

LE EQUILIBRISTE

La maternità in Italia



Coordinamento attività di ricerca e redazione: **Elena Scanu Ballona, Silvia Taviani**

Supervisione attività di ricerca e redazione: **Antonella Inverno**

Hanno contribuito all'attività di ricerca **Annamaria Cosatti, Michele De Geronimo, Francesca Romana Marta, Diletta Pistono, Debora Sanguinato**

Mother's index regionale a cura di Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT): **Matteo Mazziotta e Valeria Quondamstefano**

Si ringraziano in particolare per i dati e le analisi:

Emanuela Bologna, ricercatrice ISTAT

Luciana Quattrococchi, ricercatrice ISTAT

Tiziana Rufo, INPS

Maria Grazia Sampietro, INPS

Si ringraziano in particolare per le testimonianze e contributi esperti:

Riccardo Bosi, pediatra, Roma

Valeria Cantini, APS Mitades, Fiocchi in Ospedale Niguarda, Milano

Angelica Centrone, Il Melograno Centro di Informazione Maternità e Nascita, Fiocchi in Ospedale Policlinico, Bari

Giulia Cnapich, Vides Main Onlus, coordinatrice progetti 0-6, Fiocchi in Ospedale Maria Vittoria, Torino

Brunella Cozzolino, Associazione Pianoterra Onlus, Fiocchi in Ospedale Cardarelli, Napoli

Marianna De Logu, UISP Comitato territoriale di Sassari, Fiocchi in Ospedale, Sassari

Serena Donati, Ginecologa, ricercatrice, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Marta Falanga, Fondazione Archè Onlus, Fiocchi in Ospedale Sacco, Milano

Federica Fracaro, APS Mitades, Fiocchi in Ospedale Niguarda, Milano

Francesca Giansante, assistente sociale, Policlinico A. Gemelli, Roma

Cecilia Gioia, psicologa e psicoterapeuta, presidente Associazione MammacheMamme, Rete Fiocchi in Ospedale, Cosenza

Chiara Giorno, Fondazione Archè Onlus, Fiocchi in Ospedale San Camillo, Roma

Katarina Ilic, Cooperativa Sociale Antropos, Spazio Mamme Torre Maura, Roma

Annateresa Inglese, psicologa, Policlinico A. Gemelli, Roma

Rossella Mancino, Associazione Pianoterra Onlus, Spazio Mamme, Napoli

Gloria Mazzeo, Cooperativa Sociale Antropos, Spazio Mamme Torre Maura, Roma

Uli Mittermair, Fondazione Archè Onlus, Fiocchi in Ospedale San Camillo, Roma

Alessandra Notarbartolo, Laboratorio Zen Insieme, Spazio Mamme, Palermo

Ilaria Papa, assistente sociale, Policlinico A. Gemelli, Roma

Claudia Paraguai, Orizzonte Cooperativa Sociale, Fiocchi in Ospedale Santo Spirito, Pescara

Daniela Parmisano, Associazione Pianoterra Onlus, Fiocchi in Ospedale Cardarelli, Napoli

Federica Remiddi, consulente legale Save the Children, Roma

Emanuela Riccio, mediatrice interculturale, Ospedale Evangelico Villa Betania, Rete Fiocchi in Ospedale, Napoli

Lucio Rinaldi, psichiatra, Università Cattolica del Sacro cuore, Roma

Anna Russo, APS Mitades, Spazio Mamme Quarto Oggiaro, Milano

Arianna Russo, Associazione Pianoterra Onlus, Fiocchi in Ospedale Cardarelli, Napoli

Emanuela Tartaglia, Fondazione Archè Onlus, Fiocchi in Ospedale San Camillo, Roma

Benedetta Vasselli, Cooperativa Sociale Antropos, Spazio Mamme Torre Maura, Roma

*Per Save the Children, da sempre, la visione dei minorenni come persone titolari di propri diritti e il rispetto di genere rappresentano una priorità fondamentale e, in tutte le nostre attività, poniamo la massima attenzione al rispetto dei diritti dei bambini, delle bambine e degli /lle adolescenti. Nel presente documento, per semplificazione e sintesi, utilizziamo il termine generico "bambini" come falso neutro e cioè con riferimento sia a bambine, che a bambini ed adolescenti e i termini "minorenni" e "minori" con riferimento alle persone fino ai 18 anni di età.

Pubblicato da Save the Children Italia

Maggio 2019



I contenuti di “Le Equilibriste” sono in (prima) linea per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile

(Sustainable Development Goals – SDGs)

Obiettivo 1: porre fine alla povertà in tutte le sue forme in tutto il mondo

1.3: implementare sistemi a livello nazionale adeguati di protezione sociale e misure per tutti ed entro il 2030 per raggiungere la sostanziale copertura del numero di persone povere e vulnerabili

Obiettivo 3: Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età

3.7: Nel 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, anche per la pianificazione familiare, l'informazione e l'educazione, e l'integrazione di salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali

Obiettivo 5: Raggiungere la parità di genere e l'*empowerment* di tutte le donne e le ragazze

5.1: Terminare tutte le forme di discriminazione nei confronti di tutte le donne e le ragazze in tutto il mondo

5.4: riconoscere e valorizzare la cura e il lavoro domestico non retribuito attraverso la fornitura di servizi pubblici, le politiche infrastrutturali e di protezione sociale e la promozione della responsabilità condivisa all'interno della famiglia e a livello nazionale

5.5: Garantire al genere femminile piena ed effettiva partecipazione e pari opportunità per la leadership a tutti i livelli del processo decisionale nella vita politica, economica e pubblica

5.6: Garantire l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi, come concordato in base al programma d'azione della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo e la Piattaforma d'azione di Pechino e i documenti finali delle conferenze di revisione

Obiettivo 8: Promuovere una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, la piena e produttiva occupazione e un lavoro dignitoso per tutti

8.5: Entro il 2030, raggiungere la piena e produttiva occupazione e un lavoro dignitoso per tutte le donne e gli uomini, anche per i giovani e le persone con disabilità, e la parità di retribuzione per lavori di pari valore

8.8: proteggere i diritti del lavoro e promuovere un ambiente sicuro e protetto di lavoro per tutti i lavoratori, compresi i lavoratori migranti, in particolare donne migranti, e quelli in lavoro precario

Obiettivo 10: Ridurre le disuguaglianze all'interno e tra i paesi

10.3: assicurare pari opportunità e ridurre le disuguaglianze, eliminando leggi, le politiche e le pratiche discriminatorie e promuovere una legislazione appropriata, politiche e azioni in questo senso

10.4: Adottare politiche, in particolare fiscale, salariale e politiche di protezione sociale, per raggiungere progressivamente una maggiore uguaglianza



1. ANALISI DEMOGRAFICA

Ancora una volta l'ISTAT registra, nel nostro Paese, un calo delle nascite. Nel 2018, infatti, si stimano circa 449 mila nascite, 9 mila in meno rispetto all'anno precedente, circa 128 mila in meno rispetto al 2008¹.

Il tasso di fecondità totale nel 2018 è di 1,32 figli per donna, in costante diminuzione negli ultimi anni (era di 1,46 nel 2010). Si registrano però, nel territorio nazionale, grandi differenze: l'area più prolificata del Paese è il Trentino Alto Adige, con 1,63 figli per donna (in particolare, la Provincia Autonoma di Bolzano 1,76 figli per donna), mentre all'opposto emerge la Sardegna, con 1,06². Se dal livello nazionale spostiamo lo sguardo al panorama europeo, vediamo che l'Italia, nel confronto, è uno dei paesi europei nei quali il tasso di fecondità è inferiore: nel 2017, a fronte di una media europea di 1,59 figli, si riscontrano sensibili differenze tra paese e paese: a condividere con l'Italia la classifica dei paesi meno prolifici sono Malta (1,26), Spagna (1,31), Cipro (1,32 come l'Italia), Grecia (1,35), Portogallo (1,38) e Lussemburgo (1,39); in cima alla classifica sveltano Francia (1,90), Svezia (1,78), Irlanda (1,77), Danimarca (1,75) e Regno Unito (1,74)³. Come si nota, il tasso di natalità nel nostro Paese si mantiene ben al di sotto del livello di sostituzione, fissato a 2,1 figli per donna, che consentirebbe il ricambio naturale della popolazione, e da cui l'Italia si è via via discostata negli anni: se nel 1970 il tasso di fecondità era di 2,38, già 10 anni dopo era di 1,64⁴.

Da sottolineare positivamente la progressiva diminuzione, negli anni, del fenomeno della mortalità infantile in Italia, che nel 2016 si attestava a 2,8 decessi per mille nati vivi (il nostro è uno tra gli 8 paesi europei in cui questo tasso è inferiore al 3‰). Rimangono però forti differenze territoriali, per cui, all'interno di questa media, il Nord Est risulta l'area nazionale in cui il tasso è inferiore (2,3‰), mentre il Mezzogiorno quella in cui è superiore (3,4‰)⁵.

Si mantiene alta l'età media al parto, ormai giunta ad una media di 31,9 anni⁶. L'età media al parto, anche considerando il raffronto europeo, rimane elevata: se si considera in particolare il dato relativo all'età media al parto del primo figlio (31,1 anni per le mamme in Italia), questo risulta di due anni superiore alla media UE (29,1 anni), e pone l'Italia in cima alla classifica dei 28 paesi europei, seguita da Spagna (30,9), Lussemburgo (30,8), Grecia (30,4) e Irlanda (30,3); all'altro capo della classifica, il paese con le mamme "più giovani" alla nascita del primo figlio risulta essere la Bulgaria, con un'età media di 26,1 anni (ben 5 di meno rispetto all'Italia), seguita da Romania (26,5), Lettonia (26,9), Slovacchia (27,1), Polonia (27,3) e Lituania (27,5)⁷.

In Italia, continuano a salire in particolare i tassi di fecondità delle ultra quarantenni, che con 90,5 figli per mille donne, toccano il massimo livello dal 1970. L'Istituto nazionale di Statistica rileva che "in tale

¹ ISTAT, "indicatori demografici – Stime per l'anno 2018", 7 febbraio 2019, pag. 4, <https://www.istat.it/it/archivio/226919>

² ISTAT, "Natalità e fecondità della popolazione residente – Anno 2017", pag. 8, https://www.istat.it/it/files//2018/11/Report_Natalita_fecondita.pdf

³ EUROSTAT, "Births and fertility. Over 5 million births in EU in 2017", newsrelease 44/2019, 12 marzo 2019, pag. 2, <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9648811/3-12032019-AP-EN.pdf/412879ef-3993-44f5-8276-38b482c766d8>

⁴ EUROSTAT, "Fertility Indicators: total fertility rate, 1960 – 2017"

⁵ ISTAT, "Noi Italia – edizione 2019", Sanità e Salute, Tasso di mortalità infantile, http://noi-italia.istat.it/index.php?id=3&tx_usercento_centofe%5Bcategoria%5D=6&tx_usercento_centofe%5Bdove%5D=REGIONI&tx_usercento_centofe%5Baction%5D=show&tx_usercento_centofe%5Bcontroller%5D=Categoria&cHash=d3e721ea71c6566a2f464173edf78a0d

⁶ ISTAT, "Natalità e fecondità della popolazione residente – Anno 2017", pag. 2, <https://www.istat.it/it/archivio/224393>

⁷ EUROSTAT, Database, Fertility indicators, dati al 2017, estratti l'8 marzo 2019, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>



segmento di età la fecondità supera, ormai da tempo, quella che si osserva tra le donne con meno di 20 anni e si accinge a eguagliare quella espressa dalle donne di 20-24 anni”⁸. La fascia d’età nella quale maggiore è la propensione ad avere figli è quella 30-34 anni, primato stabile dal 1998 (in precedenza, il primato spettava alle 25-29enni). Anche in questo caso, se si mantiene l’attenzione alla dimensione europea, e sempre concentrandosi sul dato dell’età delle neomamme (età media al parto del primo figlio), si rileva che mentre i paesi dell’est Europa si distinguono per l’incidenza maggiore di “mamme teen” (giovani con meno di 20 anni), ancora una volta l’Italia si distingue invece per la sua presenza al capo opposto della classifica, quello delle madri che partoriscono il primo figlio a 40 anni e oltre⁹.

A fronte di un sensibile invecchiamento della popolazione, dunque, le nascite risultano sempre più rarefatte. Secondo l’ISTAT¹⁰, siamo in presenza di un trend di lungo periodo, non destinato a mutare in maniera considerevole, se non in presenza di rilevanti cambiamenti di contesto, peraltro al momento non alle viste.

E’ sempre l’Istituto nazionale di statistica ad illustrare come, in un lasso di tempo relativamente breve, siano cambiati i modelli di fecondità in Italia: se si prendono in considerazione le donne nate in anni differenti (1950, 1960 e 1977), vediamo che tra le donne della prima coorte considerata (le nate nel 1950), la percentuale di quelle senza figli era dell’11,1%, poco più di una su dieci; in quella successiva (delle donne nate nel 1960) era del 13,4%, mentre tra le nate nel 1977 era al 22%, il doppio rispetto alla prima delle generazioni considerate. Se si guarda al numero di figli per le donne che sono invece diventate madri, nel tempo crescono le madri di figli unici (passate rispettivamente dal 22,5% delle nate nel 1950 al 25% delle nate nel 1960 al 27,7% delle nate nel 1977), mentre diminuiscono le madri di due o più figli (passate dal 66,4% delle nate nel 1950 al 61,5% delle nate nel 1960 ed infine al 50,4% delle nate nel 1977)¹¹. A mutare profondamente, nel panorama sociale, non è stato solo il versante della fertilità delle donne. Una serie di importanti fattori sta cambiando il volto della società italiana anche a livello familiare: cresce il numero di famiglie, ma diminuiscono i componenti: negli ultimi 20 anni, le famiglie sono passate da circa 21 milioni (media 1996-1997) a 25,5 milioni (media 2016-2017), ma è calato il numero dei componenti: se nel 1996-1997 era di 2,7, vent’anni dopo era di 2,4. Contemporaneamente, si è registrato un aumento delle persone che vivono da sole che da poco più di 1 su 5 (20,8%) sono ormai quasi 1 su 3 (31,9%), mentre sono diminuite le famiglie numerose (con 5 o più componenti), passate dal 7,9% al 5,3%. Le coppie con figli rappresentano, nella media 2016-2017, il 34% del totale delle famiglie; le coppie senza figli il 20,5% delle famiglie, mentre i monogenitori (in prevalenza madri sole), si attestano sul 10%¹².

Una volta che le donne diventano madri, si avvia per loro una diversa fase della vita, costellata di nuove esperienze, di una differente consapevolezza e dell’acquisizione di capacità e abilità prima sconosciute. La vita delle oltre 9,75 milioni di madri di figli minorenni¹³ cambia, si adatta, ricerca e trova in qualche

⁸ ISTAT, “indicatori demografici – Stime per l’anno 2018”, 7 febbraio 2019, pag. 4

⁹ EUROSTAT, “Births and fertility. Over 5 million births in EU in 2017”, newsrelease 44/2019, 12 marzo 2019, pag. 2, <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9648811/3-12032019-AP-EN.pdf/412879ef-3993-44f5-8276-38b482c766d8>

¹⁰ ISTAT, “Il futuro demografico del Paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065 (base all’1.1.2017)”, 3 maggio 2018, pagg. 3-4, <https://www.istat.it/it/archivio/214228>

¹¹ ISTAT, “Natalità e fecondità della popolazione residente – Anno 2017”, 28 novembre 2018, pag. 11, https://www.istat.it/it/files//2018/11/Report_Natalita_fecondita.pdf. Si noti che, non avendo la generazione del 1977 ancora concluso la propria vita riproduttiva, i valori per le età finali sono stati stimati.

¹² ISTAT, “Annuario Statistico Italiano – Anno 2018”, dicembre 2018, pagg. 85-86, <https://www.istat.it/it/archivio/225274>

¹³ ISTAT, indagine “Aspetti della vita quotidiana”, media calcolata sul biennio 2016-2017

maniera equilibri diversi, in uno sforzo continuo di assestamento, per coniugare gli impegni di cura familiari e quelli professionali, senza dimenticare il tempo dedicato alla realizzazione personale.

La lettura dei dati demografici dell'Italia di oggi va necessariamente accompagnata ad una lettura critica delle misure e politiche insufficienti messe in campo a tutela dei genitori, a incentivo della conciliazione tra vita professionale e personale. Rinviamo ad un approfondimento al paragrafo a questo dedicato, non si può non sottolineare, in conclusione, che se si investisse maggiormente in questa direzione, le giovani generazioni non dovrebbero rinunciare, laddove esistente, al loro desiderio di genitorialità. In tal senso risuonano i primi risultati al momento diffusi sullo “Studio Nazionale Fertilità”, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, che si propone di analizzare le conoscenze e i comportamenti in ambito riproduttivo di giovani e degli adulti. Nell'introduzione al rapporto, si legge: “per quanto riguarda la volontà di avere dei figli, quasi l'80% dei ragazzi immagina un proprio futuro con figli; tuttavia tale percezione diminuisce notevolmente tra gli adulti. Infatti quasi la metà degli adulti intervistati (44%) dichiara di non essere intenzionato ad avere figli e le motivazioni sono legate principalmente a fattori economici e lavorativi e all'assenza di sostegno delle famiglie con figli, e alla sfera personale e della vita di coppia”¹⁴.

2. EQUILIBRISTE AL LAVORO

Chi è genitore ben sa quanto sia difficile trovare un equilibrio tra la vita privata, quella familiare e quella professionale. Le difficoltà di conciliazione richiedono scelte difficili, che troppo spesso portano a soluzioni solo parzialmente soddisfacenti sul profilo dell'impegno professionale: secondo i dati diffusi dall'Osservatorio Statistico dei Consulenti del Lavoro, negli ultimi 10 anni, i lavoratori part-time che vorrebbero lavorare a tempo pieno sono più che raddoppiati, passando da 1 milione 195 mila occupati in part-time involontario del 2007 ai 2,6 milioni del 2017 (di cui 1 milione 770 mila sono donne)¹⁵.

L'ISTAT osserva che “Il tempo impiegato dalle donne nel lavoro non retribuito domestico e di cura limita la possibilità di dedicarsi ad altre attività, come l'istruzione e il lavoro retribuito. Secondo i dati relativi a 90 paesi, le donne occupano nel lavoro non retribuito domestico e di cura quasi il triplo delle ore rispetto agli uomini. I dati per un sottoinsieme di paesi (principalmente paesi latinoamericani ed europei) suggeriscono che questa disparità aumenti nelle fasce di età in cui le donne hanno maggiore probabilità di avere figli piccoli”¹⁶.

I dati relativi al 2018 sulle donne 25-49enni occupate paiono confermare queste affermazioni: se tra quelle senza figli ad avere un'occupazione è il 64,3%, tra quelle con figli minorenni è il 56,8%¹⁷.

I dati diffusi dall'Osservatorio Statistico dei Consulenti del Lavoro, relativi al 2017, paiono confermare l'ipotesi dell'ISTAT riportata sopra: se si guarda agli occupati in part-time nella fascia d'età 25-49 anni,

¹⁴ Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, “Principali risultati del progetto “Studio nazionale Fertilità. Indagini sulle conoscenze, comportamenti e atteggiamenti in ambito sessuale e riproduttivo di adolescenti, studenti universitari e adulti in età fertile e dei professionisti sanitari”, febbraio 2019, pag. 2, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2823_allegato.pdf

¹⁵ Osservatorio Statistico Consulenti del Lavoro, “Focus sull'occupazione femminile: donne al lavoro: o inattive o part time”, marzo 2019, pag. 3, http://www.consulentidellavoro.it/files/PDF/2019/Osservatorio/Indagine_Donne_al_lavoro_o_inattive_o_part-time.pdf

¹⁶ ISTAT, “Rapporto SDGs 2019. Informazioni statistiche per l'agenda 2030 in Italia”, aprile 2019, pag. 99,

<https://www.istat.it/it/archivio/229565>

¹⁷ ISTAT, 2018.



Save the Children
100 ANNI

distinguendo per genere e numero di figli, si rilevano incisive differenze: tra le donne senza figli, lavora in regime di part-time il 26,3% delle occupate (a fronte del 9,5% degli uomini nelle stesse condizioni); tra quelle con almeno un figlio, si registra un'impennata nel ricorso al part-time: 40,9% delle donne (a fronte del 6,1% degli uomini). La media si diversifica a seconda del numero di figli: tra le donne con un figlio, la quota di lavoratrici part-time è al 38,5% (a fronte del 6% degli uomini); tra quelle con due figli al 42,9% (a fronte del 6% degli uomini); tra quelle con tre o più figli al 43,7% (a fronte del 6,6% degli uomini)¹⁸. Il part time, che in alcuni casi può consentire di contemperare le esigenze professionali con quelle familiari, non sempre è voluto; il ricorso al part-time involontario, di cui i lavoratori loro malgrado sono costretti ad avvalersi, ha un impatto sulla vita professionale ed economica del lavoratore: è uno degli elementi che possono portare alla condizione di “working poor”, in cui si ritrovano quelle persone che pur avendo un lavoro non riescono a garantire a se stessi e alla propria famiglia condizioni di vita dignitose. Inoltre, “la bassa partecipazione delle donne, ed in particolare delle madri, al mercato del lavoro, ha delle gravi conseguenze anche sul piano pensionistico”¹⁹. L'Osservatorio registra che l'analisi del numero di madri inattive oppure occupate part-time a causa dell'inadeguatezza dei servizi per l'infanzia e per le persone non autosufficienti consente di verificare quanto pesi l'inadeguatezza di questi servizi – prevalentemente pubblici – nella decisione delle donne di non lavorare o di lavorare solo a tempo parziale rinunciando ad una parte del reddito di lavoro”. L'Osservatorio ha stimato in 433 mila, nel 2017, il numero di madri che potrebbero cambiare la propria posizione nel mercato del lavoro (cercare un'occupazione o lavorare a tempo pieno) se fossero sostenute da servizi adeguati. Di queste, 280 mila (il 64,7%) sono inattive e 153 mila (35,3%) lavora part-time. Sul totale complessivo delle madri non occupate o sottoccupate a causa dell'inadeguatezza dei servizi di cura, l'88% (381 mila) lamenta la carenza dei servizi per l'infanzia, mentre il restante 12% (52 mila) di quelli rivolti alle persone non autosufficienti²⁰.

Le difficoltà di conciliazione tra la vita privata e quella professionale sono ulteriormente confermate dall'Ispettorato Nazionale del Lavoro, che annualmente pubblica i dati relativi alle dimissioni e risoluzioni consensuali dei rapporti di lavoro²¹. Con riferimento al 2017, sul totale delle quasi 40 mila dimissioni e risoluzioni consensuali dei rapporti di lavoro convalidate, quasi 8 su 10 (il 77%, pari a più di 30 mila) hanno riguardato le lavoratrici madri. In riferimento al totale delle convalide, più della metà (il 60%) si riferisce a madri o padri con un solo figlio o in attesa del primo, mentre una su tre (33%) a genitori con due figli. Come afferma l'Ispettorato, “dall'analisi delle motivazioni delle dimissioni/risoluzioni consensuali – che ogni singola lavoratrice o lavoratore può aver ricondotto anche a più di una causa – emerge l'elevata consistenza del numero complessivo di cessazioni dovute ad un insieme di ragioni tutte riconducibili alla incompatibilità tra l'occupazione lavorativa e le esigenze di cura della prole: 15.825, pari

¹⁸ Osservatorio Statistico dei Consulenti del Lavoro, Focus sull'occupazione femminile, “Donne al lavoro: o inattive o part-time”, 8 marzo 2019, pag. 4,

http://www.consulentidellavoro.it/files/PDF/2019/Osservatorio/Indagine_Donne_al_lavoro_o_inattive_o_part-time.pdf

¹⁹ Osservatorio Statistico dei Consulenti del Lavoro, Focus sull'occupazione femminile, “Donne al lavoro: o inattive o part-time”, 8 marzo 2019, pag. 4,

http://www.consulentidellavoro.it/files/PDF/2019/Osservatorio/Indagine_Donne_al_lavoro_o_inattive_o_part-time.pdf

²⁰ Osservatorio Statistico dei Consulenti del Lavoro, Focus sull'occupazione femminile, “Donne al lavoro: o inattive o part-time”, 8 marzo 2019, pag. 5,

http://www.consulentidellavoro.it/files/PDF/2019/Osservatorio/Indagine_Donne_al_lavoro_o_inattive_o_part-time.pdf

²¹ Ispettorato Nazionale del Lavoro, “Relazione annuale sulle convalide delle dimissioni e risoluzioni consensuali delle lavoratrici madri e dei lavoratori padri, ai sensi dell'art. 55 del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151 – Anno 2017”, pag. 5, <https://www.ispettorato.gov.it/it-it/studiestatistiche/Documents/Relazioni-convalide-dimissioni-lavoratrici-madri/Relazione-Convalide-Dimissioni-anno-2017.pdf>



a circa il 36% delle motivazioni”²². Guardando al dettaglio le cause addotte, l'assenza di parenti di supporto incide per il 27% del totale (il 7% in più rispetto al 2016); l'elevata incidenza dei costi di assistenza al neonato (asilo nido, baby sitter, ecc.) per il 7%; il mancato accoglimento al nido per il 2% (in forte decremento rispetto al 2016, quando era pari al 16,5%).

Sempre in merito alle difficoltà di conciliazione tra vita privata e lavorativa a tempo pieno, rileva anche il dato della concessione o meno di altre forme di flessibilità: tra i lavoratori interessati alle convalde di dimissioni o risoluzioni consensuali del rapporto di lavoro, su 2.228 richieste inoltrate, part-time e/o flessibilità sono stati concessi solo in 630 casi, circa 1/3 del totale. Per 1.601 lavoratrici o lavoratori, la motivazione principale del recesso dal contratto lavorativo è direttamente correlata proprio alla mancata concessione del part-time o della flessibilità²³.

Maggiore agilità nella gestione del tempo di lavoro e misure di conciliazione sono dunque richieste ritenute necessarie dai lavoratori e non possono più rimanere inascoltate. Tali esigenze, come vedremo, sono state riconosciute anche dall'Unione europea nella recentissima proposta di direttiva di prossima approvazione definitiva sul work life balance, nella quale, come si approfondirà di seguito, si invitano gli Stati Membri a garantire ai “lavoratori con figli fino a una determinata età, che non deve essere inferiore a otto anni, e ai prestatori di assistenza il diritto di chiedere orari di lavoro flessibili, soggetti a una limitazione temporale ragionevole”²⁴.

Anche alcune imprese iniziano a mostrare una maggiore sensibilità alle problematiche relative alla conciliazione tra gli impegni familiari e quelli professionali, mettendo in campo interventi volte ad offrire ai lavoratori (e alle lavoratrici) misure in grado di supportare la contemporanea gestione di famiglia e lavoro.

Il tempo di qualità da dedicare a se stessi, d'altronde, è un fattore che acquisisce sempre maggiore importanza anche tra i lavoratori più giovani, che hanno davanti a sé un lungo percorso lavorativo; secondo i risultati dell' “Indagine per i bisogni degli under 35”, condotta da Jointly con la collaborazione dell'Università Cattolica di Milano, che ha esaminato le risposte di circa 3.200 lavoratori 18-35enni impiegati in 10 differenti realtà aziendali, tra i Millennial le attrattive di un maggior equilibrio tra vita privata e professionale sarebbero maggiori di quelle dei servizi che generano vantaggi economici individuali²⁵.

Il tema della conciliazione è trattato anche nel rapporto “Welfare Index PMI 2019”, che ha raccolto e analizzato i risultati delle interviste rivolte ad oltre 15 mila dipendenti che lavorano in più di 4.500 piccole e medie imprese italiane, per comprendere come le politiche di welfare aziendale adottate da queste incidano sul benessere (lavorativo e personale) dei loro dipendenti. Tra le aree osservate, oltre a quelle più classiche della previdenza e della sanità integrative e delle polizze assicurative, vi sono anche quelle della conciliazione vita-lavoro e sostegno ai genitori. In particolare, il report dichiara: “Le aree della

²² Ispettorato Nazionale del Lavoro, “Relazione annuale sulle convalde delle dimissioni e risoluzioni consensuali delle lavoratrici madri e dei lavoratori padri, ai sensi dell'art. 55 del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151 – Anno 2017”, pag. 8

²³ Ispettorato Nazionale del Lavoro, “Relazione annuale sulle convalde delle dimissioni e risoluzioni consensuali delle lavoratrici madri e dei lavoratori padri, ai sensi dell'art. 55 del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151 – Anno 2017”, pag. 11

²⁴ Proposal for a DIRECTIVE OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL on work-life balance for parents and carers and repealing Council Directive 2010/18/EU, cfr. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1494929657775&uri=CELEX:52017PC0253>

²⁵ Cfr articolo “Il welfare aziendale è già vecchio? I Millennials vogliono più conciliazione e meno convenzioni”, 26 settembre 2018, <https://www.secondowelfare.it/privati/aziende/il-welfare-aziendale-e-gia-vecchio.html>



conciliazione vita-lavoro e della formazione dei dipendenti [...] sono le più dinamiche. Sono gli ambiti di maggiore crescita per la spinta delle imprese e della contrattazione aziendale alla ricerca di modelli più flessibili di organizzazione del lavoro, di sostegni alla genitorialità e alla cura dei figli”²⁶. Ed in effetti, una impresa su cinque tra quelle intervistate (il 20,2%) ritiene le misure di conciliazione vita-lavoro e il sostegno ai genitori come prioritarie nello sviluppo di nuovi servizi di welfare aziendale.

Conseguentemente, circa 6 imprese su 10 (il 59,2%) hanno attivato iniziative in quest’area. Gli interventi possibili sono abbastanza diversificati. Quelli più diffusi, praticati da più di un’impresa su tre (il 36%) sono le iniziative di flessibilità organizzativa, settore che ha avuto negli ultimi anni una forte accelerazione; vi rientrano possibilità di flessibilità oraria oltre a quella contrattuale (passate dal 15,6% del 2016 al 34,1% del 2019), telelavoro (dall’1,4% al 5,5%), smart working²⁷ (dal 4,9% del 2018 al 5,3% del 2019). Tra le misure più specifiche a sostegno della genitorialità, ormai introdotte da più di un’azienda su cinque (il 21,1%; erano circa 1 su 15 nel 2016), vengono citati nel rapporto i permessi aggiuntivi retribuiti per la maternità/paternità (adottati dal 14,5% delle aziende intervistate nel 2019; erano il 4,2% nel 2016); l’integrazione completa del congedo di maternità/paternità (dal 2,9% del 2016 al 12,9% del 2019). Queste due misure sono quelle adottate dalla maggior parte delle imprese. Altre misure seguono più a distanza: gli asili nido convenzionati (dallo 0,3% del 2016 allo 0,6% del 2019), le scuole materne, i centri gioco o i doposcuola (dallo 0,2% del 2016 allo 0,3% del 2019), gli asili nido aziendali (dallo 0,2% del 2016 allo 0,6% del 2019) e il reperimento di baby sitter (dallo 0,1% del 2016 allo 0,5% del 2019). Come osserva, in merito a queste ultime tipologie di servizio, il rapporto Welfare Index, “La possibilità di offrire tali tipologie di servizi, che costituiscono un supporto prezioso per i genitori spesso alle prese con la carenza di servizi sul territorio, ha peraltro un limite oggettivo nella dimensione media delle imprese. Una delle possibili risposte è il network: alcune PMI hanno già attivato servizi congiunti o realizzato vere e proprie reti strutturate per supportare i genitori nella gestione dei figli piccoli”²⁸.

3. UNA QUESTIONE DI GENERE?

La gestione del proprio percorso professionale, per le donne, è irto di ostacoli. In termini generali, pur essendo mediamente più istruite degli uomini, e pur registrando un minor tasso di abbandono precoce degli studi, i tassi di occupazione permangono in media più bassi rispetto a quelli degli uomini²⁹.

Le condizioni lavorative delle madri in Italia, tra accesso e possibilità di crescita professionali sono strettamente connesse alla questione di genere. Le madri, oltre alle difficoltà dell’equilibrio tra il lavoro di cura e professionale, devono sostenere anche la posizione di svantaggio dovuta alla discriminazione di genere che ancora oggi le donne subiscono nel mondo del lavoro. A questo spesso si sommano ulteriori

²⁶ Welfare Index PMI, “Il welfare aziendale fa crescere l’impresa e fa bene al paese. Rapporto 2019”, marzo 2019, pag. 24, <https://www.welfareindexpmi.it/pdf/Rapporto-Welfare-Index-PMI-2019.pdf>

²⁷ Per maggiori informazioni sullo smart-working si veda la scheda le Equilibriste #7 misure di conciliazione, a questo link <https://legale.savethechildren.it/cosa-facciamo/cambiare-politiche/>. Si segnala inoltre che il Comma 486 della Legge di Bilancio 2019 dispone che il lavoro agile deve essere riconosciuto in via prioritaria alle madri entro i 3 anni di conclusione del congedo di maternità obbligatorio e ai dipendenti con figli disabili.

²⁸ Welfare Index PMI, “Il welfare aziendale fa crescere l’impresa e fa bene al paese. Rapporto 2019”, marzo 2019, pag. 62, <https://www.welfareindexpmi.it/pdf/Rapporto-Welfare-Index-PMI-2019.pdf>

²⁹ Cfr. Istat, infografica 8 marzo 2019, <https://www.istat.it/it/archivio/228269>, e “Indagine conoscitiva sulle politiche in materia di parità tra donne e uomini”, Audizione presso la Commissione Affari Istituzionali della Camera dei Deputati del 25 ottobre 2017, pag. 6, https://www.istat.it/it/files/2017/10/A-Audizione-parita-C3%A0-di-genere-25-ottobre_definitivo.pdf

condizioni sfavorevoli, legati all'appartenenza socio economica, la provenienza geografica, la nazionalità o il livello di istruzione, da osservare dunque in un'ottica di intersezionalità³⁰.

Dall'analisi dei dati che analizzano la parità di genere si deve concludere che questa, in Italia, non è ancora raggiunta: secondo la classifica riportata dal "Global Gender Gap Report 2018"³¹, stilata annualmente dal World Economic Forum, che considera una serie di differenti parametri, il nostro Paese si attesta, nel 2018, al 70° posto (su 149 Paesi considerati), rispetto al 41° del 2015. La perdita di posizioni registrata in questi anni è il risultato dovuto principalmente al peggioramento degli indicatori relativi al mercato del lavoro e alle opportunità economiche per le donne, per il quale l'Italia è passata dalla 87° posizione del 2006 alla 118° del 2018; i sottoindicatori considerati vedono infatti l'Italia alla 93° posizione per partecipazione delle donne alla forza lavoro, alla 126° per i differenziali salariali, e alla 91° per reddito da lavoro. Il gender pay gap tarda a migliorare, come riportato dal Rapporto annuale Gender Gap Report 2018 dell'Osservatorio di JobPricing³². I salari lordi, rilevati su un campione di 300.000 lavoratori full-time e dipendenti di aziende private, mostrano forti differenziali tra gli uomini, che mediamente percepiscono una RAL di 30.676 euro annui e le donne, la cui media è di 27.228, con una differenza percentuale del 12,7%.

Anche nella rappresentanza politica, le donne in Italia faticano a raggiungere un equilibrio di genere, sebbene negli ultimi anni sia le norme introdotte per favorire la presenza femminile negli organi elettivi sia l'evoluzione culturale nella nostra società abbiano fatto aumentare la quota di elette e di donne con incarichi politici. I miglioramenti più evidenti negli ultimi anni si registrano nel riequilibrio tra i consiglieri/e comunali e i/le parlamentari. Nel caso dei Comuni, con le dovute differenze territoriali, le norme introdotte a partire dal 2012 hanno contribuito ad aumentare la quota di elette nei Consigli comunali dal 19% del 2011 e 2012 al 30% del 2016³³. Un forte incremento si è registrato anche tra le nomine in Giunta comunale (dal 18,6% del 2008 al 38,6% nel 2016). Nel caso del Parlamento, la percentuale di donne elette è costantemente aumentata negli ultimi anni fino al 35% ottenuto alle ultime elezioni politiche 2018. Permane invece un forte squilibrio di genere nei Consigli regionali (in media solo 1 donna su 5) con forti divari da una regione all'altra (nelle ultime elezioni del 2016, quasi 1 su 3 in Emilia Romagna, meno di 1 su 10 in Molise, Puglia, Sardegna, Abruzzo Calabria e zero in Basilicata)³⁴. Lo squilibrio è forte anche al vertice delle istituzioni: solo il 14% dei Comuni è guidato da una donna, solo 2 regioni su 20 (Umbria e Valle d'Aosta), e le donne al governo non raggiungono la media europea, che si attesta al 30% della media europea³⁵. Fatto ancora più significativo, l'Italia è tra i pochi paesi europei a non aver mai avuto una donna Premier, né una donna Ministro dell'economia, né Presidente della Repubblica.

L'OCSE, sulla base delle indagini condotte tra i paesi che ne fanno parte, rileva che "in media le donne studiano più degli uomini, ma hanno meno probabilità di essere occupate. La maternità produce effetti

³⁰ Il concetto di intersezionalità, diffuso in letteratura, dà atto di diverse prospettive che tengono conto delle interconnessioni che ci sono tra i divari sociali e i fenomeni sociali complessi a cui si riferiscono. Per maggiori informazioni sull'uso del termine cfr. <http://www.rivistastudio.com/cose-che-succedono/intersezionale-parola/>

³¹ World Economic Forum, "Global Gender Gap Report 2018", pag. 11, 28, http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2018.pdf

³² Gender Gap Report 2018, Il gender pay gap nel mercato del lavoro in Italia - 2018, <https://www.jobpricing.it/blog/project/gender-gap-2/>

³³ Openpolis, Donne in politica, <https://www.openpolis.it/in-politica-non-sempre-le-norme-per-la-parita-di-genere-funzionano/>

³⁴ *ibidem*

³⁵ *ibidem*



Save the Children
100 ANNI

negativi su salario e carriere, facendo diminuire le probabilità di essere imprenditrici e leader nel settore privato come pubblico”³⁶.

La sottorappresentazione delle donne nel mercato del lavoro, in misura variabile a seconda dei paesi, è tristemente comune a tutta l'area europea. Secondo la Commissione UE, le perdite economiche dovute al divario di genere nei livelli di occupazione ammontano a 370 miliardi di euro l'anno: “Le donne sono sempre più altamente qualificate e sono più numerose degli uomini tra le schiere dei laureati delle università europee, ma molte scompaiono dal mercato del lavoro a causa delle loro responsabilità genitoriali o di prestatrici di assistenza a familiari o parenti. Le politiche attuate non hanno creato pari opportunità, che consentano a padri e madri di lavorare e occuparsi congiuntamente del benessere dei propri figli e della società in generale”³⁷. Anche in questo caso, i dati aiutano a circostanziare la situazione: se nel 2017 gli occupati tra i 20 e i 64 anni, nell'Unione europea, erano il 72,2%, andando a scomporre il dato per genere è facile rilevare quanto distanti siano gli universi maschili e femminili: ad essere occupato era infatti il 78% degli uomini, a fronte del 66,5% delle donne, più di 11 punti in meno. E come vanno le cose in Italia? Prendendo in considerazione lo stesso anno e la stessa fascia d'età della popolazione, gli occupati complessivi risultano essere il 62,3% (quasi 10 punti sotto la media europea); ma il contingente di popolazione maschile occupato è del 72,3% (meno di 6 punti al di sotto della media europea), mentre quello femminile è del 52,5%, ben 14 punti al di sotto della media UE³⁸.

Un altro indicatore indiretto di quanto sia complicata, per le donne italiane, la conciliazione tra il lavoro familiare e quello professionale, è il rapporto tra il tasso di occupazione delle donne 25-49enni con figli in età prescolare e quelle senza figli. Questo rapporto mostra un trend decrescente; nel 2018 ogni 100 occupate senza figli, quelle con figli piccoli sono 74 (nel 2017 erano 75,5, nel 2016 76, e nel 2015 77,8). In particolare, le regioni del Centro Nord registrano una situazione migliore, con 80 donne con figli piccoli occupate ogni 100 senza figli, rispetto al Mezzogiorno dove il valore scende invece a 65³⁹.

La situazione, d'altronde, è chiaramente percepita anche dall'opinione pubblica: in un sondaggio realizzato nei paesi dell'Unione dalla Commissione europea nel 2017, alla domanda se ritenessero che nel proprio paese si fosse raggiunta la parità di genere nel lavoro, il 48%, a livello europeo, ha dato una risposta negativa; in alcuni paesi, come Finlandia, Grecia e Danimarca, i “no” alla domanda contano per meno di 1 su 3. In Italia più della metà degli intervistati (54%) ha dichiarato che la parità, da noi, è ancora di là da venire. E ad esserne maggiormente convinte sono le donne ultraquarantenni (56%, a fronte del 49% degli uomini), quelle che, probabilmente, ne hanno sperimentato personalmente e più a lungo gli effetti⁴⁰. D'altro canto, lo squilibrio occupazionale tra i generi è rilevabile anche in un documento

³⁶ OCSE, “The Pursuit of Gender Equality: an Uphill Battle”, 2017, introduction in the session the country specific highlight <http://www.oecd.org/publications/the-pursuit-of-gender-equality-9789264281318-en.htm>

³⁷ Commissione europea, “Un’iniziativa per sostenere l'equilibrio tra attività professionale e vita familiare di genitori e prestatori di assistenza che lavorano”, COM (2017) 252 final, del 26 aprile 2017, pag. 2, <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2017/IT/COM-2017-252-F1-IT-MAIN-PART-1.PDF>

³⁸ EUROSTAT, Database, Employment and activity by sex and age – annual data”, estratti il 15 marzo 2019

³⁹ ISTAT, “Rapporto SDGs 2019. Informazioni statistiche per l'agenda 2030 in Italia”, 17 aprile 2019, pag. 100,

<https://www.istat.it/it/archivio/229565>. Cfr anche, sullo stesso tema, ISTAT, “Rapporto SDGs 2018. Informazioni statistiche per l'agenda 2030 in Italia. Prime analisi”, 6 luglio 2018, pag. 87, <https://www.istat.it/files/2018/07/SDGs.pdf>;

⁴⁰ Commissione europea, Special Eurobarometer 465, “Gender Equality 2017”, novembre 2017 (su interviste realizzate nel giugno 2017), pag. 16. Il documento sintetizza i risultati ottenuti in risposta alle varie affermazioni in un “indice sugli stereotipi di genere”, realizzato in base alle risposte date alle varie domande poste per analizzarli, su una scala che va dal 12,4 della Bulgaria al 3 della Svezia, l'Italia ha registrato un punteggio di 8,6, segno che nel nostro paese, per una parte della popolazione, gli stereotipi di genere sono duri a morire..



specificamente rivolto all'Italia dalla Commissione europea, che nel 2018 osserva: “Persistono le differenze regionali e di genere. Il tasso di attività rimane ben al di sotto della media UE, in particolare per quanto riguarda le donne. Il tasso di occupazione femminile, seppur in crescita, è molto inferiore a quello maschile. Con un tasso di occupazione del 52,6% per le donne contro il 73% per gli uomini nel terzo trimestre 2017, lo squilibrio occupazionale tra i generi è uno dei più alti dell'UE”⁴¹. La Commissione rilevava in particolare l'assenza di una strategia globale e di una valutazione e un monitoraggio adeguati a far sì che possa essere incrementata la partecipazione delle donne al mercato del lavoro.

Un anno dopo⁴², la Commissione rileva che i progressi concernenti l'incentivazione della partecipazione femminile al mercato del lavoro sono limitati, attribuendone la causa principalmente all'inadeguatezza delle strutture di assistenza e del sistema di congedo parentale. In Italia il congedo di maternità⁴³ retribuito è garantito per legge nella misura di 21,7 settimane, e il congedo parentale facoltativo, disponibile per le madri per 26 settimane⁴⁴. Rimane ancora molto da fare in termini di incentivazione dei padri nel ruolo di cura e del rafforzamento della loro tutela giuridica⁴⁵.

Le difficoltà per le mamme nell'accesso, permanenza e crescita nel mondo del lavoro, si sommano allo squilibrio tutt'oggi esistente nel lavoro di cura. L'equilibrio della conciliazione tra vita privata e lavoro delle donne oltre che nel lavoro retribuito, risiede anche in quello familiare.

Nonostante nel corso degli anni la tradizionale asimmetria dei carichi di lavoro di cura familiare sia andata assottigliandosi, pure questa permane: la percentuale di lavoro familiare delle donne nella fascia d'età 25-44 anni (in cui è più probabile che abbiano figli minori di cui occuparsi) sul totale del lavoro familiare della coppia in cui entrambi i componenti siano occupati, è passata dal 71,9% del 2008-2009 al 67% del 2013-2014. Complessivamente, la quota di tempo giornalmente dedicato al lavoro domestico e di cura non retribuito, nel 2013-2014, è il 19,2% per le donne e 7,4% degli uomini, quindi le donne dedicano al lavoro domestico e di cura non retribuito una quantità di tempo di circa 2,6 volte superiore a quella degli uomini. Il divario di genere in questo versante rimane sensibile, seppure in diminuzione rispetto al passato (11,8 punti nel 2013-14, rispetto ai 14,2 del 2002-2003), per effetto di una riduzione del tempo dedicato dalle donne al lavoro di cura e domestico e un contestuale lieve aumento di quello impiegato dagli uomini.

<http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/yearFrom/1974/yearTo/2018/surveyKy/2154>

⁴¹ Commissione europea, documento di lavoro dei servizi della Commissione, “Relazione per paese relativa all'Italia 2018, comprensiva dell'esame approfondito sulla prevenzione e correzione degli squilibri macroeconomici”, SWD(2018) 210 final del 7 marzo 2018, pag. 7, 16, <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-italy-it.pdf>

⁴² Commissione europea, documento di lavoro dei servizi della Commissione, “Relazione per paese relativa all'Italia 2019, comprensiva dell'esame approfondito sulla prevenzione e correzione degli squilibri macroeconomici”, SWD(2019) 1011 final del 27 febbraio 2019, pag. 4, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-italy_it.pdf

⁴³ Si segnala la recente novità da Legge di Bilancio 2019, che al Comma 485 introduce l'ipotesi di maternità posticipata. In questa fattispecie i cinque mesi di congedo obbligatorio di maternità possono essere fruiti dalle mamme anche a partire dalla data di nascita del figlio se c'è il via libera dei medici competenti, come alternativa alle soluzioni finora disponibili: 2+3 mesi o 1+4 mesi prima e dopo il parto.

⁴⁴ Per una comparazione anche con i paesi Ocse si veda “Length of maternity leave, parental leave and paid father-specific leave”, OCSE 2016, <https://www.oecd.org/gender/data/length-of-maternity-leave-parental-leave-and-paid-father-specific-leave.htm>

⁴⁵ Per maggiori approfondimenti sulla tutela dei diritti e genitorialità si vedano le schede elaborate per diverse categorie contrattuali: **#1 diritti mamme lavoratrici dipendenti**, **#2 diritti mamme lavoratrici a tempo determinato**, **#3 diritti mamme lavoratrici part-time**, **#4 diritti mamme lavoratrici autonome**, **#5 violazione dei diritti**, **#6 diritti dei padri lavoratori**. Save the Children, 2019 <https://legale.savethechildren.it/cosa-facciamo/cambiare-politiche/>



Save the Children
100 ANNI

E' da notare, peraltro, che in tutti i paesi europei con dati disponibili si rileva, con differenze variabili, la maggiore quantità di tempo dedicato dalle donne, rispetto agli uomini, a questo tipo di mansioni⁴⁶. E proprio guardando al versante europeo, alcuni dati (riferiti al 2016) illustrano il maggior impegno profuso, in media, dalle donne nelle attività domestiche o di cura dei figli: tra gli adulti nella fascia d'età 25-49 anni con figli minorenni, la percentuale di donne che si prende quotidianamente cura dei figli, nella media UE, è del 92% (a fronte del 68% degli uomini). Per l'Italia, si tratta del 97% delle donne (a fronte del 73% degli uomini); siamo quindi lontani dagli equilibri familiari della Svezia, in cui le donne che si prendono quotidianamente cura dei figli sono il 96%, a fronte però del 90% degli uomini; ma anche dal maggiore squilibrio della Grecia, che vede impegnati quotidianamente il 95% delle donne, a fronte di solo il 53% degli uomini. Ancora maggiore è la sproporzione concernente la partecipazione di donne e uomini alle attività domestiche: considerando la percentuale di ultradiciottenni che cucina e/o svolge quotidianamente attività domestiche, se la media UE è del 79% delle donne a fronte del 34% degli uomini, per l'Italia lo squilibrio è molto più alto: l'81% delle donne a fronte del 20% degli uomini⁴⁷.

FOCUS: LE MAMME STRANIERE IN ITALIA

I dati sulle persone straniere residenti in Italia nel 2017 confermano che le donne rappresentano il 52% del totale – più di 2.672.000 persone – ovvero l'8,6% della popolazione femminile complessiva⁴⁸. Nel 2018 sono quasi 1.800.000 i permessi di soggiorno rilasciati alle donne con cittadinanza non italiana. Quelli rilasciati alle 25-49enni sono stati 859.542, di cui 531.628 di lungo periodo. Albania, Marocco e Ucraina sono in cima alla classifica delle donne con cittadinanza extra-Ue residenti in Italia. Inoltre il tasso di femminilizzazione, che in media è di 49,9 straniere ogni 100 stranieri, varia per le diverse cittadinanze. Esso è massimo per la comunità ucraina (80,8%) e minimo per la comunità marocchina (40%) e albanese (44,4%). Il tasso di femminilizzazione è un indicatore particolarmente rilevante in quanto le comunità che presentano valori alti sono quelle per le quali le migrazioni femminili sono dovute non tanto o non solo a ricongiungimenti familiari quanto anche a motivi di lavoro. In altre parole in queste comunità sono molto spesso le donne che assumono il ruolo di *breadwinner*⁴⁹.

Il 20, 3% dei nuovi nati nel 2018 – circa 91 mila bambini - ha una mamma straniera. Sono circa 1000 in meno rispetto al 2017⁵⁰: anche per le donne straniere il tasso di fecondità ha iniziato a scendere, ma si attesta a 1,98 figli per donna, più vicino al tasso di sostituzione di quello delle donne italiane. A conferma del fatto che le donne straniere siano maggiormente propense al secondo figlio, c'è l'età media al parto, che per le donne straniere è di 28,9 anni, quasi 3 anni e mezzo in meno dell'età media al parto delle donne italiane⁵¹.

Andando ad analizzare la composizione per cittadinanza delle madri con cittadinanza extra-Ue, nel 2016 emergevano le madri marocchine (11.657) e quelle albanesi (8.961)⁵². In generale parliamo di circa 46 mila giovani donne, senza considerare le mamme che partoriscono nel proprio Paese di origine o quelle

⁴⁶ ISTAT, "Rapporto SDGs 2018. Informazioni statistiche per l'agenda 2030 in Italia. Prime analisi", 6 luglio 2018, pag. 87, <https://www.istat.it/it/files/2018/07/SDGs.pdf>

⁴⁷ EUROSTAT, "La vita delle donne e degli uomini in Europa. Un ritratto statistico – Edizione 2018", ottobre 2018, <https://www.istat.it/donne-uomini/index.html?lang=it>

⁴⁸ Dossier Statistico Idos, 2018.

⁴⁹ Istat, La salute riproduttiva della donna, 2018.

<http://www4.istat.it/it/files/2018/03/La-salute-riproduttiva-della-donna.pdf?title=La+salute+riproduttiva+della+donna+-+05%2Fmar%2F2018+-+Volume.pdf>

⁵⁰ ISTAT, "indicatori demografici – Stime per l'anno 2018", 7 febbraio 2019, pag. 4, <https://www.istat.it/it/archivio/226919>

⁵¹ ISTAT, "Natalità e fecondità della popolazione residente – Anno 2017", pag. 2, <https://www.istat.it/it/archivio/224393>

⁵² ISTAT, "La salute riproduttiva della donna, 2018". <http://www4.istat.it/it/files/2018/03/La-salute-riproduttiva-della-donna.pdf?title=La+salute+riproduttiva+della+donna+-+05%2Fmar%2F2018+-+Volume.pdf>



Save the Children
100 ANNI

emigrate in Italia dopo l'evento nascita e che sono costrette a vivere separate dai propri figli pur di assicurare loro un sostentamento, che ai problemi che vivono tutte le mamme in Italia aggiungono spesso quelli delle barriere linguistiche, della mancanza di una rete familiare di sostegno e di un sistema di cura e di welfare spesso difficilmente accessibile alle donne non italiane.

Un recente Rapporto sulla salute riproduttiva della donna curato dall'ISTAT evidenzia alcune criticità che le politiche pubbliche dovrebbero affrontare per garantire un percorso nascita sicuro e equo a tutte le mamme in Italia. Nonostante infatti il dato positivo di un'assistenza sanitaria gratuita e per tutte le donne, con permesso di soggiorno o meno, e la possibilità per queste ultime di ottenere un permesso di soggiorno per cure mediche fino ai sei mesi successivi alla nascita del figlio, i dati sull'interruzione volontaria di gravidanza, sulla mortalità infantile e sull'avvio precoce di controlli durante la gravidanza indicano una ancora scarsa conoscenza e soprattutto fruizione del sistema sanitario da parte delle donne che migrano nel nostro Paese. Analizzando le caratteristiche e le peculiarità delle mamme con cittadinanza extra-Ue emerge infatti che queste effettuano tardivamente la prima visita, vale a dire oltre il terzo mese (11,3% delle donne straniere contro il 4,5% delle italiane) e si rivolgono prevalentemente alle strutture pubbliche (73% contro il 25,3% delle italiane), in particolare ai consultori familiari (42,5% contro il 10,6% delle italiane). Dal 2006 al 2014 il tasso di mortalità infantile dei bambini senza cittadinanza italiana è progressivamente diminuito per poi presentare un incremento nel 2015. Spiega l'Istat: *"In tutti gli anni considerati il tasso degli stranieri è stato sempre significativamente più alto di quello dei cittadini italiani. Si può osservare la presenza di un picco nell'anno 2009, evidente soprattutto negli stranieri rispetto agli italiani e presente sia nella mortalità infantile che neonatale. Questo picco è difficilmente spiegabile, ma è presente anche in altri paesi europei (per esempio in Grecia) e da diversi studiosi è stato imputato alla crisi economica e ai tagli alla sanità pubblica. Dato che il tasso di mortalità per malformazioni congenite degli stranieri è quasi il doppio rispetto a quello degli italiani, sembrerebbe che le mamme straniere ricorrano di meno all'aborto terapeutico: infatti, nel 2015 il ricorso all'aborto terapeutico è stato del 4,5 per cento per le italiane contro il 2,1 per cento per le straniere. Questo fenomeno può essere dovuto a motivi culturali e religiosi, ma anche a un minor accesso alle strutture sanitarie"*⁵³.

Rispetto invece all'ingresso o al ritorno nel mondo del lavoro, la percentuale di occupate straniere cresce al crescere dell'età dei figli, in maniera più consistente rispetto alle mamme italiane: se solo il 33,2% delle mamme straniere lavora quando il proprio figlio più piccolo ha tra 0 e 5 anni, a fronte del 59,8% delle mamme italiane, questo gap si riequilibra quando il figlio più piccolo compie 14 anni e presumibilmente è più autonomo (54% delle mamme straniere a fronte del 55,6% delle mamme italiane).

Se si guarda poi la ripartizione geografica delle mamme lavoratrici con figli minorenni (fascia 25-49 anni), si nota come il divario vada scomparendo da nord (più di 34 punti percentuali di differenza tra le lavoratrici italiane - 76,1% - e quelle straniere - 41,8%), passando per il centro (24,5 punti di differenza), a sud (36,8% mamme lavoratrici italiane a fronte del 33,5% di quelle straniere, appena 3 punti percentuali di differenza). In sostanza appare evidente che anche dove le politiche di sostegno alla genitorialità funzionano meglio, queste non riescono a raggiungere una gran parte delle mamme straniere.

La mancanza di una rete di sostegno familiare o pubblica si riverbera anche nel maggior ricorso delle donne straniere al part-time. Tra le madri 25-49enni occupate con un figlio più piccolo minorenne, infatti più della metà di quelle straniere (51,3%) lavora a tempo parziale, a fronte del 39,5% di quelle italiane.

⁵³ ISTAT, "La salute riproduttiva della donna, 2018", <http://www4.istat.it/it/files/2018/03/La-salute-riproduttiva-della-donna.pdf?title=La+salute+riproduttiva+della+donna+-+05%2Fmar%2F2018+-+Volume.pdf>



Le prestazioni sociali rilevanti, come il bonus bebè, l'assegno di maternità, il bonus mamma domani, il bonus asilo nido sono state tutte riservate alle sole soggiornanti di lungo periodo e, in alcuni casi, alle familiari non comunitarie di cittadini comunitari e ai titolari di protezione internazionale, ma mai alle titolari del più comune permesso di soggiorno per lavoro, nonostante una copiosa giurisprudenza deponga in tal senso, sulla base della Direttiva europea del 2011 che disciplina il principio di parità di trattamento nell'ambito delle prestazioni relative alla sicurezza sociale. La Corte europea di Strasburgo nel 2014⁵⁴, esprimendosi in materia di assegno per le famiglie numerose, ha ricordato che le ragioni di bilancio e di contenimento della spesa infatti, pur costituendo uno scopo legittimo, non rispondono ai principi di proporzionalità nel momento in cui trovino applicazione per escludere da prestazioni sociali di sostegno al reddito familiare immigrati stranieri che abbiano un sufficiente legame con lo Stato ospitante, in quanto vi soggiornino non in maniera irregolare o per ragioni di breve durata, bensì con regolare permesso di soggiorno e di lavoro. La sentenza della Corte è molto importante perché purtroppo permangono nell'ordinamento italiano diverse disposizioni che tuttora prevedono disparità di trattamento tra cittadini italiani e dell'Unione europea da un lato e cittadini stranieri di Paesi terzi dall'altro in materia di accesso a prestazioni sociali familiari aventi natura assistenziale e solo tramite il ricorso ad azioni giudiziali antidiscriminatorie è possibile far valere i principi sanciti nella sentenza stessa.

4. MISURE E POLITICHE A SOSTEGNO DELLA MATERNITÀ

“Lo squilibrio nella concezione delle politiche a favore dell'equilibrio tra attività professionale e vita familiare tra donne e uomini rafforza gli stereotipi e le differenze di genere nell'ambito del lavoro e dell'assistenza. Le politiche in materia di parità di trattamento dovrebbero mirare ad affrontare la questione degli stereotipi relativi alle professioni e ai ruoli sia maschili sia femminili, e le parti sociali sono incoraggiate ad agire in base al loro ruolo fondamentale di informare sia i lavoratori sia i datori di lavoro e di sensibilizzarli in merito alla lotta alla discriminazione. Inoltre, l'uso di meccanismi per conciliare attività professionale e vita familiare da parte dei padri, come il congedo o le modalità di lavoro flessibili, ha dimostrato di incidere positivamente sulla riduzione della percentuale di lavoro domestico non retribuito svolto dalle donne e di lasciare loro più tempo per il lavoro retribuito”⁵⁵.

La Commissione europea, con queste parole introduttive al testo della Direttiva relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza, approvata in prima lettura dal Parlamento il 4 aprile 2019 e al vaglio del Consiglio per l'approvazione definitiva⁵⁶, interviene con forza sottolineando quanto le politiche sociali non intervengano in maniera strutturata nel garantire misure di welfare a sostegno della genitorialità. Nel testo si invitano gli Stati membri ad intervenire in materia di: **congedo di paternità** adottando “le misure necessarie a garantire che il padre o, laddove e nella misura in cui il diritto nazionale lo riconosce, un secondo genitore equivalente abbia diritto a un congedo di paternità di dieci giorni lavorativi da fruire in occasione della nascita di un figlio del

⁵⁴ Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, sentenza Dhahbi c. Italia dell'8 aprile 2014

⁵⁵ Posizione del Parlamento europeo introduttiva alla direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza e che abroga la direttiva 2010/18/UE del Consiglio (COM(2017)0253 – C8-0137/2017 – 2017/0085(COD)), 4 aprile 2019, <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P8-TA-2019-0348+0+DOC+XML+V0//IT#BKMD-25>

⁵⁶ La “Proposta di Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza e che abroga la direttiva 2010/18/UE del Consiglio”, presentata il 26.4.2017, è stata approvata provvisoriamente il 06.02.2019 dai rappresentanti degli Stati membri dell'UE presso il Consiglio dell'UE, approvata dal Parlamento europeo in plenaria il 04.04.2019 ed ora al vaglio formale del Consiglio per l'adozione definitiva. Per maggiori informazioni sull'iter si veda il sito <https://www.consilium.europa.eu/it/policies/work-life-balance/>



Save the Children
100 ANNI

lavoratore” da retribuire almeno allo stesso livello del congedo per malattia; **congedo parentale**, garantendo l'esigibilità di tale diritto individuale per quattro mesi da sfruttare prima del compimento degli otto anni del figlio⁵⁷; **modalità di lavoro flessibili** per i genitori, garantendo “che i lavoratori con figli fino a una determinata età, che non deve essere inferiore a otto anni, e i prestatori di assistenza abbiano il diritto di chiedere orari di lavoro flessibili per motivi di assistenza”⁵⁸.

Gli ultimi dati pubblicati dall'INPS relativi al 2016 e 2017 sui congedi di paternità⁵⁹, mostrano che nel 2017 i fruitori sono aumentati rispetto all'anno precedente del 15%, superando i 107 mila lavoratori. Fino al 2017, il congedo obbligatorio impegnava i neopadri solo per due giorni lavorativi, quindi il sostegno alle neomamme era poco più che simbolico. Migliora anche la quota maschile tra i dipendenti del settore privato che usufruiscono del congedo parentale, che nel 2017 è arrivata al 21% del totale dei beneficiari.

Nonostante le direttive europee, studi e i dati di contesto analizzati invitino ad invertire la rotta, in Italia la lacuna sistemica in materia di politiche strutturali per la genitorialità si accompagna a un'azione riparativa che di anno in anno vede l'approvazione di provvedimenti specificamente mirati ad incentivare la natalità, che però non rispondono alle necessità di tutela dei diritti dei genitori nell'ambito lavorativo e di garanzia di un degno bilanciamento tra la vita privata e quella lavorativa. Un segnale che conferma la percezione di scarsa protezione sociale dedicata alla genitorialità e welfare di conciliazione, in base ai dati dell'INPS, arriva ad es. dalla sensibile riduzione dei congedi di maternità tra le lavoratrici autonome e della Gestione Separata (nel 2017 le beneficiarie tra le lavoratrici autonome sono diminuite del 21% e tra le iscritte alla Gestione Separata del 18% rispetto al 2016)⁶⁰. Questa contrazione segnala che le misure non strutturate, come i bonus introdotti negli ultimi anni, non favoriscono la natalità tra coloro che non hanno un lavoro dipendente e quindi almeno in parte stabile e garantito. Con la legge di Bilancio 2019⁶¹ sono stati finanziati alcuni bonus, quali il **bonus bebè** riconosciuto per ogni figlio nato o adottato dal 1° gennaio al 31 dicembre 2019, e corrisposto esclusivamente fino al compimento del primo anno di età ovvero del primo anno di ingresso nel nucleo familiare a seguito dell'adozione; un'altra misura prevista dalla legge di Bilancio 2019 è il bonus “**mamme domani**”, incentivo *una tantum* di 800 euro che viene corrisposto alla nascita, indipendentemente dal reddito e dalla nazionalità⁶²; infine il **bonus asili nido**, misura che prevede l'erogazione di 1500 euro l'anno per 3 anni per sovvenzionare la frequenza

⁵⁷Per maggiori approfondimenti sul congedo parentale e i limiti d'età del figlio tutt'oggi vigenti in Italia, si veda la scheda “diritti dei padri lavoratori”, Save the Children, 2019 <https://legale.savethechildren.it/cosa-facciamo/cambiare-politiche/>

⁵⁸ Direttiva UE relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza, *ivi*

⁵⁹ “La Legge 92/2012 ha istituito, in via sperimentale per gli anni 2013-2015 il congedo obbligatorio (inizialmente di un giorno) e il congedo facoltativo (due giorni), quest'ultimo alternativo al congedo di maternità della madre, fruibile dal padre lavoratore dipendente anche adottivo e affidatario, entro e non oltre il quinto mese di vita del figlio, con un'indennità giornaliera pari al 100% della retribuzione. Successivamente la legge di stabilità 2016 (art.1, comma 205, L.208/2015) ha disposto la proroga di tali congedi anche per l'anno 2016, aumentando il congedo obbligatorio del padre da uno a due giorni. La Legge di stabilità 2017 (art.1, comma 354, L.232/2016), infine, ha prorogato, per le nascite e le adozioni/affidamenti avvenute nell'anno solare 2017, il solo congedo obbligatorio.” (INPS Statistiche in breve file:///D:/Users/DPISTONO/Documents/advocacy%20e%20policy/rapp%20mamme/INPS%20Stat_breve.pdf)

⁶⁰ INPS, “Rendiconto Sociale 2017”, pagg. 48-51,

https://www.inps.it/docallegatiNP/Mig/Doc/Bilanci/Rendicontosociale2017/Rendiconto_sociale_2017_testo_integrale.pdf

⁶¹ Si prevede inoltre che per ogni figlio successivo al primo nato/adottato nel 2019 l'assegno è incrementato del 20%. Il bonus bebè è un assegno istituito dalla Legge di Stabilità 2015, che nella legge di bilancio 2019 ha visto un investimento di 1 mld e 29 milioni. Il bonus mamme domani ha visto un investimento di 392 milioni, mentre per il bonus asilo nido 300 milioni per il 2019. Cfr. Legge, 30/12/2018 n° 145, G.U. 31/12/2018 <https://www.altalex.com/documents/leggi/2019/01/02/legge-di-bilancio-2019-il-testo-pubblicato-in-gazzetta>

⁶² Il premio alla nascita da circolare dell'Inps era ristretto alle sole donne di nazionalità europea o le extra-comunitarie lungo soggiornanti o titolari di protezione internazionale. A seguito di un ricorso, con una decisione di primo grado la restrizione è stata ritenuta discriminatoria così l'Inps ha consentito a tutte le mamme straniere la possibilità di presentare la domanda, con riserva sui pagamenti.



all'asilo nido (pubblico o privato), senza limiti di reddito. Queste misure una tantum, tuttavia, hanno un impatto limitato e dovrebbero essere complementari ad investimenti a sostegno di piani di lungo periodo, che prevedano il miglioramento, l'ampliamento o la creazione di nuovi servizi a vocazione collettiva, piuttosto che la risposta a bisogni emergenziali e individuali. Sono infatti misure costose, in un paese che investe relativamente poco nel welfare per "minori e famiglie": nel 2017, il Bonus bebè ha assorbito oltre il 22% di tutte le risorse destinate ai trattamenti economici di maternità e il Premio alla nascita il 7,5%, per un importo rispettivamente di 850 milioni di euro erogati per il Bonus bebè e di 282 milioni di euro per il Premio alla nascita⁶³.

Tali investimenti non sono stati inseriti nell'agenda politica, che negli anni ha visto il susseguirsi di molteplici proclami in materia di supporto alla famiglia, ma fino ad oggi scarsa concretezza. Anche nel contratto per il governo di cambiamento⁶⁴, al punto diciottesimo sulle politiche per la famiglia e natalità, sono previsti interventi a supporto della genitorialità ma ad un anno dall'insediamento della nuova Legislatura non hanno ancora avuto attuazione: servizi e sostegni reddituali per la conciliazione, l'innalzamento dell'indennità di maternità, un premio economico a maternità conclusa per le donne che rientrano al lavoro, sgravi contributivi per le imprese che mantengono al lavoro le madri dopo la nascita dei figli, fiscalità di vantaggio, tra cui "IVA a zero" per prodotti neonatali e per l'infanzia. Relativamente all'accesso all'asilo nido si segnala l'aumento previsto in legge di Bilancio 2019 da 1.000 a 1.500 euro dell'importo annuale del bonus asili nido, sopra analizzato e le risorse previste per l'attuazione della riforma sul sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita, che analizzeremo di seguito.

Tra i congedi parentali, il congedo di paternità, così come sottolineato dalla Direttiva Europea, è quello su cui occorre certamente avviare una riforma in via prioritaria. In Italia il congedo di paternità prevede per i nati nel 2019 5 giorni di congedo obbligatorio (anche non continuativo entro i 5 mesi successivi alla nascita del figlio) ed un congedo facoltativo della durata di 1 giorno retribuito al 100%⁶⁵, lontano dai 10 giorni indicati in Direttiva.

Siamo dunque molto lontani dal garantire misure che sostengano la condivisione della responsabilità genitoriale, a partire dall'aumento dei giorni di paternità garantita, così come proposto da ultimo anche dall'iniziativa parlamentare "Noi ci siamo" che mira al riconoscimento di un congedo di paternità obbligatorio per tutti i lavoratori dipendenti pari a tre mesi⁶⁶, in cui proponendo un cambio culturale, si

⁶³ INPS, Rendiconto Sociale 2017, pagg. 48-51,

https://www.inps.it/docallegatiNP/Mig/Doc/Bilanci/Rendicontosociale2017/Rendiconto_sociale_2017_testo_integrale.pdf

⁶⁴ Si veda la versione definitiva del contratto per il governo del cambiamento, maggio 2018,

https://www.ilblogdellestelle.it/2018/05/ecco_la_sintesi_del_contratto_per_il_governo_del_cambiamento.html

⁶⁵ Per maggiori informazioni sui diritti e le tutele nel mondo del lavoro per i genitori prima e dopo la nascita di un figlio, per diverse tipologie di lavoratori, si vedano le schede "mamme equilibriste", disponibili a questo link

<https://legale.savethechildren.it/cosa-facciamo/cambiare-politiche/>. In particolare per i padri si veda la scheda #6 "diritti dei padri lavoratori" qui <https://legale.savethechildren.it/wp-content/uploads/2019/01/6.-Scheda-diritti-e-tutele-padre-lavoratore.pdf>

⁶⁶ Si veda l'iniziativa "Noi ci siamo", promossa dal deputato +Europa Alessandro Fusacchia con la partecipazione di Giuditta Pini, deputata Pd e Alessandro Amitrano, deputato M5S, divulgata durante la Conferenza stampa di presentazione disponibile a questo link <http://www.radioradicale.it/scheda/569029/politiche-di-welfare-conferenza-stampa-di-alessandro-fusacchia-giuditta-pini> Per maggiori approfondimenti, si vedano le ulteriori proposte di legge in materia: AC 1795 a prima firma Amitrano (M5S) recante "Delega al Governo per l'introduzione del congedo obbligatorio di paternità" presentato in Aula alla Camera il 18 aprile; AC 1757 a prima firma Minardo (FI-BP) recante "Agevolazioni contributive per la sostituzione dei lavoratori in congedo per maternità o paternità nelle piccole imprese e nelle cooperative sociali" presentato in Aula alla Camera lo scorso 9 aprile; AC 1142 a prima firma Gebhard (Minoranze linguistiche) recante "Introduzione dell'articolo 28-bis del testo unico di cui al decreto



Save the Children
100 ANNI

trasforma il congedo di paternità obbligatorio da un sostegno minimo di 5 giorni a un diritto di più mensilità, da garantire ai lavoratori dipendenti e autonomi.

La conciliazione tra vita privata e lavorativa di rado viene riconosciuta come una priorità su cui investire da parte dei datori di lavoro. Tuttavia si registra un lieve miglioramento: le misure di welfare aziendale nelle PMI ad esempio, sono di anno in anno in crescita, anche grazie agli incentivi fiscali introdotti negli ultimi anni. Ciò non toglie che l'investimento pubblico a tutela e sostegno dei nuclei familiari dovrebbe essere allocato come detto in modo strutturale e in servizi a vocazione collettiva; in tali termini dovrà dunque esser valutata la proposta del Ministero della Famiglia⁶⁷ di voler dedicare l'80% delle risorse del Fondo per le politiche della famiglia (l. 248/2006) al welfare aziendale. Il Fondo ammonta a 107,9 milioni di euro per il 2019, dopo che la Legge di Bilancio 2019 lo ha incrementato di 100 milioni di euro⁶⁸ e, all'articolo 1 comma 482, ha ridefinito le sue finalità: fra le nuove finalizzazioni del Fondo, sono previsti interventi volti a valorizzare il ruolo dei Centri per la famiglia, definizione di criteri e modalità per la riorganizzazione dei Consultori familiari (previa intesa in sede di Conferenza unificata). Il Fondo dalla sua istituzione è volto a *finanziare interventi di sostegno alla famiglia, alla natalità, alla maternità e alla paternità, al fine prioritario del contrasto della crisi demografica*.

Occorre però ricordare, non da ultimo, che le misure di conciliazione e di sostegno alla genitorialità riguardano soltanto una porzione minoritaria delle donne e madri, ossia quelle che lavorano in condizioni stabili. Oltre a loro, le mamme precarie con contratti di collaborazione di vario genere e quelle per le quali la Partita IVA non è che una forma di riduzione delle tutele lavorative, hanno spesso un accesso limitato o nullo alle misure a sostegno della genitorialità, facendosi così testimoni dirette dell'impoverimento dovuto alla scelta di progettare la nascita di un figlio. Sono tantissime poi le testimonianze delle donne per le quali, a seguito della maternità, il mondo del lavoro rimane inaccessibile o sommerso, o delle donne, spesso straniere, che per lavoro si trovano a dover scegliere tra vivere con i propri figli o separarsi da loro, garantendo però così il sostentamento economico per provvedere alle esigenze più basilari di tutto il nucleo.

5. I SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

I servizi educativi per la prima infanzia giocano un ruolo fondamentale nella crescita e nello sviluppo del bambino e contribuiscono a ridurre le disuguaglianze socio economiche di partenza, grazie all'inserimento già dalla prima infanzia in un ambiente che ne stimoli le capacità e competenze⁶⁹; la

legislativo 26 marzo 2001, n. 151, in materia di congedo obbligatorio e facoltativo di paternità" presentato in Aula alla Camera lo scorso 6 settembre (testo non disponibile); AS 32 a prima firma Unterberger (Aut (SVP-PATT, UV)) recante "Modifiche al testo unico di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, concernenti il sostegno alla maternità e l'introduzione del congedo di paternità obbligatorio" presentato in Aula al Senato il 23 marzo 2018. I testi citati al momento in cui si scrive, non sono disponibili ed in attesa di assegnazione; AC 959 a prima firma Savino (FI) recante "Modifiche al testo unico di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, concernenti l'indennità di maternità e l'introduzione del congedo di paternità obbligatorio" presentato in Aula alla Camera il 19 luglio e assegnato alla Commissione Lavoro il 24 gennaio, cfr.

<http://documenti.camera.it/leg18/pdl/pdf/leg.18.pdl.camera.959.18PDL0022780.pdf>

⁶⁷ Cfr. <http://www.mfd.gov.it/it/notizie/welfare-aziendale-fontana-fino-a-80-mln-per-conciliare-vita-lavoro/>

⁶⁸ Il Fondo per le politiche per la Famiglia aveva una dotazione per il triennio 2017-2019 pari a circa 5 milioni, riconfermata dalla legge di bilancio 2018. A questo link <http://www.camera.it/temiap/2018/02/22/OCD177-3424.pdf> la Tabella con tutti gli importi destinati al Fondo a partire dal 2006.

⁶⁹ Cfr. Brewer, M., Cattani, S., "Universal pre-school and labor supply of mothers", in DICE report, vol. 15, 2/2017, pag. 8,



disponibilità di tali servizi, inoltre, può contribuire ad aumentare la presenza delle madri nel mondo del lavoro, consentendo loro di non interrompere o di avviare il proprio percorso professionale accanto a quello familiare. Come osserva l'ISTAT, “nel corso degli anni, inoltre, ai servizi per la prima infanzia viene riconosciuto un ruolo cruciale, non solo nel sostegno alla genitorialità, ma anche come strumento fondamentale nei percorsi di crescita del bambino. In tale ottica la diffusione di tali servizi concorre a garantire le pari opportunità di educazione e di cura e a ridurre le disuguaglianze territoriali, economiche, etniche e culturali.”⁷⁰. A tale necessità non corrisponde un equivalente investimento, come anche sottolineato dalla Commissione europea: “I servizi di assistenza per l'infanzia e a lungo termine sono ancora poco sviluppati. Le misure volte a promuovere le pari opportunità e l'equilibrio tra vita professionale e privata sono frammentate e di portata limitata, con ripercussioni negative sulla partecipazione delle donne al mercato del lavoro, in un contesto demografico sfavorevole”⁷¹.

Il d.lgs. 65/2017⁷² sul sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita posava finalmente lo sguardo verso una politica strutturale di riforma dei servizi per l'infanzia, con l'obiettivo tendenziale del raggiungimento del 33% di copertura della popolazione sotto i tre anni a livello nazionale previsto dai cd. Obiettivi di Barcellona e il raggiungimento dell'obiettivo tendenziale del 75% di copertura dei servizi nei Comuni singoli o in forma associata. Tuttavia, sebbene la direzione indicata dal decreto fosse positiva, l'attuazione della riforma ha perso l'occasione di promuovere da subito la realizzazione del servizio educativo 0-3 da servizio a domanda individuale a servizio universale, a partire dalle poche risorse stanziare. Per realizzare i previsti interventi di consolidamento, ampliamento e qualificazione del Sistema integrato il Governo, d'intesa con la Conferenza unificata, ha adottato nel 2017 il previsto Piano di azione nazionale pluriennale⁷³, che è stato sostenuto da un apposito Fondo (pari a 209 milioni di euro nel 2017, 224 milioni di euro nel 2018 e 239 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019⁷⁴) da erogare ai Comuni con un cofinanziamento da parte delle Regioni e sulla base di una programmazione regionale⁷⁵. Nonostante la riconosciuta importanza che i servizi per l'infanzia rivestono per i bambini e le loro famiglie, sia in termini di sostegno alla genitorialità che di sviluppo relazionale e cognitivo e inclusione sociale del bambino, la dotazione di posti disponibili negli ultimi anni è rimasta stabile a circa 354 mila unità, metà a titolarità pubblica e metà privata. Il tasso di copertura (il rapporto tra posti disponibili e numero di potenziali utenti da 0 a 2 anni) ha raggiunto il 24% su base nazionale⁷⁶, leggermente maggiore rispetto agli anni precedenti, ma solo perché è diminuita la base dei potenziali utenti (la popolazione di riferimento 0-2 anni). La copertura è tuttora lontana dalla quota di posti fissata come obiettivo strategico dall'Unione europea per il 2010, quel 33% utile per promuovere una maggiore partecipazione femminile al mercato del lavoro e un maggiore equilibrio nella conciliazione tra vita familiare e

⁷⁰ ISTAT, “Offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia. Anno educativo 2016-2017”, 21 marzo 2019, pag. 2, <https://www.istat.it/it/files//2019/03/asili-nido.pdf>

⁷¹ Commissione europea, documento di lavoro dei servizi della Commissione, “Relazione per paese relativa all'Italia 2019, comprensiva dell'esame approfondito sulla prevenzione e correzione degli squilibri macroeconomici”, lvi

⁷² Cfr. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/05/16/17G00073/sg>

⁷³ Cfr. <http://www.regioni.it/newsletter/n-3262/del-06-11-2017/scuola-dalla-conferenza-unificata-via-libera-al-piano-0-6-anni-17289/>

⁷⁴ Si segnala inoltre che al comma 741 della Legge di Bilancio 2019 [legge 30 dicembre 2018, n. 145] si incrementa di € 10 mln annui, a decorrere dal 2019, il Fondo nazionale per il sistema integrato di educazione e di istruzione da 0 a 6 anni. A decorrere dal 2019, quindi, la dotazione complessiva arriva a 239 milioni + 10 = 249 milioni.

⁷⁵ Per maggiori informazioni si veda il sito Regioni.it, <http://www.regioni.it/comunicato-stampa/2018/09/20/scuola-bonaccini-ripartiti-224-milioni-del-fondo-nazionale-per-il-sistema-di-educazione-e-istruzione-0-6-anni-578662/>

⁷⁶ Tale valore non comprende i posti esistenti presso le scuole d'infanzia, a cui i bambini di età inferiore a 3 anni accedono talvolta come “anticipatori” rispetto all'età prevista (da 3 a 6 anni).



Save the Children
100 ANNI

professionale. Ma ancor più rilevante, in Italia, è l'enorme squilibrio territoriale nell'offerta del servizio: in diverse regioni del Centro-nord (Valle d'Aosta, Umbria, Emilia Romagna, Toscana e Provincia Autonoma di Trento) la soglia obiettivo del 33% è stata ampiamente superata già da diversi anni; in altre (come ad esempio la Sardegna) la copertura è prossima al 30%. In molte regioni del Mezzogiorno, invece, l'obiettivo risulta ancora lontano. In Abruzzo e Molise i posti privati e pubblici nei servizi socio-educativi accolgono il 20% dei bambini sotto i 3 anni, nelle altre regioni non raggiungono il 15%⁷⁷.

FOCUS: IL MOTHER'S INDEX REGIONALE 2019

Sulla scorta della metodologia utilizzata per l'elaborazione del Mother's Index International, proposto da Save the Children USA, Save the Children Italia ha deciso di misurare alcuni indicatori relativi al benessere e ai diritti delle mamme in Italia. L'analisi, condotta a livello regionale, è realizzata, applicando la metodologia AMPI⁷⁸, grazie alla collaborazione con l'ISTAT⁷⁹. Il Mother's Index è composto da 11 differenti indicatori, che misurano la condizione delle madri rispetto a tre diverse dimensioni: quelle della cura, del lavoro e dei servizi per l'infanzia. L'indice 2019 prende in considerazione le seguenti fonti ISTAT:

- per l'area cura: il Tasso di fecondità (ISTAT 2018⁸⁰) e Indice di asimmetria nel lavoro familiare per le coppie con donna di 25-64 anni con figli e con entrambi i partners occupati per regione (ISTAT 2013⁸¹);
- per l'area lavoro: il Tasso occupazione femminile 25-34 anni/ 35-44 anni/ 45-54 anni per regione e il Tasso di mancata partecipazione femminile al mercato del lavoro 25-34 anni/ 35-44 anni/ 45-54 anni per regione (ISTAT 2018)
- per l'area servizi: indicatore di presa in carico servizi socio-educativi per la prima infanzia - Asilo Nido (ISTAT 2016/2017⁸²), indicatore di presa in carico nei servizi integrativi socio-educativi per la prima infanzia (ISTAT 2016/2017⁸³) e la % Bambini di 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia (ISTAT 2016/2017⁸⁴)

Dai risultati ottenuti, che danno conto dei divari esistenti nel nostro paese, è possibile trarre indicazioni utili per rilevare e contrastare le disuguaglianze tuttora esistenti e contribuire ad individuare quegli obiettivi prioritari che le istituzioni, ad ogni livello, dovrebbero porsi per garantire un concreto sostegno alla genitorialità.

⁷⁷ ISTAT, "Offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia. Anno educativo 2016-2017", 21 marzo 2019, pag. 2, <https://www.istat.it/it/files//2019/03/asili-nido.pdf>

⁷⁸ La metodologia AMPI (Adjusted Mazziotta Pareto Index), ideata da ricercatori dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), applicata negli ultimi tre rapporti sul Benessere Equo e Sostenibile (BES 2015, BES 2016 e BES 2017) e adottata anche da Save the Children per costruire l'IPE 2016 e l'IPE 2018, consiste nell'aggregare, attraverso una media aritmetica corretta da una funzione di penalità, i singoli indicatori opportunamente standardizzati grazie alla nota metodologia Min-Max aggiustata in modo che il valore di riferimento sia pari a 100. Tale standardizzazione consente di effettuare confronti spazio-temporali. La metodologia AMPI si basa sull'ipotesi che gli indicatori elementari scelti per rappresentare il fenomeno multidimensionale non siano sostituibili (o che lo siano solo in parte) e che abbiano la stessa importanza teorica e statistica. Tale approccio "non compensativo" penalizza le unità geografiche che presentano un andamento sbilanciato degli indicatori standardizzati. Per approfondimenti, si rimanda a: Matteo Mazziotta e Adriano Pareto, 'On a Generalized Non-compensatory Composite Index for Measuring Socio-economic Phenomena', Social Indicators Research, Vol. 127, n. 3, pp. 983-1003, 2016. Springer, Netherlands

⁷⁹ A cura di Matteo Mazziotta, Valeria Quondamstefano (ISTAT)

⁸⁰ ISTAT stime sul 2018 del "Numero medio figli per donna o tasso di fecondità totale per regione"

⁸¹ Per le annualità 2017 e 2018 è ripetuto il dato del 2013 perché ultima anno disponibile

⁸² ISTAT 2017, ultima rilevazione ISTAT sull'anno scolastico 2016/2017. Questa voce comprende sia le strutture comunali che le rette pagate dai comuni per gli utenti di servizi privati.

⁸³ ISTAT 2018, ultima rilevazione sull'anno scolastico 2016/2017

⁸⁴ ISTAT 2018, ultima rilevazione sull'anno scolastico 2016/2017

MOTHER'S INDEX OVERALL

Regione	2004		2008		2012		2017		2018	
	Valore	Rango	Valore	Rango	Valore	Rango	Valore	Rango	Valore	Rango
Piemonte	105,306	7	110,045	4	109,432	6	106,411	6	105,548	8
Valle d'Aosta	113,466	1	109,917	5	113,565	3	110,402	3	109,506	4
Liguria	103,109	11	106,874	12	105,949	11	102,247	11	103,509	10
Lombardia	105,528	6	110,374	3	110,143	5	106,143	8	110,779	3
Provincia Autonoma di Bolzano	107,112	4	107,555	11	114,446	2	115,161	1	113,222	1
Provincia Autonoma di Trento	108,626	3	113,256	2	115,611	1	114,225	2	113,192	2
Veneto	105,154	8	107,967	9	107,230	9	104,562	9	104,184	9
Friuli-Venezia Giulia	102,553	12	109,622	6	108,147	8	107,298	5	107,327	6
Emilia-Romagna	110,550	2	113,489	1	112,309	4	107,327	4	108,771	5
Toscana	106,031	5	107,869	10	108,593	7	106,250	7	106,625	7
Umbria	103,274	10	108,980	7	106,897	10	103,138	10	102,192	11
Marche	104,842	9	108,470	8	105,483	12	102,170	12	101,854	12
Lazio	98,465	13	103,155	13	104,228	13	96,109	13	94,324	13
Abruzzo	93,548	14	98,737	14	98,347	14	92,732	14	91,180	15
Molise	89,277	16	89,621	16	90,855	16	90,475	16	87,590	16
Campania	85,320	19	85,303	19	82,946	21	82,069	21	80,580	19
Puglia	85,277	20	87,894	17	85,758	18	83,580	18	84,541	17
Basilicata	84,838	21	86,500	18	86,370	17	84,569	17	83,745	18
Calabria	85,683	18	81,709	21	85,414	20	82,642	19	80,478	21
Sicilia	86,420	17	84,146	20	85,738	19	82,641	20	80,493	20
Sardegna	90,648	15	93,885	15	95,507	15	91,356	15	93,109	14
ITALIA	100,000		102,525		102,530		99,128		98,328	

Il valore del Mother's Index, pari a 100 per l'Italia nel 2004, primo anno considerato, rappresenta un valore obiettivo in base al quale cogliere una condizione socio economica più favorevole per le donne, in caso di valori superiori ad esso, o al contrario condizioni meno vantaggiose quando il valore si attesti su livelli inferiori ad esso. Il valore generale dell'indicatore è peggiorato nel tempo⁸⁵: fatto a 100 il valore per il 2004, quello del 2018 si attesta sul valore di 98,328, in calo rispetto agli anni precedenti (era di 102,525 nel 2008, 102,530 nel 2012, 99,128 nel 2017).

A guidare saldamente la classifica delle regioni sono come nel passato quelle del Nord, con valori più alti (in alcuni casi, sensibilmente) rispetto alla media nazionale; al contrario, le regioni del Mezzogiorno si posizionano tutte al di sotto di tale media. Nello specifico, vediamo come le Province Autonome di Bolzano e Trento siano le capofila, con oltre 113 punti, seguite da Lombardia (110,779), Valle d'Aosta (109,506) ed Emilia Romagna (108,771), segno evidente di una maggiore attenzione volta ad assicurare e a conservare una più elevata qualità delle condizioni socio-economiche delle donne grazie investimenti a carattere strutturale nel welfare sociale. Un caso particolare appare quello della Lombardia passata dall'8^a al 3^a posto nell'ultimo anno, grazie ad un maggior tasso di fertilità delle donne residenti nella regione, nonostante gli indicatori nell'area del lavoro e dei servizi la piazzino rispettivamente al 5° e al 13^{mo} posto. Di contro, al lato opposto della classifica troviamo Calabria (80,478), Sicilia (80,493) e Campania (80,580). L'indice mostra sempre valori sotto 90 per le regioni del Mezzogiorno e, complice la crisi economica, registra un ulteriore progressivo peggioramento evidenziando quindi la necessità di dirigere maggiori sforzi politici in questa parte del Paese.

⁸⁵ Cfr Save the Children Italia, "Le equilibriste. La maternità in Italia", 2018, pag. 21, https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/le-equilibriste-la-maternita-italia_0.pdf



MOTHER'S INDEX - CURA

L'area della Cura analizza due indicatori di contesto: il tasso di fecondità e la distribuzione del lavoro di cura all'interno delle coppie di genitori occupati, che più di altri hanno difficoltà a conciliare i tempi di vita. Per quanto concerne il versante della cura, il valore 2018 si attesta a 107,712, valore anch'esso in diminuzione rispetto al 2017 (e agli anni precedenti). C'è da rilevare, però, un miglioramento generale rispetto al 2004, dovuto ad una propensione maggiore ad un'equa distribuzione nei carichi di cura e lavoro familiare all'interno delle coppie. La tendenza, pur se ancora non sufficiente a ridurre gli squilibri tuttora esistenti nella suddivisione dell'impegno familiare tra donne e uomini, è però positiva. Anche in questo caso, in cima alla classifica troviamo le regioni settentrionali, mentre quelle meridionali occupano la parte bassa. Raffrontando però la serie storica, ed in particolare i valori 2018 rispetto a quelli del 2004, si rilevano i progressi registrati in quest'ambito in molte regioni.

Regione	2004		2008		2012		2017		2018	
	Valore	Rango	Valore	Rango	Valore	Rango	Valore	Rango	Valore	Rango
Piemonte	101,883	6	114,109	4	118,485	5	115,845	4	111,414	5
Valle d'Aosta	103,342	5	102,177	14	117,396	6	111,315	7	109,926	9
Liguria	92,698	15	105,180	12	109,569	12	105,597	12	110,523	6
Lombardia	101,516	7	114,960	3	122,518	3	117,440	3	135,427	1
Provincia Autonoma di Bolzano	111,282	1	113,292	6	126,141	1	129,368	1	118,665	2
Provincia Autonoma di Trento	108,063	3	117,416	1	125,245	2	120,590	2	115,594	4
Veneto	108,599	2	113,022	7	117,207	7	112,703	6	108,983	10
Friuli-Venezia Giulia	99,301	9	113,362	5	114,941	10	110,650	9	110,095	8
Emilia-Romagna	104,536	4	115,843	2	120,113	4	115,460	5	116,521	3
Toscana	97,827	12	104,876	13	115,206	9	110,895	8	110,338	7
Umbria	99,965	8	108,998	10	115,972	8	109,211	10	105,593	12
Marche	97,978	11	110,068	8	108,063	14	103,624	14	99,393	15
Lazio	94,792	13	109,575	9	114,381	11	104,951	13	101,103	13
Abruzzo	84,861	20	97,398	16	98,833	18	95,363	19	92,593	19
Molise	88,823	18	87,471	20	95,895	19	97,975	17	91,505	20
Campania	93,554	14	105,823	11	99,637	16	98,045	16	95,974	17
Puglia	89,024	17	100,655	15	94,037	20	92,779	20	94,449	18
Basilicata	80,211	21	88,480	19	88,719	21	90,007	21	88,719	21
Calabria	91,147	16	85,635	21	99,967	15	100,433	15	100,433	14
Sicilia	99,265	10	94,944	18	108,069	13	105,796	11	107,621	11
Sardegna	86,049	19	96,834	17	99,252	17	96,112	18	96,751	16
ITALIA	100,000		108,998		113,822		109,812		107,712	

MOTHER'S INDEX - LAVORO

L'Area del Lavoro del Mother's Index tiene conto della partecipazione delle donne al mercato del lavoro: sei indicatori riferiti al tasso di occupazione e a quello di mancata partecipazione femminile diversificati in base alla classe di età.

La comparazione dei valori tra il 2008 e il 2018 dà conto della lunga crisi economica che ha colpito l'Italia in questi anni. Se, infatti, dal 20004 al 2008 si registra un miglioramento della situazione, negli anni²²



Save the Children
100 ANNI

successivi la situazione peggiora. Nonostante si intraveda qualche segno di miglioramento nella comparazione tra i valori dell'ultimo anno rispetto al precedente (2017), il paragone con il 2008 mette in rilievo come, nella gran maggioranza delle regioni, la situazione lavorativa delle donne sia ancora lontana dai livelli pre crisi.

Regione	2004		2008		2012		2017		2018	
	Valore	Rango	Valore	Rango	Valore	Rango	Valore	Rango	Valore	Rango
Piemonte	112,593	8	116,650	5	111,954	6	110,115	7	111,254	7
Valle d'Aosta	117,218	3	118,867	3	117,475	2	114,310	3	116,064	2
Liguria	109,648	10	113,502	10	107,233	10	104,654	10	104,241	11
Lombardia	114,043	5	116,141	6	111,961	5	112,636	4	112,895	5
Provincia Autonoma di Bolzano	118,813	2	121,199	1	121,179	1	121,537	1	122,696	1
Provincia Autonoma di Trento	114,887	4	117,604	4	114,814	4	116,346	2	115,91	3
Veneto	109,076	11	114,108	8	110,646	8	110,652	6	112,402	6
Friuli-Venezia Giulia	113,102	6	115,612	7	110,855	7	109,373	9	110,281	8
Emilia-Romagna	119,144	1	120,069	2	116,049	3	112,621	5	113,549	4
Toscana	111,158	9	113,495	11	108,381	9	109,559	8	110,009	9
Umbria	108,061	12	112,895	12	104,824	12	104,102	11	103,938	12
Marche	113,072	7	113,837	9	106,95	11	104,060	12	107,584	10
Lazio	101,151	13	102,598	13	101,548	13	101,130	13	100,813	13
Abruzzo	99,016	14	102,036	14	98,598	14	88,709	14	89,198	14
Molise	88,388	16	91,929	15	84,654	16	85,164	15	83,512	16
Campania	74,174	19	68,834	21	66,248	21	67,021	20	67,705	19
Puglia	74,047	20	74,969	18	74,49	18	72,439	18	74,819	18
Basilicata	81,373	17	79,934	17	80,403	17	77,335	17	76,548	17
Calabria	76,159	18	71,656	19	70,757	19	67,380	19	66,924	20
Sicilia	69,946	21	71,425	20	67,562	20	65,553	21	65,028	21
Sardegna	88,601	15	89,883	16	88,938	15	83,289	16	88,807	15
ITALIA	100,000		101,445		97,977		96,768		97,521	

MOTHER'S INDEX – SERVIZI

L'area dei Servizi analizza due indicatori di contesto: la percentuale bambini che frequentano la **scuola dell'infanzia** e l'indice di presa in carico dei bambini **all'asilo nido** e altri servizi integrativi per la prima infanzia. Il versante dei servizi, se si prende in considerazione la serie storica dal 2004 ad oggi, fa registrare un costante peggioramento, dovuto in particolare alle carenze relative ai servizi pubblici per la prima infanzia. Quasi tutte le regioni registrano un peggioramento rispetto al 2004 (tranne le Province Autonome di Trento e Bolzano e il Friuli Venezia Giulia, che, in controtendenza, hanno registrato qualche miglioramento). Rispetto alla media nazionale 2018, le regioni settentrionali e la Sardegna rimangono al



di sopra, mentre quelle del Mezzogiorno e il Lazio al di sotto.

Regione	2004		2008		2012		2017		2018	
	Valore	Rango	Valore	Rango	Valore	Rango	Valore	Rango	Valore	Rango
Piemonte	102,150	7	100,705	10	99,542	9	95,360	11	95,543	10
Valle d'Aosta	121,408	1	109,972	1	106,523	2	105,910	2	103,275	2
Liguria	108,735	4	102,550	6	101,380	6	96,932	7	96,687	9
Lombardia	101,979	9	101,258	8	98,549	12	91,812	14	92,236	13
Provincia Autonoma di Bolzano	94,186	18	92,277	15	99,492	10	98,879	6	100,709	4
Provincia Autonoma di Trento	103,530	6	105,584	3	108,066	1	106,634	1	108,391	1
Veneto	98,469	11	98,223	11	96,016	15	92,645	13	93,175	12
Friuli-Venezia Giulia	96,756	14	101,016	9	99,780	8	102,252	3	102,020	3
Emilia-Romagna	108,980	3	105,536	4	102,308	4	95,955	9	98,044	7
Toscana	110,143	2	105,658	2	102,892	3	99,082	4	100,155	5
Umbria	102,137	8	105,310	5	101,021	7	96,847	8	97,411	8
Marche	104,566	5	102,160	7	101,657	5	98,980	5	99,044	6
Lazio	99,677	10	97,954	12	98,154	13	84,649	21	83,255	18
Abruzzo	98,101	13	96,937	13	97,619	14	94,402	12	91,817	14
Molise	90,652	21	89,574	20	92,754	16	89,230	15	88,119	15
Campania	90,783	20	89,058	21	89,867	21	87,028	18	82,931	19
Puglia	95,586	16	91,880	17	91,337	17	88,219	16	86,646	17
Basilicata	94,380	17	91,969	16	90,674	19	87,420	17	87,001	16
Calabria	91,525	19	90,078	18	90,626	20	86,613	19	80,922	20
Sicilia	95,872	15	89,635	19	90,890	18	86,013	20	79,929	21
Sardegna	98,197	12	95,220	14	99,058	11	95,838	10	94,121	11
ITALIA	100,000		97,771		97,468		92,444		91,163	

FOCUS: QUELLO CHE I DATI NON DICONO. SAPERE PER CAPIRE. CAPIRE PER MIGLIORARE LE COSE

Ci sono cose che i dati non ci dicono. Un po' perché su alcuni temi si raccolgono poche informazioni e un po' perché, forse, su alcuni argomenti è difficile raccoglierle.

Un'organizzazione che ha a cuore il benessere di bambini e bambine si misura continuamente con un buco nero rappresentato da materie sulle quali i dati dicono poco, o addirittura i dati sono muti, assenti, antichi.

Che cosa succede quando una donna decide o – anche senza averlo deciso – si trova a gestire una gravidanza?

E che cosa succede dopo che la gravidanza si è conclusa? Con quali paure e con quali opportunità si incontrano future e neo mamme? Che cosa dovrebbero sapere e non sanno? A chi si rivolgono quando hanno un problema?

E soprattutto, quanto diventa pesante un problema di orientamento – che hanno tutte le donne alla prima gravidanza – quando si è in condizioni di grave vulnerabilità o povertà, sprovviste di una rete parentale di sostegno, di un alloggio adeguato, di una minima conoscenza della città e del territorio nel quale si dovrà partorire?

Il momento dell'attesa, della nascita e del post partum, il cosiddetto percorso nascita, rappresenta una sfida complessa e talvolta rischiosa per qualsiasi donna, ma può essere un vero e proprio tunnel senza luce per le donne più fragili, sole, povere, vittime di contesti familiari violenti o abusanti.

Per provare ad accendere una luce su alcune aree di incertezza che ruotano intorno al cosiddetto percorso nascita, non potendo fare leva su informazioni raccolte e immagazzinate da qualche parte,



abbiamo provato ad ascoltare persone che in questo percorso camminano, o perché ci lavorano, o perché lo studiano, o perché contribuiscono tutti i giorni al benessere di future e neo mamme, magari semplicemente ascoltando le loro voci.

Sapere che cosa succede alle donne - e ai loro compagni quando presenti - durante il periodo perinatale è fondamentale, perché sapere significa capire come migliorare la condizione di bambini e bambine fin dai primissimi giorni di vita, evitando di pensare, spesso in modo semplificadorio, che basta che il parto vada a buon fine, o che tanto, finché sono piccoli “sono un problema di mamma e papà”. Cambiare l’inizio della storia può voler dire cambiare tutta la vita di un bambino o di una bambina e agire in un modo o in un altro può cambiare completamente l’inizio della storia.

FIOCCHI IN OSPEDALE, SPAZIO MAMME E NEST

Save the Children opera, da circa dieci anni, a stretto contatto con le mamme, in particolare attraverso due progetti, Fiocchi in Ospedale e Spazio Mamme ed uno più recente, NEST, di cui Save the Children è partner e l’Associazione Pianoterra capofila⁸⁶. I progetti si concentrano sul periodo che va dal momento della gravidanza ai primi anni di vita di bambini e bambine.

Fiocchi in Ospedale si configura come uno spazio di bassa soglia attivo nei presidi ospedalieri per identificare i bisogni delle future e neo mamme, ascoltare le loro richieste e quelle dei loro compagni, orientare i futuri e neo genitori alle opportunità più appropriate per soddisfare i loro bisogni, accompagnarli e seguirli quando essi si trovano a dover affrontare la nascita in un quadro di grande fragilità economica o psico sociale. Lo Spazio Mamme, invece è un progetto radicato sui territori, generalmente in contesti di profondo disagio e povertà, che si propone di offrire uno spazio dedicato alle mamme, ai papà, ai bambini e alle bambine, attraverso un sostegno a 360 gradi che si muove dall’assistenza per l’iscrizione al nido, fino alla realizzazione di laboratori e attività genitore-bambino e all’accompagnamento nella ricerca di un lavoro. NEST nasce dall’esperienza maturata nei due progetti precedenti con l’ambizione di attivare una rete di protezione efficace e integrata a sostegno delle famiglie più vulnerabili. Le competenze degli attori coinvolti hanno permesso di costruire una proposta finalizzata ad integrare e rafforzare dove vi è più bisogno l’offerta di servizi socio-educativi per le fasce più vulnerabili, in particolare quella dei bambini tra zero e tre anni. In accordo con le Municipalità e/o Comuni coinvolti (sin dalla fase di progettazione) e le ASL, il progetto, attraverso l’attivazione di 4 poli per l’infanzia (hub), garantisce ai bambini l’accesso a un servizio socio-educativo di qualità basato su una strategia integrata di coinvolgimento attivo delle famiglie, valorizzando il sistema di accoglienza e il coordinamento dei servizi territoriali.

Questi progetti muovono energie professionali di diverso tipo: operatorie operatrici che lavorano a diretto contatto con i genitori, professionisti del settore sanitario, sociale ed educativo; associazioni partner sui territori; ricercatori e rappresentanti delle istituzioni con i/le quali si realizzano azioni di studio, di monitoraggio, di sperimentazione all’interno delle policies destinate al settore materno infantile.

E’ quindi consultando alcuni e alcune dei collaboratori e collaboratrici dei progetti in diverse aree d’Italia e in diversi bacini di professionalità, che si è provato ad accendere una luce su aspetti che restano più opachi rispetto alle rilevazioni statistiche e sui quali, ugualmente, occorre fare mente locale. Di più occorre produrre un sapere che si traduca in piani strategici e in azioni concrete per rendere il percorso

⁸⁶ Il Progetto NEST – Nido, Educazione, Servizi e Territorio – che si realizza nelle città di Milano, Roma, Napoli e Bari, è promosso e sostenuto dall’Impresa Sociale Con i Bambini nell’ambito del Fondo di contrasto alla povertà educativa minorile 2018-2021.

della nascita un percorso di consapevolezza e di crescita del quale, sia pure in forme diverse, si fa carico la collettività.

LA SOLITUDINE DELLE MAMME (E DEI GENITORI)

Le famiglie sono un universo magmatico e plurale e non sempre la nascita di un bambino significa attivazione di una rete familiare. Le mamme in particolare, possono rimanere isolate, socialmente consegnate a una dimensione di separazione dalla vita che facevano prima, ma senza un riferimento rassicurante e affidabile che possa accompagnarle in questa nuova fase.

“Probabilmente bisognerebbe partire dalla constatazione che ciò che più spaventa oggi i neogenitori è il senso di solitudine che segue l’evento nascita. La rete familiare è completamente modificata o assente, se pensiamo soprattutto alle mamme migranti, e quella ospedaliera viene meno al momento delle dimissioni” (Emanuela Riccio, mediatrice interculturale, Ospedale Evangelico Villa Betania, Napoli).

Lo stesso tipo di confusione e ansia da isolamento viene riportato dalle operatrici di Torino.

“Le neomamme e i genitori che incontriamo presso i nostri servizi e che abbiamo occasione di incontrare negli ospedali, nei consultori e negli ambulatori sono spesso confuse, preoccupate e disorientate rispetto alla gestione a 360° del neonato. Non hanno una chiara percezione delle opportunità offerte dai servizi territoriali, sia sanitari che sociali, e quando si verificano piccoli inconvenienti o episodi che provocano stati di ansia, non sanno a chi rivolgersi. Per questo spesso il lavoro dei progetti Fiocchi e Spazio Mamme si fonda sul sostegno della capacità di *problem solving* dei neo genitori, e in particolare delle neo mamme che sono quelle con cui si lavora più di frequente, attraverso un potenziamento delle capacità personali.

Le questioni che preoccupano maggiormente le neomamme sono la gestione del budget familiare, poiché i prodotti per l’igiene e l’alimentazione del neonato sono molto costosi, e la gestione del rapporto con i problemi di salute dei loro bambini, perché non sanno bene a quale servizio rivolgersi in caso di necessità” (Giulia Cnapich, coordinatrice dei progetti 0-6 dell’associazione Vides Main, partner di Fiocchi in Ospedale e Spazio Mamme di Torino).

QUANDO GOOGLE NON E' SUFFICIENTE

Sebbene si parli ormai di una condizione di sovrapproduzione di informazioni, esiste un fenomeno correlato alla ridondanza che è quello della dispersione oltre a quello, più ovvio della confusione. Il paradosso è che, in un mondo dove digitando “percorso nascita” su Google appaiono circa 34 milioni e mezzo di link, le donne che si misurano nel concreto con questa esperienza sono – molto spesso - assolutamente impreparate a gestirla anche e soprattutto a causa di una mancanza di informazioni adeguate.

Poca informazione puntuale e poca consapevolezza sul mondo che ruota intorno al nascere: il suo essere parte di un processo fisiologico, il suo “non” essere una malattia, e i rischi che tuttavia porta con sé, chi e come può aiutare una donna ad arrivare al momento del parto e oltre anche senza ricorrere alla medicina privata e quindi senza necessariamente affrontare spese elevate.

Ecco alcune delle aree buie nel panorama delle informazioni in possesso delle future mamme, secondo Serena Donati, ginecologa e ricercatrice dell’Istituto Superiore di Sanità.

- Consapevolezza circa l’esistenza di un’età biologica per la riproduzione oltre la quale la tecnologia medica non è in grado di garantire risultati né di azzerare importanti rischi di salute per madre e feto/neonato



- Informazioni sull'importanza dell'epoca pre-concezionale e pochi riferimenti per un appropriato counselling prima di cercare una gravidanza
- Consapevolezza che l'eccesso di medicalizzazione dell'assistenza alla gravidanza e alla nascita non è garanzia di maggiore sicurezza per madre e feto/neonato
- Informazioni sulla disponibilità di assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico e informazioni sui servizi hub di riferimento in caso di gravidanza o parto a rischio
- Consapevolezza circa l'opportunità di partecipare ai CAN (Corsi di Accompagnamento alla Nascita) e di essere parte attiva dei percorsi decisionali relativi alle modalità assistenziali di gravidanza e parto.
- Informazioni sui servizi disponibili per la cura dei neonati dopo la dimissione ospedaliera
- Informazioni circa la disponibilità sul territorio di iniziative di gruppi di madri *peer*
- Consapevolezza circa segni e sintomi di disturbi della sfera emotiva, dal *maternity blues* alla depressione *post partum*, e informazioni sulle modalità di sostegno disponibili nel servizio sanitario nazionale
- Informazioni sui riferimenti disponibili tra i professionisti delle cure primarie dopo la dimissione ospedaliera.

Le neomamme sono spesso disorientate rispetto alle attività di cura e di accudimento dei propri bambini. Le operatrici di Fiocchi in Ospedale e Spazio Mamme di Napoli riferiscono di profonde lacune informative rispetto ad alcuni temi cruciali.

Un primo tema è sicuramente quello dell'alimentazione. Questo vale sia per l'allattamento al seno (Avrò abbastanza latte?; Il mio primo figlio non cresceva solo con il mio latte, sicuramente sarà la stessa cosa con lui/lei!; Ho smesso di allattare perché il mio latte era praticamente acqua!), che per l'alimentazione complementare (a che mese del mio bambino posso cominciare a dargli la frutta?; Il mio pediatra dice che..., mentre mia madre dice che...; Come preparare il brodo?; Come predisporre il setting per la pappa?).

Altro tema in cui si ravvisano difficoltà e confusione è quello del gioco, inteso come tempo e spazio di qualità pensati e organizzati per "dialogare" con il proprio bambino, così come la lettura e la musica come ulteriori modi di essere in relazione con i propri bimbi, di "nutrirli", di prendersi cura di loro garantendo una sana ed adeguata crescita. Anche sulla base dei racconti di vita quotidiana che vengono riportati alle operatrici, si nota come i bimbi finiscano per essere intrattenuti/calmati/distratti dagli adulti di riferimento sempre più spesso con l'utilizzo di dispositivi quali cellulari (dalla tasca del genitore "pericolosamente" subito pronti all'uso), *tablet* e televisori.

CHI SI RICORDA DEI CORSI DI PREPARAZIONE AL PARTO?

Uno dei luoghi privilegiati per la promozione di una maggiore consapevolezza e informazione delle future mamme è rappresentato da quelli che una volta si chiamavano Corsi di preparazione al parto e oggi, in modo più saggio, si chiamano Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN).

ASL, Aziende Ospedaliere e consultori familiari promuovono e realizzano i Corsi di accompagnamento alla nascita secondo modalità e programmi più o meno analoghi, con differenze legate principalmente alla modalità di realizzazione e al personale impiegato per la loro gestione.

In base ai risultati dell'ultima indagine campionaria sul percorso nascita coordinata dall'ISS in 11 regioni italiane nel 2009-2011, risulta che gli argomenti più frequentemente trattati nei CAN sono quelli relativi ²⁷



Save the Children
100 ANNI

al travaglio, al parto e all'allattamento al seno (citati da oltre il 90% delle intervistate); quelli meno trattati sono la contraccezione in puerperio, le vaccinazioni per i neonati e la normativa relativa alla gravidanza (es. permessi di maternità, permesso di soggiorno per le straniere ecc). La partecipazione ad un CAN è un'occasione importante per dare informazioni non solo sull'evento nascita ma anche sulla salute complessiva della donna/coppia/triade. Aspetti quali la salute mentale in epoca perinatale, la ripresa dei rapporti sessuali e la contraccezione in puerperio, i bisogni dei neonati e i riferimenti dei servizi territoriali e dei gruppi di aiuto tra pari dovrebbero essere parte dei programmi dei CAN.

Ma quante future mamme e futuri genitori in generale prendono parte a questo tipo di iniziative?

Dalla stessa indagine ISS risulta che, nel periodo esaminato, hanno partecipato ad un CAN il 39,5% delle donne italiane e il 23,3% delle donne straniere intervistate nei punti nascita dopo il parto. Considerando solo le primipare, hanno partecipato il 59,3% delle italiane e il 38,4% delle straniere perché difficilmente le donne con precedenti figli si concedono il lusso di frequentare nuovamente un CAN. Tra le donne che non hanno partecipato, la motivazione più frequentemente riferita dalle intervistate è stata la mancanza di tempo sia per le italiane (41,0%) che per le straniere (33,0%). Circa un quarto delle donne straniere ha riferito di non aver partecipato perché non conosceva l'esistenza dei CAN.

Va sempre tenuto in conto il fatto che le modalità di accesso alle opportunità e il livello di conoscenza delle opzioni presenti sul proprio territorio variano notevolmente da regione a regione, con una pesante penalizzazione delle regioni meridionali. Emblematica la situazione riportata da Emanuela Riccio dell'Ospedale Evangelico Villa Betania di Napoli, situato in zona Ponticelli, nella periferia occidentale della città. Pur essendo quella di Villa Betania la struttura che, dopo l'AOU Federico II, totalizza il maggior numero di parti ogni anno (oltre 2000), la presenza delle future mamme ai corsi di accompagnamento alla nascita è bassissima. Emanuela Riccio racconta che nell'esperienza quinquennale di ambulatorio ostetrico-ginecologico solidale per donne indigenti, italiane e straniere, la partecipazione ai CAN è quasi nulla. Bisogna considerare che lo spazio ambulatoriale è utilizzato anche per offrire un tempo per chiarimenti e rassicurazioni ma, certamente, non sopperisce in ogni caso all'esperienza del corso fatto in gruppo con focus ben precisi. Ma anche a Torino, dove il sistema di accompagnamento alla nascita è molto ben organizzato, le operatrici dei progetti Fiocchi in Ospedale e Spazio Mamme, restituiscono un quadro di scarsissima partecipazione. La tipologia di donne che partecipano ai corsi di accompagnamento alla nascita, riferiscono le operatrici torinesi, è rappresentata da donne con strumenti e risorse socioculturali di alto livello. Le donne/coppie che partecipano ai corsi sono spesso inserite nel mondo del lavoro, si informano e partecipano a molte iniziative e corsi legati al materno infantile sia nel periodo della gravidanza che nel post parto.

Viceversa, molto spesso le donne che si incontrano presso gli sportelli di Fiocchi in Ospedale e nello Spazio Mamme non parlano la lingua italiana per cui la partecipazione ad un corso di accompagnamento alla nascita risulterebbe estremamente problematico. Cos, spesso con loro si ricorre a consulenze e accompagnamenti personalizzati, in collaborazione con i consultori di riferimento e con il sostegno di mediazioni culturali e linguistiche attivate ad hoc.

L'OPACITA' FUNZIONALE DEI CONSULTORI FAMILIARI

Pur essendo i consultori familiari uno dei servizi più radicato e diffuso sul territorio italiano – il secondo servizio più diffuso dopo quello dei Comuni – e pur essendo i consultori familiari uno dei servizi più rilevanti per l'offerta di un supporto alla salute riproduttiva e al benessere familiare per tutto l'arco della vita, purtroppo, anche a causa del severo indebolimento del welfare socio-sanitario che ha caratterizzato



Save the Children
100 ANNI

l'ultimo ventennio, il suo ruolo sembra risultare sempre caratterizzato da una sostanziale opacità di funzione.

Negli ultimi due decenni, in particolare, anche a causa dei profondi tagli di bilancio della sanità regionale in ogni parte del Paese, i consultori hanno subito un significativo processo di riorganizzazione, spesso purtroppo dettato dal bisogno di contenere l'offerta in base a:

- le risorse che, di anno in anno, le singole Regioni ed ASL assegnano a questi servizi, e che sono spesso sempre più modeste;
- la tipologia di accordi convenzionali con i privati che spesso trasformano il consultorio in un presidio politico-culturale sul valore del nascere, e ne indeboliscono invece il ruolo di presa in carico globale dei bisogni delle famiglie, specie quelle in condizioni di vulnerabilità socio-economica;
- il tipo di personale che realisticamente il singolo consultorio riesce a garantire e, di conseguenza, gli orari e i servizi di assistenza che riesce a offrire al pubblico.

Quindi, pur essendo vero che, sulla carta, in Italia ci sono oltre 2000 consultori familiari, non sempre si sta parlando dello stesso tipo di offerta e tipologia di servizio. Ci si può trovare di fronte a servizi ben organizzati, con orari di apertura variati e una molteplicità di figure professionali a disposizione dell'utenza, così come, con la stessa facilità ci si può trovare di fronte a un consultorio che apre per pochissime ore a settimana e solo per effettuare prescrizioni per la contraccezione d'emergenza, o, ancora, ci si può trovare di fronte a un ambulatorio ginecologico che effettua solo screening tumorali per un'utenza femminile, o, infine, non è raro trovarsi ad accedere a un servizio dove il personale è composto unicamente da obiettori di coscienza e dove la componente ideologica prevale su quella del servizio pubblico. Tutto questo fa riflettere, perché i consultori familiari sono stati pensati come il “tutor per eccellenza del percorso nascita”, prima e dopo il parto e con uno sguardo a 360 gradi sulla salute riproduttiva e sessuale durante tutto l'arco della vita, sia per le donne, sia per gli uomini.

Milano: un buon servizio nel post partum, ma pochissime visite domiciliari. L'esperienza milanese dei progetti Fiocchi in Ospedale e Spazio Mamme restituisce un quadro controverso. Circa il 30% delle mamme che si incontrano in ospedale, ci riferiscono le operatrici di Milano, ha frequentato il consultorio prima del parto per fare le visite di controllo in gravidanza. Quasi tutte sono italiane. Le donne straniere ne conoscono l'esistenza e, solitamente, lo riconoscono come il luogo a cui rivolgersi durante la gravidanza, ma spesso hanno difficoltà a interagire con il personale se non parlano correttamente l'italiano. Ci sono buoni feedback dalle donne che accedono ai consultori, soprattutto a quelli che organizzano attività mirate al periodo successivo al parto, come il massaggio infantile, il sostegno all'allattamento e i gruppi mamme. Purtroppo, gli interventi di home visiting da parte dell'ostetrica del consultorio nel post partum, pur essendo previsti, vengono riservati solo a casi eccezionali a causa dei costi abbastanza elevati che comportano.

Sassari conferma che i consultori sono frequentati dalle donne più informate. Un'alta percentuale di donne si rivolge ai consultori familiari sul territorio sassarese. Sia donne che vengono dalla città, sia soprattutto persone che abitano in provincia e non hanno sul loro territorio un servizio di assistenza perinatale adeguato. Tuttavia, è singolare notare come le donne che si rivolgono a Fiocchi in Ospedale non sono quasi mai utenti dei consultori familiari. Questo significa che spesso le donne più vulnerabili non conoscono l'esistenza del consultorio, oppure non sanno come accedervi, o ancora, pensano che si tratti



di servizi che aiutano le donne quando vogliono interrompere la gravidanza, o hanno paura che il consultorio possa mettere in discussione la loro capacità di prendersi cura del neonato.

A Palermo un ottimo presidio sul territorio di Zen. Il Consultorio nel quartiere Zen, ci riferiscono le operatrici dello Spazio Mamme, è uno dei servizi pubblici sanitari che funziona meglio in città. Da circa un anno il consultorio lavora a pieno regime e con un'equipe multidisciplinare completa (ginecologa, assistente sociale, ostetrica e psicologa). Questo permette al servizio di rispondere adeguatamente alle esigenze delle mamme del territorio, curando non soltanto l'aspetto sanitario ma anche quello relazionale, promuovendo percorsi di accompagnamento e sostegno per un lungo periodo e su più fronti.

Spazio Mamme lavora in modo continuativo con il Consultorio, attivando prese in carico integrate a supporto dei nuclei più vulnerabili o anche per rafforzare e sostenere i nuovi genitori, soprattutto le mamme, nei percorsi di relazione con i figli e le figlie. Inoltre, in rete con Spazio Mamme, Punto Luce e altre realtà territoriali del terzo settore, il Consultorio realizza molte iniziative di sensibilizzazione e informazione sul territorio, a partire dalle scuole.

Quando l'ospedale sostituisce il consultorio. Sulla base della sua esperienza professionale – ci dice Francesca Giansante, Assistente sociale del Policlinico Gemelli, i consultori vengono raramente presi in considerazione dall'utenza che accede a un grande ospedale. E l'ospedale diventa il punto di riferimento principale delle donne, sia prima che dopo la nascita. Spesso i servizi ospedalieri sono utilizzati per sopperire a un deficit di presenza o di informazione sulle strutture territoriali; le prestazioni ambulatoriali di controllo e monitoraggio della gravidanza, ad esempio, sono le stesse che il consultorio dovrebbe fornire per legge, eppure spesso le donne si affollano in ospedale, anche quando le condizioni della gravidanza non presentino alcun tipo di rischio clinico e quindi si potrebbe seguirle perfettamente anche in una struttura non ospedaliera. Dopo la nascita, invece, il punto di riferimento diventa il pediatra di libera scelta (quando se ne ha diritto e quando si riesce a completare la prassi di assegnazione) o l'ambulatorio pediatrico dell'ospedale quando non si può effettuare l'iscrizione al SSN. Tutto si concentra inevitabilmente su una presa in carico esclusivamente clinica e non globale come dovrebbe

LE MOLTEPLICI FACCE DEL DOLORE PERINATALE

La nascita è un momento di forti emozioni, non tutte piacevoli e non tutte facilmente gestibili. Sul dolore perinatale che accompagna le mamme, si è scritto e detto molto. Ma non sempre si è pronti a gestirne le diverse facce. Non sono pronti i genitori e soprattutto non è pronto il sistema dei servizi socio sanitari che tende necessariamente a semplificare i segni del disagio dividendoli tra patologie neurologiche che necessitano di un supporto psichiatrico e normali disturbi da stress emotivo che, semplicemente, prima o poi sono destinati a scomparire.

Nell'intervallo tra queste due tipologie ci sono molte facce del dolore che non sempre le future e neo mamme e i loro compagni riescono a comprendere e a gestire, con conseguenze talvolta spiacevoli, talvolta drammatiche sulla capacità di prendersi cura dei propri figli e di se stesse.

Ci siamo confrontati con Cecilia Gioia, psicologa e psicoterapeuta che, oltre a dirigere l'ambulatorio per il Benessere Psicofisico della Donna presso la Casa di Cura Sacro Cuore a Cosenza, presiede dell'Associazione Culturale MammacheMamme che aderisce alla Rete Fiocchi in Ospedale e con Lucio Rinaldi, psichiatra del Policlinico Gemelli di Roma e docente dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Accanto a un punto di vista professionale, abbiamo raccolto quello delle operatrici dello Spazio Mamme di Milano e del progetto Fiocchi in Ospedale del Policlinico di Bari.



Il disagio psichico e quello sociale hanno una relazione profonda. Secondo il professor Rinaldi, bisogna comprendere quali siano le differenze e le interazioni tra il disagio psichico e quello sociale, essendo consapevoli della significativa e profonda interazione tra i due. I segnali di un disagio psichico sono molteplici spaziano da aspetti individuali che risultano evidenti all'interazione (umore deflesso, irritabilità, facilità al pianto, distraibilità, eccessiva chiusura relazionale, agitazione, assunzione di alcolici o sostanze d'abuso), ad elementi della storia personale (precedenti di problematicità psichiatrica, assunzione di psicofarmaci, importanti traumi infantili, lutti pregressi, precedenti gravidanze difficili o interrotte), ad aspetti propri della relazione di coppia (evidenti elementi di conflittualità, mancanza del partner, intrusività del partner, ecc.), ad aspetti relativi all'ambiente familiare allargato (relazioni con la madre, presenza/assenza/invasività/giudizio da parte delle famiglie di origine, ecc.).

Il disagio sociale è invece rintracciabile attraverso dati osservativi (l'osservazione delle condizioni igieniche, presenza di reti parentali e amicali, isolamento linguistico e/o culturale, assenza del padre, ecc.), attraverso le storie personali dei genitori, che spesso sono caratterizzate da supporto dei servizi sociali, dalla permanenza in qualche struttura di accoglienza, dall'assenza di documenti amministrativi come i permessi di soggiorno, dalla presenza di dipendenze a carico dei genitori, ecc. o infine anche attraverso le richieste esplicite e specifiche formulate da madri e padri (richieste di supporto, di materiale per il neonato, di orientamento sul territorio, di rassicurazione riguardo alle capacità genitoriali, ecc.) Pur nella loro diversità queste due forme di disagio hanno un'ovvia interazione producendo l'una un rinforzo dell'altra.

I pericoli del disagio e dei suoi possibili sviluppi. Cecilia Gioia ci aiuta a capire meglio quali siano le definizioni che, nel quadro della pratica clinica e delle linee guida internazionali, vengono date del fenomeno del disagio perinatale.

In gravidanza e nel periodo del post partum, il disagio psichico interessa tra lo 0,05% e il 19% delle donne, una percentuale che varia a seconda del tipo di disturbo considerato. Secondo l'OMS l'esposizione a fattori di rischio durante la fase perinatale e nella prima e seconda infanzia, può "influire sul benessere psichico o predisporre allo sviluppo di un disturbo mentale molti anni o addirittura decenni dopo"

Già durante la gravidanza, durante il parto e nel post partum, la salute mentale di una persona può essere influenzata da eventi "non clinici", che possono quindi riguardare la condizione socio-economica o relazionale, mentre, dopo la nascita, i disturbi depressivi post partum, o il disturbo post traumatico da parto possono interferire con il legame di attaccamento nella diade mamma-bambino, influenzando negativamente lo sviluppo socio-emotivo e cognitivo del bambino.

L'approccio integrato e multidisciplinare ha un valore aggiunto. Entrambi i pareri dei professionisti consultati riguardo alle modalità più efficaci di gestione del disagio perinatale convergono sulla necessità di approcci integrati e multidisciplinari.

La psicologia perinatale, secondo Cecilia Gioia, può essere considerata l'area disciplinare di riferimenti, perché ha un approccio multidisciplinare e implica la collaborazione con altre figure professionali coinvolte in questa fase del ciclo di vita (psicologi, ginecologi, ostetriche, pediatri, insegnanti, assistenti sociali, avvocati) e si propone di realizzare una presa in carico efficace per le donne e le famiglie con rischio psicosociale o disagio psichico nell'ambito della rete dei servizi preesistenti e nelle associazioni del territorio, per offrire un continuum assistenziale che, accanto al sostegno psicologico possa offrire alle donne, soprattutto se in condizione di grave vulnerabilità socio-economica, un percorso di sostegno materiale, di accompagnamento alle opportunità e di rafforzamento delle competenze.

31

Anche Lucio Rinaldi conferma la validità di un approccio fondato sull'ascolto e sul coinvolgimento di una pluralità di professionalità. Sarebbe opportuno, secondo il suo parere, rendere disponibile un servizio che veda presenti operatori in grado di cogliere i differenti aspetti del disagio (psicologo, assistente sociale, ostetrica, ecc.) e che possa essere parte integrante dell'assistenza fornita in ospedale e in tutti i servizi territoriali che intercettano donne in gravidanza (ASL, ambulatori di analisi, consultori familiari, servizi di assistenza per dipendenze, Day Hospital, Ambulatori ostetrici, pronto soccorso ostetrici, ecc.). Il luogo di accoglienza intraospedaliero dovrebbe sostenere il percorso verso ambiti di presa in carico del disagio (servizi dedicati alla Psicopatologia Perinatale, Servizi Sociali,) in base alle diverse necessità, ma anche essere di per sé opportunità di una prima forma di contenimento e di supporto alla genitorialità.

Quando attivare un “supplemento” di attenzione. Nell'esperienza condotta dallo Spazio Mamme di Milano e da Fiocchi in Ospedale del Policlinico di Bari, emergono alcuni “eventi sentinella” che hanno successivamente posto in luce una condizione di disagio psicologico e sociale, o perché hanno aggravato uno stato di vulnerabilità preesistente o perché hanno scatenato uno stato di preoccupazione incontrollata circa la propria capacità di fare fronte a una quantità e intensità di stress connesso al nuovo status di madre. In base alle storie raccolte dai due progetti interpellati, emerge che i fattori di allerta rispetto all'aggravarsi di una condizione di disagio psicosociale possono andare da una gravidanza inattesa, magari in giovanissima età, alla lontananza dalla propria famiglia/comunità di origine; da una condizione di estrema precarietà abitativa, alla perdita improvvisa del lavoro; dall'isolamento della mamma e la mancanza di legami significativi al di fuori del nucleo familiare, a una pregressa storia di disagio psicologico, fino all'abbandono del lavoro a causa della forte inconciliabilità con le responsabilità familiari legate alle cure del neonato.

Strategie di rafforzamento delle donne e di mitigazione del disagio: lo scambio tra pari. Nei diversi anni di attività del Progetto Fiocchi in Ospedale si è potuto osservare come la fascia di popolazione più a rischio di disagio psicosociale nel periodo perinatale è proprio quella meno capace di richiedere aiuto, quindi quella più vulnerabile. Proprio su queste persone infatti si produce una “cumulazione di fattori di rischio” che l'incapacità di richiedere aiuto e la mancanza di risorse economiche e umane rendono estremamente pericolosa. Una mamma deprivata, insicura, di solito non chiede nulla, perché non ha interiorizzato la possibilità di ricevere sostegno e comprensione e non dispone degli strumenti utili a pianificare un accesso alle opportunità, anche quando queste esistono. Per queste donne, trovare, in un gruppo di mamme che si trovano nella stessa condizione, un'occasione di confronto è molto importante, soprattutto per le situazioni di disagio legate all'isolamento o alla lontananza dalla propria famiglia/comunità di origine. Inoltre, per alcuni aspetti organizzativi, come la tutela dei diritti delle neomamme, l'accesso al mondo del lavoro, la precarietà abitativa, la precarietà economica, ecc., lo scambio di informazioni tra pari può essere un modo per capire come attivarsi presso interlocutori competenti e specializzati (i sindacati, i sindacati inquilini, i servizi comunali, il servizio sociale...). Su questi temi, però, si devono incontrare due piani: il livello individuale (per il quale la mamma, informatasi, si attiva) e il livello sociale/politico che opera affinché la gravidanza e il post-parto abbiano tutele speciali.

Strategie di rafforzamento delle persone e di mitigazione del disagio: servizi di bassa soglia. La presenza di servizi a “bassa soglia”, sul territorio – come può essere il progetto Spazio Mamme o altri analoghi – facilita l'accesso in un contesto di gruppo accogliente, focalizzato sul bisogno delle mamme, all'interno del quale possono essere condivisi elementi di fatica o disagio, anche se, ovviamente, i bisogni specifici devono poi essere indirizzati a una forma di tutela forte presso servizi specializzati (consultori, cps, servizi sociali, sportelli di consulenza legale, sindacati...).

In caso di difficile accesso ai servizi, è fondamentale che operatori di bassa soglia si pongano come “facilitatori” dell’accesso, supportando la mamma nel trovare un’alternativa percorribile in tempi più rapidi. In casi di particolare necessità è possibile attivare un intervento domiciliare di sostegno sul modello dell’home visiting. Un sostegno di prossimità personalizzato che si può avviare sia in gravidanza che nei primi mille giorni di vita del bambino.

IL PEDIATRA, PRIMO MAESTRO DI CURA

Il/la pediatra rappresenta la figura professionale in grado di assicurare il migliore incontro tra la sicurezza della salute infantile e del benessere globale del bambino o della bambina.

Il pediatra ascolta, osserva, rassicura, consiglia, cura e indirizza i genitori a servizi di salute appropriati in casi specifici o in situazioni di patologia.

Tuttavia, un’inefficace infrastruttura di comunicazione tra banche dati, unita a una congiuntura particolarmente complessa che ha danneggiato i meccanismi di ricambio professionale nella classe medica, e in particolare in quella dei pediatri, hanno generato un forte rallentamento nelle procedure di assegnazione del pediatra di libera scelta.

Riccardo Bosi, Pediatra presso il Consultorio Familiare di via Cambellotti a Roma, collabora da anni con i progetti romani di Save the Children e ha maturato una particolare sensibilità verso i processi di accoglienza e cura di bambini e bambine nati da mamme non italiane. Secondo il suo parere, la misura fondamentale da mettere in atto sarebbe l’assegnazione del pediatra di famiglia ad ogni bambino, subito e senza pastoie burocratiche, senza costi aggiuntivi e senza pellegrinaggi da un ufficio all’altro. Non poter essere presi in cura dopo l’uscita dal punto nascita dell’ospedale, secondo Bosi, rappresenta per i minori vulnerabili un gap pesantissimo: mancata continuità terapeutica, pochi controlli, profilassi e visite specialistiche limitate, ricorso incongruo al Pronto soccorso.

Tuttavia, ancora oggi, oltre all’affollamento delle liste pazienti dei pediatri – specie in alcune zone del paese – mancanza di comunicazioni tra banche dati – quella del Comune che registra la nascita, quella dell’anagrafe tributaria che genera il nuovo codice fiscale e quella della ASL che fornisce la lista dei professionisti disponibili – rende spesso quella dell’assegnazione del pediatra di libera scelta una procedura lunga e tortuosa, che lascia scoperto il nuovo nato anche per diverse settimane. Sovente, nei casi di mamme titolari di codici di assistenza speciali per stranieri (ENI per i comunitari ed STP per gli extra comunitari) la procedura è ancora più complicata, con un danno grave, oltre che per i bambini e le bambine, anche per i servizi di emergenza sanitaria, come il pronto soccorso, che vengono ritenuti – a torto – come il presidio di prossimità più appropriato ad occuparsi dei piccoli problemi del neonato, dalle “colichette” intestinali ai raffreddori, all’alimentazione.

L’esperienza dei progetti Fiocchi in Ospedale di Roma-San Camillo, Pescara e Milano Sacco conferma questa torsione burocratica dietro la prassi di assegnazione del pediatra che, in casi particolari, può protrarsi fino a sei mesi dalla nascita del bambino o della bambina.

Nella loro esperienza di lavoro, ci riferiscono le operatrici, il tempo trascorso tra la nascita e l’assegnazione del pediatra di base dipende molto dalla situazione sociale e dal livello di integrazione della famiglia e dalla capacità di muoversi autonomamente e in maniera indipendente tra i diversi uffici di riferimento. Mediamente il tempo massimo per l’assegnazione di un pediatra è di 15 giorni dal giorno della nascita. In situazioni più svantaggiate dal punto di vista sociale, la scelta del pediatra avviene più avanti, talvolta anche dopo sei mesi e solo se e quando si presentano malesseri del bambino. Più spesso

33



Save the Children
100 ANNI

però, in assenza del pediatra le famiglie accedono al pronto soccorso. Questo si verifica soprattutto in casi in cui le mamme risiedono in Italia da poco tempo e/o la famiglia non è a conoscenza del ruolo del pediatra per mancanza di informazione e orientamento ai servizi oppure quando le famiglie abbiano qualche problema di ordine amministrativo: problemi con la residenza, con il permesso di soggiorno o con le prassi di ricongiungimento familiare.

Quando l'accesso al pediatra non è solo una sfida burocratica. Nell'esperienza dei progetti Fiocchi in Ospedale consultati, alcune persone in possesso di codici ENI o STP difficilmente accedono alla scelta del pediatra se non attivamente orientati e supportati da personale sanitario o sociale, a causa della complessità delle procedure documentali o della mancata conoscenza di tali procedure da parte del personale deputato all'assegnazione. Queste famiglie di solito temono di accedere al servizio sanitario e di rendersi "visibili" all'istituzione per timore che la situazione di non regolarità venga alla luce. La difficoltà riguarda quindi la mancanza di informazioni, mentre non abbiamo rilevato nessun problema per quanto riguarda il costo per l'assegnazione. Per il Lazio i bambini con STP hanno diritto alla scelta del pediatra ma non è molto conosciuto e spesso c'è bisogno della nostra mediazione.

Un altro problema ricorrente riguarda i costi per l'assegnazione. In particolare, alcune categorie di cittadini dell'Unione Europea in possesso di codice Eni devono pagare una quota assicurativa annua che dà loro diritto di accesso al SSN. Per chi non fosse in grado di affrontare questa spesa in alcune ASL ci sono ambulatori specifici STP-ENI, anche con pediatri, che sono presenti a turnazione, ma non è possibile scegliere un pediatra di riferimento personale.

CONCLUSIONI

La complessa realtà che accompagna le madri in Italia oggi, in conclusione, pone diversi obiettivi sfidanti di cambiamento, primo tra tutti quello culturale. La condizione delle madri può migliorare innanzitutto solo se si mira a realizzare una crescita sociale del Paese, a partire da un investimento nella scuola e nei servizi educativi della prima infanzia, educando tutte le generazioni -dagli studenti fino a coloro che ricoprono ruoli di responsabilità- ad una visione più moderna e paritaria della condizione femminile e, all'interno di questa, della maternità. La denatalità ai minimi storici, la disoccupazione femminile e materna, le segregazioni orizzontali e verticali fortemente radicate nel mondo del lavoro, l'asimmetria tra madri e padri e la mancanza di conciliazione tra vita privata e lavoro sono tutti fenomeni che ci portano a riflettere sulla necessità urgente di invertire la rotta. Le risposte delle politiche devono dunque essere immediate e strutturali: le iniziative normative e politiche sul tema delle donne e delle mamme, inserite nel più ampio tema delle politiche per la genitorialità e il welfare, si sono caratterizzate negli ultimi anni per una certa estemporaneità e occasionalità, quasi sempre al di fuori di una logica programmatica di medio-lungo termine. Investire in politiche a lungo raggio significa invece creare obiettivi di miglioramento delle condizioni sociali ed economiche delle donne e madri, non solo in un'ottica di sostegno, ma prima di tutto di diritto.

Dai dati e dalle testimonianze emerge un'Italia in cui le madri si trovano ad essere equilibriste tra la vita privata e quella lavorativa. Il percorso nascita e la vita delle neomamme, soprattutto se già in condizioni di vulnerabilità socio-economica, sono costellati di difficoltà e ostacoli da superare e la crescita dei figli viene vissuta oggi come un impegno che ricade in gran parte sulle donne. E' invece necessario che l'impegno nella tutela e nella promozione della maternità e della paternità, così come dell'infanzia, sia invece riconosciuto come il primo investimento per il futuro del Paese, da parte di tutta la collettività.



GARANTIRE IL SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ IN 3 MOSSE

➔ AIUTARE SUBITO LE MAMME PIU' IN DIFFICOLTA'

E' indispensabile assicurare particolare attenzione al percorso nascita, rafforzando i servizi di ascolto e di accompagnamento. I consultori familiari dovrebbero essere rafforzati garantendo la presenza di figure professionali adeguate a supportare le differenti necessità legate alle nuove evoluzioni familiari, in modo che possano tornare ad essere un punto di riferimento territoriale a sostegno di tutti i nuclei familiari ed in grado di sviluppare un approccio di individuazione precoce delle fragilità, definendo appositi indicatori a cui porre attenzione (come la solitudine, la mancata integrazione culturale, la precarietà abitativa e la povertà), promuovendo lo sviluppo dei servizi di *home visiting* pubblici e garantendo un raccordo territoriale tra tutti i servizi disponibili sul territorio nei casi di fragilità accertata. In particolare per i nuclei familiari più in difficoltà, occorre assicurare un legame tra le misure a sostegno della genitorialità e quelle previste nei percorsi personalizzati dei beneficiari delle misure di contrasto della povertà erogate a livello nazionale e locale.

➔ VALORIZZARE LE MIGLIORI ESPERIENZE DEL MONDO DEL LAVORO

E' necessario promuovere l'adozione dello strumento del family audit¹ nel settore privato, un sistema di valutazione e certificazione delle politiche aziendali che favoriscono la conciliazione tra famiglia e lavoro, atto a valutare all'interno dell'azienda la presenza di congedi parentali, flessibilità dell'orario e del luogo di lavoro, sistemi di accesso e di promozione non discriminanti rispetto alla genitorialità, servizi offerti (es. asili nido, convenzioni per attività culturali e sportive, campi estivi, assicurazione sanitaria), contributi finanziari (es. voucher aziendali per babysitting, borse di studio ai figli dei dipendenti). Il sistema di certificazione dovrebbe offrire benefici fiscali (sgravio IRES e/o IRAP) o un punteggio aggiuntivo nei bandi pubblici alle aziende soggette a valutazione e certificazione;

Occorre infine favorire il coinvolgimento degli uomini nel lavoro di cura, investendo nel rafforzamento della tutela giuridica dei padri, a partire dalla garanzia di un congedo di paternità di almeno 10 giorni come indicato nella Direttiva europea. Allo stesso modo occorre rafforzare il sistema di tutela delle lavoratrici, sanzionando i fenomeni di mancato accesso o espulsione dal mercato del lavoro per motivi legati alla maternità, segregazione orizzontale e verticale, differenziale salariale.

➔ PROMUOVERE IL BENESSERE DEL BAMBINO E DELLA FAMIGLIA FIN DALLA PRIMA INFANZIA

E' prioritario garantire che i servizi educativi per la prima infanzia diventino un diritto di tutti, rafforzando in particolare la rete dei nidi d'infanzia, a partire dai territori più deprivati, assicurando la necessaria copertura dei posti, adeguati standard qualitativi e –non da ultimo- condizioni di accessibilità eque e compatibili con le potenzialità di spesa delle famiglie. In tal senso, come approfondito dall'Istituto degli Innocenti¹, occorre rafforzare, nell'ambito dell'attuazione della riforma del “sistema integrato 0-6 anni”, l'offerta complessiva di accoglienza di bambini di meno di tre anni, anche ottimizzando gli investimenti e ristrutturando parte degli ambienti delle scuole di infanzia, che prevedibilmente non saranno utilizzati pienamente a causa del progressivo minor numero di bambini in quella fascia di età (3-5 anni). Inoltre, occorre garantire il ruolo di coordinamento affidato al Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca che ha il compito di indirizzare, coordinare e promuovere il sistema integrato 0-6 anni, garantendo il prima possibile l'attivazione effettiva ed efficace di un'apposita struttura di gestione.

E' necessario infine assicurare a tutti i bambini senza nessuna eccezione l'assegnazione del pediatra prima delle dimissioni post parto, garantendo la possibilità di scegliere il pediatra direttamente presso l'ufficio nascite dell'ospedale o comunque prima delle dimissioni attraverso una semplificazione delle procedure di registrazione anagrafica, fiscale e sanitaria del nuovo nato, così da operare un *referral* diretto e immediato al pediatra delle situazioni di maggiore vulnerabilità anche da un punto di vista sociosanitario.