

Quali buone pratiche per un sostegno alla madre?

Marina Toschi, Ginecologa – Servizi Consultoriali
Consigliera di Parità- Regione Umbria, Perugia

ABSTRACT

La gravidanza evento ormai raro e spesso a lungo posticipato, viene seguita in modo quasi esasperato dal punto di vista medico, con visite esami continui e costosi, nell'inseguimento di un massimo di sicurezza e di "risultato". Nel momento in cui ci si ritrova con questo "oggetto di grande responsabilità", sotto lo sguardo sentito come giudicante di tutte/i ma profondamente sole, si fanno i conti con tutte le fragilità e spesso si vive un profondo senso di perdita.

La necessità di un sostegno nel periodo del dopo parto è stata indagata anche da molte ricerche scientifiche (EBM) in cui si dimostra la necessità di un approccio globale alla salute di madre e bambino con un intervento nella e con la comunità piuttosto che singoli interventi di professionisti. La grande competenza delle capacità di cura e di ascolto che le donne hanno sviluppato nei secoli e di cui l'umanità ha sinora usufruito, deve essere riconosciuta come un valore fondante. Trovare forme sociali ed organizzative che diano spazio e riconoscimento a questa umanissima necessità, è una delle nuove sfide che il nostro sistema politico e sociale si trova ad affrontare, se non vuole prendere la facile scorciatoia della colpevolizzazione delle madri ma l'approccio lungimirante della nascita come bene comune.

INTERVENTO al CONVEGNO

Ringrazio dell'invito perchè in tutta questa giornata ho sentito la continuità nei discorsi di alcune donne storiche e di qualche uomo che si sono confrontati sui temi della maternità, però con una grande attenzione ai cambiamenti in atto. Di fatto la maternità come scelta ancora va affermata non è una acquisizione scontata: la contraccezione in Italia ancora non è così diffusa, è costosa, non vi sono tutti i metodi anticoncezionali che ci sono in altri paesi (niente più spermicidi o diaframmi e niente profilattici femminili), quindi da una parte c'è ancora da lottare per questo e dall'altra parte c'è la difficoltà a potersi concedere una maternità. Uno dei migliori slogan della grande manifestazione di Milano all'inizio dell'anno, diceva "la migliore contraccezione è la precarietà". Ovvero molte donne in realtà non scelgono, viene scelto per loro il fatto che non possono fare i figli dalla nuova modalità dell'organizzazione del lavoro e ce lo ha detto molto bene con i suoi dati Linda Laura Sabbadini stamattina.

A Milano altri cartelli infatti dicevano: “no work? no children!”, ed è proprio così: le donne giustamente prima studiano, poi cercano un lavoro che in genere sperano durerà più a lungo, e solo allora fanno un figlio. Infatti il compagno magari potrebbe sparire ma il lavoro salariato dovrebbe permettere di badare al proprio bambino. Di fatto, poiché questo lavoro più stabile non arriva, magari si trovano già grandi, con “no children” e molta infelicità. Infatti come è stato detto anche oggi nella bellissima relazione sui Dogon che riguardava molto anche noi stessi, i bambini sono profondamente fonte di felicità anche se ci fanno confrontare con le difficoltà e la malattia.

Non averli, trovarsi a 40 anni a piangere perché questo non si può fare e non è più una scelta ma qualcosa che ha scelto per te, diventa veramente un fattore di grandissima infelicità. Ed io che incontro le donne anche in menopausa vedo quanto ci si fa i conti con questo. Quindi è veramente importante difendere questa nostra possibilità di scelta dall’inizio alla fine e quindi mi è piaciuto molto il taglio dato a questo Convegno.

Vorrei provare a fare delle considerazioni in qualità di Consigliera di Parità, figura istituita nel 1991 con la legge 125 e poi di nuovo con i decreti legislativi del ministero del lavoro n.196 del 2000, con il ruolo di tutela della donna lavoratrice, anzi di uomini e donne contro le discriminazioni nel lavoro legate al genere. Queste sono molto spesso intrecciate con il percorso della maternità. Si inizia dal momento dell’assunzione al lavoro, visto che probabilmente non ti assumeranno perché tra la giovane laureata in ingegneria con 110 e lode e il collega con 104, sceglieranno più facilmente il ragazzo perché lui non è **a rischio di maternità**. Così avverrà poi nel momento della progressione di carriera, della scelta su chi orientare alla formazione, su chi avviare ad incarichi meglio remunerati o su chi escludere al momento della richiesta di flessibilità, ancora così male accettata nei luoghi di lavoro. Le Consigliere di Parità dovrebbero proprio tutelare tutti questi passaggi e fungere da difesa per tutte coloro che abbiano subito tali ingiustizie, attraverso un’opera di conciliazione coi datori di lavoro o di denuncia agli Ispettorati del lavoro o ancora di procedimenti ed azioni in giudizio.

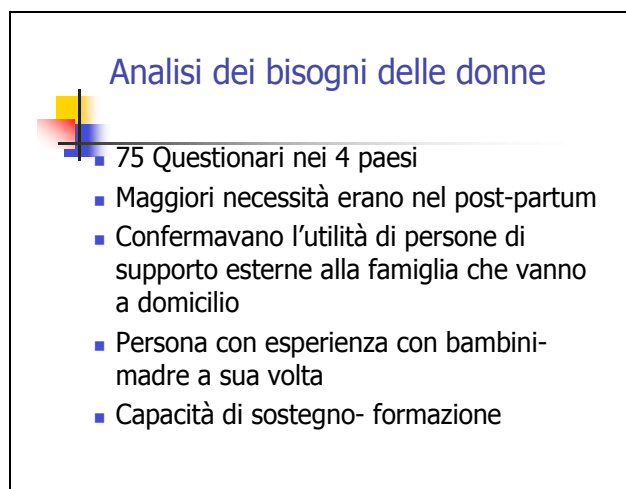
Tutte le Consigliere Regionali devono stilare un rapporto biennale elaborando i dati divisi per sesso, che tutte le aziende con più di 100 dipendenti devono inviare rispetto al proprio personale. Questi contengono informazioni sulle differenze salariali, le progressioni di carriera, la formazione, l’uso dei congedi parentali da parte di donne e uomini. Nella rapporto sui dati 2003/2004 in Umbria, (ma anche in molte altre regioni d’Italia!) è solo l’1% degli uomini che hanno chiesto di usufruire dei congedi parentali previsti dalla legge 53. Quindi decisamente c’è ancora tanto lavoro da fare per diffondere questa cultura della condivisione del lavoro di cura e del riconoscimento del valore della maternità anche nel mondo del lavoro. C’è bisogno dello sforzo di tutti, dei sindacati, dei ministeri, delle donne stesse e degli uomini stessi che spesso hanno anche voglia di riappropriarsi dei momenti della genitorialità. Come diceva oggi Marina Piazza, c’è bisogno di riconoscergli fin dall’inizio questo spazio rendendo obbligatoria l’astensione dal lavoro nei primi giorni subito dopo il parto, e questa potrebbe essere una piccola proposta, non con costi enormi dal punto di vista remunerativo però importante, nella costruzione precoce dei legami.

La Consigliera di Parità si deve occupare anche di dire la propria relativamente all'uso dei fondi strutturali. Voi sapete che l'Europa adesso di nuovo, dopo il periodo 2000-2006, nel 2007 deve riscrivere la programmazione e decidere come spendere i soldi e non sono pochi quelli che ogni regione si trova a dover spendere, per interventi strutturali che potrebbero sembrare neutri: una strada, un ponte, un acquedotto, sembrano scelte che ricadono in maniera omogenea su tutta la popolazione. In realtà sappiamo che non esistono degli interventi neutri, che un bilancio è sempre di genere, quanto si decide di investire nei servizi alle persone piuttosto che nelle strade, ricade in modo diverso tra gli uomini e le donne. Allora credo che sia importante che in ogni regione d'Italia, al di là delle scelte nazionali, a livello regionale è il momento perché le donne facciano sentire la loro voce e facciano scrivere nei bilanci, nelle scelte della politica regionale, nei POR, nei Progetti Obiettivo, di investire in una logica di mainstreaming di genere. Quindi non solo piccole misure destinate solo alle donne (10% dei fondi con cui si fanno i progetti per le donne), ma che si introduca una visione di genere in tutte le scelte programmatiche, dall'ambiente allo sviluppo rurale, dal finanziamento alla piccole imprese alla formazione professionale. Facendo attenzione al fatto che se non si attivano alcuni processi e diverse modalità di selezione, il capitale umano che ha più risorse, quello che prende migliori voti all'università, quello che studia di più, che è a stragrande maggioranza femminile viene di fatto escluso se non vengono messe in atto delle misure, che per esempio spendano sui trasporti ecocompatibili, sui servizi alla persona e investono su tutto quello che non genera violenza. Perché anche il tema della violenza di cui molto si parla in questo periodo, non è separato da tutto questo, anzi sappiamo che la gravidanza è uno dei momenti in cui maggiormente si esercita la violenza sulle donne perché la donna è in un momento di potenza e di fragilità nello stesso momento e questo, i numeri ce lo dicono, può scatenare situazioni di aggressione. Si potrebbe allora proporre di costruire dei "piani di genere" nelle città, studiare delle misure attente ai bisogni delle donne e degli uomini nelle città, ma anche uno sviluppo rurale diverso, in cui essere isolati, vivere in campagna non debba voler dire per forza essere in una situazione di difficoltà.

Vorrei ora proporvi qualche slide su di un progetto pilota "Leonardo da Vinci" è stato scelto tra molti dalla Commissione Europea. E' un lavoro presentato dall'Assessorato alla Sanità della Regione Umbria, insieme all'Inghilterra, alla Grecia, alla Romania. La novità è stata quella di progettare una formazione specifica per nuove figure professionali che sono state chiamate "assistenti alla madre", "mother assistant" o MA. L'idea nasceva proprio dal fatto che essere madre dovesse essere un valore, dovesse essere qualcosa che va valorizzato. Molto spesso le madri nel mercato del lavoro valgono meno, una persona che ha figli viene considerata un problema, di fatto aver avuto personalmente un'esperienza di maternità volevamo che fosse qualcosa di valorizzato, ed anche remunerato. Il lavoro di cura, ce l'ha ricordato Grazia Colombo, invece viene spesso considerato di poco valore, noi volevamo che venisse riconosciuto come un'esperienza che lascia traccia, che da conoscenza e che può portare un valore aggiunto alle altre donne.



Il Progetto è partito analizzando con questionari i bisogni delle donne nei quattro paesi che facevano parte della ricerca e si è visto che le maggiori necessità riguardavano proprio il post partum, confermando che le donne volevano supporto da persone esterne alla famiglia che andassero a domicilio e che fossero delle persone con esperienza verso i bambini, magari madri a loro volta e che avessero una buona capacità di sostegno ed una formazione adeguata.



Le necessità delle madri erano le seguenti:

Necessità della madre

- Aiuto pratico
- Sostegno
- Rapporto con il neonato
- Nuove relazioni con il resto della famiglia
- Buon inizio dell'allattamento
- Ritrovare nuova dimensione col proprio corpo
- Ripresa del pavimento pelvico

Il sostegno alla madre, come stato detto più volte oggi è un sostegno emozionale, ambientale e un sostegno difensivo, la cosiddetta advocacy, una persona che ascolti i desideri ed i bisogni della madre e che li faccia presente a persone come il pediatra o come l'assistente sociale, come poi è stato ben descritto dall'esperienza di Roma appena raccontata.

Sostegno alla madre

Sostegno emozionale:

Comprende l'incoraggiamento, l'accoglienza di tutte le tematiche interiori che si affrontano durante il processo di stabilizzazione proprio del puerperio, l'ascolto e il contenimento emotivo.

Sostegno ambientale:

Consiste nel creare un ambiente protetto, intimo, nel quale la donna si possa esprimere liberamente, senza essere disturbata per instaurare la relazione con il neonato

Sostegno difensivo:

La persona di sostegno si fa carico dei desideri specifici e fa da "avvocato" per ottenere il rispetto delle scelte anche verso i professionisti

www.fostricainforma.it

Un sostegno affettivo, che chiaramente può venire dal partner o da altre persone della famiglia, per poterla aiutare nel processo di adattamento e nel lasciarsi andare con il bambino ed un sostegno fisico che dia anche un contatto corporeo come il massaggio, ed anche un aiuto nella cura del corpo e nella sua alimentazione.

Sostegno alla madre

- *Sostegno affettivo:*
E' dato da una relazione affettiva o con il partner o con altra persona affettivamente vicina, non ansiosa nei confronti dei processi del parto e post-parto e della relazione col bambino che può aiutare nel processo dell'adattamento e del "lasciarsi andare".
- *Sostegno fisico:*
Implica un contatto corporeo come il massaggio, il sostegno fisico nelle posizioni, la somministrazione di impacchi, la cura del corpo e dell'alimentazione.

• www.l'ostetricainforma.it

Questo progetto HOME, nato per favorire la domiciliazione anche del parto oltre che del puerperio ha costruito due corsi pilota: uno rivolto alla formazione delle ostetriche, perché coloro che escono dal corso di Laurea in Ostetricia non sono formate per affrontare un parto domiciliare, ed un corso per le Mother Assistent. Mentre il corso di specializzazione post-laurea per le ostetriche non è mai stato praticato da nessuna regione, il corso per Assistenti alla Madre, costituito di 900 ore di cui 200 teoriche e 700 di tirocinio presso le case delle madri ha avuto una prima esperienza in Umbria, utilizzando i finanziamenti del Fondo Sociale Europeo nel 2003, è stato portato a termine entro il 2004 e ha formato 15 MA o Mother Assistent. Tra queste la maggioranza erano state madri a loro volta e un piccolo numero invece avevano una grandissima motivazione personale a fare questa formazione.

Progetto H.O.M.E.: 2 corsi di formazione:

- Corso per ostetriche per parto domiciliare
- Corso per Assistenti alla Madre
Mother Assistent (M.A.)
900 ore (200 teoriche e 700 tirocinio)

1° esperienza Provincia di Perugia
2003- Corso con FSE- formate 15 MA

Questi gli argomenti della formazione:

Argomenti della formazione

- I cambiamenti psicoemozionali e i ritmi biologici diversi nei 3 trimestri dopo il parto
- Le modificazioni ormonali e i fattori che stimolano la produzione del latte materno
- Le influenze sul buon inizio dell'allattamento
- Fattori ambientali che stimolano ed inibiscono l'allattamento
- Fisiologia e patologia della depressione post-parto- i segni di allarme
- La continuità della relazione madre-bambino e il periodo di reciproco adattamento

I bisogni specifici della donna presi più in considerazione sono stati i seguenti:

Bisogni specifici della donna

- Intimità con il neonato
- Spazio per sperimentarsi come madre
- Qualcuno che si prenda cura di lei, del suo corpo
- Essere nutrita
- Essere supportata
- Essere sollevata dai problemi quotidiani
- NB. Problemi in caso di bambino patologico - in caso di perdita del bambino reale o immaginato

I bisogni del bambino:

Bisogni del bambino

- Contatto fisico
- Essere nutrito
- Adattarsi alla vita extrauterina
- Avere relazioni affettive
- Massaggio
- Essere curato per eventuali patologie

I bisogni del partner e degli altri bambini presenti in casa, perché ovviamente la persona di sostegno che entra in un ambiente familiare, dovrà potersi prendere carico di quelle piccole incombenze familiari che a volte risolvono una giornata, frenano ansie terribili delle madri di non essere adeguate.



Bisogni del partner e altri bambini

- Trovare spazio per tutte le esigenze
- Come essere di sostegno alla madre e al nuovo nato
- Essere "accuditi"
- Accompagnamenti a scuola
- Compiti e attività extra scolastiche
- Difficoltà ad accettare nuovo nato

Questo supporto chiaramente lo possono fare i partner, lo possono fare i familiari, lo possono fare i vicini, lo possono fare come è stato scelto in tante regioni e in tanti comuni delle volontarie, o ancora delle assistenti domiciliari generiche di una qualunque cooperativa, però chiaramente delle persone come le Mother assistant, che hanno una buona formazione e che riutilizzano le loro competenze di madri ci sembra possa essere la scelta più giusta. Naturalmente gli operatori pubblici o privati stessi possono scegliere di chiamare una MA, perché gli operatori consultoriali ad esempio possono garantire solo poche visite domiciliari, invitare ai gruppi post partum e ai servizi per il sostegno all'allattamento o inviare ad altri servizi se ci sono problemi più gravi. In molti casi infatti questo non basta o non è possibile attivare tutta quella rete di servizi che vanno dalle mediatrici culturali, ai gruppi di auto aiuto per l'allattamento o il post partum, ed allora il supporto di una MA può davvero essere risolutivo



Operatori:

- Alcune Visite domiciliari
- Analisi del contesto familiare ed individuale
- Eventuale invio di personale di sostegno
- Invito in gruppo post-partum
- Invito ai servizi per sostegno all'allattamento materno
- Invio ai servizi in caso di problemi rilevati

Rete da attivare...

- Mediatrici culturali
- Leche-ligue
- Gruppi di auto-aiuto
- Volontariato locale
(esperienze di famiglie-risorsa)
Formazione di Mother Assistent (OSS)

Ho guardato cosa c'è in letteratura su tutto questo e facendo parte dell'associazione ANDRIA che da sempre fa riferimento alla medicina basata sull'evidenza (EBM) ed ho scelto gli studi del N.I.C.E., istituzione inglese nata per valutare l'eccellenza clinica. Questi ci dicono che esistono degli interventi di salute pubblica che effettivamente promuovono l'allattamento, ovvero delle pratiche che si sono dimostrate efficaci per favorire l'allattamento materno nell'ospedale ed alcune invece efficaci nel territorio. Tra queste la presenza di personale formato per l'allattamento oppure il sostegno di donne esperte ma loro "pari" offerto attivamente alla donna che vuole allattare si sono dimostrati tra le più utili in tutti i contesti.

Studi di efficacia

- National Institute of Health and Clinical Excellence (N.I.C.E.)
Efficacia degli interventi di salute pubblica per promuovere l'allattamento materno-maggio 2005
The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding-
Analisi di studi clinici : 8000 reperiti;138 esaminati per i dati; 80 eligibili per la valutazione completa.
Solo il 20% su gruppi di popolazioni svantaggiate



Pratiche dimostrate come efficaci per favorire l'allattamento materno

- *Durante il ricovero ospedaliero*
- supporto all'allattamento materno, da parte di "pari" o di personale formato, offerto attivamente alle donne che vogliono allattare (Dennis et al., 2002; Porteous et al., 2000)
- Evitare la distribuzione di materiale informativo e di campioni di latte artificiale alla dimissione (Bliss et al., 1997)
- Nessuna restrizione all'allattamento al seno dal momento del parto in poi (Renfrew et al., 2000)
- Nessuna restrizione al contatto col neonato dal parto in poi (Renfrew et al., 2000)
- Kangaroo care/contatto pelle-pelle dal parto (Renfrew, 2000)
- Evitare la somministrazione di liquidi supplementari ai neonati a meno di indicazioni mediche (Howard et al., 2003)
- Svuotamento regolare della mammella e prosecuzione dell'allattamento per le mastiti (Renfrew et al., 2000)
- Uso antibiotici sistemici per le mastiti (Renfrew et al., 2000)



Misure Efficaci nel territorio

- Supporto all'allattamento materno di personale formato o di persona pari, offerto attivamente alla donna che vuole allattare (Porteous et al., 2000)
- Supporto all'allattamento materno di personale formato o di persona pari (Serafino-Cross and Donovan, 1992)
- IN GRAVIDANZA
- Gruppi, interattivi, con sessioni educative per culture specifiche (Rossiter, 1994)
- Gruppi educativi sulle posizioni e l'attacco (Duffy et al., 1997)
- Corsi pre-parto adeguati ai bisogni dell'utenza con problemi economici e sociali (Brent et al., 1995)
- SUBITO DOPO IL PARTO
- Basare la prevenzione e il trattamento di capezzoli dolenti sui principi delle posizioni e dell'attacco al seno corretti (Henderson et al., 2000)
- Uso di estratto di foglie di cavolo per il trattamento dell'ingorgo mammario (Roberts et al., 1995, 1998)
- Antibiotici sistemici per le infezioni dei capezzoli (Livingstone and Stringer, 1999)

Mentre invece esistono misure inutili o addirittura dannose, di cui trovate l'elenco nella slide, come quella di dare in mano alla donna manuali informativi scritti (specie quelli preparati dalle ditte produttrici di latte!).

Misure inutili

- Manuali e materiali informativi usati da soli (Coombs et al., 1998)
- Education prenatale svolta solo dal pediatra (Serwint et al., 1996)
- Fornire materiale prodotto dalle ditte produttrici di latte artificiale durante la gravidanza (Howard et al., 2000)
- *Subito dopo il parto*
- Separare madre e bambino per la terapia dell'ittero (Renfrew et al., 2000)
- *Assistenza in puerperio nella comunità*
- Materiali scritti consegnati alla donna (Hauck and Dimmock, 1994)
- Visita ambulatoriale dal Mdb una settimana dopo il parto (Gunn et al., 1998)
- Una singola visita domiciliare da parte dell'infermiera dopo la dimissione precoce (Gagnon, 2002)
- Antagonisti della dopamina per latte insufficiente (Renfrew et al., 2000)

Misure dimostrate come inutili o dannose

- Preparare il capezzolo in gravidanza (Renfrew et al., 2000)
- Esercizi di Hoffman per capezzoli retratti in gravidanza (Renfrew et al., 2000)
- Uso di "conchiglie" per capezzoli retratti (Renfrew et al., 2000)
- Ridurre i tempi e la frequenza delle poppate (Renfrew et al., 2000)
- Ridurre il contatto madre figlio dal momento del parto (Renfrew et al., 2000)
- Uso routinario di liquidi supplementari (Howard et al., 2000)
- Consegna di campioni ed informazioni sull'allattamento artificiale alla dimissione (Bliss et al., 1997)
- Farmaci topici per prevenire il dolore dei capezzoli (Renfrew et al., 2000)
- Uso di tiralatte prima che sia iniziato l'allattamento materno in donne a rischio di ritardo nella lattazione (Chapman et al., 2000)
- Corsi preparto e supporto telefonico per donne di buon livello economico e donne che intendono allattare (si suggerisce di spendere diversamente le risorse) (Rojjanasirirat, 2000)

Di fronte a questa situazione credo che sia importante pensare che un qualunque comune, provincia, regione debba pensare di trovare varie pratiche di sostegno perché il bisogno di quelle poche, speriamo tante, donne, famiglie che decidono di avere bambini è quello di avere sostegno. Vogliamo che la maternità sia effettivamente sostenuta, l'ultimo convegno di ANDRIA si chiamava "la nascita come bene comune"! Per noi la nascita dovrebbe tornare ad essere un bene comune e non un bene specialistico di alcune figure professionali, singole per cui ognuna sostiene di essere quella più efficace per ottenere buoni risultati. Noi crediamo che debba essere veramente qualcosa di allargato come è stato detto oggi, qualcosa che ha a che vedere col simbolico, col sociale, con lo psicologico, con la dimensione affettiva e con la dimensione dell'organizzazione sociale. Allora trovare le risorse finanziarie è fondamentale: la legge 53, i fondi per la conciliazione tra famiglia e lavoro, i fondi europei che ho appena citato sono veramente da utilizzare a pieno per mettere in pratica le cose che ci siamo detti oggi. Riuscire a ridurre l'isolamento delle donne nel puerperio che diventa uno dei fattori della depressione, aumentare la pratica degli incontri post partum che dovrebbero essere costitutivi dei Corsi per la Nascita, mentre invece spesso i corsi si fermano prima del parto, riuscire a incrementare anche gli

scambi via Rete e a fare sì che gli incontri come quello di oggi che credo non solo a me, sono stati così utili ed emotivamente fruttuosi si moltiplichino. Grazie a voi tutte/i.



Proposte

- Diffondere le diverse pratiche di sostegno
- Trovare risorse finanziarie per questo lavoro (legge 53- fondi per la conciliazione famiglia lavoro- fondi europei)
- Ridurre l'isolamento delle donne in puerperio
- Aumentare la pratica di incontri post-partum (tra i requisiti obbligatori dei corsi per parto)
- Uso della rete con spazi specifici

Grazie Marina, e chiederei a Tiziana Valpiana di concludere questa giornata cercando di fare in qualche modo, non solo di riuscire a contenere insieme tutte le idee che sono state presentate sul tavolo ma anche se possibile, aprire nuovi orizzonti per domani e dopo domani. Grazie.