo saprà. A volte ti sentirai morire dentro, in profondità, ma il regalo che gli hai donato di una vita diversa ti farà rivivere." (Ut.63)*

*"Mi sono presa cura di te per sostenerti nelle tue scelte, per rinforzare le tue risorse e per motivarti a fidarti del tuo istinto indipendentemente dal pensiero degli altri." (Ut.59)*

### **Riflettere sull'esperienza**

Riflettere su quello che si fa, può essere doloroso quando si prende atto di non aver praticato una buona cura, ma quando la riflessione diventa un atto valutativo sul proprio vissuto, si crea uno spazio di consapevolezza critica che aiuta a prendere le misure del reale. La riflessione valutativa agita con onestà sul proprio agire può individuare aspetti critici, quelli che, non risolti, non consentono di eseguire una buona cura ma, al contempo agire sui punti di forza per poter maturare un processo di apprendimento dalla forte valenza trasformativa. Quanto affermato è supportato dai seguenti stralci:

*"Veronica ora avrebbe 12 anni. Probabilmente con Melania discuteremo della sua prima mestruazione. È quella bambina che non sono riuscita a salvare. Anche ora mentre scrivo piango perché Veronica è sempre nella mia mente. Melania è arrivata al pronto soccorso ostetrico in un lago di sangue. Un distacco di placenta, la bambina era già morta. Ho messo la sonda ecografica e già mi ero accorta che non c'era più. Mi sono sentita impotente e arrabbiata con me stessa. Da quel momento, quando parlo con le donne ai corsi pre-parto stresso tanto sui movimenti del bambino e qualcuna mi ha anche ringraziata perché, renderle consapevoli mi ha intercettato un problema della gravidanza. Ma a che prezzo? (...)" (Ut.56)*



*"Ti senti impotente sebbene tu abbia cercato di fare tutto il possibile. Ti chiedi se potevi fare di più. T'immagini la famiglia che rientra a casa senza il piccolo."* (Ut.18)

*"RICCARDO (2005) neanche un mese di vita, NECROSI ENTERALE. Tutta la notte a vegliarlo dopo averlo bucato in ogni dove, messo SNG, monitorato continuamente, fatto terapie di ogni tipo. Dopo quasi 20 anni mi ricordo ancora lui e la sua mamma, il papà c'era ma io ricordo solo loro e chi era con me quella notte. È morto 2 giorni dopo"* (Ut.70)

*"Le parole che non escono. E una lacrima che scende. L'8 marzo, un mese dopo aver accolto quella non vita tra le mani, ho ricevuto un'orchidea dalla mamma di quel bambino con un biglietto "per una donna speciale"* (Ut.25)

*"Io sono ancora con l'amaro in bocca perché spesso nel nostro "fare" non c'è tempo per "fare bene".* (Ut.4)

### **Occuparsi del proprio vissuto emozionale**

Aver cura è stare in relazione con l'altro e da dentro la relazione, prendersi a cuore i propri assistiti; ma non c'è relazione senza sentimenti, è il sentire che crea legami o stabilisce distanze, che aiuta l'altro o lo ferisce. È dunque essenziale per un operatore sanitario comprendere la qualità dei propri vissuti emozionali perché solo quando c'è comprensione c'è possibilità di intervenire. Per coltivare una buona relazione di cura non basta entrare in contatto con i propri vissuti emotivi e comprenderli, ma è necessario imparare a gestire le proprie emozioni. Con il proprio sentire è difficile fare i conti: è difficile stare in contatto con il dolore, è difficile non compiacersi del proprio sentire, è difficile capire come quale tonalità emozionale è adeguata a costruire una buona relazione di cura. I seguenti stralci analizzano il vissuto emozionale riportato dagli operatori sanitari:

*"Essere dalla parte delle donne e delle famiglie è ciò che vuol dire prendersi cura di loro. Mi fa sentire utile a qualcuno, dedicata a uno scopo"* (Ut.34)

*"Primi anni '90. Io una ragazzina allieva infermiera. Parto prematuro e bimbo che nasce, vivo ma grave. È minuscolo. Ricordo ancora il medico che affida a me, ragazzina di 18 anni, il compito di reperire una fiala di vitamina K in reparto. (...) "quel bambino che non ce l'ha fatta" per me è lui e non ce l'ho fatta nemmeno*

*io. Non è stato purtroppo l'unico bambino che non ce l'ha fatta che ho incontrato, ma è stato il primo." (Ut.108)*

*"Ricordo il peso, la sensazione di quel bimbo inanimato tra le braccia, la difficoltà di sostenerlo, la sensazione unica di accogliere un bimbo senza tono, e come scivola dalle tue mani scivolano le parole che vorresti dire. Ricordo proprio quella sensazione di peso, 3000 g che sembrano 3 tonnellate." (Ut.25)*

*"Ricordo e sento che forse avrei dovuto sbattere i pugni. Ricordo il dolore della perdita, in cui tutti si perde. Ricordo una vita spezzata, ricordo un'anima che non ha partecipato a una gioia, ricordo il buio in un giorno di sole" (Ut.63)*

### **Curare il setting di cura**

Accompagnare nel percorso di cura assistito/coppia consiste inoltre, nel fornire tutti i mezzi necessari affinché possa affrontare in maniera autonoma scelte, difficoltà e imprevisti che lo stesso riserva. Informazioni, incontri e supporto, allo stesso livello del prendersi cura concreto e fisico, s'interpretano quali movimenti essenziali del percorso di cura per creare un legame di fiducia e confronto con l'utente/persona/coppia. Di seguito alcuni stralci:

*“Le informazioni sono confronti, sono un accompagnamento al cammino insidioso della presa in carico della persona, della coppia, della famiglia.*

*Le informazioni vanno calate nel setting rispetto ai tempi, all'opportunità, alla necessità*

*Non serve essere un disco rotto e non accogliere la richiesta.*

*Le informazioni sono una strategia educativa, un supporto clinico, un buongiorno ed un arrivederci, non vanno sottovalutate e sono parte integrante della cura.”*  
(Ut.63)

*"In primis capisco se la donna/coppia ha dubbi o perplessità inerenti al percorso. Valuto il periodo gestazionale della donna in modo da fornire informazioni inerenti al periodo in cui si trova. Lavorando principalmente in reparto di ostetricia e nido le informazioni riguardano ciò che accade in degenza (prodromi-travaglio-parto e post-parto, puerperio e gestione del neonato) e cosa e come gestire il rientro a casa." (Ut.100)*

*"Ogni giorno fornisco informazioni sul Percorso Nascita quando l'utenza si presenta in Consultorio. Cerco di dare informazioni esaurienti sia per i punti nascita che per il territorio. Mi accerto abbiano compreso e lascio tutti i nostri riferimenti per contattarci in caso di necessità. A volte le coppie ricevono troppe informazioni e spesso non vengono in quel momento recepite" (Ut.114)*

*"Collaboro per la parte neonatale al corso parto e fornisco conoscenze che riguardano le competenze del feto e poi del neonato, il momento della nascita e l'importanza del contatto materno, ma sempre nella sicurezza del bambino, i cambiamenti che sono presenti nella madre e poi nel neonato il suo bisogno di contenimento e di vicinanza, il significato del pianto." (Ut.32)*

*"All'interno dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita vi è un incontro alla presenza dello psicologo del Servizio, il quale affronta le tematiche maggiormente significative per delle mamme o delle coppie che vanno incontro alla genitorialità come gli aspetti emotivi della gravidanza (es. paure o preoccupazioni collegate al parto) e aspetti relazionali (es. importanza di una alleanza di coppia prima, dopo e durante il parto). Viene riferita a chi partecipa la possibilità di richiedere una presa in carico di tipo psicologico a livello individuale qualora ci fossero degli aspetti particolari da affrontare." (Ut.85)*

### **3.2.3 Analisi delle conoscenze dei professionisti sanitari coinvolti riguardo il Percorso Nascita**

Il percorso nascita quale processo naturale dalla gravidanza, al momento del parto e nel puerperio si è andato a delineare a partire dall'Accordo Stato Regioni del 16 Dicembre 2010 e recepiti a livello regionale con DGR 1083/2012.

Al fine di valutare le conoscenze dei professionisti partecipanti allo studio riguardo il percorso nascita, di seguito si riportano le principali tematiche secondo le quali si è voluto analizzare il contenuto. In particolare le narrazioni coinvolte per l'analisi sono state suddivise secondo il riferimento temporale prima e dopo l'instaurazione del percorso nascita attuale, ovvero prima o dopo il 2012.

**Il Percorso nascita prima del 2012****Il Percorso nascita successivo dal  
2012**

Figure professionali di riferimento	Percorso assistenziale dal periodo pre-concezionale, gravidanza e puerperio
Corsi di accompagnamento alla nascita alternativi (piscina ...)	
Corsi accompagnamento alla nascita (solo informazioni)	Incontri accompagnamento alla nascita nel pre e post-partum
Professionalità e cura di tutte le figure coinvolte	Professionalità e cura di tutte le figure coinvolte
Allattamento al seno forzato	Allattamento (esclusivo o alternativo)
Rete ospedale-territorio	
Assenza assistenza post-partum	Supporto psicologico ed emotivo

*Tabella n.7. Il Percorso Nascita "Prima e Dopo" il 2012*

## Il Percorso Nascita prima del 2012:

CATEGORIE	ESTRATTI
FIGURE PROFESSIONALI DI RIFERIMENTO	<p>Ut.2 "Ne ero a conoscenza, non avevo aspettative e dopo la dimissione mi sono fatta aiutare dal mio pediatra privato"</p> <p>Ut.4 " Ginecologo privato e quindi dal suo studio all'ospedale il percorso nascita c'era già ma io non ne ho usufruito. (...)"</p> <p>Ut.47 "In quel momento ero residente ad Azzano Decimo, sono stata contenta che venisse a trovarmi Angela, l'assistente sociale. Non c'erano percorsi/protocolli in quel momento."</p>
CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA ALTERNATIVI (PISCINA ...)	<p>Ut.7 " Nel percorso della gravidanza ho seguito alcuni corsi in piscina, sia per prepararmi al parto che per mantenermi allenata e occupata durante la giornata, perché non potevo lavorare. Ho letto molti libri sui bambini, sull'apprendimento del neonato, e mi sono serviti molto. Una volta nato abbiamo continuato tutti e due a seguire i corsi mamma baby in piscina e devo dire che ha portato poi i suoi frutti futuri."</p> <p>Ut.8 "(...) Sì sono stata guidata da un gruppo di mamme con esperienza che promuovevano l'allattamento al seno, con tanta soddisfazione perché grazie a loro sono riuscita ad allattare fino a 9 mesi"</p>
CORSI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA (SOLO INFORMAZIONI)	<p>Ut.30 "È stato un percorso informativo. Mi aspettavo più dedizione da parte degli assistenti insegnare e perseverare di allattare un neonato."</p> <p>Ut.41 "Allora quando nacque mio figlio non c'era tutta l'offerta di oggi, mio figlio ed io siamo andati a casa dopo qualche giorno, con tutte le indicazioni, ma non siamo andati in consultorio, perché 22 anni fa non era indicato come percorso."</p>
PROFESSIONALITÀ E CURA DI TUTTE LE FIGURE COINVOLTE	<p>Ut.34 "Sono stata seguita dal primo istante in maniera scrupolosa e personalizzata in base alle mie esigenze assistenziali. Ero a conoscenza del percorso nascita proposto a San Vito. Mi aspettavo professionalità ed è quella che ho riscontrato in tutti gli operatori. Quando ho avuto delle difficoltà mi sono rivolta alle ostetriche"</p> <p>Ut.83 "Il mattino seguente, dopo una notte insonne dolorante senza riuscire ad allattare, mi rivolsi al consultorio e lì, l'ostetrica mi attacco al tiralatte, mi sgonfiò un po' le mammelle che così in meno di 30 minuti riuscii ad allattare, quell'ostetrica fu una grande professionista e la ringraziai all'infinito. Quell'ostetrica non c'è più e mi dispiace molto perché fu "Una grande", ricordo che era anche brava nella relazione, fece i complimenti anche a mia figlia dicendo che si vedeva che era una bambina con molta grinta. Se non ci fosse stato il consultorio avrei</p>

---

*avuto una mastite, già ero sulla via, ma fui salvata da un angelo!"*

*Ut.90 "Le ostetriche sono degli angeli ti accompagnano in ogni fase, sempre disponibili, mai scontrose, con tanta pazienza, ti supportano in tutto, sanno darti forza e coraggio."*

---

ALLATTAMENTO AL SENO  
FORZATO

*Ut.45 "(...) c'è molta pressione nei confronti delle mamme nell'allattamento al seno, spesso incontriamo mamme che esprimono questo loro sentirsi inadeguate se c'è un qualsiasi piccolo ostacolo che impedisce o rende difficile l'allattamento/allattamento esclusivo, nonostante tutti gli aiuti e consigli da parte del personale per aiutarle. Noi operatori questo disagio lo percepiamo ma siamo anche noi controllate su ciò che facciamo e diciamo per far in modo che ci siano più mamme possibili dimesse con allattamento esclusivo al seno."*

---

RETE OSPEDALE-  
TERRITORIO

*Ut.9 "Al momento della dimissione mi hanno rilasciato un numero telefonico del consultorio di riferimento con gli orari di chiamata per avere un supporto professionale in caso di bisogno ..."*

*Ut. 23 "(...) Ho partorito a San Vito e mi sono sentita rispettata. Ho chiesto aiuto durante la degenza e ho trovato risposte. Ho avuto bisogno delle ostetriche del consultorio per il post parto e allattamento e sono state di grande aiuto."*

---

ASSENZA ASSISTENZA  
POST-PARTUM

*Ut.88 "Devo dire che forse mi è mancato un supporto nel post nascita dedicato proprio ai problemi dell'allattamento in quanto la Pediatra seppure gentilissima e disponibile era più incentrata sul problema del bimbo."*

*Ut.102 "Dall'ospedale al Consultorio non ho sentito piena accoglienza ed accompagnamento al puerperio. Mi sono appoggiata ad un familiare stretto, esperto in materia, che mi ha sostenuta nel primo mese dal parto. Se non avessi avuto questa risorsa molto probabilmente l'allattamento sarebbe stato un'esperienza fallimentare, influenzando negativamente la relazione con la figlia ed acutizzando il trauma dello strappo da cesareo"*

*Tabella n.8. Il Percorso Nascita prima del 2012*

## Il Percorso Nascita dopo il 2012:

CATEGORIE	ESTRATTI
PERCORSO ASSISTENZIALE DAL PERIODO PRECONCEZIONALE, GRAVIDANZA E PUERPERIO	<p>Ut.37 " Il percorso nascita è un servizio di continuità gravidanza- parto- puerperio (...)"</p> <p>Ut.60 " Secondo me si tratta di un percorso di base fondamentale per la madre e il bambino, sia dal punto di vista clinico che psico-sociale. (...) "</p>
INCONTRI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA NEL PRE E POST-PARTUM	<p>Ut.27 "Il mio primo punto di riferimento è stato il consultorio familiare, dal quale sono stata seguita durante la gravidanza e a cui ho fatto diretta richiesta di partecipare ai corsi pre e post parto. Il corso pre parto e l'incontro tenuto presso l'Ospedale Civile sull'allattamento sono stati utili nel pratico, per avere informazioni sul momento del travaglio e soprattutto sull'avvio dell'allattamento. Credo di non aver incontrato problemi ad allattare perché avevo ben chiaro cosa fosse l'allattamento a richiesta, l'alto contatto, quale fosse un corretto attaccamento ecc...cose non scontate, soprattutto per chi non ha modo di superare certi pregiudizi e stereotipi radicati nella cultura popolare, ai quali si può far fronte solo con informazioni scientifiche trasmesse da personale qualificato. Questi incontri per me sono stati efficaci in tal senso e hanno promosso in me un ulteriore desiderio di informarmi su una genitorialità positiva fin dai primi attimi di vita del mio bambino. Con gli incontri post parto di massaggio neonatale ho avuto possibilità di coltivare il rapporto con mio figlio e con le altre neomamme, dando l'opportunità ad ulteriori spazi di confronto. Ero a conoscenza degli altri incontri post parto sulle vaccinazioni, incidenti domestici, alimentazione complementare (...)"</p> <p>Ut.73 " Ho seguito il percorso (pre) nascita con il consultorio è stato di grande aiuto per essere cosciente che tutto ciò che stava accadendo era "normale", fisiologico, per essere pronta (più o meno) a tutte le eventualità. È stato bello condividere alcuni aspetti con il padre, per essere insieme più consapevoli di quanto ci si sarebbe aspettato e quindi viverlo più serenamente. Nel post nascita mi sono rivolta nuovamente al consultorio per difficoltà nell'allattamento e ho seguito gli altri incontri previsti. (...)"</p>
PROFESSIONALITÀ E CURA DI TUTTE LE FIGURE COINVOLTE	<p>Ut.37 " (...) Dopo l'evento parto non mi aspettavo di esserne così travolta. Alle prime difficoltà inerenti l'allattamento mi sono rivolta alle mie colleghe ospedaliere che mi hanno poi indirizzate al consultorio familiare."</p> <p>Ut.60 " Durante il percorso ho generalmente incontrato operatori umanamente e professionalmente competenti e disponibili."</p>

---

*Ut.111 " È andato tutto molto bene, sia dal punto di vista del percorso mio personale che dal punto di vista della struttura, sono stata sempre seguita con tanta attenzione, anzi più di quello che mi aspettavo."*

---

ALLATTAMENTO AL SENO  
(Esclusivo o Alternativo)

*Ut.73 "Nel post nascita mi sono rivolta nuovamente al consultorio per difficoltà nell'allattamento e ho seguito gli altri incontri previsti. L'aspetto positivo è la sensazione di accoglienza che si respira in consultorio (...)"*

*Ut.116 " Dopo il parto ho avuto molti problemi con l'allattamento. L'unica professionista che è riuscita a tranquillizzarmi e a mettermi a mio agio è stata un'ostetrica del Dipartimento di Azzano Decimo che ho incontrato 8 gg dopo il parto. Ha riconosciuto le mie difficoltà e non mi ha obbligato ad allattare al seno. Non mi ha fatto sentire sbagliata nello scegliere l'allattamento artificiale. Dai racconti di altre mamme ho potuto constatare che alcuni professionisti insistono a promuovere l'allattamento al seno anche se di fronte si trovano delle neomamme in evidente difficoltà a seguire questa strada. Di conseguenza le mamme non si sentono capite e vanno in crisi."*

---

SUPPORTO PSICOLOGICO  
ED EMOTIVO

*Ut.5 " Tuttavia il personale del consultorio è sempre stato disponibile in caso di difficoltà nella gestione dell'allattamento e mi hanno sempre vista in caso di bisogno. Questa attenzione e premura nei miei confronti mi ha fatta sentire supportata e l'ho apprezzata tantissimo."*

*Ut.17 "Per tutte le difficoltà/dubbi che ho incontrato mi sono rivolta al personale infermieristico del Nido di Pordenone dove ho ricevuto prontamente supporto e sostegno, anche emotivo, a qualsiasi ora. Anche il consultorio mi ha offerto un ottimo sostegno per l'avvio/consolidamento dell'allattamento"*

---

*Tabella n.9. Il Percorso Nascita dopo il 2012*



Si riscontrano e riportano inoltre alcune scelte intraprese da alcuni professionisti di non seguire le diverse tappe del percorso nascita in quanto:

- Non ammissione ai diversi corsi in quanto non c'era posto o perché residente in altra regione come da stralci seguenti:

*"Io ho partorito fuori dal territorio di residenza, quindi ho fatto il percorso mamma/bambino non in AsFO. " (Ut.96)*

*"Ho fatto solo il corso pre-parto, il post è stato duro e complicato e nessuno mi ha aiutato e il consultorio mi ha detto che non c'era posto." (Ut.22)*

- Era assente;

*"Nel 1984 non c'era un percorso dedicato si faceva solo un corso di preparazione al parto. Non sapevo cosa mi aspettasse dopo ma per fortuna tutto è andato per il meglio e non ho avuto delle difficoltà tali da dovermi rivolgere a qualcuno..." (Ut.74)*

- Scelta di non partecipare ai corsi o intraprendere percorsi di accompagnamento alternativo (ostetrica in libera professione);

*"Ho deciso di essere seguita da un'ostetrica libero professionista, che mi ha seguita anche dopo la nascita, a domicilio. In ospedale ho fatto solo la "presa in carico" e tutti sono stati gentili, puntuali, accoglienti. La degenza è stata regolare ed è stato bello vedere le colleghe. Mi sentivo a casa." (Ut.93)*

- Ritenuto non necessario per il ruolo professionale ricoperto come da stralci seguenti:

*"Ne ero a conoscenza come operatore. Dopo l'evento del parto non avevo aspettative relative al percorso nascita, forse perché lavoro nell'ambito e conoscevo le colleghe che potevano darmi una mano. Come utente non mi sento di avere molto da dire, non avendone avuto particolarmente bisogno." (Ut.107)*

*"Sono un ginecologo quindi sapevo cosa mi aspettava" (Ut.94)*

- Non conoscenza dell'esistenza, come da stralci seguenti:

*"Personalmente non so di cosa si tratti." (Ut.35)*

Oltre ad aver estrapolato le tematiche dalle narrazioni per comprendere come è vissuto il percorso nascita e come è cambiato nel tempo, si è deciso di confrontare le attività comprese all'interno dei diversi momenti del percorso predisposto dalla Delibera Regionale n° 723 del 21 Marzo 2018 del FVG

*"Ut. 63: Le informazioni sono confronti, sono un accompagnamento al cammino insidioso della presa in carico della persona, della coppia, della famiglia.*

*Le informazioni vanno calate nel setting rispetto ai tempi, all'opportunità, alla necessità*

*Non serve essere un disco rotto e non accogliere la richiesta.*

*Le informazioni sono una strategia educativa, un supporto clinico, un buongiorno ed un arrivederci, non vanno sottovalutate e sono parte integrante della cura."*

All'interno di ogni singola fase ed attività, riportate all'interno dell'Allegato 8 sotto riportato, sono state attribuite le relative narrazioni/stralci a supporto. Diverse attività non sono state dichiarate in maniera esplicita all'interno delle diverse narrazioni/stralci, di conseguenza, non è stato possibile attribuirle. Al contrario, alcune narrazioni/stralci, data la loro generalizzazione, sono state attribuite a più attività inerenti alla tematica riportata.

Nello specifico, si riportano le diverse attività che non hanno trovato alcun riscontro nelle diverse risposte dei partecipanti al progetto di studio:

All'interno della fase **Preconcezionale**:

- Orientamento alla rete dei servizi-percorso nascita

All'interno della fase della **Gravidanza**:

- Offerta vaccinazione dPTa preferibilmente a 28 sett.
- Offerta vaccinazione antiinfluenzale (se in stagione epidemica) e informazioni su prevenzione primaria

#### All'interno della fase **Travaglio e Parto:**

- Offrire metodiche non farmacologiche di controllo del dolore (es posizioni libere in travaglio e parto, utilizzo dell'acqua ecc)
- Informare e, nel caso, garantire il controllo farmacologico del dolore (analgesia epidurale)
- Eseguire la raccolta solidaristica di sangue cordonale, qualora la donna abbia acconsentito alla donazione
- Predisporre a livello aziendale percorsi/procedure codificati per la gestione del dolore in travaglio/parto, per l'assistenza intrapartum della madre e del neonato e per la rianimazione neonatale

#### All'interno della fase **Puerperio:**

- Implementare a livello aziendale le Linee guida "Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla (SNLG-ISS n. 26, ottobre 2016)
- Le Aziende predispongono azioni per offrire la visita ostetrica domiciliare in puerperio

#### All'interno della fase **Dopo la Dimissione:**

- Valutare l'andamento dell'allattamento e promuovere le pratiche che lo facilitano
- Rafforzare le informazioni su trasporto sicuro del bambino, posizione nel sonno, stili di vita familiare (fumo, alcol, farmaci)
- Affrontare i temi della ripresa dell'attività sessuale e della contraccezione
- Favorire la visita ginecologica di controllo in puerperio
- Favorire per il neonato l'adesione ai bilanci di salute dal PLS e al programma vaccinale

Delle narrazioni/stralci si riportano alcune narrazioni, appartenenti a personale afferente al Dipartimento Materno - Infantile, che hanno richiamato l'attenzione del ricercatore in quanto non in linea con le attese professionali, etiche e deontologiche degli operatori:

- "*Non mi occupo di questo aspetto*". (Ut.46)

- *"Non do informazioni, li indirizzo alle Ostetriche o alle Infermiere della neonatologia." (Ut.70)*

- *"Non ne fornisco molte perché non sono tempestivamente e accuratamente aggiornata." (Ut.71)*

## Capitolo 4. Discussione

### 4.1 Discussione dati "Il Punto di vista del Genitore - Vissuti di Genitorialità"

L'analisi dei dati ha permesso di individuare nei vissuti personali un insieme di emozioni che contraddistinguono la sfera della genitorialità. Questa altalena di emozioni comprende emozioni che coesistono e si contrappongono spesso, e che sono quelle più piacevoli, come gioia, felicità, riconoscenza, gratitudine, e più spiacevoli come paura, dolore, preoccupazione, inadeguatezza. Le sensazioni spiacevoli hanno sempre radici molto profonde: paura di deludere, di commettere degli errori che avranno delle conseguenze, paura del cambiamento. La letteratura afferma che, analizzando il percorso interiore di riorganizzazione psichica ed emotiva a cui la coppia va incontro sia dal punto di vista psicologico, biologico e sociale, si definisce questa fase come “*crisi maturativa normale*”<sup>26</sup>. È una fase di enorme cambiamento e ristrutturazione da cui l'identità può emergere arricchita e ampliata ma che può esporre a potenziale sofferenza psichica perinatale<sup>27</sup>. Winnicott (1956)<sup>28</sup> ha definito tale stato psichico come “*preoccupazione materna primaria*”, una dimensione psichica particolare, che porta la madre e il padre a ritirarsi dalle relazioni con il mondo esterno per coinvolgersi sempre più nella relazione con il bambino atteso, cominciando ad immaginarlo ed identificandosi con i suoi bisogni, attivando attenzione e cura, sviluppando emozioni, pensieri, aspettative, fantasie che costruiscono la prima immagine del figlio.<sup>29</sup> La genitorialità si iscrive quindi, nella storia dell'individuo, comportando mutamenti nell'assetto psichico materno e paterno. Il processo psichico riguarda la costruzione di nuovi aspetti sull'identità dell'individuo adulto: la rappresentazione di sé come madre per la donna e di sé come padre per l'uomo. “*La progressiva metamorfosi della coppia coniugale in coppia genitoriale, la redistribuzione dei compiti e delle funzioni che avvengono nel passaggio da uomo/donna a padre/madre, le responsabilità educative che concorrono a*

---

<sup>26</sup> Bibring GL (1959). *Some considerations of the psychological process in pregnancy. The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 113-121

<sup>27</sup> Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). *Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept.* The British Journal of Psychiatry, 166 (2), 191-195

Della Vedova, A.M., Cristini, C. (a cura di) (2011), *La promozione della salute psichica perinatale*, Roma: Carocci

<sup>28</sup> Winnicott, D. W. (1956), *La preoccupazione materna primaria. Dalla pediatria alla psicoanalisi.* Tr.It. Martinelli, Firenze 1975

<sup>29</sup> Pazzagli, A., Benvenuti, P., & Pazzagli, C. (2011). *La nascita nella mente della madre.* Rivista Italiana di Educazione Familiare, 1(2), 5-21

*definire le geometrie intra e interfamiliari impongono una rinnovata considerazione dell'evento nascita, come a sua volta gravido di potenzialità simboliche, affettive e relazionali che attendono di essere portate alla luce"* <sup>30</sup>. Per la donna diventare madre, come riscontrabile in letteratura e confermato dalle narrazioni raccolte, comporta la capacità di accogliere fisicamente il bambino nel suo corpo e proteggerlo, accettando gli imponenti cambiamenti somatici e ormonali connessi alla gravidanza, al parto e al puerperio. <sup>31</sup> Il cambiamento è noto essere un salto nel vuoto, non è prevedibile come potranno andare le cose. In questo caso, il cambiamento è rappresentato dal passaggio da una fase della vita ad un'altra: il crescere, diventare più adulti, più responsabili verso un altro essere. Inoltre, nel percorso verso la genitorialità, il cambiamento è dettato il più delle volte da una scelta condivisa. La coppia diventa un trio e questo, talvolta, può destabilizzare gli equilibri raggiunti, ovviamente e non per forza in maniera negativa. Un figlio può fortificare i legami familiari, in quanto rappresenta il risultato di un amore; un figlio crea un legame tra i partner che solo loro due riusciranno a capire. Inoltre, con i figli si insegna e al contempo si impara. Si imparano tante cose su di noi, si impara a lavorare sulle nostre emozioni, si impara ad allenare la pazienza e comprendere maggiormente ciò che siamo in grado di fare. (Mirarchi, 2022). Spesso ci sentiamo di avere dei limiti su molte cose, ma ci sorprenderemo di quante cose riusciremo a fare per amore di un figlio. *"Genitori è qualcosa che a un certo punto ti succede: prima non lo eri, poi sì. E da lì in poi lo sarai fino alla fine"*. <sup>32</sup>

Quanto emerso dalle narrazioni conferma il fatto che ciò che principalmente spaventa o è sfidante nel percorso verso la genitorialità è il cambiamento dell'identità personale o di coppia. L'identità genitoriale però non si concretizza, per i rispondenti, solamente nel momento della nascita del/la proprio/a figlio/a. Genitori lo si diventa nel momento in cui si decide, insieme, di dare una svolta al proprio percorso di vita condivisa, che sia esso realizzato con la nascita o non realizzato per difficoltà biologiche o scelte di vita personale. Come ha dichiarato

---

<sup>30</sup> Musi, Cadei, L., Simeone, D., (a cura di), *Diventare genitori. Fantasie e narrazioni in un'epoca tecnologica*

<sup>31</sup> Della Vedova, A.M., Ducceschi, B., Cesana, B.M., Imbasciati, A. (2011), *Rischio depressivo in gravidanza e qualità del legame materno precoce*, *Infanzia & Adolescenza*, 10(3), 154-168

<sup>32</sup> Galiano, E., (2023), *Geografia di un dolore perfetto*, Garzanti Editore

Giannakoulas<sup>33</sup> (1992), la genitorialità è radicata entro un progetto di coppia profondamente influenzato da dinamiche inconsce relative al modo in cui la coppia si è formata e si proietta nel futuro. Tali dinamiche possono essere al servizio di una genitorialità intesa come percorso psichico capace di modificare gli equilibri preesistenti aprendosi al bambino come terzo o funzionare in modo collusivo. In questo caso la presenza di conflitti inconsci può ostacolare il formarsi di una coppia genitoriale.

La coppia, in tale progetto, è investita di nuovi ruoli e di nuovi compiti legati al far posto, non solo fisicamente, ma soprattutto emotivamente, al nuovo arrivato: “la vita di sempre non sarà mai più la stessa” (Iori, 2006)<sup>34</sup>. Sia l’uomo che la donna vivono questo periodo come una fase di profonda ristrutturazione psicologica, nella quale si confrontano con la loro storia personale, con i sentimenti e le fantasie verso un figlio, che sta per nascere, con l’immagine di sé, con il proprio ruolo che cambia. *“L’attesa di un figlio induce la coppia a una verifica del precedente rapporto e porta a una ristrutturazione sia su un livello reale che su un livello fantasmatico allo scopo di includere il terzo. L’esito di questa ristrutturazione sarà facilitato innanzitutto dall’elaborazione individuale di ognuno dei membri della coppia relativamente alla propria storia passata e presente e sarà al tempo stesso influenzato dalla fase che la coppia attraversa al momento del concepimento”*.<sup>35</sup> Diventare genitori è quindi un’importante opportunità per modificare la propria identità e per incrementare la qualità delle relazioni. È un’avventura della coppia, attraverso la quale essa può trasformarsi e può crescere.

La capacità di esprimere la profondità di pensieri, turbamenti, emozioni e caratteristiche della genitorialità si fonda sulla competenza riflessiva che può essere sviluppata esercitandola e che non serve solo per recuperare criticamente il passato ma soprattutto per riflettere sul presente e, nello specifico, sulle prassi genitoriali. Mezirow (2003) afferma che *“in quanto genitori, siamo inizialmente*

---

<sup>33</sup> Giannakoulas, A., (1993), *Il bambino come "terapia" della difesa maniacale post-traumatica*, Interazioni. Franco Angeli

<sup>34</sup> Iori, V. (2001), *Fondamenti pedagogici e trasformazioni familiari*, Brescia, La Scuola. — (2006), «La nascita tra scienze umane e scienze mediche», in G.B. La Sala, V. Iori, F. Monti, P. Fagandini (a cura di), *La “normale” complessità del venire al mondo. Incontro tra scienze mediche e scienze umane*, Milano, Guerini, 29-47.

<sup>35</sup> Pola, M. (1995), “I contributi psicologici e psicoanalitici relativi alla gravidanza”, in M. Ammanniti, C. Candelori, M. Pola, R. Tambelli (a cura di), *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*, Milano, Cortina.

*prigionieri della nostra storia personale*"<sup>36</sup> e abbiamo bisogno di decostruire e ricostruire i saperi che il nostro apprendistato di figli ci ha consentito di elaborare. La teoria ipotizzata dallo stesso Mezirow si basa su un approccio riflessivo alla conoscenza di sé e del mondo, affermando che tutti difettiamo di abilità riflessive, introspettive, auto coscienziali. Egli sostiene inoltre che i modelli simbolici, le prospettive di significato, le metafore e gli schemi di significato sono tutti, o quasi tutti, prodotti da un'assimilazione non riflessiva personale o culturale. Assunto questa premessa bibliografica, le narrazioni/vissuti assumono spesso lo strumento della metafora, figura che, in forza del proprio dire qualcosa in luogo di qualcos'altro, si trova a poter veicolare significati che sarebbero altrimenti destinati a non poter essere detti o espressi, quali gli eventi negativi legati alla genitorialità e/o ai cambiamenti dell'identità.

Blumenberg riporta inoltre che la modalità secondo la quale l'uomo coglie il reale, e ad esso si rapporta con la formula dell'"*assolutismo della realtà*". Nella condizione antropologica degli esseri umani raccontare storie, ricorrere ai miti e alle metafore, è, nell'interpretazione di Blumenberg, una delle strategie che "l'umanità nel suo complesso ha escogitato per rendere operativa questa presa di distanza dal reale", che spaventava e non poteva essere altrimenti accostato e spiegato. Blumenberg osserva: "*quanto più ci allontaniamo dalla breve distanza dell'intenzionalità riempibile e ci riferiamo a orizzonti totali, che la nostra esperienza non può più misurare e delimitare, tanto più impressionante si fa l'utilizzo delle metafore*". Alle metafore Blumenberg riconosce la capacità di portare a espressione il "*mondo della vita*", dal momento che essi riescono a cogliere la complessità e la ricchezza della realtà e dei vissuti.<sup>37</sup>

*"Poiché il pensiero, con il linguaggio concettuale che indissolubilmente gli si accompagna, ha luogo, e trova espressione, in un essere che è a casa propria in un mondo di apparenze, si trova nella necessità di metafore per colmare la lacuna tra un mondo dato all'esperienza dei sensi e una sfera in cui una simile apprensione immediata dell'evidenza sensibile non esiste in nessun caso"*.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> Mezirow J. (1991), *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. (Trad. it.) Milano: Cortina

<sup>37</sup> Blumenberg, H. in Galvagni, L., (1985) *Racconti e metafore di malattia: un'espressione della creatività morale*, di, p. 11, Bologna.

<sup>38</sup> Arendt, H., (1987), *La vita della mente*, Il Mulino, Bologna



Narrare è uno strumento linguistico per pensare e anche per conoscere e interpretare sé stessi e la realtà.<sup>39</sup> Diventare autore della propria storia significa assumere, senza stampelle, la responsabilità personale ed esercitare la propria adultità. Condividere in famiglia parti della propria storia significa realizzare legami. Offrire e ricevere iniezioni di competenza. L'autobiografia e la riflessione narrativa compongono la teoria di sé e degli altri con il fare quotidiano, con il racconto dei problemi e delle loro soluzioni, con la possibilità di porre anche domande che resteranno aperte. È un modo prezioso per dare senso all'esperienza complessa e sfaccettata dell'essere genitori, figli, coniugi. Anche se uno scritto o un racconto tende all'idealizzazione, sarà inevitabile che riveli elementi di ombra, frustrazione, sofferenza o semplicemente di noiosa routine. Nella narrazione si compongono così maturità e immaturità, gioie e fatiche del mestiere di madre, di padre, di figlio o figlia. La narrazione diventa uno strumento educativo e formativo essenziale per formare ogni soggetto a un modo di vivere<sup>40</sup> capace di riflettere e pensare in maniera critica il mondo e sé stesso, apprendendo dalla propria esperienza e, più in generale, dalla propria esistenza.

#### **4.2 Discussione dati “Il Punto di Vista dell’Operatore - La Cura della Genitorialità”**

I testi raccolti nel progetto di studio hanno rivelato che, per quanto negli ultimi anni il campo sanitario si stia avvicinando sempre più al mondo letterario-antropologico, gli operatori sanitari riscontrino difficoltà nel dare voce a narrazioni o racconti ricchi di significati o che interrogino la persona e il professionista sanitario nell'agire quotidiano. Rita Charon, afferma che, spesso, i professionisti sanitari non hanno gli strumenti per recepire le narrazioni con orecchio diagnostico e interpretativo e, ritenendo tale attività di propria competenza, non vengono formati a riguardo<sup>41</sup>. Il raccontare dovrebbe diventare una via di trasmissione aperta di un sapere che non può essere limitato agli enunciati dimostrativi della scienza, ma veicolato da un processo che fa riferimento al voler conoscere, al saper ascoltare, al saper scegliere, al saper fare. Gli psicologi Kaneklin e Scaratti hanno affermato l'importante qualità della narrazione come strumento fondamentale per la costruzione di significati e per la

---

<sup>39</sup> Smorti, A., (2007), *Narrazioni. Cultura, memorie, formazione del Sé*, Giunti, Firenze

<sup>40</sup> Demetrio, D. (2012). *Educare è narrare. Le teorie, le pratiche, la cura*, Milano: Mimesis.

<sup>41</sup> Charon, R., (2019), *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, Raffaello Cortina Editore

facilitazione dei processi di cambiamento sociale e organizzativo, poiché il punto di vista narrativo risulta connesso alla modalità esperite dai soggetti agli eventi e alla realtà.<sup>42</sup>

La narrazione consente di esplorare e comprendere il mondo interno degli individui in quanto conosciamo noi stessi e ci riveliamo agli altri attraverso le storie che raccontiamo, ma ci consente anche di esplorare esperienze individuali e collettive, situazioni problematiche di difficile interpretazione, consentendo di comprenderne e decostruirne/ricostruirne il significato culturale e sociale. In quest'ottica si inseriscono le narrazioni raccolte legate al prendersi cura della donna/coppia/bambino da parte degli operatori sanitari. Il processo di *caring* e accompagnamento viene vissuto da parte dei diversi professionisti oltre ad una mera esecuzione di prestazioni sanitarie, un processo di ascolto, di presenza e di comprensione, che mette al centro del proprio agire quotidiano l'utente nella sua visione olistica (fisica, relazionale, psicologica, sociale etc...) creando un setting di cura capace di creare fiducia e un luogo sicuro a cui potersi affidare. Le proposte narrative hanno sollecitato una scrittura molto vicina a ciò che è richiesto dal modello della cartella parallela ipotizzato, all'interno della filosofia di pensiero di Rita Charon. Il lavoro pratico sulle narrazioni è essenziale e favorisce l'efficacia clinica, in quanto, curando o prendendosi cura di un utente, l'operatore sanitario si espone: emergono i ricordi e le personalità di ognuno. Forse, la cura, come dichiara la stessa Charon, non è importante solo per i pazienti/utenti, ma anche per gli operatori sanitari. Ecco quindi risultare necessario fornire strumenti innovativi e di provata efficacia agli operatori sanitari per poter affrontare con maggior consapevolezza il rapporto con le persone di cui hanno cura.<sup>43</sup>

All'interno delle narrazioni raccolte è stata rilevata la necessità di riflettere sull'esperienza professionale, interrogandosi sul proprio agire e occupandosi del proprio vissuto emozionale. La letteratura riporta infatti che la riflessione è un potente strumento per apprendere dall'esperienza. Riflettere significa piegarsi, chinarsi o volgersi all'indietro e comporta quel percorso attraverso il quale si ritorna su un'esperienza, la si analizza nelle sue diverse componenti, la si converte

---

<sup>42</sup> Kaneklin, C., Scaratti, G., (1998), *Formazione e narrazione. Costruzione di significato e processi di cambiamento personale e organizzativo*, Cortina, Milano

<sup>43</sup> Charon, R., (2019), *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, Raffaello Cortina Editore

in vissuto e si trasforma questo vissuto in apprendimento, attraverso la costruzione di un significato. La pratica riflessiva è un processo attivo attraverso il quale il professionista può sviluppare sia una maggior consapevolezza circa il sapere che guida il proprio agire professionale, sia modificare la propria prospettiva di azione futura; inoltre, pensando l'esperienza s'impara a conoscere sé stessi, le proprie reazioni, pensieri, emozioni e vissuti.

La riflessione sull'esperienza si sviluppa attraverso due fondamentali strategie: la narrazione e la scrittura. La scrittura permette di distanziarsi da quanto vissuto ed esaminare la situazione da un punto di vista più globale. Scrivendo si impara inoltre a dare struttura all'esperienza, a collegare tra loro i fatti, creando il ricordo di quanto accaduto. Questo processo di progressivo distanziamento aiuta a sviluppare una maggior capacità di far fronte alle criticità e all'incertezza cui si è continuamente esposti nella propria pratica professionale, facilitando strategie di coping.

Il primo ad aver parlato di apprendimento dall'esperienza attraverso la riflessione è John Dewey, un pedagogista che ha definito il pensiero riflessivo come quel processo che si sviluppa da situazioni problematiche.

Secondo Schön<sup>44</sup>, il sapere dei professionisti è un sapere appreso soprattutto durante la pratica, attraverso un continuo processo di riflessione sull'azione (reflection on action, che significa pensare retrospettivamente l'esperienza) e nell'azione (reflection in action, ossia riflettere in corso d'azione). Boud e colleghi<sup>45</sup> hanno poi ampliato il concetto di riflessione di Schön, sostenendo che riflettere sull'esperienza vuol dire non solo ricordarla e ristrutturarla nelle sue dimensioni cognitive, riconducendola a pregresse esperienze, ma anche ripensare alle emozioni provate, considerate parte integrante del processo di apprendimento.

Il professionista sanitario, nella sua accezione di professionista dell'assistenza, definita dai diversi profili professionali, non si limita solo ad offrire una prestazione terapeutica ma bensì offre una cura sanitaria che richiama emozioni,

---

<sup>44</sup> Schön, D., (1983) *The Reflective Practitioner*, Tr. it.: *Il professionista riflessivo*. Bari: Dedalo, 1993. (in) Montagna, L., Benaglio, C., Zannini, L.,(2010), *La scrittura riflessiva nella formazione infermieristica: background, esperienze e metodi*,

<sup>45</sup> Boud D, Keogh R, Walker D. (Ed). *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan Page Ltd, 1989. (in) Montagna, L., Benaglio, C., Zannini, L., (2010) *La scrittura riflessiva nella formazione infermieristica: background, esperienze e metodi*

posture relazionali, silenzi, desideri, valori e tanto altro che rientri nella cosiddetta dimensione immateriale della cura, come descritta da Patrizia De Mennato.<sup>46</sup> È facile quindi cogliere segnali di affaticamento nei professionisti sanitari che non viene causata tanto dalle prestazioni di cura in sé, quanto dalle tonalità emotive che le accompagnano o seguono.<sup>47</sup> L'accumularsi di tante fatiche porta a svuotare il professionista sanitario privandolo di risorse ed energie da mettere in campo nel corso della cura. Alcuni operatori sanitari, infatti, si trovano a vivere uno stato di esaurimento psicofisico e disinteresse al lavoro di cura, causato da una condizione di burnout. In questi termini, viene introdotto il concetto di *compassion fatigue*, ossia una condizione di affaticamento fisico e psichico che compare a seguito dello stare continuamente a contatto con i bisogni emozionali dei pazienti e dei familiari. Chales R. Figley la identifica come una condizione che deriva dallo stare in modo ravvicinato e continuativo con il dolore e la sofferenza altrui.<sup>48</sup>

Di contro però, Stamm<sup>49</sup> introduce il concetto di *compassion satisfaction* per descrivere gli elementi positivi che si incontrano negli ambiti del lavoro di cura. Per il professionista sanitario è fonte di soddisfazione sapere che la propria presenza, i propri gesti e parole assumono significatività per coloro che si stanno assistendo. È risaputo come gli operatori che fanno esperienze gratificanti siano in grado di fornire a loro volta, un'assistenza competente e compassionevole. L'aspetto della *compassion satisfaction* viene evidenziato inoltre dalle narrazioni riguardanti la cura della genitorialità da parte degli operatori sanitari.<sup>50</sup>

Per far fronte al fenomeno della *compassion fatigue* e del *burnout* la letteratura evidenzia il ruolo essenziale del miglioramento delle capacità comunicative, dell'autocura del professionista e sull'apprendimento di tecniche e strategie di autoriflessione.<sup>51</sup>

---

<sup>46</sup> De Mennato, P., Orefice, C., Brenchi, S., (2011), *Educarsi alla "cura". Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*. Pensa Multimedia, Lecce

<sup>47</sup> Mortari, L., Camerella, A., (2014), (a cura di), *Fenomenologia della cura*, Liguori, Napoli

<sup>48</sup> Figley, CR., (1995) *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder*, Brunner/Mazel, New York

<sup>49</sup> Stamm, B.H., (2002), *Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test*, in C.R. Figley, *Treating compassion fatigue*, BrunnerRoutledge, New York

<sup>50</sup> Sacco, TL., Copel LC, (2018), *Compassion satisfaction: a concept analysis in nursing*, "Nurs Forum", 53, pp.76– 83.

<sup>51</sup> Mennella, H., *Compassion fatigue in nursing: An overview*, CINAHL Nursing Guide, 2018.

La cura di sé, come ricordato da Cambi<sup>52</sup> riportando le parole di Foucault, diventa “*un privilegio-dovere, un dono vincolante che ci assicura la libertà obbligandoci ad assumere noi stessi come oggetto di tutta la nostra applicazione*”.<sup>53</sup>

Risalire ai vissuti legati all’esercizio professionale, se da un lato offre la possibilità di giungere a nuove aree di consapevolezza circa il proprio essere nel mondo della cura, dall’altro rimanda ad una considerazione e stima del proprio stato di benessere e soddisfazione. La capacità di valorizzare e gestire le proprie emozioni contribuisce in grande misura alla riduzione del rischio di *burnout*<sup>54</sup> e di *compassion fatigue*.<sup>55</sup>

La scrittura quindi può essere assunta, secondo la visione di Demetrio<sup>56</sup>, come pratica di cura di sé poiché consente al soggetto di riflettere e pensare in maniera critica il mondo e sé stesso, potendo così apprendere dalla propria esperienza e, più in generale, dalla propria esistenza.

Partendo quindi dalla riflessione sugli eventi che accadono nel proprio lavoro, un professionista sanitario ha la possibilità di entrare in contatto con le credenze, i valori, le conoscenze e i sentimenti che vive. La riflessione sull’esperienza “*dischiude la dimensione della consapevolezza di sé*” perché con essa si osserva ciò che accade in sé stessi.<sup>57</sup>

Alcuni autori definiscono la riflessione come “*uno stato interiore attivo, che utilizza procedimenti cognitivi, affettivi, immaginativi e creativi per percepire, rappresentare con il linguaggio, e dunque analizzare, una personale esperienza vissuta*” Aggiungono inoltre che la riflessione è una narrazione che rappresenta la “*strada maestra verso la presenza, l’identità, la consapevolezza, l’intersoggettività e la capacità di discernimento etico*”.<sup>58</sup>

---

<sup>52</sup> Cambi, F., *La cura di sé come processo formativo*, Laterza, Roma Bari, 2010. Del dono... in *educazione, Studi sulla Formazione*, 2017, 20(1), pp. 9-13

<sup>53</sup> Foucault, M., *La cura di sé*, Feltrinelli, Milano, 1985

<sup>54</sup> Waite, R., Mckinney, N., *Capital we must develop: emotional competence educating pre-licensure nursing students*, *Nursing Education Perspectives*, 2016, 37(2), pp. 101-103.

<sup>55</sup> Bobbo, N., Rigoni, P., *Lavoro emotivo e benessere professionale: uno studio qualitativo tra gli specializzandi in oncologia*, *Journal of Health Care Education in Practice* 1(2), 2019, pp 35-47.

<sup>56</sup> Demetrio, D., *La scrittura clinica. Consulenza autobiografica e fragilità esistenziali*, Cortina Raffaello, Milano, 2008.

<sup>57</sup> Mortari, L., *La qualità essenziale della formazione*, *Educational Reflective Practices*, 2011, 1-2, pp. 145-156.

<sup>58</sup> Charon, R., & Hermann, N. (2012). ‘A sense of story, or why teach reflective writing?’. *Academic Medicine*, 87, 5-7.

È essenziale quindi che ogni professionista sanitario riesca a sviluppare una coscienza empatica su di sé e sul proprio lavoro generando connessioni e mutualità con assistiti, colleghi e organizzazioni. Così facendo, l'atto assistenziale si farà dono<sup>59</sup> e sarà in grado di conservare quegli elementi essenziali e nutritivi necessari a sostenere i diversi professionisti lungo tutto il percorso della cura.

Oltre al prendersi cura in qualità di professionisti, le narrazioni hanno evidenziato come il Comprendere l'altro e il Prestare attenzione e dedicare tempo siano momenti essenziali nel processo assistenziale. A sostegno di tali tematiche la letteratura<sup>60</sup> identifica nella comprensione dell'altro un fenomeno esistenziale fondamentale nel senso che l'essere umano avverte la necessità di capire ciò che accade non solo nella sua esistenza ma, in quanto essere relazionale, anche nell'esistere degli altri. Annette Baier<sup>61</sup> ritiene che un segno di buon svolgimento del lavoro di cura sia il non tollerare alcuna ignoranza circa lo stato dell'altro. Da qui il bisogno di un contatto costante per acquisire informazioni sul suo stato e definire la necessità di *caring* adeguato. Una buona conoscenza della situazione dell'altro coincide con una dettagliata percezione della situazione con cui entriamo in contatto e questa precisa visione dello stato dell'altro è l'esito non di un semplice guardare ma di un'attenzione sensibile.

Non c'è comprensione se non c'è la capacità di sentire il sentire dell'altro. Daniela Riboli scrive che *"cogliere intuitivamente vissuti diversi è condizione necessaria dello stare consapevolmente in una relazione di cura"*<sup>62</sup>. La comprensione dell'aver cura non ha luogo in un atteggiamento emozionalmente neutro ma il suo accadere è sempre emozionalmente situato. Comprendere nella sua forma intensiva richiede l'essere capaci di empatia.

Essere capaci di empatia significa sentire la qualità del sentire dell'altro. Per agire con cura è indispensabile avere sensibilità per la qualità del vissuto dell'altro. Secondo Lévinas<sup>63</sup> la sensibilità è esposizione all'altro; lo stare esposti indica una condizione di passività e anche di vulnerabilità. La sensibilità è lasciarsi mettere

---

<sup>59</sup> Fabbri, M., (2012), *Il transfert, il dono, la cura*, Franco Angeli, Milano. Cambi, F., *Del dono... in educazione, Studi sulla Formazione*, 2017, 20(1), pp. 9-13.

<sup>60</sup> Mortari, L., Saiani, L., (2013), *Gesti e pensieri di cura*, McGraw-Hill Education

<sup>61</sup> Baier, A. C., *Postures of the mind. Essays on Mind and Morals*, Methuen, London UK

<sup>62</sup> Riboli, D., (2005), *Stare a contatto del male senza farsi male. Diotima, La magica forza del negativo*, Liguori, Napoli

<sup>63</sup> Lévinas, E., (1983), *Altrimenti che essere*, Jaka Book, Milano (*De iexistence à l'existant*, Fontaine, Paris, 1947)

in causa dell'alterità dell'altro. E se si accetta di pensare che l'esperienza dell'essere sensibile è sempre incarnata, allora avere sensibilità per il vissuto dell'assistito significa sentire nella carne il suo stato d'essere; è questo sentire incarnato a rendere possibile una vera comprensione.

Sentire il sentire dell'altro significa comprendere la qualità del suo dolore quando questi sta soffrendo e forse è proprio per questo che chi è capace di empatia spesso manifesta la sua vicinanza all'altro in modo silenzioso, come riscontrabile dalle narrazioni dei vissuti della cura legati ad eventi negativi, quali la perdita, della genitorialità. Resta al fianco dell'altro che soffre, ascolta ma poche sono le parole che pronuncia; infatti, se è vero che quando non si soffre si fa presto a dare consigli<sup>64</sup>, chi conosce la sofferenza dell'altro si trattiene dal pronunciare troppe parole. Proprio perché l'empatia costituisce l'accesso privilegiato alla qualità del reale, si qualifica come componente essenziale di un'azione di cura che sa realmente agire a favore dell'altro. Aver cura è, inoltre, dare tempo e, poiché il tempo è vita, dare tempo è generosità. Weil<sup>65</sup> afferma che “*generosità e compassione sono inseparabili*”. Si è capaci di generosità quando si sente la qualità del vissuto dell'altro, quando si avverte il suo appello di aver cura di lui/lei. Se non ci si lascia toccare dall'altro allora la sollecitudine non si declina nella forma del prendersi a cuore ed è nel prendersi a cuore che si realizza la forma intensiva dell'aver cura.<sup>66</sup>

L'aver cura si esprime essenzialmente nell'attenzione.<sup>67</sup> Prestare attenzione è considerare l'altro e avere considerazione per l'altro; tenerlo nello sguardo è il primo atto di cura. L'attenzione come gesto di cura non è un semplice guardare ma uno “*sguardo paziente e amorevole rivolto all'altro*”.<sup>68</sup> Tanta è l'importanza dell'attenzione che la cura viene definita anche come “*lavoro di attenzione*”.<sup>69</sup>

L'attenzione accompagna ogni momento di una buona pratica di cura: la fase iniziale della relazione quando, concretizzando la disposizione ricettiva, facciamo

---

<sup>64</sup> Eschilo, (2007), *Tutte le tragesie*, Rusconi Libri, Rimini

<sup>65</sup> Weils, S., (1999), *Attesa di Dio*, Rusconi, Milano (*Cahiers, II, Plon, Paris, 1972*)

<sup>66</sup> Stein, E., (1999), *Essere finito e essere eterno*, Città Nuova, Roma (*Endliches und ewiges sein Versuch eines Aufstiegs zum Sinn des Seins*, Archivum Carmelitanum Edith Stein, Geleen, NL, 1962)

<sup>67</sup> Noddings, N., (2002), *Starting at Home*, University of California Press, Berkley and Los Angeles, Los Angeles

<sup>68</sup> Murdoch, I., (1970), *The sovereignty of good*, Routledge, London

<sup>69</sup> Svandra, P., (2009), *Éloge du soin. Une étique au coeur de Il vie*, Éditions Seli Arslan, Paris

posto all'esserci dell'altro; la fase responsiva dell'agire a favore dell'altro, perché mentre agisco ho bisogno di capire quali effetti ha la mia azione sulla condizione dell'altro e come questi reagisce. Monitorare gli effetti del proprio agire è parte essenziale dell'agire con cura<sup>70</sup> e per monitorare in modo da raccogliere dati che supportino il processo di comprensione è necessaria un'intensa attenzione. *"L'esercizio dell'attenzione è la base di ogni attività"* e quindi di ogni atto conoscitivo. Se si può dire che *"non prestare attenzione equivale a non vivere"*<sup>71</sup> dal punto di vista della pratica di cura mancare di attenzione significa impedire quella presenza intensiva all'altro che è condizione essenziale e decisiva per l'esercizio dell'aver cura.

### **4.3 Discussione dati Percorso Nascita**

L'analisi dei dati ha evidenziato diverse criticità in merito alle informazioni fornite dai diversi professionisti interessati dal percorso nascita aziendale, in termini di lacune sul contenuto della delibera presa in esame e dello stesso ruolo/responsabilità durante il percorso nascita.

Per quanto riguarda i contenuti, dato che all'interno dell'Azienda Sanitaria "Friuli Occidentale", in recepimento della Delibera Regionale FVG n. 1486 del 30 Settembre 2021, è attivo il Percorso per il Parto a Basso Rischio Ostetrico (BRO) a gestione autonoma ostetrica, risultato a favore del ruolo del personale ostetrico, non è quest'ultimo, però, evidenziato all'interno delle diverse narrazioni, sia da parte del personale ospedaliero che territoriale.

Altri ambiti, previsti dal Percorso Nascita di cui non vi è evidenza informativa da parte del personale riguardano:

- la donazione del sangue cordonale
- la profilassi vaccinale in gravidanza (richiamo difterite-tetano-pertosse e influenza)
- la visita domiciliare ostetrica, offerta a seguito di segnalazioni da parte del personale ospedaliero al momento della dimissione

---

<sup>70</sup> Noddings, N., (2002), *Starting at Home*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, Los Angeles

<sup>71</sup> Zambrano, M., (2008), *Per l'amore e per la libertà*, Marietti, Genova-Milano (*Filosofia y Educaciòn. Manuscritos*, Fundaciòn Maria Zambrano, Màlaga, 2007)



Dunque, dall'analisi delle narrazioni si evince la complessità del percorso nascita nella sua totalità, ma al contempo si percepisce il sentire di un confine di competenze tra il personale sanitario ospedaliero e quello territoriale. Le informazioni fornite dal personale ospedaliero interessano, nel dettaglio, le fasi inerenti alla gravidanza, travaglio/parto e, in parte, il puerperio; al contrario, quelle fornite dal personale afferente al Dipartimento territoriale dei Consultori Familiari, le fasi del preconcezionale, prima visita, gravidanza, puerperio e post-dimissione. Ovvero, ognuno parla del proprio. Un altro dato a sostegno di ciò di particolare interesse riguarda la gestione e la *care* del neonato. Il personale ripone grandi attenzioni riguardo tale tematica a favore dell'*empowerment* della coppia riguardo la gestione, rilevazione dei principali segni e sintomi di problematiche neonatali, manovre da effettuare etc... Accanto alle attenzioni rivolte al nuovo nato però, non vi è evidenza della gestione della donna nella fase del puerperio né da parte del personale ospedaliero né territoriale.

Inoltre, si evidenzia come, la quasi totalità del personale, abbia valorizzato gli interventi a sostegno dell'allattamento esclusivo al seno. Tale dato risulta essere un indicatore positivo ai fini della valutazione dell'efficacia formativa riguardo agli interventi formativi a cui tutto il personale è stato dedicato.

Un ulteriore tema affrontato riguarda la crisi etica del professionista sanitario e la responsabilità professionale dei diversi operatori coinvolti nell'iter informativo del processo. Ogni operatore sanitario risponde, in prima persona, delle informazioni e azioni che vengono intraprese e fornite all'utente. Dal punto di vista etico e deontologico, un professionista sanitario o sociosanitario in servizio all'interno dei Dipartimenti Materno Infantili e Consultori Familiari non può esimersi dalla responsabilità, espressa all'interno dei diversi profili professionali e codici deontologici, di prendere parte in prima persona al proprio aggiornamento professionale e garantire una pronta risposta ai bisogni espressi dall'utente, a garanzia di un servizio e assistenza di qualità e sicurezza.

Infine, l'analisi dei dati ottenuti dalle conoscenze riguardo il percorso nascita da parte del personale sanitario che ha avuto esperienza di genitorialità, ha permesso la definizione di alcuni argomenti di particolare interesse da poter integrare nei processi informativi, tra cui:

- Gestione del dolore e delle posizioni libere durante il parto;
- Supporto durante il post-nascita e sostegno alla genitorialità;
- Morte perinatale e violenza nei confronti del bambino;
- Valorizzazione della figura paterna nella gestione del neonato e sostegno alla donna.

## Capitolo 5. Conclusioni

Le esperienze personali ci permettono di analizzare i contesti e i processi lavorativi assumendo un duplice ruolo: da una parte quello da spettatore, dall'altra quella da attore.

Indossando il cappello dello spettatore narrare la tematica della genitorialità fa affiorare alla mente delle persone ricordi, sensazioni, percezioni ed emozioni vissute. Lo strumento narrativo permette allo scrittore di dare un nome al proprio vissuto, piacevole o meno; permette di entrare in contatto con l'io più intimo che vive in ognuno di noi e permette una valutazione del proprio percorso. Attraverso la narrazione esprimiamo i nostri sogni, i nostri desideri affinché possano essere monito di miglioramento per chi verrà dopo di noi e far comprendere il perché di determinate azioni e/o scelte intraprese.

Al contrario invece, indossando il cappello dell'attore, ricopriamo un ruolo, quello del professionista sanitario. In tale ruolo diventiamo custodi di narrazioni, diventiamo detentori di un'altra vita, ricca di sogni, paure, desideri, ambizioni, aspettative. In qualità di professionisti sanitari diventiamo assistenti della genitorialità. Assistere la genitorialità altrui assume il valore di cura, di presenza costante, utilizzando una metafora di porto sicuro dove far attraccare le barche della vita dell'altro.

Ma possiamo scindere il nostro essere spettatore dal nostro essere attore? Inevitabilmente la risposta è negativa. Sono due ruoli che si influenzano a vicenda. Nell'essere attore riportiamo istintivamente vissuti dello spettatore e al contempo nella parte dello spettatore riviviamo ciò che abbiamo vissuto come attore. Il più delle volte però al professionista sanitario non è dato il tempo di fermarsi e analizzare il proprio operato. Vivere o prendersi cura della genitorialità non sempre è un percorso lineare. Possiamo incontrare numerosi pericoli capaci di far vacillare il nostro essere spettatore o attore.

Poter dar voce ai momenti più difficili, poter trovare uno spazio in cui donare un vissuto di genitorialità di cui mi sono preso cura, poter analizzare una situazione affinché diventi parte integrante della cura stessa troverebbero fondamento nell'introduzione della cartella parallela del professionista sanitario all'interno della pratica di cura. Obiettivo della cartella parallela del professionista sanitario

non è quello di riportare dati sensibili riguardante la salute della persona, già contenuti nella cartella clinica, bensì rappresentare ciò che il professionista sanitario ha vissuto nel prendersi cura dell'altro, le emozioni che gli ha provocato, gli sguardi silenziosi ricchi di parole non dette che vorrebbero fluire come un fiume in piena, l'incrocio dello spettatore e l'attore. Riveste un ruolo fondamentale poi, la condivisione con il gruppo di lavoro. Condividendo il contenuto delle cartelle parallele emergono elementi come l'attaccamento profondo agli utenti, il senso di impotenza e di umiliazione nei momenti difficili, le associazioni mentali, i ricordi personali etc.; così facendo anche altri professionisti sanitari potrebbero rispecchiarsi nello stesso vissuto e, insieme, trovare la chiave di lettura per affrontare la situazione nella maniera più indicata e corretta. La cartella parallela, quindi, risulterebbe uno strumento a favore del miglioramento del benessere organizzativo e di appartenenza ad un gruppo e al *team working*. La scrittura riflessiva, utilizzata all'interno della cartella parallela, dovrebbe però diventare parte della formazione del professionista sanitario affinché possa essere consolidata in qualità di *best practice*. La Medicina Narrativa si integra con l'Evidence-Based Medicine e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate. La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un "*elemento imprescindibile della medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste del percorso di cura*"<sup>72</sup>.

Un'ulteriore applicazione della cartella parallela e dei relativi contenuti potrebbe essere sviluppata dalle aziende per creare un database informatico in cui, previa raccolta del consenso e degli adempimenti legislativi previsti a tutela della privacy e gestione dei dati sensibili, i genitori e gli operatori si incontrano, condividendo le proprie narrazioni al fine di raggiungere specifici obiettivi terapeutici e la personalizzazione del percorso di cura. Tale proposta operativa trova il suo fondamento nella *digital narrative medicine*<sup>73</sup>, un percorso di telemonitoraggio narrativo basato sulle metodologie della medicina narrativa e finalizzato all'ascolto, alla comprensione e all'integrazione della narrazione del paziente e dei

---

<sup>72</sup> ISS, (2015), " *Linee di Indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico assistenziale per le malattie croniche e rare*"

<sup>73</sup> <https://digitalnarrativemedicine.com/en/>

caregiver. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nel processo di cura il cui fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato.<sup>74</sup> La formazione del professionista sanitario, in ambito della Medicina Narrativa, dovrebbe stimolare lo sviluppo di un'attitudine a un approccio flessibile e meno meccanicistico al processo di cura fondato anche su una visione interprofessionale. L'approccio narrativo si inserisce nel contesto dell'empowerment e del passaggio dalla medicina paternalistica al modello di relazione in cui la persona assistita è partner e non solo oggetto di cura. Gli operatori sanitari che hanno acquisito tale competenza narrativa e capacità di analisi dati di tipo qualitativo possono fornire spunti di riflessione per migliorare i processi di cura, facilitare le narrazioni degli assistiti e familiari mettendo in relazione e integrando le diverse istanze che emergono da queste narrazioni e individuando in esse i punti rilevanti per costruire un percorso di cura efficace, appropriato e condiviso e favorire momenti formativi e nuovi progetti di ricerca.

La Medicina Narrativa è apparsa capace di accogliere e condividere le narrazioni di tutti i soggetti coinvolti, ed è sembrata uno strumento capace di unire il piano tecnico-scientifico rappresentato dalla EBM (*disease*), con quello dell'esperienza diretta e unica della persona assistita e dei familiari (*illness*). La Medicina Narrativa unisce quindi le acquisizioni dell'approccio umanistico narratologico, centrate sull'importanza di ascoltare con rispetto le storie di malattia e di considerarle a tutti gli effetti un elemento fondamentale del processo di cura, con quelle delle riflessioni fenomenologico-ermeneutiche, che mettono in evidenza come le strutture di senso risultino dall'interazione e dalla fusione delle diverse narrazioni e con quelle di tipo socio-antropologico, che mettono l'accento sulla molteplicità dei livelli, clinico, personale e sociale (*sickness*) all'interno dei quali si svolge la comunicazione sanitaria.<sup>75</sup>

All'interno del Percorso Nascita la collaborazione inter e intra aziendale tra Ospedale e Territorio riveste un ruolo di importanza rilevante per garantire la continuità assistenziale lungo tutto il percorso previsto. Creare momenti di

---

<sup>74</sup> ISS, (2015), " *Linee di Indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico assistenziale per le malattie croniche e rare*"

<sup>75</sup> ISS, (2015), " *Linee di Indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico assistenziale per le malattie croniche e rare*"

incontro tra diverse realtà ospedaliere attive nel territorio di riferimento, permette di garantire un'omogeneità di informazioni da fornire alla coppia ma al contempo poter creare rete tra i diversi professionisti. Ogni professionista sanitario e non, interessato all'interno del percorso nascita diventa punto di riferimento a cui tendere in caso di bisogno/necessità. Progettare e realizzare momenti informativi e formativi sul percorso nascita destinati al personale ospedaliero e territoriale, dalla dirigenza medica al personale del comparto, risulta essere uno strumento a favore della strutturazione di percorsi appropriati per la tutela della maternità e della genitorialità.

Il lavoro di rete permette di mettere insieme risorse e competenze diverse che sanno costruire delle risposte e delle strategie tra loro complementari, strategie che, se ben sperimentate e condivise, possono diventare la buona prassi. Le buone prassi permettono al professionista di non abbandonare la triade ma di rispondere in maniera immediata e specifica ai bisogni di ognuno, attraverso l'attivazione di prese in carico integrate. La circolarità di informazioni, lo scambio continuo, il confronto tra le varie realtà coinvolte, rappresenta la chiave vincente. Ognuno con le proprie risorse e le proprie specificità apporta un valore aggiunto al lavoro quotidiano: la rete permette di rendere gli interventi più flessibili e rispondenti ai bisogni raggiungendo gli obiettivi, nel breve, medio e lungo termine.

Nel Percorso Nascita trovano collocamento, in diversi momenti del processo, interventi informativi, formativi ed educativi rivolti alle tematiche preventive e di promozione della salute. Durante il periodo preconcezionale e gestazionale, alle donne e alla coppia vengono fornite numerose ed eterogenee informazioni che, visto il momento che stanno vivendo, vengono recepite ma in breve tempo dimenticate. Risulta quindi importante trovare un momento, durante il periodo del puerperio e del post-partum in cui, attraverso un coinvolgimento multidisciplinare vengano rinforzate tali informazioni a tutela della salute della donna, della coppia e del bambino. La visita domiciliare post-partum riveste un ruolo di primaria importanza in cui l'intervento preventivo e di promozione della salute potrebbe trovare collocamento. A favore di tale ipotesi viene analizzata l'importanza di costruire e attuare interventi preventivi ed educativi, all'interno di un'equipe multidisciplinare svolti da un professionista della prevenzione. La seguente analisi SWOT vuole evidenziare punti di forza e criticità del contesto interno e

opportunità e minacce del contesto esterno per l'inserimento di questa figura all'interno del Percorso Nascita.

<i>FATTORI INTERNI</i>	
<b>PUNTI DI FORZA</b>	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento delle competenze delle figure della prevenzione in ambito materno - infantile</li> <li>- Riordino e riorganizzazione del personale della prevenzione</li> <li>- Non necessarie ulteriori risorse umane</li> <li>- Opportunità per il personale della prevenzione di operare nell'ambito di competenze materno-infantili (visita domiciliare)</li> <li>- Competenze della figura della prevenzione per svolgere la funzione di <i>Case Manager</i> per il reindirizzamento della donna e del bambino in caso di bisogni specifici</li> <li>- Sostegno nelle pratiche preventive, promozione della salute ed educazione sanitaria (allattamento, incidenti domestici, incidenti stradali, SIDS, vaccinazioni, stili di vita, igiene del bambino...)</li> <li>- Valutazione del percorso post-dimissione e valutazione dei bisogni della donna (<i>prevenzione baby blues, depressione post-partum</i>) e attivazione dei servizi di sostegno</li> <li>- Lavoro d'equipe multidisciplinare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Basso numero di professionisti della prevenzione inquadrati nei servizi materno - infantili</li> <li>- Costi per la formazione del personale</li> <li>- Mancanza di un modello organizzativo che prevede la figura della prevenzione</li> </ul>

(ostetriche, ginecologi, operatori sociali)	
<i>FATTORI ESTERNI</i>	
<b>OPPORTUNITÀ</b>	<b>MINACCE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Presenza di linee guida, linee di indirizzo e raccomandazioni a livello nazionale e internazionale (<i>Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita</i>)</li> <li>– Sviluppo di una medicina di prossimità</li> <li>– Richiesta da parte delle donne di un caring continuo per tutto il percorso nascita</li> <li>– Sostegno del modello assistenziale di <i>case e clinical management</i> in ambito preventivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Contesto culturale e/o professionale incentrato su altre figure professionali</li> <li>– Riduzione della natalità a livello italiano</li> <li>– Insufficienti politiche di welfare sanitario</li> <li>– Inadeguato riconoscimento del valore sociale della maternità, della salute della donna e della famiglia;</li> <li>– Vastità territoriale tale da rendere particolarmente difficoltosa la realizzazione di una rete di servizi per l'assistenza materno-infantile che abbracci fabbisogni diversificati, adottabili per lunghi periodi ed applicabili a popolazioni e ad ambienti mutabili;</li> <li>– Eterogeneità geografiche, socioculturali e economiche</li> </ul>

*Tabella n.10. Analisi SWOT - Assistente Sanitario nei contesti materno-infantili*

Dall'analisi SWOT, è possibile identificare nel professionista dell'ambito della prevenzione, nello specifico l'Assistente Sanitario, una valida figura che, in collaborazione con l'equipe ostetrica-infermieristica-ginecologica, assista e risponda ai bisogni della donna/coppia e bambino nella fase post-dimissione e, attraverso lo strumento della visita domiciliare, come indicato all'interno del



profilo professionale specifico<sup>76</sup>, identifichi eventuali indicatori di pericolo o di rischio pianificando interventi di prevenzione a tutela della salute della triade, favorisca l'educazione sanitaria riguardo la prevenzione primaria (vaccinazioni), corretti stili di vita (triade), affettività e sessualità di coppia, sostegno all'allattamento e alla genitorialità, incidenti domestici e stradali e possa diventare una figura di riferimento (*case manager*) per la gestione e continuità delle cure tra ospedale e territorio.

Tale figura professionale, fin dagli esordi della professione, momento nel quale assunse la denominazione di Assistente Sanitaria Visitatrice, ha sempre svolto le proprie mansioni e funzioni all'interno dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (ONMI) secondo quanto definito dal Regio Decreto del 15 aprile 1926 n.718 "*Approvazione del regolamento per l'esecuzione della legge 10 dicembre 1925, n.2277, per la protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia*". Attraverso tale decreto, vengono istituiti presso gli asili materni, gli asili per lattanti e divezzi, ed altri istituti fondati e sovvenzionati dall'ONMI, le scuole teorico-pratiche per l'esercizio delle professioni di Assistenti Sanitari Visitatrici d'igiene materna e infantile e l'Assistente Sanitaria scolastica (...). L'art. 118, del medesimo decreto, riporta:

*"(...) In particolar modo esse: coadiuvano i sanitari nelle consultazioni presso gli ambulatori ostetrici e i consultori e dispensari infantili, si recano in casa delle gestanti, delle madri e dei fanciulli, accertano le condizioni ambientali, vigilano sulla regolare frequentazione degli ambulatori e dispensari, attendono eventualmente alle cure domestiche nelle case delle assistite durante il periodo del puerperio, sorvegliano l'allattamento, insegnano alle madri il modo di eseguire le prescrizioni del medico, concorrono all'esercizio della vigilanza sui fanciulli minori di quattordici anni, collocati, fuori della dimora dei genitori o tutori, presso nutrici e allevatori, o in istituti pubblici o privati di beneficenza e assistenza. Esse, inoltre, danno, d'accordo col medico, consigli igienici, e dietetici e, in caso di malattia, prestano, in attesa del medico, i primi soccorsi ai fanciulli assistiti"*

---

<sup>76</sup> Decreto 17 gennaio 1997, n.69 del Ministro della Sanità

A livello internazionale, come dimostrano le esperienze e i modelli organizzativi dei Paesi Bassi e Gran Bretagna, l'assistenza post-partum è affidata, oltre che al personale ostetrico domiciliare, anche a figure della prevenzione che prendono il nome di Assistenti alla Maternità (MCA) o Health Care Assistant (HCA). Tali figure sanitarie, in collaborazione con il personale dell'area materno-infantile, hanno il compito di monitorare lo stato di salute della madre e del bambino, la diagnosi precoce di possibili problemi, il sostegno all'allattamento al seno, il sostegno alla cura del bambino, l'educazione sanitaria e il sostegno familiare.

In conclusione, inserire all'interno dei diversi modelli organizzativi multiprofessionali dell'area materno-infantile, la figura dell'Assistente Sanitario, quale professionista dedicato all'assistenza post-partum domiciliare, risulta un valore aggiunto per l'assistenza alla donna e al bambino nell'ascolto e riconoscimento delle preoccupazioni che stanno provando, nel fornire risposte sulla propria salute e progressi del bambino, assistere la donna nelle pratiche di cura quotidiane del bambino (allattamento al seno, igiene personale del bambino etc...), fornire un'adeguata educazione sanitaria e accompagnamento nella riorganizzazione della vita di coppia al fine di realizzare un graduale cambiamento organizzativo e realizzare progettualità e percorsi formativi che interessino l'intera équipe. La figura dell'Assistente Sanitario, inoltre, attraverso l'analisi delle narrazioni delle persone assistite, riscontrabili all'interno del database strutturato intra ed extra aziendale, è in grado di acquisire un *insight* altrimenti non rilevabile e una migliore personalizzazione della relazione e della cura. La Digital Narrative Medicine può mitigare il potenziale indebolimento della relazione professionista sanitario-assistito dei tradizionali percorsi di telemedicina e telemonitoraggio, che si concentrano esclusivamente sulle dimensioni cliniche. D'altro canto, la valorizzazione della casa come primo luogo di cura e una migliore articolazione tra ospedale e territorio, possono favorire l'affermazione di modelli organizzativi che consentano una maggiore valorizzazione delle narrazioni nei team multidisciplinari.

## **Bibliografia**

Arendt, H., (1987), *La vita della mente*, il Mulino, Bologna

Baldwin, C., (2018), *Etiche narrative per la cura narrativa*, La Salute Umana

Baier, A. C., *Postures of the mind. Essays on Mind and Morals*, Methuen, London UK

Bastianoni, P., (2009), *Funzioni di cura e genitorialità*, *Rivista Italiana di Educazione Familiare*

Benini, S., Magenti, N., (2021), *Quando l'assistenza "nutre" e quando "svuota". L'esperienza di cura raccontata da un gruppo di infermieri*, *Medical Humanities & Medicina Narrativa*

Bibring, GL, (1959), *Some considerations of the psychological process in pregnancy*. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 113-121

Bobbo, N., Rigoni, P., (2019), *Lavoro emotivo e benessere professionale: uno studio qualitativo tra gli specializzandi in oncologia*, *Journal of Health Care Education in Practice* 1(2), pp 35-47.

Boerleider, Agatha W.; Francke, Anneke L.; Van de Reep, Merle; Mannie, Judith; Wieggers, Therese A.; Deville, Walter L. J. M.; (2014), *"Being Flexible and Creative": A Qualitative Study on Maternity Care Assistants' Experiences with Non-Western Immigrant Women*, PLOS ONE

Borgo, S., (2008), *Il vissuto emozionale: un nuovo metodo di studio*, *Idee in psicoterapia*

Boud D, Keogh R, Walker D. (Ed). *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan Page Ltd, (1989) in Montagna, L., Benaglio, C., Zannini, L., (2010), *La scrittura riflessiva nella formazione infermieristica: background, esperienze e metodi*

Cambi, F., (2010), *La cura di sé come processo formativo*, Laterza, Roma Bari, *Del dono... in educazione*, *Studi sulla Formazione*, 20(1), pp. 9-13

Carli, R., (2013), *L'intervento psicologico in Ospedale*, *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*

Casciano, V.; (a.a. 2021/2022), *Affrontare il cambiamento di modello organizzativo aziendale: indagine qualitativa sugli operatori di un Ospedale del Nord Italia*, Università degli Studi di Verona, Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

Charon, R., (2019) *Medicina Narrativa, onorare le storie dei pazienti*, Raffaello Cortina Editore

Charon, R., & Hermann, N., (2012), *A sense of story, or why teach reflective writing?*. *Academic Medicine*, 87, 5-7.

Cooper, P. J., & Murray, L., (1995), *Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept*. *The British Journal of Psychiatry*, 166 (2), 191-195

Della Vedova, A.M., (2015), *Il luogo delle origini: percorsi della nascita e della genitorialità*, Turismo e Psicologia

Della Vedova, A.M., Cristini, C. (a cura di), (2011), *La promozione della salute psichica perinatale*, Roma: Carocci

Della Vedova, A.M., Ducceschi, B., Cesana, B.M., Imbasciati, A., (2011), *Rischio depressivo in gravidanza e qualità del legame materno precoce*, *Infanzia & Adolescenza*, 10(3), 154-168

De Mennato, P., Orefice, C., Brenchi, S., (2011), *Educarsi alla "cura". Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*. Pensa Multimedia, Lecce

Demetrio, D. (2012). *Educare è narrare. Le teorie, le pratiche, la cura*, Milano: Mimesis.

Demetrio, D., (2008), *La scrittura clinica. Consulenza autobiografica e fragilità esistenziali*, Cortina Raffaello, Milano

Eschilo, (2007), *Tutte le tragesie*, Rusconi Libri, Rimini

Fabbri, L., (2008), *Il genitore riflessivo. La costruzione narrativa del sapere e delle pratiche genitoriali*, *Rivista Italiana di Educazione Familiare*

- Fabbri, M., (2012), *Il transfert, il dono, la cura*, Franco Angeli, Milano. Cambi, F., *Del dono... in educazione*, *Studi sulla Formazione*, 2017, 20(1), pp. 9-13.
- Figley, CR., (1995) *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder*, Brunner/Mazel, New York
- Fiorilli, O., (2016), *Biopolitica dell'igiene nel primo dopoguerra. Genere e governo dei corpi nella costruzione dell'assistente sanitaria visitatrice*, *Italia contemporanea*
- Formenti, L., (2008), *Genitorialità (in)competente? Una rilettura pedagogica*, *Rivista Italiana di Educazione Familiare*
- Foucault, M., (1985), *La cura di sé*, Feltrinelli, Milano
- Galiano, E., (2023), *Geografia di un dolore perfetto*, Garzanti Editore
- Galvagni, L., (1985) *Racconti e metafore di malattia: un'espressione della creatività morale*, di Blumenberg, H., *Naufragio con spettatore*, trad. it., Bologna, p. 119.
- Garvin, D., (2015), *Taylorist Breastfeeding in Rationalist Clinics: Constructing Industrial Motherhood in Fascist Italy*, *Chicago Journal*
- Giannakoulas, A., (1993), *Il bambino come "terapia" della difesa maniacale post-traumatica*, *Interazioni*. Franco Angeli
- Giarelli, G., Marsico, G., Taruscio, D., (2018), *L'emergere della medicina narrativa: questione epistemologica nella cultura, nella scienza e nella medicina occidentale. Qual è la definizione di medicina narrativa?*, *La Salute Umana*
- Giroto, E., (2018), *Donne in divisa. Donne, politica e famiglia nei cinegiornali Luce degli anni Trenta*, *Officina della Storia*
- Greenhagh, T.; Hurwitz, B.; (1998), *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, *Family Practice*
- Gregory, I.; (2007), *The developing role of the maternity care assistant*, *Professional Issues*

Hood, A., (2007), Raising the profile of maternity care assistants, *British Journal of Midwifery*

Ingram, J.; Johnson, D.; (2009), Using community maternity care assistants to facilitate family-focused breastfeeding support, *Maternal and Child Nutrition*

Iori, V. (2001), *Fondamenti pedagogici e trasformazioni familiari*, Brescia, La Scuola. — (2006), «La nascita tra scienze umane e scienze mediche», in G.B. La Sala, V. Iori, F. Monti, P. Fagandini (a cura di), *La “normale” complessità del venire al mondo. Incontro tra scienze mediche e scienze umane*, Milano, Guerini, 29-47.

Kaneklin, C., Scaratti, G., (1998), *Formazione e narrazione. Costruzione di significato e processi di cambiamento personale e organizzativo*, Cortina, Milano

La Banca, D., (2005), “La creatura tipica del regime” *Storia dell’Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell’Infanzia durante il ventennio fascista (1925-43)*, Università degli Studi di Napoli

Launer, J., (2023), *Emozioni e Medicina Narrativa*, *Medicina Narrativa.Eu*, Il portale ISTUD sulla Medicina Narrativa

Lévinas, E., (1983), *Altrimenti che essere*, Jaka Book, Milano (De iexistence à l’existent, Fontaine, Paris, 1947)

Lindsay, P., (2004), Introduction of maternity care assistants, *British Journal of Midwifery*

Mancinelli, E., (2018), *Medicina narrativa. Un modello antico per tempi nuovi*, La Salute Umana

Margiotta, U., Zambianchi, E., (2014), *Genitorialità: consapevolezza del proprio ruolo educativo e competenze di cittadinanza*, *Formazione & Insegnamento*

Margiotta, U., Zambianchi, E., (2013), *L’approccio riflessivo a supporto della genitorialità*, *Formazione & Insegnamento*

Mennella, H., (2018), *Compassion fatigue in nursing: An overview*, *CINAHL Nursing Guide*

Mezirow J. (1991), *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti.* (Trad. it.) Milano: Cortina

Miller, J.H.; (1987), *L'etica della lettura: Kant, de Man, Eliot, Trollope, James e Benjamin,* Tr. It. Mucchi, Modena 1989

Minesso, M., (2017), *Costruzione dell'«uomo nuovo» e Stato sociale. L'ONMI negli anni del fascismo,* Ricerche dell'Istituto Storico Germanico di Roma Band

Minke, M.C. van Minde; Danielle W., van Veen-Belle; Hiske E., Ernst-Smelt; Ageeth N., Rosman; Hein, Raat; Eric A.P., Steegers; Marlou L.A., de Kroon; (2019), *Handover of care and of information by community midwives, maternity care assistants and Preventive Child Healthcare professionals, a qualitative study,* Elsevier

Montagna, L., Benaglio, C., Zanini, L., (2010) *La scrittura riflessiva nella formazione infermieristica: background, esperienze e metodi*

Mortari, L., Saiani, L., (2013), *Gesti e Pensieri di cura,* Mc Graw Hill Editore

Mortari, L., Camerella, A., (2014), (a cura di), *Fenomenologia della cura,* Liguori, Napoli

Mortari, L., (2011), *La qualità essenziale della formazione, Educational Reflective Practices,* 1-2, pp. 145-156.

Mortari, L.; Zannini, L., (2017), *La ricerca qualitativa in ambito sanitario,* Carocci Editore

Musi, Cadei, L., Simeone, D., (a cura di), *Diventare genitori. Fantasie e narrazioni in un'epoca tecnologica*

Murdoch, I., (1970), *The sovereignty of good,* Routledge, London

Noddings, N., (2002), *Starting at Home,* University of California Press, Berkley and Los Angeles, Los Angeles

Pazzagli, A., Benvenuti, P., & Pazzagli, C., (2011). *La nascita nella mente della madre. Rivista Italiana di Educazione Familiare,* 1(2), 5-21

Pola, M. (1995), "I contributi psicologici e psicoanalitici relativi alla gravidanza", in M. Ammanniti, C. Candelori, M. Pola, R. Tambelli (a cura di), *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*, Milano, Cortina.

Polit, D. F.; Beck, C. T.; (2014), *Fondamenti di Ricerca Infermieristica*, Mc Graw Hill Education, Edizione italiana a cura di Alvisa Palese

Polvani, S.; (2022), *Cura alle stelle. Manuale di salute narrativa*, Maria Margherita Bulgarini

Proia, L., (2021), *Viaggio nelle professioni sanitarie. Gli Assistenti sanitari*, intervista alla presidente Maria Cavallo, *Quotidiano Sanità*

Rahman, R., Ross, A.M., Huang, D., Kirkbride, G., Chesna, S., Rosenblatt, C., (2022), Predictors of burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction experienced by community health workers offering maternal and infant services in New York State, Wiley Periodicals LLC

Riboli, D., (2005), *Stare a contatto del male senza farsi male. Diotima, La magica forza del negativo*, Liguori, Napoli

Rosenblatt, L.M.; (1970), *Lietrature as Exploration*, Modern Language Association, New York

Sacco, TL., Copel LC, (2018), *Compassion satisfaction: a concept analysis in nursing*, "Nurs Forum", 53, pp.76– 83.

Sasso, L.; Bagnasco, A.; Ghirotto, L.; (2015), *La ricerca qualitativa - una risorsa per i professionisti della salute*, Edra Editore

Schön, D., (1983), *The Reflective Practitioner*, Tr. it.: *Il professionista riflessivo*. Bari: Dedalo, 1993. (in) Montagna, L., Benaglio, C., Zannini, L., (2010), *La scrittura riflessiva nella formazione infermieristica: background, esperienze e metodi*

Sità, C., (2017), *La genitorialità intensiva e le sue implicazioni per la relazione tra genitori e professionisti*, *Consultori Familiari Oggi*

Smorti, A., (2007), *Narrazioni. Cultura, memorie, formazione del Sé*, Giunti, Firenze



Smorti, A.; Donzelli, G.; (2015), *La Medicina Narrativa in Pediatria: come le storie aiutano a capire la malattia*, SEDI Editori

Spinsanti, S.; (2015), *La Narrazione nei territori di cura*, Pensa MultiMedia, Lecce

Spinsanti, S.; (2009), *Medicina e Letteratura*, in *Le raccolte di Janus*, Zadig Editore, Roma

Spinsanti, S.; (2002), *Narrazione letteraria e medical humanities*, Janus, n. 5

Spinsanti, S., (2016), *La medicina vestita di narrazione*, Graffiti Editore,

Spinsanti, S., (2018), *La Medicina Salvata dalla Conversazione*, Il Pensiero Scientifico Editore,

Stamm, B.H., (2002), *Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test*, in C.R. Figley, *Treating compassion fatigue*, BrunnerRoutledge, New York

Starr, D.; (2019), *Quench the flames? Addressing the concerns of burnout in Medicine*

Stein, E., (1999), *Essere finito e essere eterno*, Città Nuova, Roma (*Endliches und ewiges sein Versuch eines Aufstiegs zum Sinn des Seins*, Archivum Carmelitanum Edith Stein, Geleen, NL, 1962)

Svandra, P., (2009), *Éloge du soin. Une éthique au coeur de Il vie*, Éditions Seli Arslan, Paris

Tavazza, G., *La funzione genitoriale tra stabilità e cambiamento*, Seminari ASL-SPI Firenze

Van Teijlingen, (1990), *The profession of maternity home care assistant and its significance for the Dutch midwifery profession*

Waite, R., Mckinney, N., (2016), *Capital we must develop: emotional competence educating pre-licensure nursing students*, *Nursing Education Perspectives*, 37(2), pp. 101-103.

Weils, S., (1999), *Attesa di Dio*, Rusconi, Milano (*Cahiers, II*, Plon, Paris, 1972)

Wieggers, Terese A., (2006), Adjusting to motherhood: maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope, Journal of Neonatal Nursing

Wieggers, Therese A.; PhD, Van der Zee, Jouke; PhD, and Marc J. N. C. Keirse, MD, DPhil, FRACOG, FRCOG; (1998), Maternity Care in The Netherlands: The Changing Home Birth Rate, Blackwell Science

Winnicott, D. W. (1956), La preoccupazione materna primaria. Dalla pediatria alla psicoanalisi. Tr.It. Martinelli, Firenze 1975

Zambianchi, E., (2012) Supporto alla genitorialità: tipologie di intervento e percorsi formativi, Formazione & Insegnamento

Zambrano, M., (2008), Per l'amore e per la libertà, Marietti, Genova-Milano (Filosofia y Educaciòn. Manuscritos, Fundaciòn Maria Zambrano, Màlaga, 2007)

Zanini, L., Gambacorti-Passerini, M.B., Rossini, G., Palmieri, C., (2016), Buone Prassi: Raccontare per formare il proprio sé professionale: la proposta della narrazione e della scrittura riflessiva nelle professioni di cura, Università degli Studi di Milano Bicocca

Zannini, L., (2008), Medical Humanities e medicina narrativa nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura, Raffaello Cortina Editore

AsFO, (2022), Incontri di Accompagnamento alla Nascita e alla Genitorialità prima e dopo il parto. L'offerta dei Consulteri Familiari dalla gravidanza al primo anno di vita del bambino

Decreto Ministeriale 17 Gennaio 1997, n.69

Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994, n.739

Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994, n.740

Delibera n.723 del 21 Marzo 2018, Il percorso nascita in Friuli Venezia-Giulia: Percorso Gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica

ISS, (2015), " Linee di Indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico assistenziale per le malattie croniche e rare"

Ministero della Salute, (2021), “Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita” - Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future

Percorso per il Parto a Basso Rischio Ostetrico (BRO) a gestione autonoma ostetrica, Regione FVG

SNLG, ISS, (2011), "Linee guida Gravidanza fisiologica"



## **Elenco Tabelle**

Tabella n.1. Metodo fenomenologico-grounded.....	40
Tabella n.2. Risposte Professionisti Sanitari.....	43
Tabella n.3. Coorti di Nascita delle narrazioni dei rispondenti.....	44
Tabella n.4. Azienda dove è stata ricevuta assistenza.....	45
Tabella n.5. Temi e Categorie Individuate - Visione del genitore - Vissuti di genitorialità .....	46
Tabella n.6. Temi e Categorie Individuate - Visione dell'operatore .....	55
Tabella n.7. Il Percorso Nascita Prima e Dopo il 2012.....	64
Tabella n.8. Il Percorso Nascita prima del 2012 .....	66
Tabella n.9. Il Percorso Nascita dopo il 2012 .....	68
Tabella n.10. Analisi SWOT - Assistente Sanitario nei contesti materno-infantili .....	92
Tabella n.11. Fasi del Percorso Nascita - Delibera n.723 del 21 Marzo 2018, Il percorso nascita in Friuli Venezia-Giulia: Percorso Gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica.....	116
Tabella n.12. Partecipanti al questionario suddivisi per Dipartimento/Professione - AsFO .....	126
Tabella n.13. Partecipanti al questionario suddivisi per Dipartimento/Professione – Policlinico San Giorgio Spa - Casa di Cura Privata.....	127
Tabella n.14. Categorie e principali estratti - Punto di Vista del Genitore .....	140
Tabella n.15. Categorie e Estratti - Punto di Vista dell'Operatore .....	147
Tabella n.16. Le fasi del Percorso Nascita.....	166



## Allegati

### Allegato 1 – Il Percorso Nascita in Friuli Venezia-Giulia

#### FASE: PRECONCEZIONALE

	INFORMAZIONE	VISITA PRECONCEZIONALE
<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diffondere la conoscenza tra le donne in età fertile dell'utilità della visita preconcezionale</li><li>• Offrire in modo proattivo la visita preconcezionale e favorire l'accesso ai servizi preposti</li><li>• Promuovere la salute e stili di vita sani</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verificare lo stato di salute della donna/coppia</li><li>• Promuovere la salute e stili di vita sani</li></ul>
<b>QUANDO</b>	In ogni occasione utile	Prima di pianificare la gravidanza
<b>DOVE</b>	Consultorio Familiare, Ambulatori MMG/CAP, Ambulatori ostetrici/ginecologici; Siti web aziendali e regionale;	Ambulatorio MMG, Consultori Familiari, Ambulatori specialistic
<b>CHI</b>	MMG/ostetrica/ginecologo/farmacista	MMG, ginecologo e ostetrica
<b>COSA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informare le donne in età fertile</li><li>• Orientare la donna/coppia ai servizi preposti</li><li>• Implementare i siti aziendali e regionali</li><li>• Promuovere campagne informative (predisposizione materiale informativo, brochure, poster, eventi)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anamnesi riproduttiva della donna/coppia</li><li>• Counselling preconcezionale</li><li>• Esami preconcezionali</li><li>• Invio allo specialista se condizione patologica o rischio genetico</li><li>• Informazione su stili di vita sani</li><li>• Prescrizione acido folico</li></ul>

## FASE: DAL PRECONCEZIONALE ALLA GRAVIDANZA

	ACCERTAMENTO GRAVIDANZA	1° VISITA
<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accertare la gravidanza</li> <li>• Informare su esenzioni e sulla rete dei servizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornire alla donna/coppia tutti gli elementi utili, basati su prove di efficacia aggiornate, per compiere scelte informate e consapevoli sull'assistenza durante il percorso</li> <li>• Orientare al percorso più appropriato in base al livello di rischio individuato secondo criteri codificati</li> <li>• Facilitare l'accesso, concordato con donna/coppia, al percorso appropriato</li> </ul>
<b>QUANDO</b>	Alla positività del test di gravidanza	Preferibilmente entro 10 settimana di EG (o comunque all'accertamento di gravidanza)
<b>DOVE</b>	Ambulatorio MMG, Consultorio Familiare, Ambulatorio specialistico	Ambulatorio gravidanza fisiologica
<b>CHI</b>	MMG/ostetrica/ginecologo	ginecologo e ostetrica
<b>COSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrizione test gravidanza su sangue/urine</li> <li>• Accertamento della gravidanza</li> <li>• Rilascio Certificato di gravidanza (medico)</li> <li>• Invio allo sportello amministrativo distrettuale</li> <li>• Prescrizione esami I trimestre (preferibilmente in questa occasione)*</li> <li>• Orientamento alla rete dei servizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accoglienza, colloquio e ascolto</li> <li>• Informazioni su: servizi disponibili, benefici di legge, corsi di accompagnamento alla nascita, abitudini alimentari (ivi compresa la supplementazione di ac. folico) e stili di vita sani, come gestire i sintomi più comuni, screening e diagnosi prenatale</li> </ul>



- 
- Raccolta anamnesi familiare, personale ed ostetrica e compilazione check list
  - Visita ostetrica
  - Prescrizione esami I trimestre, se non già eseguiti e valutazione dei risultati
  - Attribuzione del grado di rischio (basso vs medio/alto) dopo valutazione elementi anamnestici, clinici e laboratoristici
  - Individuazione del percorso più appropriato in base al grado di rischio individuale:
    1. Basso rischio = avvio del percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica
    2. Presenza di fattore/i di rischio = avvio del percorso gravidanza a medio/alto rischio. Il ginecologo dell'Ambulatorio orienta la donna verso il setting più appropriato
  - Individuazione donne con bisogni specifici
  - Condivisione percorso con la donna/coppia e avvio percorso
  - Consegna di eventuale
-

**FASE: GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO**

	<b>1° TRIMESTRE</b>	<b>2° TRIMESTRE</b>	<b>3° TRIMESTRE</b>
<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrire alle donne con gravidanza a basso rischio un percorso basato sulla presa in carico da parte delle ostetriche che operano nell'ambito di una rete integrata multiprofessionale e multidisciplinare che vede l'interazione tra ostetriche, ginecologi, MMG e PLS, tra professionisti dei Consultori familiari e professionisti dei Punti nascita.</li> <li>• Individuare le donne che necessitano di assistenza più intensiva (medio-alto rischio) o di interventi mirati (es. fragilità psicosociale, mutilazioni genitali femminili, violenza domestica, ecc).</li> <li>• Offrire un percorso dinamico che, attraverso un attento monitoraggio, permetta un pronto adeguamento alle esigenze assistenziali di volta in volta determinate, con passaggio assistito tra i diversi setting di cura sia verso una maggior intensività che un ritorno al livello iniziale.</li> </ul>		
<b>QUANDO</b>	entro 13 <sup>+6</sup> settimane o comunque al primo controllo (1 <sup>a</sup> visita preferibilmente entro la 10 <sup>a</sup> sett.)	da 14 <sup>+0</sup> a 27 <sup>+6</sup> settimane	da 28 <sup>+0</sup> settimane
<b>DOVE</b>	Consultorio familiare /Ambulatorio gravidanza fisiologica a gestione ostetrica		
<b>CHI</b>	ostetrica/ginecologo		
<b>COSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accoglienza, colloquio e ascolto</li> <li>• Informazioni</li> <li>• Bilancio di salute</li> <li>• Esami 1° trimestre, se non eseguiti</li> <li>• Verifica dell'assenza di fattori di rischio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accoglienza, colloquio e ascolto</li> <li>• Informazioni sui corsi di accompagnamento alla nascita</li> <li>• Informazioni sulla possibilità di donazione del sangue cordonale</li> <li>• Informazioni su</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accoglienza, colloquio e ascolto</li> <li>• Informazioni su interventi non farmacologici e farmacologici per controllo/gestione del dolore travaglio/parto, su modalità di parto, allattamento, screening</li> </ul>

---

<p>secondo criteri standardizzati</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condivisione percorso assistenziale</li> </ul>	<p>ecografia per identificazione anomalie fetali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilanci di salute</li> <li>• Esami 2° trimestre nelle 3 fasce d'età gestazionale previste: <ul style="list-style-type: none"> <li>- da 14<sup>+0</sup> a 18<sup>+6</sup></li> <li>- da 19<sup>+0</sup> a 23<sup>+6</sup></li> <li>- da 24<sup>+0</sup> a 27<sup>+6</sup></li> </ul> </li> <li>• Rivalutazione del livello rischio sulla base di tutti gli elementi raccolti durante i bilanci di salute, compresa la compilazione della check list</li> <li>• Consulto e invio allo specialista ginecologo del team in caso di scostamento dalla fisiologia</li> <li>• Definizione e condivisione con la donna del percorso assistenziale</li> <li>• Offerta vaccinazione antiinfluenzale (se in stagione epidemica) e informazioni su prevenzione primaria</li> </ul>	<p>e profilassi neonatali, puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilanci di salute</li> <li>• Effettuazione esami 3° trimestre nelle fasce d'età gestazionale previste: <ul style="list-style-type: none"> <li>- da 28<sup>+0</sup> a 32<sup>+6</sup></li> <li>- da 33<sup>+0</sup> a 37<sup>+6</sup></li> <li>- da 41<sup>+0</sup></li> </ul> </li> <li>• Rivalutazione del livello rischio sulla base di tutti gli elementi raccolti durante i bilanci di salute, compresa compilazione check list</li> <li>• Offerta vaccinazione dPTa preferibilmente a 28 sett.</li> <li>• Offerta vaccinazione antiinfluenzale (se in stagione epidemica) e informazioni su prevenzione primaria</li> <li>• Invio al Punto nascita prescelto a 36 settimane per il prosieguo del monitoraggio della gravidanza</li> </ul>
---	--	--

---

## FASE: GRAVIDANZA AD ALTRO RISCHIO

	1° TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE
<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantire qualità e sicurezza in setting di cura appropriati per il livello di rischio della gravidanza</li> <li>Assicurare alla donna l'accompagnamento al percorso "gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" se e qualora la condizione di rischio rientri</li> </ul>		
<b>QUANDO</b>	entro 13 <sup>+6</sup> settimane o comunque al primo controllo (1a visita preferibilmente entro la 10 <sup>a</sup> sett)	da 14 <sup>+0</sup> a 27 <sup>+6</sup> settimane	da 28 <sup>+0</sup> settimane
<b>DOVE</b>	Ambulatori gravidanza dei Punti nascita I livello/Ambulatori gravidanza ad alto rischio dei Punti nascita di II livello/Consultori familiari secondo valutazione dello specialista ginecologo		
<b>CHI</b>	Equipe multiprofessionale (ginecologo, ostetrica e specialisti secondo necessità)		
<b>COSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accoglienza, colloquio e ascolto</li> <li>Informazioni</li> <li>Bilancio di salute</li> <li>Prescrizione esami 1° trimestre, se non eseguiti e gli eventuali esami aggiuntivi sulla base del quadro clinico</li> <li>Verifica del grado di rischio e del setting di cura più appropriato</li> <li>Definizione piano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accoglienza, colloquio e ascolto</li> <li>Informazione sui corsi di accompagnamento alla nascita</li> <li>Informazioni sulla possibilità di donazione del sangue cordonale (se presenti i requisiti clinici)</li> <li>Informazioni su ecografia per identificazione anomalie fetali</li> <li>Bilanci di salute</li> <li>Prescrizione esami 2°</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accoglienza, colloquio e ascolto</li> <li>Informazioni su interventi farmacologici e non per controllo e gestione dolore travaglio/parto, sulle modalità di parto, allattamento, screening e profilassi neonatali e puerperio</li> <li>Bilanci di salute</li> <li>Effettuazione esami 3° trimestre ed eventuali esami aggiuntivi sulla base del quadro clinico</li> </ul>

<p>assistenziale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulenze specialistiche di II livello ove necessarie, ivi compresa quella ecografica</li> </ul>	<p>trimestre e gli eventuali esami aggiuntivi sulla base del quadro clinico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ridefinizione del grado di rischio ad ogni controllo</li> <li>• Definizione piano assistenziale</li> <li>• Consulenze specialistiche di II livello ove necessarie, ivi compresa quella ecografica</li> <li>• Offerta vaccinazione antiinfluenzale (se in stagione epidemica) e informazione su prevenzione primaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ridefinizione del grado di rischio ad ogni controllo</li> <li>• Definizione piano assistenziale</li> <li>• Consulenze specialistiche di II livello ove necessarie, ivi compresa quella ecografica</li> <li>• Programmazione sede di parto più idonea a situazione materno/fetale</li> <li>• Offerta vaccinazione dPTa preferibilmente a 28 sett.</li> <li>• Offerta vaccinazione antinfluenzale (se in stagione epidemica) e informazioni su prevenzione primaria</li> </ul>
---	---	---

### FASE: TRAVAGLIO E PARTO

<b>OBIETTIVI</b>	Garantire alle donne assistenza appropriata alle esigenze cliniche, tenendo conto dei bisogni individuali in un'ottica di centralità della donna e della famiglia, di umanizzazione dell'evento nascita e di riduzione della medicalizzazione impropria.
<b>DI</b>	
<b>SALUTE</b>	
<b>QUANDO</b>	A termine di gravidanza o qualora il quadro clinico materno/fetale lo consigli
<b>DOVE</b>	Punto nascita I o II livello a seconda delle condizioni materno/fetali
<b>CHI</b>	Ostetrica, ginecologo, anestesista, pediatra/neonatologo, OSS ed eventuali altri professionisti (a seconda delle necessità)
<b>COSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assicurare un ambiente adeguato a garantire privacy, confort e sostegno</li> </ul>

---

emotivo durante il travaglio/parto

- Incentivare un'assistenza con rapporto 1:1 ostetrica/donna
- Garantire alla donna la presenza di persona cara durante il travaglio e il parto
- Offrire metodiche non farmacologiche di controllo del dolore (es posizioni libere in travaglio e parto, utilizzo dell'acqua ecc)
- Informare e, nel caso, garantire il controllo farmacologico del dolore (analgesia epidurale)
- Eseguire la raccolta solidaristica di sangue cordonale, qualora la donna abbia acconsentito alla donazione
- Predisporre a livello aziendale percorsi/procedure codificati per la gestione del dolore in travaglio/parto, per l'assistenza intrapartum della madre e del neonato e per la rianimazione neonatale
- Implementare a livello aziendale le raccomandazioni ministeriali: Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto (Raccomandazione Ministeriale n. 6, marzo 2008) e Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita (Raccomandazione Ministeriale n. 16, aprile 2014)
- Implementare a livello aziendale le linee guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole – prima e seconda parte" (SNLG – ISS n.19, gennaio 2010 e n.22, gennaio 2012)
- Favorire in tutte le situazioni possibili il contatto pelle a pelle immediato e continuativo fino a completamento della prima poppata, in condizioni di sicurezza, anche per le madri che per questioni mediche o personali decidono di non allattare

---

### FASE: PUERPERIO e DOPO LA DIMISSIONE

- OBIETTIVI DI SALUTE**
- Garantire la salute psicofisica della madre con un'assistenza individualizzata
  - Promuovere un adeguato sviluppo psicofisico del neonato e favorire la protezione dell'allattamento
  - Definire il follow up di madre e bambino sulla base dei bisogni emersi
  - Garantire il benessere della coppia e sostenere la genitorialità attraverso un'assistenza centrata sulla famiglia

<b>QUANDO</b>	Dall'espletamento del parto fino a 6-8 settimane
<b>DOVE</b>	Punti nascita, Consultori familiari, domicilio, ambulatorio MMG, ambulatorio PLS
<b>CHI</b>	Ostetrica, ginecologo, pediatra/neonatologo, MMG, PLS, assistente sociale o altri professionisti in casi specifici
<b>COSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorire, in tutte le situazioni possibili, il contatto pelle a pelle mamma e neonato immediato e continuativo già in sala parto fino al completamento della prima poppata in condizioni di sicurezza, anche per le madri che per motivi clinici o personali decidono di non allattare</li> <li>• Garantire la permanenza di mamma e neonato nella stessa stanza (rooming in h 24)</li> <li>• Favorire la protezione, promozione e supporto all'allattamento esclusivo al seno</li> <li>• Monitorare il puerperio fisiologico</li> <li>• Prevenire, identificare e trattare le possibili complicanze puerperali, secondo procedure scritte codificate a livello aziendale e individuare eventuali segni di disagio psicofisico della madre</li> <li>• Effettuare i controlli clinici del neonato, monitorare la crescita ponderale, sorvegliare l'insorgenza di eventuali segni/sintomi di allarme e avviare adeguato trattamento qualora indicato</li> <li>• Fornire al neonato le misure idonee di profilassi (es. oculare, vit.K, immunoprofilassi e vaccinazione HBV ove indicato) e di prevenzione (es. screening neonatali uditivo, oftalmologico, malattie metaboliche, ipotiroidismo ecc)</li> <li>• Alla dimissione assicurare una corretta informazione sulla gestione del neonato e rafforzare nella madre la consapevolezza delle sue competenze naturali nell'accudimento del neonato</li> <li>• Dare informazioni sugli screening neonatali, sulla prevenzione della morte in culla, sul trasporto sicuro, sugli stili di vita familiari (es. fumo passivo) e sulle vaccinazioni anche con l'ausilio di materiale scritto</li> <li>• Raccomandare l'iscrizione precoce al PLS, dare informazione sulla rete dei Consultori familiari e, in caso di necessità, attivare una dimissione "protetta"</li> <li>• Favorire l'integrazione ospedale-territorio e il coinvolgimento del MMG, in</li> </ul>

---

caso di patologia materna, per la continuità assistenziale

- Implementare a livello aziendale le Linee guida “Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla (SNLG-ISS n. 26, ottobre 2016)
- Le Aziende predispongono azioni per offrire la visita ostetrica domiciliare in puerperio

*Ai controlli dopo la dimissione:*

- Valutare lo stato di salute della madre e il suo stato di benessere psicofisico e lo stato di salute del neonato
- Valutare l’andamento dell’allattamento e promuovere le pratiche che lo facilitano
- Rafforzare le informazioni su trasporto sicuro del bambino, posizione nel sonno, stili di vita familiare (fumo, alcol, farmaci)
- Affrontare i temi della ripresa dell’attività sessuale e della contraccezione
- Favorire la visita ginecologica di controllo in puerperio
- Favorire per il neonato l’adesione ai bilanci di salute dal PLS e al programma vaccinale
- Dare informazione sui Servizi a cui si può fare riferimento in caso di bisogno

---

***Tabella n.11. Fasi del Percorso Nascita - Delibera n.723 del 21 Marzo 2018, Il percorso nascita in Friuli Venezia-Giulia: Percorso Gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica***



## **Allegato 2 - Organizzazione Policlinico San Giorgio Spa - Casa di Cura Privata**

- Degenze ad alto e medio grado di assistenza
  - 5° Piano - Dipartimento Materno-Infantile
    - SC Ostetricia
    - Nido
  - 4° Piano - Dipartimento Chirurgico
    - SC Chirurgia Generale
    - SC Ortopedia
    - SC Urologia
    - SC Ginecologia
    - SC Otorinolaringoiatria
  - 3° Piano - Dipartimento Medico
    - SC Medicina Generale
    - SC Riabilitazione
- Degenze diurne (1° e 3° piano)
  - 3° Piano - Day Hospital Medico - afferente al Dipartimento Medico
  - 1° Piano - Day Hospital Chirurgico - afferente al Dipartimento Chirurgico
- Ambulatoriale (concentrata prevalentemente al piano rialzato)

All'interno della Casa di Cura sono presenti ulteriori strutture organizzative quali:

- 1° Piano - SC Anestesia e Rianimazione - afferente al Dipartimento Chirurgico
- 2° Piano - Odontostomatologia
- Piano Interrato - Dipartimento della Diagnostica
  - SC Radiologia ed Alte Tecnologie
  - SC Laboratorio Analisi (Piano rialzato)
- Farmacia
- Formazione

## Allegato 3 - Questionario

### **Informativa per i partecipanti:**

Gentile partecipante,

mi chiamo Eddy Galiazzo e sono un Assistente Sanitario in servizio presso il Dipartimento di Prevenzione di AsFO. Chiedo il Suo contributo al fine di realizzare il progetto di tesi magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione riguardo il miglioramento dei processi interni all'azienda (AsFO), legati al percorso nascita in linea con quanto definito dal progetto Comunità Amica dei Bambini e delle Bambine (BFCI - Baby Friendly Community Initiative) promosso da UNICEF.

Nei sistemi sanitari, gli operatori e le operatrici influenzano e sostengono le decisioni delle famiglie nei momenti chiave. La creazione di una rete efficace di protezione, promozione e sostegno tra ospedale e territorio, in cui tutti gli operatori sanitari agiscono in modo sinergico, per assicurare un sostegno alle madri e alle loro famiglie **da prima della nascita fino ai primi anni di vita del bambino**, ricopre un ruolo fondamentale a garanzia della qualità dei servizi offerti all'utenza.

Di seguito vi verranno proposte alcune tracce inerenti alla tematica della genitorialità (dall'età preconcezionale ai primi 1000 giorni di vita del bambino/a) divise in 3 sezioni. La invitiamo a redigere delle brevi scritture narrative legate al tema proposto oppure, qualora lo stesso non sia ritenuto idoneo, la invitiamo a scrivere un breve racconto della sua esperienza di genitorialità.

1. Nella **prima sezione** le proposte narrative sono inerenti alla **sfera della genitorialità** (dall'età preconcezionale ai primi anni di vita). – **POSSONO RISPONDERE TUTTI I GLI OPERATORI INDISTINTAMENTE**
2. Nella **seconda sezione** vengono proposte delle tracce inerenti al **vissuto dell'operatore nell'assistenza alla donna/coppia e bambino** (genitorialità professionale) – **RISPOSTE DA OPERATORI DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE (compresi ambulatori) e CONSULTORIO**
3. Nella **terza sezione** viene posta l'attenzione dell'operatore riguardo a **progetti di vita genitoriale (o meno) futuri**. - **POSSONO RISPONDERE TUTTI I GLI OPERATORI INDISTINTAMENTE**

Il partecipante ha la libertà di rispondere ai quesiti che ritiene più idonei rispetto al vissuto personale e professionale. Viene richiesto di partecipare e fornire il proprio contributo soprattutto riguardo gli stimoli del Percorso Nascita.

*La partecipazione a tale indagine è volontaria e i dati saranno pubblicati esclusivamente in forma anonima. Eventuali dati personali di cui il laureando venisse a conoscenza saranno trattati nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) n. 2016/679 e d.lgs. n. 196/2003 e s.m.i.).*

### **Obiettivi del progetto:**

- Valutare la conoscenza del percorso nascita da parte degli operatori dipendenti AsFO
- Valutare la conoscenza del percorso nascita da parte degli operatori dipendenti di altre strutture sanitarie del territorio di pertinenza AsFO
- Identificare i punti di forza e i punti di debolezza del percorso nascita aziendale al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti alla famiglia

- Individuare il vissuto e le azioni messe in atto per affrontare la genitorialità, da parte degli stessi operatori sanitari, al fine di promuovere il miglioramento nei percorsi nascita aziendali presenti sul territorio del Pordenonese

**Modalità di consegna questionario:**

- Compilando l'apposita survey al seguente link o inquadrando il QR Code:

[https://ec.europa.eu/eusurvey/runner/Questionario\\_Tesi\\_Magistrale](https://ec.europa.eu/eusurvey/runner/Questionario_Tesi_Magistrale)



oppure

- Inviando il questionario cartaceo in busta chiusa indirizzandola a Eddy Galiazzo – Dipartimento di Prevenzione – Servizio Vaccinazioni Adulti – 2° Piano Cittadella della Salute Pordenone

**Questionario**

---

**A. Sezione Anagrafica**

---

**1. Disciplina**

<b>MEDICO CHIRURGO</b>		
<input type="checkbox"/> Allergologia e immunologia clinica	<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia
<input type="checkbox"/> Anatomia patologica	<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/> Igiene degli alimenti e della nutrizione	<input type="checkbox"/> Neurologia
<input type="checkbox"/> Angiologia	<input type="checkbox"/> Igiene, epidemiologia e sanità pubbl.	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile
<input type="checkbox"/> Audiologia e foniatría	<input type="checkbox"/> Laboratorio di genetica medica	<input type="checkbox"/> Neuroradiologia
<input type="checkbox"/> Biochimica clinica	<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio	<input type="checkbox"/> Oftalmologia
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Malattie infettive	<input type="checkbox"/> Oncologia
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Malattie metaboliche e diabetologia	<input type="checkbox"/> Organizz. dei servizi sanitari di base
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Medicina aeronautica e spaziale	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo-facciale	<input type="checkbox"/> Medicina del lavoro e sicurezza	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria
<input type="checkbox"/> Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/> Medicina dello sport	<input type="checkbox"/> Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)
<input type="checkbox"/> Chirurgia plastica e ricostruttiva	<input type="checkbox"/> Med. e chir. di accettazione e urgenza	<input type="checkbox"/> Pediatria
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione	<input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di libera scelta)
<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/> Medicina generale (Medici di famiglia)	<input type="checkbox"/> Psichiatria
<input type="checkbox"/> Continuità assistenziale	<input type="checkbox"/> Medicina interna	<input type="checkbox"/> Psicoterapia
<input type="checkbox"/> Dermatologia e venereologia	<input type="checkbox"/> Medicina legale	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica
<input type="checkbox"/> Direzione medica di presidio ospedal.	<input type="checkbox"/> Medicina nucleare	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Ematologia	<input type="checkbox"/> Medicina termale	<input type="checkbox"/> Reumatologia
<input type="checkbox"/> Endocrinologia	<input type="checkbox"/> Medicina trasfusionale	<input type="checkbox"/> Scienze dell'alimentazione e dietetica
<input type="checkbox"/> Farmacologia e tossicologia clinica	<input type="checkbox"/> Microbiologia e virologia	<input type="checkbox"/> Urologia
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Nefrologia	<input type="checkbox"/> <b>Privo di specializzazione</b>
<input type="checkbox"/> Genetica medica	<input type="checkbox"/> Neonatologia	
<b>FARMACISTA</b>		
<input type="checkbox"/> Farmacia ospedaliera	<b>PSICOLOGO</b>	
<input type="checkbox"/> Farmacia territoriale	<input type="checkbox"/> Psicoterapia	<b>VETERINARIO</b>
	<input type="checkbox"/> Psicologia	<input type="checkbox"/> Igiene allevamenti e produzioni
		<input type="checkbox"/> Igiene catena degli alimenti
		<input type="checkbox"/> Sanità animale

<input type="checkbox"/> BIOLOGO	<input type="checkbox"/> ODONTOIATRA	<input type="checkbox"/> PODOLOGO
<input type="checkbox"/> CHIMICO	<input type="checkbox"/> LOGOPEDISTA	<input type="checkbox"/> TERAPISTA OCCUPAZIONALE
<input type="checkbox"/> FISICO	<input type="checkbox"/> ORTOTTISTA	<input type="checkbox"/> TECNICO DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA
<input type="checkbox"/> ASSISTENTE SANITARIO	<input type="checkbox"/> OSTETRICA	<input type="checkbox"/> TECNICO DI PREV. AMBIENTE E LUOGHI LAVORO
<input type="checkbox"/> EDUCATORE PROFESS.	<input type="checkbox"/> TECNICO AUDIOMETRISTA	<input type="checkbox"/> TECNICO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
<input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTA	<input type="checkbox"/> TECNICO AUDIOPROTESISTA	<input type="checkbox"/> TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA
<input type="checkbox"/> IGIENISTA DENTALE	<input type="checkbox"/> TECNICO ORTOPEDICO	<input type="checkbox"/> TSRM - TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA
<input type="checkbox"/> INFERMIERE	<input type="checkbox"/> DIETISTA	<input type="checkbox"/> TSLB - TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO
<input type="checkbox"/> INFERMIERE PEDIATRICO		<input type="checkbox"/> TERAPISTA NEURO/PSICOMOTRICITÀ ETÀ EVOLUTIVA

  

<b>AREA SANITARIA</b> <input type="checkbox"/> Biotecnologo <input type="checkbox"/> Infermiere Generico <input type="checkbox"/> Ausiliario Specializzato <input type="checkbox"/> Oper. Socio-Sanitario <input type="checkbox"/> Operatore Tecnico <input type="checkbox"/> Altro .....	<b>AREA AMMINISTRATIVA</b> <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Collaboratore Ammin. <input type="checkbox"/> Assistente Ammin. <input type="checkbox"/> Altro .....	<b>AREA TECNICA</b> <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Operatore Tecnico <input type="checkbox"/> Assistente Tecnico <input type="checkbox"/> Programmatore <input type="checkbox"/> Altro .....
---	---	--

2. In quale azienda svolge la sua attività lavorativa?

- AsFO
- Policlinico San Giorgio – Casa di Cura Privata

3. In quale dipartimento/struttura/servizio?

Dipartimento \_\_\_\_\_

Struttura/Servizio \_\_\_\_\_

4. In quale struttura ospedaliera ha partorito/ricevuto assistenza?

- Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (AsFO)
  - i. Specificare Sede \_\_\_\_\_
- Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)
  - i. Specificare Sede \_\_\_\_\_
- Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina (ASUGI)
  - i. Specificare Sede \_\_\_\_\_







12. Il Percorso Nascita: che informazioni fornisco alla donna/coppia che accedono al Dipartimento/Struttura/Servizio?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**D. Sezione Narrativa Libera – L'operatore e la genitorialità - TUTTI I GLI OPERATORI INDISTINTAMENTE**

---

13. Quando sarò genitore: le mie aspettative, sogni, desideri, ambizioni

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

14. Scelte di genitorialità: la difficoltà di diventare genitore

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





## Allegato 4 – Partecipanti al questionario suddivisi per Dipartimento/Professione - AsFO

Azienda di lavoro	AsFO												
Conteggio di Professione	Etichette di colonna												
Etichette di riga	Assistente Sanitario	Assistente Sociale	Fisioterapista	Ginecologo	Infermiere	Medico	OSS	Ostetrica	Pediatra	Psicologo Psicoterapeuta	Vuoto	Totale complessivo	
Amministrativo					4							4	
Cerebro-Cardio-Vascolare			1									1	
Direzione Medica	1											1	
Materno Infantile				3	9	1	4	9	3	1		30	
Ambulatori				1	2			1				4	
Cure Palliative Pediatriche										1		1	
Direzione					1							1	
Neonatologia					3		1					4	
Ostetricia e Ginecologia				2	1		3	8				14	
Pediatria					2	1			3			6	
Prevenzione	15											15	
Medicina Legale e Ufficio Mortalità	1											1	
Promozione della Salute	2											2	
Screening	1											1	
Università	1											1	
Vaccinazioni	8											8	
(vuoto)	2											2	
Salute Mentale					1							1	
Territoriale	1	3			2			4		1		11	
Consultorio Familiare	1	3			1			4		1		10	
SIT					1							1	
(vuoto)											1	1	
<b>Totale complessivo</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>64</b>	

### Allegato 5 - Partecipanti al questionario suddivisi per Dipartimento/Professione – Policlinico San Giorgio Spa - Casa di Cura Privata

Azienda di lavoro	Policlinico															
Conteggio di Professione	Etichette di colonna															
Etichette di riga	Addetta Pulizie	Amministrativo	Assistente alla Poltrona	Biologo	Fisioterapista	Ginecologo	Infermiere	Medico	OSS	Ostetrica	Pediatra	TSLB	TSRM	Totale complessivo		
Amministrativo		1												1		
Chirurgico			1				9		3					13		
Diagnostica				1			1					1	2	5		
Direzione							1							1		
Direzione Sanitaria							1							1		
Materno Infantile		2				1			1	5	5			14		
Ambulatori		1								1				2		
Neonatologia										2	5			7		
Ostetrica e Ginecologia		1												1		
Ostetrica e Ginecologia						1			1	2				4		
Medico					2		5	2	2					11		
(vuoto)	1	1					3						1	6		
<b>Totale complessivo</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>52</b>		

Tabella n.13. Partecipanti al questionario suddivisi per Dipartimento/Professione – Policlinico San Giorgio Spa - Casa di Cura Privata

## Allegato 6 - Categorie e principali estratti - Punto di Vista del Genitore

CATEGORIE	ESTRATTI
ASPETTATIVE (T1-G)	<p><i>Ut. 6 "Andrà tutto bene? Sarà sano?"</i></p> <p><i>Ut. 109 "(...) alla 8 settimana ho scoperto che erano 2 gemelli. Come farò a gestire i bambini? Non è stato semplice dal punto di vista psicologico, mi tormentava l'idea di non essere in grado di soddisfare i bisogni di entrambi nel momento in cui si fossero manifestati nello stesso momento. Sensazione di non essere in grado, non essere all'altezza. Ero una ragazza di 24 anni e non mi sentiva all'altezza di gestire i bambini."</i></p> <p><i>Ut. 115 "Mentre ero in gravidanza ho scritto una lettera a quel bambino che doveva ancora nascere scusandomi perché avrei commesso degli errori nel crescerlo ed è stato sicuramente anche così. Fare il genitore è un "mestiere" complesso, con pochi punti fissi e che necessita di tanta flessibilità. Lo sforzo continuo è quello di imparare ogni giorno."</i></p> <p><i>Ut. 23 "Mi sembravi piccolo piccolo ed eri biondissimo, ti avevo immaginato con tanti capelli scuri."</i></p> <p><i>Ut. 55 "(...) Sapevo già che eri femmina dal primo momento e che nome ti avrei dato"</i></p> <p><i>Ut. 113 "(...) ero impaziente di tenere in braccio il mio cucciolo. Avevo deciso di chiamarti Anna per il significato del tuo nome e quando ho visto che avevi i capelli rossi ero ancora più felice: avevi già la tua canzone "Anna dai capelli rossi". (...)"</i></p> <p><i>Ut. 13 " Spero di capire veramente i tuoi bisogni, di leggere i tuoi silenzi, di esserci quando avrai bisogno di me. Non m'interessa che tu sia perfetto, voglio solo che tu diventi un "individuo che stia bene nella sua pelle", a prescindere dai tuoi pregi e i tuoi difetti. Ti sosterrò affinché anche i tuoi difetti diventino un tuo punto di forza (...)"</i></p>
AMBIZIONI (T1-G)	<p><i>Ut. 60 "(...) credo che la missione dei figli sia proprio disattendere sogni, aspettative e ambizioni del proprio genitore! (...)"</i></p> <p><i>Ut. 25 "Che accanto a lui camminino persone sincere che lo possano amare per com'è e possa avere bravi maestri nella vita e nel lavoro che gli insegnino la passione e l'amore per lo studio prima e per il lavoro poi."</i></p> <p><i>Ut. 61 "Io mi chiedo continuamente se sono un bravo genitore. Il più delle volte mi sembra di sbagliare qualcosa, nonostante io faccia sempre del mio meglio, perché mio figlio è l'amore della mia vita, e desidero il meglio per lui. Però a volte credo veramente che quello del genitore sia il lavoro più difficile del mondo e, per quanto io mi sforzi, non riuscirò mai ad essere all'altezza del compito. Faccio solo del mio meglio, e spero che sia abbastanza. Abbastanza per trasmettergli l'amore e i valori fondamentali in cui credo. Spero che si senta amato e felice. Tutto qui."</i></p>

*Ut. 90 "Spero che un giorno mio figlio possa fare la stessa cosa e prendere come esempio solo dalle cose "buone" che ho fatto perché di errori so che ne farò come genitore in quanto essere umano ma farò del mio meglio e anche di più (...)"*

SENSAZIONI SPIACEVOLI  
(T1-G)

*Ut. 17 "Come posso io diventare mamma? Davvero sta succedendo a me?"*

*Ut. 9 " (...) poter avere almeno un figlio da amare e da crescere in coppia. Mi chiedevo chissà se saprò essere un buon genitore."*

*Ut. 54 "Sicuramente essere genitori e' una grossa responsabilità, sia quando i figli sono piccoli, a maggior ragione nell'età dell'adolescenza e anche nell'età adulta. Tante volte ci si chiede se l'educazione che abbiamo dato ai nostri figli è quella giusta?"*

*Ut. 61 "(...) diventare genitore per un secondo figlio mi spaventa molto e mi sento bloccata. Per vari motivi questo, anche economici purtroppo. Ma soprattutto di gestione familiare...Facciamo fatica a stare dietro e un figlio...figuriamoci con due... Mi sento sopraffatta dall'ansia di non farcela. Sia a livello pratico che a livello psicologico. Quindi anche solo prendere in considerazione l'idea di avere un altro figlio mi mette in crisi al momento."*

*Ut. 98 " Fermarsi a due figli o cercarne un altro? Quali dubbi, freni? Sarò vecchia per un terzo figlio? Sarò in salute per accudirlo? Avrò tempo per stare con lui? Comprenderò i suoi bisogni visto il gap di età/generazione? Le due esperienze vissute sono state così meravigliosamente belle che vorrei poterle ripetere ma temo di non essere più in grado di gestirle e viverle così bene come fatto fino ad adesso."*

DESIDERI (T1-G)

*Ut. 60 "Ti aspettavo da tanto tempo, tanti sogni, tante aspettative e tanti pensieri.. per compiere il bisogno di dare senso a questa vita, con un'altra vita.."*

*Ut. 1 "Il mio desiderio per quando sarò genitore è di esserci sempre e di saper ascoltare, anche quando le cose da sentire non mi piaceranno."*

*Ut. 38 "(...) fin da quando ero piccola sapevo che mi sarei sposata e che avrei voluto dei figli. (...)"*

*Ut. 62 "(...) Se da bambina mi vedevo mamma felice, da adolescente e giovane adulta avevo perso la speranza di realizzare questo sogno. Proprio in questa fase della vita ho vissuto un tempo pieno di paradossi. Ai grandi successi scolastici si opponevano i miei insuccessi nelle relazioni. Fondamentalmente ero sola con i miei libri, alle prese con un corpo prima troppo pesante e poi troppo leggero che pareva in ogni caso tradirmi. Diventare mamma era una prospettiva che si allontanava sempre di più. Così mi sono dedicata alla formazione professionale pensando di votare la mia vita al lavoro, anche se la solitudine mi pesava moltissimo."*

COME TI STARO'  
ACCANTO (T1-G)

*"Oggi le nostre figlie sono grandi e ormai stanno lasciando il nido, ma noi siamo genitori ancora, in forma diversa, sempre presenti nelle loro vite e loro nelle nostre. Per ogni figlia, al momento della nascita, ho espresso un desiderio e un augurio: quello di essere una persona felice, contenta di vivere e desiderosa di portare felicità anche nelle vite di altri. Ecco cosa mi sta a cuore più di tutto: Il vero successo non è la scalata sociale, la visibilità a tutti i costi, l'essere in pace con sé stessi è poter dare un senso alla propria vita facendo qualcosa di buono per sé e per gli altri. Tutto qua. Tanto qui."*

*Ut. 38 "(...) Sarò loro sostegno e sicurezza. Asciugherò le loro lacrime ma mi divertirò a farli girare, a spingerli sull'altalena, a guardare i loro progressi. Li annuserò, me li bacerò e li strapazzerò di coccole..perché non voglio perdermi neanche un loro momento e voglio ricordarmi che sono reali."*

*Ut. 74 "(...) e poi che crescesse senza pressioni e prendesse la strada più adatta alle sue aspettative."*

*Ut. 21 "(...) quelle preoccupazioni che avevano ostacolato la mia vita durante l'infanzia e la giovinezza e che non mi hanno permesso di diventare ciò che volevo essere (insegnante). (...)"*

*Ut. 80 "Mi auguro solo che il mio bambino sia felice, qualunque strada decida di intraprendere."*

*Ut. 90 "(...) non potremmo essere sempre lì al loro fianco, qualche volta ci ritroveremo a doverli solo guardare da lontano forse anche soffrendo ma lasciandoli camminare da soli perché la vita è la loro ..."*

*Ut. 84 " Spero di essere in grado di accogliere non tanto le mie aspettative ma quelle di mio figlio o mia figlia, di non farlo/a sentire solo/a, di fargli/le comprendere che avrà sempre un appoggio sul quale saprà di poter contare. Spero di non essere mai troppo superficiale ma nemmeno troppo pesante, anche se forse è difficile imparare a lasciare la giusta libertà per paura o per inesperienza"*

*Ut. 41 "(...) li lascio (stando loro affianco) sbagliare, cadere e li aiuto a rialzarsi e a ripartire da dove hanno lasciato. Dico sempre che ogni fallimento è una conquista e non una punizione"*

*Ut. 55 "(...) dobbiamo insegnare ai nostri figli che le cose vanno guadagnate perché c'è più soddisfazione."*

*Ut. 69 " Credo molto nell'empowerment e nello sviluppo di abilità sin da bambini evitando personalismi dei genitori e considerando il bisogno di essere bambini. Vorrei dare basi solide per poter far fare a mio/a figlio/a scelte per il proprio miglior destino, anche se lontane da me"*

*Ut. 51 "(...) essere genitore è un onore. i genitori sono la cosa più importante in assoluto per un figlio, ci vogliono un bene immenso e per questo si meritano amore e rispetto. il rispetto è molto importante: bisogna accompagnare i figli nelle diverse fasi della vita e*

*aiutarli a camminare, a superare le difficoltà! rispettare i loro tempi, il loro modo di essere, non devono essere come io li voglio ma essere loro stessi. rispettare le loro gioie e scelte, le loro stranezze, le loro difficoltà, va tutto rispettato. ascoltare veramente, per me sono sempre saggi, a modo loro. I genitori sono due e ognuno può dare quello che sa dare. sarebbe bene trovare una linea comune e condivisa. mettiamo anche qui il rispetto, in fondo è quello la base di tutto. rispetto e ascolto."*

---

REALIZZAZIONE (T2-G)

*Ut. 21 "(...) ho chiamato mio marito e gli ho riferito la meravigliosa notizia: saremmo diventati genitori!!! (...)"*

*Ut. 60 "quando ho visto quel test positivo, subito tutto è cambiato e ha preso un'altra forma e un altro colore"*

*Ut. 114 "Si trattava di una seconda gravidanza, la precedente purtroppo era un ovulo bianco, nessun embrione al suo interno. Gravidanza stra desiderata, dopo anni di tentativi. Inizialmente ho provato tanta preoccupazione e paura che proseguisse poi mi sono goduta la gravidanza nei suoi 8 mesi di gestazione. Alberto è nato prematuro ed anche il puerperio non è stato fisiologico per la nostra diade"*

*Ut. 116 "Quando ho scoperto che sarei diventata mamma, ero molto contenta perché è stata una gravidanza cercata e sia io che il mio compagno ci sentivamo pronti. (...)"*

*Ut. 62 "Diventerò mamma per la terza volta! Ma chi l'avrebbe mai detto (...)"  
"(...) Con mio marito avevamo deciso di optare per un'adozione (...)"*

*Ut. 65 "Il primo pensiero dopo nato che l'avevo in braccio mentalmente ho detto: Dio mio, mio figlio"*

*Ut. 70 "(...) Dopo tanti tentativi a vuoto, 2 aborti spontanei, non ci credevo più!"*

*Ut. 92 "Il percorso che intraprenderemo sarà impegnativo ma è arrivato il momento di darci questa possibilità."*

*Ut. 9 " (...) progetto di amore e di vita insieme."*

*Ut. 59 "Progetto di coppia fortemente voluto da molti anni, finalmente è arrivato il momento di realizzarlo"*

*Ut. 69 "Dopo più di due anni di ricerca di concepimento (...) ho scoperto di essere incinta ed ero di quasi 2 mesi in quanto i test precedenti erano risultati negativi."*

*Ut. 114 " (...) La vita non la puoi programmare, semplicemente puoi viverla per quello che ti offre ed a me ha dato un figlio"*

*meraviglioso che vale per due, tre ... dieci figli."*

NON REALIZZAZIONE (T2-G)

*Ut. 41 "Mio figlio non arrivava, non c'era modo di rimanere incinta, il primo pensiero è stato quello di non voler accedere alla PMA (...)"*

*Ut. 37 "(...) Ho aspettato tanto quelle due lineette nel test"*

*Ut. 63 "Le radici sono profonde, cercano l'acqua, il nutrimento. La linfa ricopre tutta la superficie della corteccia attaccata alla vita del mio fusto. I rami emergono verso l'alto alla ricerca dell'aria, dell'ossigeno, esposte come fruste ai vortici del maltempo. Le foglie sono di un verde intenso, lucide, splendenti e luminose anche se la notte sopraggiunge. Ecco però che ad un tratto una dopo l'altra le vedo e le sento staccarsi dal loro ancoraggio, dal cordone linfatico che le sostiene e giacciono a terra inerti, regredite, dimenticate, non potranno germogliare e si trasformeranno in un terreno calpestabile e sterile di vita."*

*Ut. 10 "Purtroppo non ho avuto la possibilità di diventare genitore: la natura non mi ha dato questa opportunità. Fino a 40 anni ho provato, ma le cose non sono andate naturalmente "per il verso giusto". Non ho mai voluto pensare a FIVET o similari. Se il mio fisico non avesse provveduto naturalmente, mi sarei adeguato senza drammi. (...)"*

*Ut. 25 "Non essendo genitore e dovendo elaborare il lutto di una famiglia che non è arrivata dico che la difficoltà più grande è trovare qualcuno con cui costruire la famiglia, avere qualcuno che guarda nella tua stessa direzione."*

*Ut. 64 "Purtroppo la differenza di età tra me e mio marito mi crea qualche problema."*

*Ut. 71 "La difficoltà è quella biologica. Comunque, anche se lo diventassi mi "spaventa" non avere tempo per lei/lui. Ad esempio, mi piacerebbe che ci fossero più soluzioni contrattuali per gestire lavoro e vita privata. Più flessibilità e comprensione."*

*Ut. 114 " Ho vissuto appieno questa difficoltà (...) Per me è stato devastante, umiliante ... tanto era grande il desiderio di una gravidanza dopo la nascita di Alberto che il mancato arrivo ed il lavorare proprio nel punto nascita mi logorava, mi ha portata a chiedere il trasferimento in altro servizio. Ogni giorno vedevo la felicità nei neogenitori e contemporaneamente soffrivo per la mancanza della mia ... Era invivibile*

---

CONCRETEZZA/REALTÀ (T3-G)

*Ut. 83 "Il primo pensiero fu la felicità di diventare genitore di poter creare una vita, il privilegio di diventare mamma"*

*Ut. 51 "mi sentivo onorata che un esserino mi avesse scelto come madre"*

*Ut. 65 "Sono diventato papà dopo tre anni di convivenza, voluta con tutto il cuore. (...)"*



*Ut. 114 "(...) HO PIANTO DI GIOIA E FELICITÀ ... finalmente era arrivato il mio amore."*

*Ut. 38 "Il desiderio di tanti anni, di fatiche e delusioni è diventato concreto... sei tu...tutta blu, la nostra piccola birbasaura, già testarda ma stupendamente bella! (...)"*

*Ut. 60 "(...) Solo quando ti ho tenuto con me per la prima volta ho finalmente realizzato che c'eri, esistevi e respiravi autonomamente. Non eri più me ma sei diventata Arianna, il centro del mio/nostro mondo."*

*Ut. 69 "Il mio compagno ha realizzato di essere diventato padre quando al nido gliel'hanno messa tra le braccia. (...)"*

*Ut. 90 " (...) un figlio non ti cambia solo la vita... un figlio te la restituisce... quando diventi mamma nasci una seconda volta... quando diventi mamma capisci i sacrifici che hanno fatto i tuoi genitori, quando diventi mamma conosci per la prima volta il significato della parola paura ma nello stesso tempo la forza .. una mamma può fare tutto o quasi... perché tuo figlio è la tua forza, quando diventi mamma cambia il suono del tuo sorriso e la vita diventa veramente a colori."*

*Ut. 38 " (...) ma soprattutto si fa fatica ad entrare nel ruolo "genitore". Devi essere giocherellone ma anche autoritario, devi essere "disponibile" h24 ma anche lucido e sereno. Devi essere capace di dare l'esempio perché al minimo sbaglio ti riprendono o copiano il peggio di te. Devi saper dare consigli e ascoltare senza giudizio per farli crescere e trasmettere valori come l'empatia o il pensiero critico. Devi avere mille occhi, dire qualche no per la loro sicurezza e allo stesso tempo lasciarli liberi di sperimentare. Dovrai "esserci" ma anche essere capace di lasciarli andare. E il confine tra ciò che va fatto e ciò che vorresti fare non te lo spiega nessuno, non lo puoi copiare da altri genitori e non te lo consegnano al momento del parto o ancora meglio del pre parto. Queste le vere sfide che ogni giorno dovrai affrontare perché hai scelto di diventare genitore. e purtroppo non durano solo 9 mesi come la gravidanza..hanno un inizio ma non hanno una fine ben chiara perché rimarrai genitore e ci sarà bisogno di te in questo ruolo per tutta la vita."*

*Ut. 21 "(...) Si diventa genitore un po' alla volta, si cresce ogni giorno di più, si impara dall'esperienza. Genitori non si nasce, lo si diventa ogni giorno, insieme. Con l'arrivo di un figlio i due genitori acquistano un ulteriore ruolo, non solo come semplice coppia ma anche come genitori, acquistano un valore aggiunto. Ci si trova a dover compiere scelte educative insieme, a definire obiettivi e traguardi in condivisione."*

*Ut. 7 "(...) Vedere le loro continue conquiste anche se piccole ma per noi mamme grandi traguardi. Per non dimenticare mai la prima volta che ti chiama mamma, un suono unico e irripetibile. Mamma la parola più bella al mondo."*

*RIMANERE COPPIA (T3-G) Ut. 62 "(...) Poi ho conosciuto colui che sarebbe diventato nell'arco di qualche anno mio marito e insieme abbiamo costruito il nostro*

*progetto di famiglia, riservandoci anche la seconda opzione. Se i figli non fossero arrivati avremmo viaggiato e fatto del volontariato laddove ce n'era bisogno. Invece dopo due anni di matrimonio è nata la 1° figlia e nell'arco di altri 6 anni ne sono nate altre 2. Siamo diventati genitori a poco a poco, imparando a essere coniugi in modo diverso e genitori, per sempre, delle nostre creature. Diventare genitori è un passaggio che non ha ritorno."*

*Ut. 17 " Abbiamo scelto in due di avere un bambino e sempre in due di crescerlo insieme, mettendo ognuno un po' di sé, consapevoli di quanto siamo diversi e quanti "ostacoli" avremmo potuto incontrare."*

*Ut. 38 " (...) I figli sono un grande dono..ma sono anche delle potenti mine che in una situazione di stanchezza possono fare grandi danni alla coppia. I figli mettono alla prova i genitori, li sfidano, cercano alleati e sono capaci di stratosferiche scenate di gelosia. (...) Siamo fatti di carne, difetti ne abbiamo e fortunatamente anche le visioni diverse devono esserci. L'importante però è fermarsi, respirare, condividere e ritrovarsi. e poi se guardi a ciò che ti è stato donato, a quanta bellezza racchiudono le tue figlie non puoi che ritrovare le energie in primis per rimanere coppia e poi per affrontare il temporale."*

*Ut. 56 "Essere genitori nel mio caso ha aumentato il nostro legame come coppia. Non nascondo che essere genitori aumenta anche le occasioni di discussione e che, spesso, si litiga proprio per visioni contrastanti in merito ai figli o alle famiglie di origine. Ma tutte le difficoltà superate e avere figli di 21 - 16 - 14 anni mi permette di guardarmi indietro e vedere che coppia genitoriale e che coppia in termini amorosi siamo stati. Lo stare insieme ci ha permesso di fare cose inimmaginabili per cui non potrei mai pensare di aver vicino una persona diversa."*

*Ut. 60 " No comment ... Ci stiamo provando, ogni dannato giorno. Naturalmente le problematiche non sono dovute/causate dai figli."*

*Ut. 74 "Per far crescere un figlio era necessario che ci fossimo entrambi e sebbene ci assorbissero tutte le energie abbiamo cercato fortemente di rimanere coppia con qualche difficoltà ma siamo ancora insieme dopo 40 anni."*

*Ut. 84 "Al momento non voglio avere figli e non so se in futuro vorrò; sicuramente ci vuole una coscienza ben sviluppata sia per decidere di diventare genitori sia per decidere di non avere figli, in quanto entrambe sono scelte permanenti e definitive."*

*Ut. 87 "Non mi sono nemmeno posta questa domanda. Siamo NOI. È chiaro che la nascita di un figlio richiede degli aggiustamenti e dei momenti di confronto, ma le cose si fanno in due e in due si resta."*

*Ut. 90 "Avere figlio non è come prendere un giocattolo, è una responsabilità quindi per chi decide di non avere figli credo sia lo stesso atto di coraggio e maturità nel desiderarli."*

*Ut. 116 "(...) Una volta stabilito l'equilibrio, ci siamo anche riappropriati della nostra relazione e adesso siamo più forti di prima."*

TRAMONTO DELLA  
COPPIA (T3-G)

*Ut. 10 " Purtroppo il fatto di non accettare forzature esterne per diventare genitore da parte mia, ed il non accettare eventuali adozioni da parte dell'altra persona ha "rotto" la coppia."*

*Ut. 19 "Beh veramente non è stata proprio una decisione...abbiamo aspettato un po' prima di decidere ....provare a diventare genitori. Visto che non arrivava mai questa bella notizia abbiamo cominciato a fare visite....Tutto ok dicevano....ma niente. Poi gli anni passano e perdi le speranze....la realtà non siamo neanche più COPPIA."*

*Ut. 51 "sì, come già detto, noi non ce l'abbiamo fatta. nei momenti più facili essere famiglia è semplice e bellissimo. ma la vita non è perfetta. le difficoltà arrivano, può essere il lavoro, le spese, la malattia.... Avrei voluto affrontare insieme le nostre difficoltà, ma lui ha scelto un'altra donna, era più semplice. comunicazione, rispetto, non mollare quando diventa difficile. I genitori hanno una grande responsabilità, abbiamo UNA madre e UN padre, per una vita, nel bene e nel male. sono il nostro confronto e la nostra considerazione. (...)"*

*Ut. 83 " Noi siamo stati coppia finché mia figlia ha compiuto 5 anni, poi ci siamo separati e qui è iniziato il mio percorso di mamma single, la complessità di essere madre e padre insieme con un lavoro che ti impegna molte ore."*

*Ut. 59 " Seppur separati siamo dei genitori molto uniti nell'educazione, nel sostegno e nel rinforzo dei nostri ragazzi."*

METTERSI IN GIOCO/ALLA  
PROVA/REINVENTARSI  
(T3-G)

*Ut. 8 "(...) La nascita di un figlio è come rinascere un'altra volta noi adulti, ci dà l'opportunità di vedere il mondo sotto un'altra prospettiva".*

*Ut. 41 "È una continua motivazione a fare meglio, è una sfida quotidiana con i suoi alti e con i suoi bassi. Ci sono giornate nere altre splendide come un giorno di primavera."*

*Ut. 63 "Non esiste il manuale dei genitori. Esiste ciò che ci è stato tramandato, ciò che abbiamo appreso e ciò che riusciremo a mettere in gioco per il bene dei figli. Essere responsabile per un altro individuo che per molti anni non sarà in grado di decidere in autonomia è una responsabilità infinita. Proteggere quanto come, dove, educare all'autonomia fino a che punto .... Quante domande senza risposta. Ma quanta gioia infinita."*

*Ut. 100 " Il diventare genitore comporta un cambiamento importante nell'essere madre, nell'essere padre, nell'essere coppia e nel diventare genitori. Vuol dire rimettersi in gioco come coppia per creare lo spazio per accogliere una nuova persona. Significa prepararsi al cambiamento. Che nonostante possa essere desiderato fortemente, può comunque spaventare o destabilizzare. Significa affrontare tutto ciò che viene, ciò che accade in modo imprevedibile."*

QUEL BAMBINO MAI  
NATO (T3-G)

*Ut. 79 "(...) il nostro cuore si è fermato ... abbiamo sofferto così tanto ... non sembrava più che ci fosse fine alla nostra disperazione. Mio piccolo angelo ... adesso ci guidi e proteggi da lassù, sia noi che il tuo fratellino ..."*

*Ut. 81 "... ti ho tanto amato e ancora oggi ti amo ... il dolore non passa mai ma la vita ti regala tanto e sono grata"*

*Ut. 38 " Ciao Pesciolino (...) Eri la nostra speranza dopo anni di tentativi. Eri luce per noi e per i nostri genitori. (...) cosa ho sbagliato? cosa non va in me e in noi? (...)"*

*Ut. 71 "In quel momento cade il mondo addosso, hai bisogno di ritrovare l'intimità col partner perché ti senti fallita, ma hai bisogno di sfogarti perché ti senti inadatta"*

*Ut. 21 "(...) rimane sempre una cicatrice indelebile sul cuore della donna (...)"*

*Ut. 113 "I miei bambini mai nati sono due. Nonostante siano passati tanti anni e poi siano arrivate due splendide bambine (ora ragazze) rimane sempre una pagina dolorosa ... Un chiedersi come sarebbero stati ... un porsi delle domande: ho fatto tutto quello che potevo ... Poteva andare diversamente? (...)"*

*Ut. 114 " La prima gravidanza, un ovulo bianco, mi ha lasciato il segno per tutta la vita. (...) Un bambino mai nato è un pezzo mancante di te ... ti segna per la vita."*

*Ut. 112 "(...) Il senso di vuoto dentro che ti rimane per sempre (...)"*

*Ut. 109 "(...) non mi sarei mai aspettata nel vedere nell'ecografia una "cameretta vuota" (...) L'aborto viene considerato normale nella vita di una donna. (...) Ma... un figlio è un figlio. Non c'è il primo o l'ultimo. È sempre tuo figlio."*

*Ut. 31 "Rimangono braccia vuote di due genitori innamorati di lui e di quel viaggio che volevamo iniziare con lei nella vita terrena. Rimane un cuore pieno d'amore e di dolore per quel bambino mai nato ...o meglio nato in silenzio"*

---

PARENTI (T4-G)

*Ut. 40 "(...) La felicità è stata tantissima da parte nostra ma soprattutto la felicità della mia mamma che era una malata di cancro quasi terminale, questo l'ha portata a lottare per la vita fino alla fine della mia gravidanza e fino ad un mese di vita di mio figlio."*

*Ut. 82 "L'idea della futura primogenita e prima nipote è stata ancora di salvezza per tutta la famiglia"*

*Ut. 109 "Figlio desiderato. Come lo comunico ai miei genitori? (...)"*

*Ut. 62 "Ho visto mia cugina soffrire terribilmente, chiudersi in un silenzio di dolore che toglieva il fiato. Io avevo solo qualche anno più di lei e sono venuta a contatto con la perdita e soprattutto con l'annientamento di un'anima. (...)"*

*Ut. 62 "Aborto spontaneo: due parole impronunciabili e tabù per le nostre famiglie cattoliche (...)"*

*Ut. 69: "Avendo avuto una madre gendarme e un padre buono sono cresciuta in una famiglia con solidi valori che vorrei trasmettere a mio/a figlio/a."*

*Ut. 72: "Penso che avrò bisogno di aiuto, di persone familiari vicine, di altre mamme e anche di professionisti a cui affidarmi in caso di bisogno."*

*Ut. 49 "Come mamma mi aspetto di poter contare sul supporto della famiglia e di avere comprensione in questo momento di delicatezza emotiva. Mi aspetto, inoltre, di poter essere aiutata/facilitata dalle istituzioni educative al fine di integrare il mio bambino nei primi momenti di socialità con l'altro (nido/scuola materna)."*

*Ut. 69 "(...) Mia nonna diceva che il mestiere del genitore è il più difficile perché non esiste il manuale d'uso e con ogni figlio si ricomincia da capo!"*

*(...) Dopo pochi mesi per motivi fisiologici, di sbalzi ormonali tiroidei e per la non accettazione della non pazienza del mio compagno nei confronti della piccola e dell'anaffettività della suocera, entrai in depressione. Io che sono una persona positiva e che vede il bicchiere sempre pieno, avevo consapevolezza che quel bicchiere aveva un buco sul fondo e per quanto lo riempiessi di emozioni positive derivanti da mia figlia comunque non era più pieno."*

*Ut. 60 " (...) La mia prima personale difficoltà è stata quella di non compiere, reiterare con i miei figli quelle modalità errate trasferitemi più o meno consciamente dai miei genitori, soprattutto da mia madre. Credevo di aver lavorato, pensato a sufficienza sul mio essere figlia e sul rapporto con i miei genitori, ma evidentemente non avevo elaborato una riflessione sufficiente e più profonda. L'altra enorme difficoltà, soprattutto femminile, sta nel dover poi conciliare il ruolo (prioritario) di madre, con quello di moglie, lavoratrice, sportiva, amica, ... Ai tempi frenetici di oggi è tecnicamente impossibile. Vivere tutta una vita centrata sul sé, in questa società narcisistica, e poi trovarsi a ribaltare completamente la situazione è fortemente destabilizzante all'inizio. Non aiutano di certo l'incredibile molte di messaggi da parte dei media su come essere un genitore perfetto e i giudizi affrettati da parte delle altre persone/società."*

LEGAME DI COPPIA (T4-G)

*Ut. 42 " (...) abbiamo deciso di avere un bambino (...)"*

*Ut. 56 "sarebbe stato un percorso impegnativo viste le giovani età (...) Fortunatamente il sostegno di mio marito e di mia mamma mi*

*hanno permesso di diventare madre ma anche quando mia figlia ha compiuto 10 mesi, riprendere a studiare. Studiare, lavorare come insegnante di ripetizioni e gestire una figlia non è stato per nulla semplice, ma penso che, sostenuti, se si è determinati, si riesce."*

*Ut. 44 "Ricordo bene invece la commozione di mio marito quando sono uscita dalla sala operatoria e l'ho trovato con le lacrime agli occhi e nostro figlio in braccio dopo che gli aveva fatto il primo bagnetto con l'infermiera del nido."*

*Ut. 73 " (...) la serenità di avere mio marito accanto ed essere così una nuova famiglia. (...) Indispensabile è avere un compagno/marito che sia a conoscenza dei bisogni/difficoltà di una puerpera e sappia prendersi carico di ciò che l'altro non riesce più a fare (così è stato per me)."*

*Ut. 74 "Insieme a mio marito abbiamo sempre cercato di affrontare le difficoltà positivamente guardando al di là dell'ostacolo, e ci siamo adeguati ai ritmi dei bambini. Non avendo aiuto da altre persone per riprendere il lavoro ci siamo rivolti al nido e poi alle successive scuole per l'infanzia, quando erano ammalati per fortuna c'era una nonna disponibile (...)"*

MAMMA-BAMBINO (T4-  
G)

*Ut. 22 "(...) e la paura lascia il posto alla consapevolezza di non essere sola, ma di un corpo che inizia a vivere per due..."*

*Ut. 21 " Da quel momento in cui ho guardato mia figlia nei suoi occhi luminosi come perle, ho capito che da quel momento nulla sarebbe stato come prima (...)"*

*Ut. 27 " (...) La costante attenzione a tutti i tuoi movimenti, ai tuoi pianti, alle tue conquiste. Sono sempre pronta a rassicurarti quando ne hai bisogno, il tuo porto sicuro (...)"*

*Ut. 5 "(...) Quando ti hanno appoggiato al mio petto ho subito percepito quanto era stato difficile anche per te e quel contatto pelle a pelle è stato e sarà uno dei momenti più intensi e belli della mia vita ..."*

*Ut. 88 " (...) ed ho realizzato in quel momento quanto la mia vita fosse fortemente legata alla vita di mio figlio"*

*Ut. 9 "Un maschietto perfetto! Il tuo corpicino sul mio petto...e il tuo pianto si ferma.... I tuoi occhi che incrociano i miei... Chissà cosa riesci a vedere ... sei roseo, con tutte le dita di mani e piedi ma ora ti lascio andare nelle sicure mani dell'infermiera pediatrica che ti farà il primo bagnetto. A dopo piccolo mio."*

*Ut. 62 " Nel momento in cui ti ho vista e ti ho abbracciata come per magia mi sono rassicurata (...)"*

*Ut. 90 "(...) posso solo dire che in quello stesso istante il tuo cuore appartiene a quella creatura"*

QUEL BAMBINO MAI  
NATO (T4-G)

*Ut. 31 "(...) difficile perché mia figlia è nata in Silenzio"*

---

FISICITÀ (T5-G)

*Ut. 88 "(...) il desiderio di entrambi di diventare genitori e poi vivere la crescita del tuo bimbi per 9 mesi dentro di te è un'esperienza bellissima"*

*Ut. 86 "(...) Ma è davvero così? – metamorfosi, certo. In realtà è come la metamorfosi di un insetto – crisalide – sembra non succeda nulla. Dentro un'apparente immobilità, dietro un lungo e indecifrabile silenzio c'è un nuovo essere vivente, completamente diverso da quello precedente, un altro animale, con nuovi organi e nuove abilità. Senza che nessuno possa percepire alcunché dall'esterno, nell'insignificante continuità di gesti quotidiani quasi stereotipati, c'è un padre che sta costruendo le sue ali, questo strepitoso cambiamento è protetto da un guscio impenetrabile."*

ORGANIZZAZIONE (T5-G)

*Ut. 23 "Dopo la nascita non tutte le aspettative si avverano, il ruolo del genitore è accettare i continui cambiamenti che i figli portano. I bambini nascono per scombinare i piani."*

*Ut. 72 "L'idea di diventare mamma un po' mi spaventa per i cambiamenti che ci saranno e per le problematiche che potrebbero insorgere. Penso anche che sarà la gioia più bella della mia vita probabilmente."*

*Ut. 21 " (...) Sicuramente l'essere genitore è un processo variabile e dinamico, cambia nel tempo, in base all'età e alle esigenze del figlio e sta in noi cambiarlo ed adattarlo alle variabili situazioni che si presentano."*

*Ut. 36 "(...) Ero consapevole di un cambiamento di vita ... e così è stato. La scelta più bella della mia vita che rifarei assolutamente (...)"*

*Ut. 70 "Certo: da 2 persone adulte, ti trovi improvvisamente in 3, tutte le energie e il tempo sono dedicate al Piccolo Tiranno che ha fame e vuole mangiare ogni 2/3 ore, deve essere cambiato, nutrito, accudito anche se gli altri vorrebbero dormire o far altro. Poi crescono e vogliono giocare, andare in giro, non sei più al centro del loro mondo, ma sono un UMILE SERVITORE, AUTISTA, CUOCA. E va ben così!!!"*

RICERCA dell'INTIMITÀ  
(T5-G)

*Ut. 5 "Quando diventi genitore vieni fagocitato in un universo di pianti, pannolini, notti insonni ecc ... che nei primi mesi ci sta, è fisiologico però poi è necessario ritrovare un equilibrio anche nella coppia e quindi ritagliarsi uno spazio in cui si chiacchiera e si sta insieme. Noi abbiamo la fortuna di avere i nonni che alle volte ci tengono i bambini permettendoci quale "ora d'aria" in cui puoi viverti l'altro senza interruzioni e di ritrovarsi come coppia. (...)"*

*Ut. 21 " È importante cercare dei momenti da dedicare a noi stessi, da passare fuori dalla famiglia, trovare dei momenti in cui stare da soli come coppia, ma anche da soli come singoli (shopping, parrucchiera, attività sportiva ...), con altre coppie per poter condividere*

*ansie e difficoltà. Questo per aiutarci a superare stanchezza e senso di frustrazione (...)"*

*Ut. 73 "Mantenere i piccoli "riti" come il bacio del buongiorno o buonanotte e cercare di ritagliarsi qualche momento quando il bimbo dorme. Assaporare la bellezza di essere coppia genitoriale!"*

*Ut. 80 "Bisogna cercare di ricavare degli spazi a due, è facile perdersi ma è necessario esserci."*

*Ut. 90 "(...) una mamma o un papà felice sarà una mamma e un papà felice agli occhi di tuo figlio e soprattutto bisogna ricordarsi che un figlio è un frutto d' amore ma prima di essere genitore siamo individui e come tali abbiamo anche noi bisogno di amare ed essere amati."*

*Ut. 7 "(...) e tu, voi genitori vi dimenticate che avete anche voi bisogno di attenzioni, di coccole, allora l'importante è accorgersene e prendersi alcuni spazi per sé stessi, per la coppia."*

TEMPI/RITMI (T5-G)

*Ut. 37 "È quella di dover rinunciare a parte di ciò che si era, all'esclusività del proprio tempo, al cambiamento delle priorità."*

*Ut. 107 "Difficile immaginare cosa comporta essere genitore prima di viverlo. Nessuno ti insegna come si gestisce una nuova creatura, nessuno può farlo. Si possono dare suggerimenti, ma ogni storia è a sé. Ci sono mille dubbi ed è difficile adattarsi subito ad un cambiamento così importante."*

---

*Tabella n.14.Categorie e principali estratti - Punto di Vista del Genitore*



## Allegato 7 - Categorie e Estratti - Punto di Vista dell'Operatore

CATEGORIE	ESTRATTI
TENERE LO SGUARDO SUL PAZIENTE (T1 – O)	<i>Ut. 26 " "Ci siamo incontrate alla modulistica, per preparare la cartella del ricovero. Ci siamo incontrate al parto, quando la tua dolcissima bambina ha deciso di nascere a 37 settimane perché non vedeva l'ora di conoscere la sua mamma. Ci siamo incontrate di nuovo con il pediatra quando è arrivato l'esito del cariotipo che confermava il sospetto di trisomia 21."</i>
ASCOLTARE (T1 – O)	<i>Ut. 45 "Basta fermarsi a guardare un neonato, comunica con il suo corpo. Se c'è qualcosa che non va te lo fa capire (...)"</i>  <i>Ut. 81 "Ogni giorno mi capita di avere una persona che chiede aiuto. Quello che posso fare è ascoltare il bisogno e mettere a disposizione la mia professionalità in supporto alla persona."</i>
PRENDERSI TEMPO PER STARE CON L'ALTRO (T2 – O)	<i>Ut. 53 "Eri giovane e indifesa. Tutti ti davano addosso prevenuti per la situazione pregressa della tua famiglia. All'inizio era difficile entrare in empatia. Tu eri chiusa. Poi incontro dopo incontro sono uscite le domande, quelle che mi hanno permesso di capire che eri attenta alle esigenze della tua bambina."</i>  <i>Ut. 56 "(...) Prendermi cura di te ha significato essere un riferimento e proteggerti dallo stigma. Spero che tu possa riuscire ad occuparti in autonomia della tua bambina. C'è possibilità di una svolta nella tua vita e io, se avrai bisogno, ci sarò per sostenerti con colloqui ad hoc."</i>  <i>Ut. 43 "(...) Non ricordo i nomi, ma ho in mente quel viso un po' perso e spaventato della mamma. Primo figlio, prima esperienza, tante cose da imparare. Mi chiedeva come poteva prenderlo in braccio e se gli avrebbe fatto male. Era terrorizzata all'idea di romperlo. Eravamo sul fasciatoio e ricordo che le stavo spiegando come pulire il cordone. Lei con molta delicatezza gli ha fatto l'igiene e poi ha iniziato a vestirlo. Poi siamo passati ad attaccarlo al seno e ricordo che il bimbo si è attaccato subito e lei si è emozionata."</i>
PRENDERSI TEMPO PER UNA PAROLA CHE CURA (T2 – O)	<i>Ut. 23 "Ogni donna arriva da noi operatori con una storia alle spalle, delle esperienze, dei preconcetti. Entrare in sintonia non è facile, ma con gli sguardi, le parole, il conforto si crea un collegamento che fa bene a tutti: alla mamma che sta affrontando un momento difficile, pauroso, di novità e all'operatore che ad ogni incontro si migliora."</i>  <i>Ut. 1 "Il momento che preferisco nel processo di care del neonato è costituito dal bagnetto che svolgiamo insieme alla mamma alla mattina durante il quale le diamo consigli e suggerimenti su come gestirlo correttamente. È un momento di incontro e confronto e di dialogo. (...)"</i>  <i>Ut. 71 "(...) troppa concitazione emotiva e peso sulle spalle dell'operatore. E i genitori in un angolo ... Ripeto manca il dopo, un tempo e uno spazio per la rielaborazione del lutto!"</i>

ESSERCI IN SILENZIO (T2 – O)

*Ut. 41 "Ricordo il giorno in cui sei venuta a dirmi che sei in gravidanza, le corse per prenotare la visita con il medico ed il colloquio con l'ostetrica, hai accettato anche a malincuore per stare nei tempi di andare a S.Vito e ti ho accompagnato, c'era già qualcosa che non andava per il verso giusto. Ti hanno voluto rivedere diverse volte e tu in silenzio con i tuoi occhioni mi parlavi lo ascoltavo il tuo silenzio assordante e pieno di dolore."*

*Ut. 42 "Il tuo bimbo non ce l'ha fatta e mi hai chiamato alle 21 dicendomi che avevi trovato delle macchioline rosse sugli slip; ti ho inviato immediatamente in ospedale e a mezzanotte mi hai scritto che siete tornati a casa da soli. Da lì ti ho accolta e ascoltata piangere, i tuoi pianti parlavano più di mille frasi. Non ho parlato ti ho solo abbracciato."*

*Ut. 45 "possiamo solo stare accanto ai genitori e al loro piccolo accompagnandolo verso un destino che spesso noi operatori riconosciamo, magari anche per le nostre esperienze e conoscenze ma che i genitori non colgono subito. Sono pur sempre genitori ed esiste pur sempre in loro la speranza e il desiderio di tenerli accanto a loro"*

---

ESSERE CAPACI DI  
EMPATIA (T3 – O)

*Ut. 100 "Mi prendo cura di molte mamme e dei loro bambini. Ogni volta è mettersi in gioco per entrare al meglio nella coppia/triade perché nessuno è uguale all'altro e ognuno merita l'assistenza adeguata. È dedicare anima e corpo, è farsi coinvolgere nel mettere al mondo quel bambino e vivere la gioia della nascita"*

*Ut. 37 "Cerco di rispettare i tempi, i silenzi, i bisogni. Vorrei fosse tutto come lo hai immaginato perché lo so, lo ricorderai tutta la vita. Entro in questo momento magico in punta di piedi. E quando nasci, non posso non gioire per la felicità di cui sono ancora una volta partecipe. Grazie."*

*Ut. 51 "mi ricordo di Emma, rossa di capelli.... mi volevo dedicare di più alla mamma e lavorare in un ambiente più rispettoso, in quegli anni e quella notte non era possibile. sono momenti che non si dimenticano. e comunque, nel mio piccolo ho creato la cartolina con l'impronta del piedino.... tante altre storie, tante lacrime condivise.... in generale penso che il lutto in ostetricia non venga rispettato abbastanza. (...)"*

PORTARE CON SÉ LA  
STORIA DEGLI UTENTI (T3 – O)

*Ut. 4 "Vorrei raccontare la storia di "Maria". Maria è straniera, semplice, non parla bene l'italiano. Viene da noi a fare l'ultrascreen da lì le consigliamo la villocentesi per un risultato dubbio. Maria si fida, fa la villo e va male: subito il cuore del bimbo rallenta, torna l'indomani e il battito non c'è più. Maria ha affrontato questi due giorni con fiducia cieca nei confronti dei sanitari e poi stupore: ma come? mi avete detto voi di fare questo esame, che il rischio era minimo e il bambino è morto. Maria interrompe la gravidanza e poi arriva anche il risultato della villocentesi che è negativo. Abbiamo ucciso un bambino sano! Tengo Maria agganciata, le parlo tanto in quei giorni, faccio fatica perché non posso dirle che si trova in tale situazione perché non ha capito bene quello che il medico, forse, non ha spiegato molto chiaramente. Maria mi dice che sono anni che cerca una gravidanza, mai avrebbe pensato di interromperla e il feto fosse stato malformato, ma questo il medico non glielo ha chiesto. Passa il brutto periodo e la vita continua, Maria mi manda gli auguri di Natale e di Pasqua poi rimane incinta nuovamente. Ha il mio numero, le raccomando di scrivermi per*

*stabilire assieme, con un tempo dedicato cosa fare e dove farlo. Oggi Maria ha una bambina di quasi due anni, forse presto proverà a regalarle un fratellino, Maria è forte e ha superato o forse è solo andata avanti.*

AGIRE CON DELICATEZZA  
(T4 – O)

*Ut. 71 "soprattutto i prematuri sono dei guerrieri. La cura inizia quando li riscaldi con i teli, con il bagnetto, con il tocco, un massaggio, lo vedi che gli piace dagli occhi soddisfatti che incrociano i tuoi. E poi quando imparano a conoscerti, o almeno io (soprattutto la notte) se un neonato era agitato lo prendevo e lo cullavo in un marsupio, lo tenevo attaccato al mio petto e questo funzionava ma non era solo un trucchetto, era qualcosa che li rasserenava e talvolta essendo piccoli me ne mettevo due e la compagnia era gradita (anche per me)"*

*Ut. 85 "Accompagnare e supportare psicologicamente una persona dopo una morte post-parto presenta numerose complessità. Rappresenta però anche un momento importante per la persona che si trova a vivere un lutto peculiare. Vi è il rischio di confondere la realtà con il piano relativo al figlio immaginato in precedenza. Ecco, quindi, che viene sottolineata l'importanza di poter accedere a quegli elementi tipici di elaborazione del lutto come il funerale, la condivisione con i propri cari al fine di permettere un vissuto maggiormente accettabile dal punto di vista della sofferenza emotiva.*

*Ut. 37 "Sguardi persi, difficoltà a trovare le parole giuste (ce ne sono in questi momenti?), senso di inadeguatezza, tanto dolore per questa mamma che non trova pace. Parole sussurrate, tocco gentile. Sono completamente partecipe di questo dolore."*

ESSERE PRESENTE CON  
DELICATEZZA (T4 – O)

*Ut. 51 "(...) questo vedo come mio obiettivo: di fare da specchio alle gravide che possano vedere la propria bellezza e grandezza! (...)"*

*Ut. 95 "Prendersi cura delle donne, mamme e papà, neonati e sempre un viaggio. Viaggio di accompagnamento alla nascita di una nuova famiglia, di un nucleo. Viaggio in cui sei spettatore, ma anche partecipe, travolto dalla potenza della nascita"*

*Ut. 104 "La mamma faceva fatica ad accettarlo, d'altra parte come si può accettare una cosa simile... Ha fatto fatica a lasciarlo andare e poi abbiamo pianto insieme, soprattutto quando l'ho preso in braccio e ve l'ho dato in braccio per poterlo salutare..."*

*Ut. 100 "(...) Perché non ci sono parole adatte da dire, c'è solo un grande senso di impotenza davanti ai genitori. Il non poter fare niente per riportarlo indietro, ma fare di tutto per accogliere questo bambino e per supportare al meglio la coppia"*

*Ut. 52 "Essere il primo operatore che guardano negli occhi ed avere una coppia davanti che vive una delle esperienze più forti e tristi della vita non è una cosa da poco."*

RISPETTARE I TEMPI e  
SCELTE DEL PAZIENTE

*Ut. 104 "È STATO DIFFICILE CONTENERE LE TUE PAURE, MA TI SEI FIDATA DI ME E ALLA FINE È ANDATO COME VOLEVI. LE FATICHE VENGONO RIPAGATE GRAZIE."*

(EMPOWERMENT) (T4 – O)

*Ut. 63 "Mi sono presa cura di te che hai fatto la scelta più difficile, più altruista, più intensa, hai scelto di partorire e hai scelto di staccarti di lui. Sarai sempre madre e nella tua fantasia vedrai in ogni bambino il tuo. Sarai sempre accanto a lui anche se non lo saprà. A volte ti sentirai morire dentro, in profondità, ma il regalo che gli hai donato di una vita diversa ti farà rivivere."*

*Ut. 59 "Mi sono presa cura di te per sostenerti nelle tue scelte, per rinforzare le tue risorse e per motivarti a fidarti del tuo istinto indipendentemente dal pensiero degli altri."*

---

INTERROGARSI SUL  
PROPRIO AGIRE (T5 – O)

*Ut. 17 "(...) Quando è necessaria la rianimazione neonatale, penso sempre al peggio, al fatto che non sarò forse in grado di far respirare bene quel bambino o che forse avrò bisogno di più aiuto ma, nell'attesa, devo contare su quello che so fare. (...)*

*Ut. 4 "Io sono ancora con l'amaro in bocca perché spesso nel nostro "fare" non c'è tempo per "fare bene".*

*Ut. 25 "Le parole che non escono. E una lacrima che scende. L'8 marzo, un mese dopo aver accolto quella non vita tra le mani, ho ricevuto un'orchidea dalla mamma di quel bambino con un biglietto "per una donna speciale"*

*Ut. 70 "RICCARDO (2005) neanche un mese di vita, NECROSI ENTERALE. Tutta la notte a vegliarlo dopo averlo bucato in ogni dove, messo SNG, monitorato continuamente, fatto terapie di ogni tipo. Dopo quasi 20 anni mi ricordo ancora lui e la sua mamma, il papà c'era ma io ricordo solo loro e chi era con me quella notte. È morto 2 giorni dopo"*

*Ut. 51 "(...) gli aborti sono un tabù. le madri che perdono il loro bambino vengono mandate a casa senza un'assistenza continua. Di sicuro da migliorare"*

*Ut. 18 "Ti senti impotente sebbene tu abbia cercato di fare tutto il possibile. Ti chiedi se potevi fare di più. Ti immagini la famiglia che rientra a casa senza il piccolo."*

*Ut. 95 "(...) Accompagnarvi in questo percorso è sempre difficile, ci sentiamo inadeguati, mai giusti."*

*Ut. 107 "Devastazione psicologica per l'operatore mettersi in discussione, pensare si sarebbe potuto fare di più per evitare. Difficilissimo supportare i genitori."*

*Ut. 56 "Veronica ora avrebbe 12 anni. Probabilmente con Melania discuteremo della sua prima mestruazione. È quella bambina che non sono riuscita a salvare. Anche ora mentre scrivo piango perché Veronica è sempre nella mia mente. Melania è arrivata al pronto soccorso ostetrico in un lago di sangue. Un distacco di placenta, la bambina era già morta. Ho messo la sonda ecografica e già mi*

---

*ero accorta che non c'era più. Mi sono sentita impotente e arrabbiata con me stessa. Da quel momento, quando parlo con le donne ai corsi pre-parto stresso tanto sui movimenti del bambino e qualcuna mi ha anche ringraziata perché, renderle consapevoli mi ha intercettato un problema della gravidanza. Ma a che prezzo? (...)"*

---

VALUTARE IL PROPRIO  
AGIRE (T6 – O)

*Ut. 34 "Essere dalla parte delle donne e delle famiglie è ciò che vuol dire prendersi cura di loro. Mi fa sentire utile a qualcuno, dedicata ad uno scopo"*

*Ut. 115 "Occuparsi della genitorialità fragile su base spontanea è spesso un percorso difficile (specie se si accavallano momenti di supporto con momenti di "controllo") ma generalmente ricco di soddisfazione. Lavorare con sentimenti e fragilità delle persone mette alla prova tutti i giorni e ci mette davanti a cose difficili o meravigliose. (...)"*

*Ut. 82 "La nascita viene dipinta, agli occhi di tutti, come un evento facile, impregnato di sentimenti positivi. NON è così ed è giusto sapere che sono molte le situazioni in cui per l'ostetrica è difficile assistere e prendersi cura della diade in maniera efficace. (...)"*

*Ut. 108 "Primi anni '90. Io una ragazzina allieva infermiera. Parto prematuro e bimbo che nasce, vivo ma grave. È minuscolo. Ricordo ancora il medico che affida a me, ragazzina di 18 anni, il compito di reperire una fiala di vitamina K in reparto. (...) "quel bambino che non ce l'ha fatta" per me è lui e non ce l'ho fatta nemmeno io. Non è stato purtroppo l'unico bambino che non ce l'ha fatta che ho incontrato, ma è stato il primo."*

*Ut. 81 "C'è sempre un grande dispiacere e un senso d'impotenza quando avviene un aborto o post nascita. Ho vissuto e vivo ancora con le pazienti questa emozione di disperazione e impotenza."*

ASCOLTARE LE PROPRIE  
EMOZIONI (T6 – O)

*Ut. 1 "(...) Il ricordo più difficile è stato quando i medici hanno dovuto comunicare ai genitori un difetto congenito (la lissencefalia) a prognosi infausta. È stato difficile guardare in volto i genitori quando hanno capito che il loro bimbo non sarebbe sopravvissuto."*

*Ut. 76 "Un bambino cardiopatico che è stato sottoposto al trapianto. Il suo sorriso, il suo modo di parlare e le sue domande ..."*

*Ut. 25 "Ricordo il peso, la sensazione di quel bimbo inanimato tra le braccia, la difficoltà di sostenerlo, la sensazione unica di accogliere un bimbo senza tono, e come scivola dalle tue mani scivolano le parole che vorresti dire. Ricordo proprio quella sensazione di peso, 3000g che sembrano 3 tonnellate."*

*Ut. 96 " La scorsa settimana mi hanno chiamato dall'ostetricia e hanno detto che c'era una signora che aveva perso il suo bambino, nato morto, a 40 settimane. Quando scendo in ostetricia incrocio l'operatore della cella mortuaria che sta portando il piccolo via dal reparto. Metto una mano sopra al carrellino dove il piccolo è deposto e lo saluto affettuosamente (...)"*

*Ut. 95 "La morte fa paura. Il mancato lieto fine non è contemplato, per noi e per voi. Mai presa in considerazione. Ma non è tutto così bello come sembra. Accompagnarvi in questo percorso è sempre difficile, ci sentiamo inadeguati, mai giusti."*

*Ut. 63 "Ricordo e sento che forse avrei dovuto sbattere i pugni. Ricordo il dolore della perdita, in cui tutti si perde. Ricordo una vita spezzata, ricordo un'anima che non ha partecipato ad una gioia, ricordo il buio in un giorno di sole"*

---

ACCOMPAGNAMENTO e  
INFORMAZIONI (T7 – O)

*Ut. 1 "(...) spieghiamo le modalità di accesso, la possibilità per il papà ed eventuali fratelli/sorelle di visitare la neomamma durante il pomeriggio e il percorso che si affronterà dal travaglio alla dimissione. (...) Viene mostrato virtualmente il reparto (sia sale travaglio/operatoria che le stanze di degenza). Viene illustrato come ci occuperemo della cura del neonato fisiologico e come renderemo mamma e papà autonomi nella gestione. (...) favoriamo l'allattamento al seno e il Rooming-in"*

*Ut. 2 "Vengono fornite notizie sull'allattamento, sui gruppi di sostegno all'allattamento, notizie e moduli per gli screening neonatali e modalità sull'organizzazione per il travaglio e il parto."*

*Ut. 17 "si forniscono informazioni circa le possibili manovre/azioni/controlli/supporto che il neonato dovrà ricevere alla nascita."*

*Ut.18 "Informazioni in merito alla dimissione o in casi particolari informazioni sulle cure"*

*Ut. 25 "(...) Modalità di prenotazione e timing di esecuzione di visite, ecografie, vaccinazioni, presa in carico dal reparto per il parto, corsi di accompagnamento alla nascita, alimentazione, igiene in gravidanza.*

*Ut. 26 "(...) Informazioni sulla gravidanza e i segnali di allarme che necessitano dei controlli in ospedale (perdita di sangue, pochi movimenti fetali, contrazioni ecc); Informazioni sull'allattamento; Informazioni sulla gestione del neonato*

*Ut. 32 "fornisco conoscenze che riguardano le competenze del feto e poi del neonato, il momento della nascita e l'importanza del contatto materno, ma sempre nella sicurezza del bambino, i cambiamenti che sono presenti nella madre e poi nel neonato il suo bisogno di contenimento e di vicinanza, il significato del pianto."*

*Ut. 37 "Parlo della possibilità di essere seguiti già in gravidanza sia in ospedale che in consultorio, dei servizi offerti in consultorio (es. corso di preparazione alla nascita) e di come avviene la presa in carico a livello ospedaliero. Dopodiché rimando al consultorio dopo il parto per i primi controlli di mamma e bambino e per corsi come quello del massaggio infantile"*

---

Ut. 51 "L'informazione che posso trasmettere in più è quella che si sviluppa in quei momenti speciali di comunicazione più approfondita, e ovviamente sono molto personalizzati. Dipende dalla coppia e dalla loro storia. L'ascolto empatico e la mia esperienza mi aiutano di trovare ogni tanto quelle parole giuste che ci vogliono in un certo momento."

Ut. 56 "(...) in ogni occasione in cui incontro una donna/coppia in età fertile spiego delle opportunità gratuite del consultorio: preconcezionale, monitoraggio gravidanza, incontri di accompagnamento alla nascita, prevenzione perineale, assistenza in puerperio e sostegno allattamento nonché percorsi di sostegno alla genitorialità. Per quanto riguarda il preconcezionale sostengo l'assunzione dell'acido folico e faccio un counselling adeguato in merito a fumo e alcool. Nel dopo parto il lavoro di sostegno alla genitorialità per favorire il benessere del bambino è fondamentale."

Ut. 58 " Mi occupo di fornire informazioni riguardo alla legislazione nazionale e regionale a tutela della maternità e paternità sia durante gli IAN che durante i colloqui. In particolare, fornisco informazioni sui diritti a loro spettanti, riguardo ai congedi obbligatori e facoltativi, i supporti per l'allattamento e per la malattia del figlio, e informazioni riguardanti i bonus-contributi economici nazionali (bonus asilo nido inps, assegno unico) e regionali (carta famiglia, dote famiglia, bonus asilo nido...). Forniscono anche informazioni circa lo sportello regionale Si.Con.Te che offre consulenza alle famiglie sulle tematiche di tutela della genitori lavoratori e fornisce un incrocio di domanda e offerta in quanto le persone possono candidarsi come assistenti familiari, colf e babysitter ed essere inserite in una sorta di lista a disposizione delle famiglie che ricercano queste figure professionali da assumere."

Ut. 85 " (...) affronta le tematiche maggiormente significative per delle mamme o delle coppie che vanno incontro alla genitorialità come gli aspetti emotivi della gravidanza (es. paure o preoccupazioni collegate al parto) e aspetti relazionali (es. importanza di una alleanza di coppia prima, dopo e durante il parto). Viene riferita a chi partecipa la possibilità di richiedere una presa in carico di tipo psicologico a livello individuale qualora ci fossero degli aspetti particolari da affrontare."

Ut. 96 "Io incontro le coppie nelle occasioni dove i bambini nascono morti e li accompagno nell'impostare le prime basi per un buon avvio del lutto perinatale. Dando spazio alla narrazione degli eventi e suggerendo o di prendere contatti con l'associazione "CIAO LAPO" o con il Consultorio del proprio territorio di residenza."

Ut. 103 " (...) Essere disponibile a domande o insicurezze dei genitori, anche se possono sembrare banali".

Ut. 114 "(...) Cerco di dare informazioni esaurienti sia per i punti nascita che per il territorio. Mi accerto abbiano compreso e lascio tutti i nostri riferimenti per contattarci in caso di necessità. A volte le coppie ricevono troppe informazioni e spesso non vengono in quel momento recepite."

## Allegato 8 - Le fasi del Percorso Nascita

PERIODO	FASE	ATTIVITA'	ESTRATTI
PRECONCEZIONALE	INFORMARE	Informare le donne in età fertile	<i>Ut. 41: La coppia che accede al servizio si offre la visita ed il colloquio preconcezionale, si spiega il percorso nascita (incontri IAN) e colloquio individuale (...).</i>
		Orientare la donna/coppia ai servizi preposti	<i>Ut. 56: Lavorando in consultorio in ogni occasione in cui incontro una donna/coppia in età fertile spiego delle opportunità gratuite del consultorio: preconcezionale, monitoraggio gravidanza, incontri di accompagnamento alla nascita, prevenzione perineale, assistenza in puerperio e sostegno allattamento nonché percorsi di sostegno alla genitorialità. Per quanto riguarda il preconcezionale sostengo l'assunzione dell'acido folico e faccio un counselling adeguato in merito a fumo e alcool. (...).</i>
		Promuovere campagne informative (predisposizione materiale informativo, brochure, poster, eventi) e implementare i siti aziendali e regionali	<i>Ut. 59: Partendo dal preconcezionale (colloquio pre concezionale, visita pre concezionale) (...)</i>
	VISITA PRECONCEZIONALE	Anamnesi riproduttiva della donna/coppia e counselling preconcezionale	<i>Ut. 104: All'interno del Consultorio familiare offro diverse prestazioni e informazioni</i>
		Esami preconcezionali	<i>Colloquio preconcezionale (stili di vita sani, alimentazione, esami da poter effettuare...)</i>
		Invio allo specialista se condizione patologica o rischio genetico	<i>(...)</i>
		Informazione su stili di vita sani e prescrizione acido folico	<i>Ut. 114: Ogni giorno fornisco informazioni sul Percorso Nascita quando l'utenza si presenta in Consultorio. Cerco di dare informazioni esaurienti sia per i punti nascita che per il territorio. Mi accerto abbiano compreso e lascio tutti i nostri riferimenti per contattarci in caso di necessità</i> <i>A volte le coppie ricevono troppe informazioni e spesso non vengono in quel momento recepite.</i>
	DAL PRECONCEZIONALE	ACCERTAMENTO	Prescrizione test gravidanza



ALLA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA-  
COLLOQUIO

<p>Accertamento gravidanza e rilascio certificato</p>	
<p>Accoglienza, Colloquio e Ascolto Prescrizione primi esami Informazioni su: servizi disponibili, benefici di legge, CAN, abitudini alimentari (ivi compresa la supplementazione di ac. folico) e stili di vita sani come gestire i sintomi più comuni, screening e diagnosi prenatale Raccolta anamnesi familiare, personale ed ostetrica e compilazione check-list</p>	<p><i>Ut. 25: Fornisco informazioni su: Modalità di prenotazione e timing di esecuzione di visite, ecografie, vaccinazioni, presa in carico dal reparto per il parto, corsi di accompagnamento alla nascita, alimentazione, igiene in gravidanza.</i></p> <p><i>Ut. 59: (...) Colloquio e visita in gravidanza. (monitoraggio completo) Corsi informativi in gravidanza. (...)</i></p>
<p>Orientamento alla rete dei servizi-percorso nascita</p>	
<p>1° VISITA Verifica congiunta anamnesi e check list fattori di rischio ( ginecologo – ostetrica)</p>	<p><i>Ut. 25: Fornisco informazioni su: Modalità di prenotazione e timing di esecuzione di visite, ecografie, vaccinazioni, presa in carico dal reparto per il parto, corsi di accompagnamento alla nascita, alimentazione, igiene in gravidanza.</i></p> <p><i>Ut. 59: (...) Colloquio e visita in gravidanza. (monitoraggio completo) Corsi informativi in gravidanza. (...)</i></p>

	<p><i>Ut. 25: Fornisco informazioni su: Modalità di prenotazione e timing di esecuzione di visite, ecografie, vaccinazioni, presa in carico dal reparto per il parto, corsi di accompagnamento alla nascita, alimentazione, igiene in gravidanza.</i></p> <p><i>Ut. 59: (...) Colloquio e visita in gravidanza. (monitoraggio completo) Corsi informativi in gravidanza. (...)</i></p>
<p>Visita Ostetrica</p>	<p><i>Ut. 25: Fornisco informazioni su: Modalità di prenotazione e timing di esecuzione di visite, ecografie, vaccinazioni, presa in carico dal reparto per il parto, corsi di accompagnamento alla nascita, alimentazione, igiene in gravidanza.</i></p> <p><i>Ut. 59: (...) Colloquio e visita in gravidanza. (monitoraggio completo) Corsi informativi in gravidanza. (...)</i></p>
<p>Prescrizione esami I trimestre, se non già eseguiti e valutazione dei risultati</p>	<p><i>Ut. 25: Fornisco informazioni su: Modalità di prenotazione e timing di esecuzione di visite, ecografie, vaccinazioni, presa in carico dal reparto per il parto, corsi di accompagnamento alla nascita, alimentazione, igiene in gravidanza.</i></p> <p><i>Ut. 59: (...) Colloquio e visita in gravidanza. (monitoraggio completo) Corsi informativi in gravidanza. (...)</i></p>
<p>Attribuzione del grado di rischio (basso vs alto) dopo valutazione elementi anamnestici, clinici e laboratoristici</p>	<p><i>Ut. 37: Parlo della possibilità di essere seguiti già in gravidanza sia in ospedale che in consultorio, dei servizi offerti in consultorio (es. corso di preparazione alla nascita) e di come avviene la presa in carico a livello ospedaliero. (...)</i></p> <p><i>Ut. 59: (...) Colloquio e visita in gravidanza. (monitoraggio completo) Corsi informativi in gravidanza. (...)</i></p>
	<p><i>Ut. 25: Fornisco informazioni su: Modalità di prenotazione e timing di esecuzione di visite, ecografie, vaccinazioni, presa in carico dal reparto per il parto, corsi di accompagnamento alla nascita, alimentazione, igiene in gravidanza.</i></p> <p><i>Ut. 59: (...) Colloquio e visita in gravidanza. (monitoraggio completo)</i></p>

		<i>Corsi informativi in gravidanza. (...)</i>
GRAVIDANZA	1°-2°-3° TRIMESTRE	<p><i>Ut. 20: Si forniscono tutte le informazioni riguardo alle prossime visite e riguardo alla gravidanza</i></p> <p><i>Ut. 34: Esami ematochimici necessari, programmazione delle visite, risposte a dubbi, incertezze o chiarimenti posti dalle donne</i></p> <p><i>Ut. 51: Lavorando in questo momento in ambulatorio le informo che do sono in prima linea tecnico informative: cosa si fa quando, dove e perché. L'informazione che posso trasmettere in più è quella che si sviluppa in quei momenti speciali di comunicazione più approfondita. e ovviamente sono molto personalizzati, dipende dalla coppia e dalla loro storia. l'ascolto empatico e la mia esperienza mi aiutano di trovare ogni tanto quelle parole giuste che ci vogliono in un certo momento.</i></p> <p><i>Ut. 61: Lavorando in segreteria, fornisco informazioni per quello che riguarda il percorso ambulatoriale pre-parto (corsi pre-parto, ecografie, appuntamenti, costi, ecc). Non fornisco informazioni di tipo medico, perché non spetta a me.</i></p> <p><i>Ut. 81: Il mio lavoro è quello di spiegare alla paziente com'è strutturato il nostro percorso ambulatoriale/privato della nostra struttura, viene spiegata la differenza tra le modalità di accesso e programiamo gli appuntamenti per le visite e le ecografie. Siamo a disposizione per aiutare le pazienti e indicarle ai professionisti di competenza per le varie esigenze. Nel mio caso assisto il medico durante le ecografie previste in gravidanza dalla datazione fino al termine della gravidanza.</i></p> <p><i>Ut. 94: Come funzionano il ricovero, i controlli, i monitoraggi, i momenti di assistenza al travaglio, parto e post-partum</i></p> <p><i>Ut. 104: (...) Colloquio in gravidanza a qualsiasi epoca di gravidanza</i></p>

		<p><i>Valutazioni in gravidanza Incontri di accompagnamento alla nascita (...)</i></p> <p><i>Ut. 105: Tutte le informazioni su orari, accesso, a chi rivolgersi per ogni evenienza, ascolto attivo. Informazioni sul proseguimento o la gestione del ricovero, ps.</i></p> <p><i>Ut. 103: Rassicurazioni Disponibilità Serietà e competenza Essere disponibile a domande o insicurezze dei genitori, anche se possono sembrare banali</i></p> <p><i>Ut. 114: Ogni giorno fornisco informazioni sul Percorso Nascita quando l'utenza si presenta in Consultorio. Cerco di dare informazioni esaurienti sia per i punti nascita che per il territorio. Mi accerto abbiano compreso e lascio tutti i nostri riferimenti per contattarci in caso di necessità A volte le coppie ricevono troppe informazioni e spesso non vengono in quel momento recepite</i></p>
	<p>Informazioni sui CAN Informazioni su interventi non farmacologici e farmacologici per controllo/gestione del dolore travaglio/parto, su modalità di parto, allattamento, screening e profilassi neonatali, puerperio</p>	<p><i>Ut. 58: Mi occupo di fornire informazioni riguardo alla legislazione nazionale e regionale a tutela della maternità e paternità sia durante gli IAN che durante i colloqui. In particolare, fornisco informazioni sui diritti a loro spettanti, riguardo ai congedi obbligatori e facoltativi, i supporti per l'allattamento e per la malattia del figlio, e informazioni riguardanti i bonus-contributi economici nazionali (bonus asilo nido inps, assegno unico) e regionali (carta famiglia, dote famiglia, bonus asilo nido...). Fornisco anche informazioni circa lo sportello regionale Si.Con.Te che offre consulenza alle famiglie sulle tematiche di tutela della genitori lavoratori e fornisce un incrocio di domanda e offerta in quanto le persone possono candidarsi come assistenti familiari, colf e babysitter ed essere inserite in una sorta di lista a disposizione delle famiglie che ricercano queste figure</i></p>

*professionali da assumere.*

*Ut. 34: Esami ematochimici necessari, programmazione delle visite, risposte a dubbi, incertezze o chiarimenti posti dalle donne*

*Ut. 61: Lavorando in segreteria, fornisco informazioni per quello che riguarda il percorso ambulatoriale pre-parto (corsi pre-parto, ecografie, appuntamenti, costi, ecc). Non fornisco informazioni di tipo medico, perché non spetta a me.*

*Ut. 99: Esami  
Visite del percorso*

*Ut. 104: (...)  
Colloquio in gravidanza a qualsiasi epoca di gravidanza  
Valutazioni in gravidanza  
Incontri di accompagnamento alla nascita  
(...)*

*Ut. 26: Informazioni sull'organizzazione della struttura  
Informazioni sulle cure del neonato  
Informazioni sulla gravidanza e i segnali di allarme che necessitano dei controlli in ospedale (perdita di sangue, pochi movimenti fetali, contrazioni ecc)  
Informazioni sull'allattamento  
Informazioni sulla gestione del neonato*

*Ut. 32: Collaboro per la parte neonatale al corso preparto e fornisco conoscenze che riguardano le competenze del feto e poi del neonato, il momento della nascita e l'importanza del contatto materno, ma sempre nella sicurezza del bambino, i cambiamenti che sono presenti nella madre e poi nel neonato il suo bisogno di contenimento e di vicinanza, il significato del pianto.*

*Ut. 82: Le informazioni da dare alla coppia sono moltissime e possono/devono essere date solo in alcuni momenti.*

*Non ci si può permettere di parlare di tutti gli argomenti in qualsiasi periodo di gestazione, la coppia non recepirebbe.*

*In ospedale tra la 32-34 settimana di gestazione i genitori vengono invitati a partecipare a degli incontri informativi che hanno come obiettivo la disseminazione di informazioni riguardanti il momento di presa in carico della gravidanza in ospedale con relativi esami di screening, le modalità di gestione farmacologica e non del dolore, le cure del neonato con particolare specifica sull'allattamento.*

*Ut. 85: All'interno dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita vi è un incontro alla presenza dello psicologo del Servizio, il quale affronta le tematiche maggiormente significative per delle mamme o delle coppie che vanno incontro alla genitorialità come gli aspetti emotivi della gravidanza (es. paure o preoccupazioni collegate al parto) e aspetti relazionali (es. importanza di una alleanza di coppia prima, dopo e durante il parto). Viene riferita a chi partecipa la possibilità di richiedere una presa in carico di tipo psicologico a livello individuale qualora ci fossero degli aspetti particolari da affrontare.*

*Ut. 97: Corsi preparto. Sostegno all'allattamento*

*Ut. 98: Le informazioni da dare durante il Percorso Nascita sono notevoli in quantità e qualità; il mio approccio lavorativo (Fine percorso) mi porta a gestire i corsi informativi dove vengono trattati i seguenti punti:*

- informazioni logistiche punto nascita*
- tipologia di prestazioni offerte dal punto nascita*
- gestione dolore in travaglio*
- cure neonato*
- allattamento*

Bilanci di salute

*Ut. 20: Si forniscono tutte le informazioni riguardo alle prossime visite e riguardo alla gravidanza*

*Ut. 34: Esami ematochimici necessari, programmazione delle visite, risposte a dubbi, incertezze o chiarimenti posti dalle donne*

*Ut. 51: Lavorando in questo momento in ambulatorio le informazioni che do sono in prima linea tecnico informative: cosa si fa quando, dove e perché.*

*L'informazione che posso trasmettere in più è quella che si sviluppa in quei momenti speciali di comunicazione più approfondita. e ovviamente sono molto personalizzati, dipende dalla coppia e dalla loro storia. l'ascolto empatico e la mia esperienza mi aiutano di trovare ogni tanto quelle parole giuste che ci vogliono in un certo momento.*

*Ut. 94: Come funziona i ricovero, i controlli, i monitoraggi, i momenti di assistenza al travaglio, parto e post-partum*

*Ut. 99: Esami  
Visite del percorso*

*Ut. 104: (...)  
Colloquio in gravidanza a qualsiasi epoca di gravidanza  
Valutazioni in gravidanza  
Incontri di accompagnamento alla nascita  
(...)*

Effettuazione esami  
diagnostico e terapeutici nelle  
fasce d'età gestazionale  
previste (1°-2°-3° Trimestre,  
ecografia)

*Ut. 20: Si forniscono tutte le informazioni riguardo alle prossime visite e riguardo alla gravidanza*

*Ut. 34: Esami ematochimici necessari, programmazione delle visite, risposte a dubbi, incertezze o chiarimenti posti dalle donne*

*Ut. 51: Lavorando in questo momento in ambulatorio le informazioni che do sono in prima linea tecnico informative: cosa si fa quando, dove e perché.*

*L'informazione che posso trasmettere in più è quella che si sviluppa in quei momenti speciali di comunicazione più approfondita. e ovviamente sono*

*molto personalizzati, dipende dalla coppia e dalla loro storia. l'ascolto empatico e la mia esperienza mi aiutano di trovare ogni tanto quelle parole giuste che ci vogliono in un certo momento.*

*Ut. 81: Il mio lavoro è quello di spiegare alla paziente com'è strutturato il nostro percorso ambulatoriale/privato della nostra struttura, viene spiegata la differenza tra le modalità di accesso e programmino gli appuntamenti per le visite e le ecografie. Siamo a disposizione per aiutare le pazienti e indicarle ai professionisti di competenza per le varie esigenze. Nel mio caso assisto il medico durante le ecografie previste in gravidanza dalla datazione fino al termine della gravidanza.*

*Ut. 94: Come funziona il ricovero, i controlli, i monitoraggi, i momenti di assistenza al travaglio, parto e post-partum*

*Ut. 99: Esami  
Visite del percorso*

*Ut. 104: (...)  
Colloquio in gravidanza a qualsiasi epoca di gravidanza  
Valutazioni in gravidanza  
Incontri di accompagnamento alla nascita  
(...)*

Definizione e Condivisione  
percorso con la donna/coppia

*Ut. 34: Esami ematochimici necessari, programmazione delle visite, risposte a dubbi, incertezze o chiarimenti posti dalle donne*

*Ut. 51: Lavorando in questo momento in ambulatorio le informazioni che do sono in prima linea tecnico informative:  
cosa si fa quando, dove e perché.*

*L'informazione che posso trasmettere in più è quella che si sviluppa in quei momenti speciali di comunicazione più approfondita. e ovviamente sono molto personalizzati, dipende dalla coppia e dalla loro storia. l'ascolto empatico e la mia esperienza mi aiutano di trovare ogni tanto quelle parole giuste che ci vogliono in un certo momento.*



*Ut. 94: Come funziona il ricovero, i controlli, i monitoraggi, i momenti di assistenza al travaglio, parto e post-partum*

*Ut. 104: (...)  
Colloquio in gravidanza a qualsiasi epoca di gravidanza  
Valutazioni in gravidanza  
Incontri di accompagnamento alla nascita  
(...)*

Offerta vaccinazione dPTa  
preferibilmente a 28 sett.

Offerta vaccinazione  
antiinfluenzale (se in stagione  
epidemica) e informazioni su  
prevenzione primaria

Invio al Punto nascita prescelto  
a 36 settimane per il prosieguo  
del monitoraggio della  
gravidanza

*Ut. 51: Lavorando in questo momento in ambulatorio le informazioni che do sono in prima linea tecnico informative: cosa si fa quando, dove e perché.*

*L'informazione che posso trasmettere in più è quella che si sviluppa in quei momenti speciali di comunicazione più approfondita. e ovviamente sono molto personalizzati, dipende dalla coppia e dalla loro storia. l'ascolto empatico e la mia esperienza mi aiutano di trovare ogni tanto quelle parole giuste che ci vogliono in un certo momento.*

*Ut. 93: Per quello che mi riguarda, riferisco alla donna che dopo l'ecografia del 3° trimestre può contattare la struttura per essere presa in carico: in ambulatorio la valuteranno e verranno presi altri appuntamenti in base all'andamento della sua gravidanza. Quando necessario, si recherà al nostro accesso diretto e la ricovereremo per il travaglio/parto. Solitamente dopo 2/4 giorni dal parto verrà dimessa e le daremo un appuntamento presso il consultorio di riferimento per una valutazione di mamma e bambino. Qui la*

		<p><i>seguiranno per il puerperio, allattamento, valutazione del pavimento pelvico e altri bisogni.</i></p>
<p>TRAVAGLIO E PARTO</p>	<p>Assicurare un ambiente adeguato a garantire privacy, confort e sostegno emotivo durante il travaglio/parto</p>	<p><i>Ut. 1: Alle coppie che accedono al punto nascita spieghiamo le modalità di accesso, la possibilità per il papà ed eventuali fratelli/sorelle di visitare la neomamma durante il pomeriggio e il percorso che si affronterà dal travaglio alla dimissione. Tutto questo durante gli incontri “Nascere Sereni” che si svolgono prima del momento della nascita.</i></p>
	<p>Incentivare un’assistenza con rapporto 1:1 ostetrica/donna</p>	<p><i>Viene mostrato virtualmente il reparto (sia sale travaglio/operatoria che le stanze di degenza). Viene illustrato come ci occuperemo della care del neonato fisiologico e come renderemo mamma e papà autonomi nella gestione. Viene sempre spiegato che il nostro è un Ospedale Amico del Bambino - UNICEF e che favoriamo l’allattamento al seno e il Rooming-in</i></p>
	<p>Garantire alla donna la presenza di persona cara durante il travaglio e il parto</p>	<p><i>Ut. 2: (...) modalità sull’organizzazione per il travaglio e il parto.</i></p> <p><i>Ut. 24: Descrivo e illustro gli spazi e le procedure che vengono eseguite, rispondo a eventuali domande, cerco di accogliere e esaudire le richieste dei genitori</i></p> <p><i>Ut. 94: (...) i momenti di assistenza al travaglio, parto e post-partum</i></p> <p><i>Ut. 100: (...) Lavorando principalmente in reparto di ostetricia e nido le informazioni riguardano ciò che accade in degenza (prodromi-travaglio-parto e post-parto, puerperio e gestione del neonato) e cosa e come gestire il rientro a casa.</i></p>
	<p>Offrire metodiche non farmacologiche di controllo del dolore (es posizioni libere in travaglio e parto, utilizzo dell’acqua ecc)</p>	

Informare e, nel caso,  
garantire il controllo  
farmacologico del dolore  
(analgesia epidurale)

Eseguire la raccolta  
solidaristica di sangue  
cordonale, qualora la donna  
abbia acconsentito alla  
donazione

Predisporre a livello aziendale  
percorsi/procedure codificati  
per la gestione del dolore in  
travaglio/parto, per  
l'assistenza intrapartum della  
madre e del neonato e per la  
rianimazione neonatale

Favorire in tutte le situazioni  
possibili il contatto pelle a  
pelle immediato e continuativo  
fino a completamento della  
prima poppata, in condizioni di  
sicurezza, anche per le madri  
che per questioni mediche o

*Ut. 1: Alle coppie che accedono al punto nascita spieghiamo le modalità di accesso, la possibilità per il papà ed eventuali fratelli/sorelle di visitare la neomamma durante il pomeriggio e il percorso che si affronterà dal travaglio alla dimissione. Tutto questo durante gli incontri "Nascere Sereni" che si svolgono prima del momento della nascita. Viene mostrato virtualmente il reparto (sia sale travaglio/operatoria che le stanze di degenza). Viene illustrato come ci occuperemo della care del neonato fisiologico e come renderemo mamma e papà autonomi nella gestione. Viene sempre spiegato che il nostro è un Ospedale Amico del Bambino - UNICEF e che favoriamo l'allattamento al seno e il Rooming-in*

	<p>personali decidono di non allattare</p>	<p><i>Ut. 2: (...) modalità sull'organizzazione per il travaglio e il parto.</i></p> <p><i>Ut. 24: Descrivo e illustro gli spazi e le procedure che vengono eseguite, rispondo a eventuali domande, cerco di accogliere e esaudire le richieste dei genitori</i></p> <p><i>Ut. 94: (...) i momenti di assistenza al travaglio, parto e post-partum</i></p> <p><i>Ut. 100: (...) Lavorando principalmente in reparto di ostetricia e nido le informazioni riguardano ciò che accade in degenza (prodromi-travaglio-parto e post-parto, puerperio e gestione del neonato) e cosa e come gestire il rientro a casa.</i></p>
<p>PUERPERIO</p>	<p>Favorire, in tutte le situazioni possibili, il contatto pelle a pelle mamma e neonato immediato e continuativo già in sala parto fino al completamento della prima poppata in condizioni di sicurezza, anche per le madri che per motivi clinici o personali decidono di non allattare</p>	<p><i>Ut. 56: (...) Nel dopo parto il lavoro di sostegno alla genitorialità per favorire il benessere del bambino è fondamentale.</i></p> <p><i>Ut. 104: (...) Supporto post parto/allattamento/puerperio Modalità di accesso alle strutture di riferimento all'interno di ASFO e a servizi a supporto della genitorialità</i></p> <p><i>Ut. 26: (...) Informazioni sulle cure del neonato (...)</i>  <i>Informazioni sull'allattamento</i>  <i>Informazioni sulla gestione del neonato</i></p>
	<p>Garantire la permanenza di mamma e neonato nella stessa stanza (rooming in h 24)</p>	<p><i>Ut. 56: (...) Nel dopo parto il lavoro di sostegno alla genitorialità per favorire il benessere del bambino è fondamentale.</i></p> <p><i>Ut. 26: (...) Informazioni sulle cure del neonato</i></p>

	<p>(...)  Informazioni sull'allattamento  Informazioni sulla gestione del neonato</p>
Favorire la protezione, promozione e supporto all'allattamento esclusivo al seno	<p>Ut. 56: (...) Nel dopo parto il lavoro di sostegno alla genitorialità per favorire il benessere del bambino è fondamentale.</p> <p>Ut. 26: (...)  Informazioni sulle cure del neonato  (...)  Informazioni sull'allattamento  Informazioni sulla gestione del neonato</p> <p>Ut. 98: (...)  - cure neonato  - allattamento</p>
Monitorare il puerperio fisiologico	<p>Ut. 59: (...)  Visita e controllo in puerperio  Corsi di massaggio al neonato  Incontro sulle vaccinazioni, sicurezza domestica, alimentazione complementare e disostruzione.</p>
Prevenire, identificare e trattare le possibili complicanze puerperali, secondo procedure scritte codificate a livello aziendale e individuare eventuali segni di disagio psicofisico della madre	<p>Ut. 59: (...)  Visita e controllo in puerperio  Corsi di massaggio al neonato  Incontro sulle vaccinazioni, sicurezza domestica, alimentazione complementare e disostruzione.</p>
Effettuare i controlli clinici del	<p>Ut. 56: (...) Nel dopo parto il lavoro di sostegno alla genitorialità per favorire il benessere del bambino è fondamentale.</p>

<p>neonato, monitorare la crescita ponderale, sorvegliare l'insorgenza di eventuali segni/sintomi di allarme e avviare adeguato trattamento qualora indicato</p>	<p><i>Ut. 17: Dal punto di vista medico, sulla base dell'anamnesi gravidica, si forniscono informazioni circa le possibili manovre/azioni/controlli/supporto che il neonato dovrà ricevere alla nascita.</i></p> <p><i>Ut. 26: (...)</i>  <i>Informazioni sulle cure del neonato (...)</i>  <i>Informazioni sull'allattamento</i>  <i>Informazioni sulla gestione del neonato</i></p> <p><i>Ut.32: Collaboro per la parte neonatale al corso parto e fornisco conoscenze che riguardano le competenze del feto e poi del neonato, il momento della nascita e l'importanza del contatto materno, ma sempre nella sicurezza del bambino, i cambiamenti che sono presenti nella madre e poi nel neonato il suo bisogno di contenimento e di vicinanza, il significato del pianto.</i></p> <p><i>Ut. 75: Per quanto riguarda i pediatri, che assistiamo a tutti i parti, che controlliamo il neonato alla nascita ed ogni qualvolta sia necessario. Provvediamo alla rianimazione cardiorespiratoria se necessario. Rivalutiamo il piccolo alla dimissione.</i></p>
<p>Fornire al neonato le misure idonee di profilassi (es. oculare, vit.K, immunoprofilassi e vaccinazione HBV ove indicato) e di prevenzione (es. screening neonatali uditivo, oftalmologico, malattie</p>	<p><i>Ut. 56: (...) Nel dopo parto il lavoro di sostegno alla genitorialità per favorire il benessere del bambino è fondamentale.</i></p> <p><i>Ut. 59: (...)</i>  <i>Visita e controllo in puerperio</i>  <i>Corsi di massaggio al neonato</i>  <i>Incontro sulle vaccinazioni, sicurezza domestica, alimentazione complementare e disostruzione.</i></p>

metaboliche, ipotiroidismo

ecc)

*Ut. 56: (...) Nel dopo parto il lavoro di sostegno alla genitorialità per favorire il benessere del bambino è fondamentale.*

*Ut. 26: (...)  
Informazioni sulle cure del neonato  
(...)  
Informazioni sull'allattamento  
Informazioni sulla gestione del neonato*

Alla dimissione assicurare una corretta informazione sulla gestione del neonato e rafforzare nella madre la consapevolezza delle sue competenze naturali nell'accudimento del neonato

*Ut.32: Collaboro per la parte neonatale al corso preparto e fornisco conoscenze che riguardano le competenze del feto e poi del neonato, il momento della nascita e l'importanza del contatto materno, ma sempre nella sicurezza del bambino, i cambiamenti che sono presenti nella madre e poi nel neonato il suo bisogno di contenimento e di vicinanza, il significato del pianto.*

*Ut. 75: Per quanto riguarda i pediatri, che assistiamo a tutti i parti, che controlliamo il neonato alla nascita ed ogni qualvolta sia necessario. Provvediamo alla rianimazione cardiorespiratoria se necessario. Rivalutiamo il piccolo alla dimissione.*

*Ut. 98: (...)  
- cure neonato  
- allattamento*

Dare informazioni sugli screening neonatali, sulla prevenzione della morte in culla, sul trasporto sicuro, sugli

*Ut. 59: (...)  
Visita e controllo in puerperio  
Corsi di massaggio al neonato  
Incontro sulle vaccinazioni, sicurezza domestica, alimentazione complementare e disostruzione.*

stili di vita familiari (es. fumo passivo) e sulle vaccinazioni anche con l'ausilio di materiale scritto

Raccomandare l'iscrizione precoce al PLS, dare informazione sulla rete dei Consultori familiari e, in caso di necessità, attivare una dimissione "protetta"

*Ut. 37: (...) Dopodiché rimando al consultorio dopo il parto per i primi controlli di mamma e bambino e per corsi come quello del massaggio infantile*

*Ut. 93: (...) Solitamente dopo 2/4 giorni dal parto verrà dimessa e le daremo un appuntamento presso il consultorio di riferimento per una valutazione di mamma e bambino. Qui la seguiranno per il puerperio, allattamento, valutazione del pavimento pelvico e altri bisogni.*

Favorire l'integrazione ospedale-territorio e il coinvolgimento del MMG, in caso di patologia materna, per la continuità assistenziale

*Ut. 52: (...) Con il territorio siamo in collegamento per la visita al distretto entro 10 giorni per allattamento in più forniamo una interna entro 3 giorni con i nostri pediatri*

*Ut. 93: (...) Solitamente dopo 2/4 giorni dal parto verrà dimessa e le daremo un appuntamento presso il consultorio di riferimento per una valutazione di mamma e bambino. Qui la seguiranno per il puerperio, allattamento, valutazione del pavimento pelvico e altri bisogni.*

*Ut. 95: (...) Esiste una rete territoriale che accompagna durante la gravidanza e dopo il parto e una ospedaliera che si intreccia*

Implementare a livello aziendale le Linee guida "Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla"



	(SNLG-ISS n. 26, ottobre 2016)
	Le Aziende predispongono azioni per offrire la visita ostetrica domiciliare in puerperio
	Valutare lo stato di salute della madre e il suo stato di benessere psicofisico e lo stato di salute del neonato <i>Ut. 37: (...) Dopodiché rimando al consultorio dopo il parto per i primi controlli di mamma e bambino e per corsi come quello del massaggio infantile</i>
	Valutare l'andamento dell'allattamento e promuovere le pratiche che lo facilitano
DOPO LA DIMISSIONE	Rafforzare le informazioni su trasporto sicuro del bambino, posizione nel sonno, stili di vita familiare (fumo, alcol, farmaci)
	Affrontare i temi della ripresa dell'attività sessuale e della contraccezione
	Favorire la visita ginecologica di controllo in puerperio
	Favorire per il neonato

<p>l'adesione ai bilanci di salute dal PLS e al programma vaccinale</p>	
<p>Dare informazione sui Servizi a cui si può fare riferimento in caso di bisogno</p>	<p><i>Ut. 37: (...) Dopodiché rimando al consultorio dopo il parto per i primi controlli di mamma e bambino e per corsi come quello del massaggio infantile</i></p> <p><i>Ut. 96: lo incontro le coppie nelle occasioni dove i bambini nascono morti e li accompagno nell'impostare le prime basi per un buon avvio del lutto perinatale. Dando spazio alla narrazione degli eventi e suggerendo o di prendere contatti con l'associazione "CIAO LAPO" o con il consultorio del proprio territorio di residenza.</i></p> <p><i>Ut. 115: Fornisco informazioni inerenti al servizio e i supporti alla genitorialità esistenti a livello locale, regionale e nazionale.</i></p>

*Tabella n.16. Le fasi del Percorso Nascita*

## **Allegato 9 - Categorie e principali estratti - Scelte di non adesione al Percorso Nascita prima del 2012**

- Non ammissione ai diversi corsi in quanto "non c'era posto" o perché residente in altra regione come da stralci seguenti:

*"Sono residente in altra regione, non ho seguito il percorso come utente" (Ut. 104)*

*"Io ho partorito fuori dal territorio di residenza, quindi ho fatto il percorso mamma/bambino non in AsFO. " (Ut.96)*

*"Ho fatto solo il corso pre-parto, il post è stato duro e complicato e nessuno mi ha aiutato e il consultorio mi ha detto che non c'era posto." (Ut.22)*

- Era assente;

*"All'epoca non era così ben strutturato come nei tempi odierni." (Ut.81)*

*"Nel 1984 non c'era un percorso dedicato si faceva solo un corso di preparazione al parto. Non sapevo cosa mi aspettasse dopo ma per fortuna tutto è andato per il meglio e non ho avuto delle difficoltà tali da dovermi rivolgere a qualcuno..." (Ut.74)*

*"Non c'era" (Ut.16)*

*"Ancora non c'era, solo corso pre-parto in Asfo." (Ut.39)*

- Scelta di non partecipare ai corsi o intraprendere percorsi di accompagnamento alternativo (ostetrica in libera professione);

*"Ho deciso di essere seguita da un'ostetrica libero professionista, che mi ha seguita anche dopo la nascita, a domicilio. In ospedale ho fatto solo la "presa in carico" e tutti sono stati gentili, puntuali, accoglienti. La degenza è stata regolare ed è stato bello vedere le colleghe. Mi sentivo a casa." (Ut.93)*

*"Non ho frequentato il percorso nascita per scelta (ho preferito dedicarmi al mio lavoro e primo figlio). Dopo l'evento del parto è andato tutto bene con l'avvio immediato dell'allattamento e assistenza perfetta." (Ut.18)*

- Ritenuto "non necessario" per il ruolo professionale ricoperto come da stralci seguenti:

*"Ne ero a conoscenza come operatore. Dopo l'evento del parto non avevo aspettative relative al percorso nascita, forse perché lavoro nell'ambito e conoscevo le colleghe che potevano darmi una*

*mano. Come utente non mi sento di avere molto da dire, non avendone avuto particolarmente bisogno." (Ut.107)*

*"Non ne ho usufruito" (Ut.97)*

*"Sono un ginecologo quindi sapevo cosa mi aspettava" (Ut.94)*

*"Non abbiamo seguito un corso di preparazione al parto. Il sottoscritto è pediatra." (Ut.46)*

- Non conoscenza dell'esistenza, come da stralci seguenti:

*"Non lo conoscevo" (Ut. 99)*

*"Personalmente non so di cosa si tratti." (Ut.35)*

*"Non lo conosco" (Ut.28)*