

Percorso regionale integrato di sostegno ed intervento Mamma Segreta

Indirizzi metodologici in materia di prevenzione degli infanticidi, degli abbandoni traumatici alla nascita, diritto al non riconoscimento e tutela del neonato

Indice

1. Finalità
2. Aspetti generali del fenomeno e principali criticità
3. Riferimenti normativi
4. Il percorso regionale integrato di sostegno ed intervento Mamma Segreta
 - I destinatari
 - Le aree di intervento: contenuti generali
 - Le aree di intervento: contenuti specifici
 - a) L'area di primo contatto
 - b) L'area di sostegno competente
 - *Il gruppo di coordinamento e l'équipe di lavoro Mamma Segreta: composizioni, funzioni e metodologia di intervento.*
 - o *Il gruppo di coordinamento*
 - o *L'équipe di lavoro*
 - o *La metodologia di intervento*
 - c) L'area dell'accoglienza
5. Informazione, promozione e formazione degli operatori
6. Il non riconoscimento del neonato: la procedura ospedaliera
 - 6.1. Indicazioni particolari sul trattamento digitale dei dati
7. Schemi grafici del percorso Mamma Segreta

1. Finalità

Gli indirizzi oggetto del presente documento affrontano il complesso degli interventi di assistenza e di sostegno rivolti alle gestanti e alle madri in situazione di gravi difficoltà psicologiche e sociali le quali abbiano manifestato incertezza rispetto al riconoscimento del proprio bambino o che abbiano manifestato la volontà di non procedere al riconoscimento avvalendosi in tal caso del diritto a partorire in anonimato. Sono presi in considerazione anche gli interventi di tutela a favore dei neonati interessati da questo fenomeno.

Gli indirizzi di seguito individuati sono rivolti primariamente agli enti locali, alle aziende sanitarie locali e agli enti consortili tra questi soggetti (Società della Salute), nonché alle aziende ospedaliere, con l'obiettivo di delineare criteri e procedure omogenei per gli operatori dei servizi territoriali socio-assistenziali, sanitari ed ospedalieri interessati.

L'adozione di questo strumento di indirizzo si collega all'esperienza progettuale pilota "Mamma Segreta" promossa dalla Regione Toscana e attuata - con la collaborazione della Provincia, del Comune e della ASL di Prato e dell'Istituto degli Innocenti di Firenze - nella zona socio sanitaria Pratese a partire dal 1999; la finalità di tale esperienza è ravvisabile nella definizione di un percorso di intervento specifico di sostegno a gestanti e madri in difficoltà e per la prevenzione degli abbandoni alla nascita.

In coerenza con gli obiettivi previsti dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 (approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n.113 del 31/10/07) e ribaditi dal Piano Socio-Sanitario Integrato Regionale 2012-2015 (di cui alla Proposta di delibera al Consiglio regionale n. 38 del 19/12/2011), attraverso questi indirizzi si intende supportare lo sviluppo di un percorso regionale integrato di sostegno ed intervento denominato "Mamma Segreta" (d'ora in poi percorso Mamma Segreta), con le seguenti finalità:

- orientare, secondo principi di integrazione e di coordinamento, i servizi territoriali socio-assistenziali e sanitari ed i servizi ospedalieri nelle rispettive attività di assistenza, sostegno e accompagnamento nei casi di gestanti in gravi difficoltà psicologiche e sociali e di non riconoscimento del neonato da parte della madre;
- garantire alle gestanti e alle madri in difficoltà psicologiche e sociali le informazioni e le prestazioni professionali necessarie affinché possano assumere con la massima responsabilizzazione e consapevolezza possibile le decisioni circa il riconoscimento o meno dei loro nati, assicurando in particolare:
 - o l'accompagnamento della madre che riconosce il figlio nel processo di consolidamento della relazione genitoriale;
 - o il pieno rispetto dei diritti della donna e del minore conseguenti al parto in anonimato e al relativo non riconoscimento del neonato;
 - o il sostegno alla donna che non riconosce il neonato nel suo percorso di reinserimento sociale;
 - o l'inserimento del bambino in un nuovo nucleo familiare;
 - o la prevenzione degli infanticidi e degli abbandoni traumatici che mettono a rischio la vita dei neonati.

2. Aspetti generali del fenomeno e principali criticità

Per quanto il fenomeno del “non riconoscimento” dei figli alla nascita e – nei casi più gravi – di abbandono traumatico del neonato da parte dei genitori, costituiscano eventi statisticamente abbastanza rari nella realtà toscana, essi presentano peculiari caratteristiche di complessità per i numerosi aspetti in gioco di ordine sociale, psicologico, medico, giuridico, culturale, quali ad esempio il grado di consapevolezza da parte della donna, la presenza di eventuali pregiudizi da parte dell’operatore, la necessità di approntare adeguate soluzioni logistiche ed organizzative a livello ospedaliero durante il ricovero e il parto, il rischio di etichettatura sociale.

Tali caratteristiche tendono a sollecitare fortemente il sistema dei servizi che, se non adeguatamente organizzato anche sotto il profilo di procedure omogenee e condivise, può manifestare elementi di criticità.

Le situazioni di grave disagio e incertezza da parte delle donne in relazione al riconoscimento del neonato sono, in genere, circostanze che richiedono da parte dei servizi un’adeguata professionalità ed una specifica attività.

Anche i casi di abbandono del neonato successivo all’avvenuto riconoscimento, pur non prefigurando la fattispecie di nascita priva del riconoscimento genitoriale, determinano comunque l’esigenza di sostegno nei confronti della donna e di tutela del minore.

Altri aspetti di rilievo da rimarcare nell’analisi generale del fenomeno riguardano le modalità di relazione tra le donne e la rete dei servizi, che sono caratterizzate da alcune peculiarità:

- la maggioranza delle donne non si rivolge o non accede ai servizi durante il periodo della gravidanza, sia per l’oggettiva difficoltà dei servizi stessi ad “intercettare” e prendere in carico questo tipo di situazioni laddove non siano già note, sia perché esse tendono spesso a evitare intenzionalmente i normali circuiti socio-assistenziali;
- le donne tendono a manifestare le proprie difficoltà, incertezze o la volontà di non riconoscere il bambino direttamente al momento del ricovero presso la struttura ospedaliera o addirittura al momento del parto o nelle fasi immediatamente successive;
- la delicata fase di dimissione dall’ospedale sollecita fortemente gli operatori nell’esigenza di trovare un equilibrio tra le istanze di accompagnamento post-partum e i bisogni specifici della donna e del bambino connessi alla decisione maturata di riconoscimento o meno.

I servizi si trovano quindi ad affrontare alcuni elementi di criticità tipici del fenomeno:

Servizi territoriali socio-assistenziali e sanitari	Servizi ospedalieri
• difficoltà nella presa in carico prima del parto e nell'assistenza post-partum • carenza di formazione degli operatori • attivazione del servizio di mediazione interculturale • alto turnover degli operatori • esigenza di maggiore sensibilizzazione a livello dei potenziali punti di contatto con l'utenza sul territorio, anche di natura privata • esigenza di spazi dedicati per incontri e colloqui riservati • insufficiente comunicazione tra i servizi, l'ospedale e la magistratura minorile	• espressione della decisione di non riconoscimento nell'imminenza del parto • garantire procedure amministrative che rispettino il diritto all'anonimato • necessità di evitare il ricovero della donna in reparto con le altre partorienti • assistenza nelle fasi specifiche del percorso intraospedaliero (manovre diagnostiche, pratiche invasive al travaglio-parto, degenza) • carenza di formazione degli operatori ospedalieri (ostetricia, neonatologia, accettazione, ufficio denunce nascite, urp) • rischio di prolungati tempi di degenza del neonato in reparto • insufficiente comunicazione tra l'ospedale, i servizi sociali e la magistratura minorile

3. Riferimenti normativi

Costituzione

-artt.2, 3, 22, 30, 31

Codice Civile

-artt.1, 6, 250, 254 – Capacità giuridica, diritto al nome, riconoscimento e forme di riconoscimento;

Codice Penale

-artt. 326-622 – Rivelazione e utilizzazione di segreti d'ufficio e segreto professionale;

Normativa nazionale

- R.D 1238/39, “Ordinamento dello stato civile”;
- Legge 22 maggio 1978 n. 194, “ Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza”, artt. 1, 2;
- Legge 4 maggio 1983 n. 184, “Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori”, come modificata dalla Legge 476/1998 e dalla Legge 149/2001 (artt.1, 6, 7, 8, 9, 11, 19, 22, 25, 28, 70, 71, 73, 74);
- Legge 27 maggio 1991, n. 176, “Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo fatta a New York il 20 novembre 1989”, artt. 7,20,24;
- Legge 5 febbraio 1992 n. 91, “ Nuove norme sulla cittadinanza” e successive modifiche ed integrazioni avvenute tramite:
 - o DPR 18 aprile 1994, n. 362, che ha abrogato (con l'art. 8) l'art. 7, comma 1;
 - o Legge 22 dicembre 1994, n. 736 che ha abrogato (con l'art. 1) l'art. 17;
 - o Legge 23 dicembre 1996, n. 662 che ha modificato (con l'art. 2) l'art. 17;
- Legge 127 del 15 maggio 1997, “Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo”, art. 2 (Disposizioni in materia di stato civile e di certificazione anagrafica);
- Circolare Ministero della Giustizia – Direzione Generale, n. 1823 del 23 Maggio 1997 – Lettera circolare: istruzioni riguardanti la legge 127 del 1997;
- DPR 3 novembre 2000 n. 396, “Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'art.2 comma 12, della legge 15 maggio 1997 n.127”, artt. 29, 30, 31, 32, 38, 42;
- Decreto ministero sanità 16 luglio 2001, n.349, “Regolamento recante “ Modificazioni al certificato di assistenza al parto per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni”;
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 , “Codice in materia di protezione dei dati personali”.

Normativa e disposizioni regionali

- Legge regionale 24 febbraio 2005, n.41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”, in particolare:
 - o art.5 (diritto agli interventi e ai servizi)
 - o art.6 (soggetti tenuti alla presa in carico e erogazione delle prestazioni)
 - o art.7 (modalità di accesso)
 - o art.8 (diritto all'informazione e principi di comunicazione sociale)
 - o art.50 (funzioni dei consultori familiari)
 - o art.52 (politiche per le famiglie)
 - o art.53 (politiche per i minori)

- Legge regionale 9 giugno 2009, “Norme per l’accoglienza, l’integrazione partecipe e la tutela dei cittadini”, art. 6 (Disposizioni sull’accoglienza, l’integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri in Toscana):
 - o comma 31;
 - o comma 35;
 - o comma 36;
 - o comma 37;
 - o comma 55, lett. b) e lett. c);
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 313 del 25 marzo 2002 “Approvazione Guida e strumenti operativi in materia di abbandono e maltrattamento dei minori”;
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1053 del 25.10.2004, “PIR 2002-2004. Aggiornamento 2004 – che in attuazione del Piano Integrato Sociale regionale 2002-2004, approva, con l’allegato “F” il PIR “Sostegno alla famiglia e alla genitorialità” e l’azione connessa, denominata “Azione di sostegno alla natalità – Mamma Segreta”;
- Decreto dirigenziale n. 8145 del 24 dicembre 2004, “Delibera G.R. n.1053/2004-PIR Azione di sostegno alla natalità-Mamma Segreta:Contributo ai Comuni capofila Aree Vaste Comuni di Firenze, Prato, Pisa e Siena – per la realizzazione di azioni connesse al Progetto “Mamma Segreta”. Impegno di spesa”;
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1046 del 24.10.2005, “Attuazione per l’anno 2005 del Piano Integrato Sociale Regionale” e approvazione del Progetto di Interesse Regionale (PIR) “Sostegno alle Famiglie”;
- Piano Integrato sociale regionale 2007-2010, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 113 del 31 ottobre 2007, punti 6.2.4 “I minori vittime di maltrattamento, abuso e abbandono”, lett. f) e 7.14.1 “Le attività consultoriali”, lett. a);
- Delibera Giunta regionale n. 1139 del 22 dicembre 2008 “Approvazione azioni regionali per la riorganizzazione dei consultori per potenziare gli interventi socio-sanitari a favore delle famiglie”;
- Circolare Settore “Cittadinanza Sociale” e Settore “Assistenza Sanitaria” del 27 gennaio 2009 esplicativa della Deliberazione Giunta regionale 1139/2008;
- Delibera Giunta regionale n. 1318 del 28 dicembre 2009 “Approvazione azioni regionali per la riorganizzazione dei consultori e per il consolidamento degli interventi socio-sanitari a favore delle famiglie”;
- Delibera Giunta regionale n. 1172 del 28 dicembre 2010, “Accordo tra la Regione Toscana, il Dipartimento delle Politiche per la famiglia e il Ministero della Salute, di cui alla DGR 660/2009; linee progettuali sul potenziamento delle funzioni sociali dei consultori. Progettualità mirate promosse dalle Aziende Sanitarie della Regione ed implementazione delle attività sociali e socio-sanitarie della rete dei consultori”.

4. Il percorso regionale integrato di sostegno ed intervento “Mamma Segreta”.

I destinatari

Ai sensi della normativa regionale in materia di sistema integrato di interventi e servizi hanno diritto ad accedere alle prestazioni tutte le persone – comprese quindi le madri, le donne in gravidanza e i minori residenti in Toscana; (legge regionale 41/2005, art. 5, comma 1); gli interventi e i servizi sono comunque estesi alle persone presenti sul territorio regionale (legge regionale 41/2005, art. 5, comma 2) che si trovano nelle seguenti situazioni:

- donne straniere in stato di gravidanza e nei sei mesi successivi al parto - lett. a);
- donne straniere con permesso umanitario di cui all'articolo 18 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero) e donne straniere con permesso di soggiorno di cui all'articolo 41 dello stesso decreto legislativo- lett. b);
- donne richiedenti asilo e rifugiate, di cui al decreto legge 30 dicembre 1989, n. 416 (Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini extracomunitari ed apolidi già presenti nel territorio dello Stato), convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 39, da ultimo modificato dalla legge 30 luglio 2002, n. 189 – lett. c);
- minori di qualsiasi nazionalità – art. 5, comma 3.

Le aree di intervento: contenuti generali

Il percorso Mamma Segreta prevede tre aree di intervento complementari e strettamente interconnesse:

- o **l'area di primo contatto;**
- o **l'area di sostegno competente;**
- o **l'area dell' accoglienza.**

Area di primo contatto: riguarda tutti i servizi e le risorse del territorio (servizi sociali, sanitari, strutture di accoglienza, istituzioni scolastiche, associazioni, reti informali) che potenzialmente possono entrare in contatto con gestanti in gravi difficoltà e/o che manifestano incertezze o intenzioni di non riconoscimento del nascituro. E' in questa prima area che si stabilisce la relazione con la donna, la si ascolta e le si fornisce una prima informazione sui diritti, sulle opportunità previste dalla legge e sui riferimenti utili per accedere ai servizi ospedalieri e sociali.

Area di sostegno competente: costituisce il nucleo centrale del percorso ed è imperniata su una rete multidisciplinare di operatori dei servizi sociali e sanitari del territorio e dei servizi ospedalieri del punto nascita che si attiva direttamente o su indicazione di uno dei soggetti che intervengono nell'area di primo contatto. E' in quest'area che occorre approfondire l'ascolto, l'analisi del caso e accompagnare la donna adottando un atteggiamento empatico e non giudicante.

Area dell' accoglienza: il sostegno si completa e si conclude con la dimissione dalla struttura ospedaliera ed il reinserimento socio-familiare della donna e del bambino che seguono un percorso congiunto o distinto in relazione all'avvenuto o meno riconoscimento.

Le aree di intervento: contenuti specifici

a) L'area di primo contatto

La rete dei soggetti ai quali potenzialmente la gestante può rivolgersi per esprimere la propria condizione è molto ampia e può comprendere, oltre alla rete dei servizi, le reti informali (familiare, parentale e amicale), del volontariato, della scuola, fino alle parrocchie, le associazioni e i circoli.

Il tempo in cui può avvenire il contatto non è predeterminabile e può collocarsi sia nei mesi di gravidanza, che nel periodo immediatamente precedente al parto, così come dopo il ricovero ospedaliero.

In questa fase i potenziali interlocutori possono quindi afferire a realtà diverse:

- o famiglia e rete parentale;
- o rete amicale e del tempo libero;
- o scuola, università e mondo del lavoro;
- o servizi sociali territoriali;
- o consultori e distretti socio-sanitari;
- o servizi per l'educazione alla salute;
- o consultori per immigrati;
- o Ser.T.;
- o servizi di Psicologia e Salute Mentale;
- o medici di base e pediatri;
- o ospedale;
- o punti Informagiovani;
- o uffici e sportelli informativi per stranieri;
- o comunità di accoglienza per gestanti e madri con figlio;
- o parrocchie, gruppi di volontariato e associazioni.

Sia nel caso delle reti informali che delle reti formali, è necessario che la gestante in condizione di grave difficoltà psicologica e sociale riceva ascolto, informazioni e un primo orientamento, in maniera da rispondere tempestivamente ai bisogni rappresentati.

All'interno della rete professionale dei servizi sociali, sanitari e ospedalieri del territorio devono essere assicurate funzioni di:

- a) ascolto e riconoscimento del disagio;
- b) informazione sui diritti, sulle opportunità sia per la donna che per il neonato, nonché sui servizi specialistici ai quali rivolgersi;
- c) accompagnamento verso gli operatori impegnati nell'area di sostegno competente.

b) L'area di sostegno competente

L'intervento di sostegno competente è attivato a seguito:

- dell'inoltro/segnalazione del caso da parte di uno dei servizi o soggetti dell'area di primo contatto;
- attraverso il contatto diretto da parte della donna con gli operatori dei servizi.

Ai fini dell'attivazione dei necessari interventi, le Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliere Universitarie e i Comuni individuano il gruppo di coordinamento e l'équipe multidisciplinare di cui al punto successivo, designando gli operatori nell'ambito della rete dei seguenti servizi:

- a) servizi sociali dei Comuni;
- b) servizi sociali e sanitari ASL (consultori, Ser.T, servizi di psicologia e di neuropsichiatria infantile, di salute mentale e altri presidi sanitari distrettuali);
- c) servizi ospedalieri ASL e AOU (ostetricia e ginecologia, neonatologia).

Il gruppo di coordinamento e l'équipe di lavoro Mamma Segreta: composizioni, funzioni e metodologia di intervento.

Il gruppo di coordinamento

Il gruppo di coordinamento è preferibilmente costituito in relazione ad un punto nascita di interesse zonale o sovrazonale.

Del gruppo di coordinamento fanno parte i referenti delle attività sociali e socio-sanitarie del territorio, quali i servizi sociali, di psicologia e dei consultori, nonché i referenti dei servizi ospedalieri del punto nascita.

Il gruppo di coordinamento assicura le seguenti funzioni:

- a. *l'individuazione* degli operatori dell'équipe di lavoro, assicurando che vi siano rappresentate tutte le figure professionali utili al buon esito del percorso;
- b. *la definizione* delle procedure necessarie ad assicurare il raccordo funzionale tra le diverse aree di intervento;
- c. *il monitoraggio* dell'attività dell'équipe di lavoro, al fine di verificare l'evoluzione del processo di sostegno e di rilevarne i punti di caduta e di forza;
- d. *la convocazione* di riunioni periodiche per la verifica *in itinere* e per la discussione dei casi seguiti dai membri dell'équipe di lavoro;
- e. *la verifica* delle esigenze di aggiornamento e del fabbisogno formativo dell'équipe di lavoro;
- f. *la promozione* dell'informazione nei riguardi dei servizi dell'area di primo contatto, attraverso incontri e seminari di sensibilizzazione e approfondimento;
- g. *la raccolta* dei dati e delle informazioni sul funzionamento del servizio, anche a fini di ricerca e analisi statistica.

L'équipe di lavoro

L'équipe di lavoro è composta da operatori individuati dal gruppo di coordinamento tra il personale dei servizi sociali e sanitari del territorio che abbiano esperienza delle metodologie di lavoro individuale con persone adulte (assistente sociale, psicologo, ostetrica, ginecologo, educatore) e dei servizi ospedalieri dei punti nascita (medici, ostetriche, infermieri, amministrativi).

L'équipe di lavoro è costituita preferibilmente in relazione alla presenza sul territorio di riferimento di uno o più punti nascita; laddove siano presenti più punti nascita si può prevedere la costituzione di più équipes di lavoro.

L'équipe può operare, oltre che presso le sedi dei punti nascita, anche presso i servizi sociali e sanitari presenti sul territorio.

L'équipe di lavoro assicura le seguenti **funzioni**:

- a) fornire informazioni approfondite sui diritti previsti dalla legge e sul percorso previsto per il non riconoscimento del neonato;
- b) offrire accoglienza, ascolto e sostegno non giudicante all'elaborazione della decisione;
- c) orientare e accompagnare verso la rete dei servizi dopo il parto;
- d) collaborare con il gruppo di coordinamento ai fini del monitoraggio degli interventi e della raccolta dei dati.

La metodologia di intervento

L'équipe di lavoro opera attraverso una **metodologia** improntata ai seguenti criteri:

- a) costruire e consolidare una metodologia di lavoro comune;
- b) realizzare una progettazione omogenea e condivisa degli interventi utilizzando le competenze specifiche delle diverse professioni;
- c) dare impulso alla sensibilizzazione della rete territoriale di primo contatto;
- d) sostenere lo sviluppo del progetto, verificarne il funzionamento e proporre gli eventuali adeguamenti.

La **metodologia** adottata dall'operatore dell'équipe di lavoro privilegia lo strumento del colloquio finalizzato a stabilire una relazione significativa con la donna che deve sentirsi accettata e non giudicata.

L'atteggiamento di rispetto, di non giudizio interiorizzato nell'operatore è necessario per la maturazione di un legame di fiducia prezioso nel processo di formazione della decisione che la donna affronta nella fase del sostegno, ma anche per la fase successiva di accompagnamento verso strutture di accoglienza adeguate alle diverse esigenze.

Quando la donna che si rivolge al servizio è straniera, l'operatore per poter stabilire una relazione efficace potrà avvalersi della collaborazione di un mediatore culturale che l'aiuti nella comprensione dei problemi, degli atteggiamenti e delle aspettative.

Se durante i colloqui di sostegno la donna, avendo meglio chiarito la propria condizione e le proprie motivazioni, decide di voler riconoscere il bambino, l'operatore dell'équipe la indirizza e l'accompagna ai servizi sociali e socio-sanitari territorialmente competenti perché possa accedere, secondo i suoi bisogni, agli interventi e alle prestazioni previste in tali casi.

Per quanto concerne il **contesto organizzativo** di riferimento, l'équipe di lavoro opera preferibilmente in spazi riservati, familiari ed accoglienti che possono essere individuati:

- a) prima del parto, presso i servizi di assistenza sociale territoriale, assistenza psicologica e ostetrica (consultori o distretti socio-sanitari);
- b) al momento del parto, presso i reparti di ostetricia-ginecologia dei punti nascita.

Per favorire l'efficienza dell'équipe di lavoro si rende necessario assicurare all'interno dei diversi contesti la presenza di più personale adeguatamente formato in modo da garantire la continuità anche durante assenze, ferie, turnazioni, ecc..

c) L'area dell'accoglienza

Dopo il parto, al termine del periodo di degenza previsto dalla struttura ospedaliera, la donna e il neonato sono seguiti dai servizi sociali territorialmente competenti che predispongono, in relazione all'avvenuto riconoscimento o meno, un piano di assistenza personalizzato, curando le comunicazioni

con l'Autorità Giudiziaria minorile e organizzando le risorse e gli interventi corrispondenti alle diverse necessità.

La terza fase dell' accoglienza è caratterizzata dalle seguenti funzioni/azioni specifiche da parte dei servizi territoriali:

- a) sostegno genitoriale per la donna e il figlio riconosciuto;
- b) promozione del reinserimento sociale della donna che non ha riconosciuto;
- c) accoglienza in nuovo nucleo familiare per il neonato non riconosciuto.

In questa fase l'operatore di sostegno dell'equipe di lavoro "Mamma Segreta" collabora con lo scopo di semplificare le procedure di accesso ai servizi e alle prestazioni, ridurre i tempi della presa in carico, concorrere a individuare le soluzioni più idonee.

Salvo specifiche esigenze di allontanamento dal proprio ambiente di vita richieste dall'Autorità Giudiziaria nell'interesse della donna e del minore, le misure di accoglienza prima e dopo il parto sono garantite attraverso l'intervento dei servizi sociali e sanitari del territorio di residenza o domicilio, anche nel caso di gestanti o madri straniere prive di documento di soggiorno nei modi previsti dalla legge.

L'ospitalità della donna e/o del minore in comunità di accoglienza avviene individuando le modalità più idonee e appropriate per salvaguardare i diritti della donna e del minore, per garantire le forme più adeguate di sostegno alla specifica condizione nonché di rispetto della riservatezza, avendo cura di preservare la donna da convivenze e contatti che possano accrescere il suo stato di disagio.

Le strutture di accoglienza concorrono alla buona gestione del caso collaborando con l'équipe "Mamma Segreta", con la struttura ospedaliera e con i servizi sociali territoriali coinvolti.

5. Informazione, promozione e formazione degli operatori.

Per quanto concerne la **promozione** della rete di primo contatto e la relativa sensibilizzazione dei vari soggetti che vi operano, le azioni informative si svilupperanno secondo una strategia che tenga conto dei diversi possibili livelli e contesti di riferimento (informale, formale, professionale):

- a) seminari informativi mirati per specifiche tipologie di operatori (dirigenti e docenti scolastici, medici di base e pediatri, Ser.T., psicologia, neuropsichiatria infantile, salute mentale, sportelli informativi);
- b) giornate di studio e confronto sul fenomeno a livello territoriale per addetti al lavoro e per la comunità locale;
- c) spot pubblicitari televisivi e/o radiofonici;
- d) manifesti e volantini tradotti in più lingue e distribuiti nei punti strategici per l'utenza (mezzi di trasporto pubblici, uffici comunali, Questura, Telephone ed Internet Point, Parrocchie, associazioni laiche e religiose, associazioni di cittadini immigrati, farmacie, ecc.).

Il percorso di intervento dovrà garantire tra i propri elementi fondanti la **formazione** e l'aggiornamento in itinere degli operatori afferenti alle tre aree d'intervento, sia su aspetti di carattere generale che su tematiche specifiche connesse alle attività, tra le quali si indicano:

- a) gli obiettivi e le azioni del percorso di intervento;
- b) la costruzione della relazione con la donna;
- c) le risorse offerte dalla rete territoriale dei servizi;
- d) i diritti e i doveri degli utenti e degli operatori;
- e) la procedura ospedaliera.

Nella consapevolezza delle criticità del problema che viene affrontato, delle sue implicazioni culturali e affettive sull'idea interiorizzata del rapporto madre-bambino, sono da promuovere occasioni di confronto e discussione fra pari all'interno dell'èquipes, quali momenti significativi di auto-formazione e complemento al lavoro.

Le attività sopradescritte saranno promosse e realizzate da tutti i soggetti istituzionali coinvolti nel percorso Mamma Segreta che potranno collaborare, ognuno per le rispettive competenze, ai fini della più efficace attuazione delle azioni di sostegno e di formazione degli operatori.

6. Il non riconoscimento del neonato: la procedura ospedaliera.

All'interno dell'area di sostegno competente, si inserisce in modo particolare la definizione di un percorso ospedaliero specifico e coordinato, da attivare in caso di ricovero di gestante che manifesta grave disagio psico-sociale, incertezza o intenzione di non riconoscere il bambino.

Le principali figure e le relative articolazioni organizzative coinvolte nella gestione della procedura presso il punto nascita ospedaliero sono di norma le seguenti:

- Ostetricia e Ginecologia (Medico, Caposala di Ostetricia e Accettazione e Ostetrico)
- Pediatria e Neonatologia (Medico e Caposala).
- Dipartimento Emergenza Accettazione (Operatore DEA)
- Anestesia e Rianimazione (Medico)

Con tali figure si relaziona l'operatore dell'équipe "Mamma Segreta" con funzioni di sostegno competente e accompagnamento nei riguardi della donna durante il ricovero.

Descrizione delle fasi di intervento

Fase	Operatori coinvolti
A. Accoglienza della donna	<i>In relazione alle diverse modalità organizzative dei vari punti nascita, l'operatore di "primo contatto" può identificarsi con l'infermiere del DEA, il personale ostetrico dell'accettazione o con il personale degli ambulatori prenatali.</i>

L'operatore della struttura ospedaliera che entra in relazione con la donna in uno dei possibili contesti di primo contatto presso il punto nascita (pronto soccorso, accettazione ospedaliera, accettazione ostetrico-ginecologica) fornisce le prime informazioni essenziali e indirizza all'operatore di sostegno dell'équipe "Mamma Segreta"; questi provvede ad informare il gruppo di coordinamento.

Fase	Operatori coinvolti
B. Ascolto e sostegno alla decisione della donna	o Operatore di sostegno équipe "Mamma Segreta"

L'operatore di sostegno dell'équipe "Mamma Segreta", avvalendosi eventualmente di un mediatore culturale, si attiva attraverso colloqui approfonditi con la donna, fornendo informazioni circa il percorso di sostegno previsto.

Sia pur nell'imminenza del parto i colloqui devono avvenire in spazi accoglienti e riservati al fine di garantire primariamente il rispetto della *privacy* e dell'anonimato.

La donna verrà seguita ed accompagnata dall'operatore di sostegno al fine di facilitare le procedure di presa in carico da parte del servizio di Ostetricia e Ginecologia.

L'operatore di sostegno dell'équipe rappresenta quindi per la donna un punto di riferimento costante per tutte le fasi, dal percorso di ricovero ospedaliero fino al momento delle dimissioni.

Fase	Operatori coinvolti
<i>C. La presa in carico della donna nell'imminenza del parto</i>	- o Caposala Ostetricia e Ginecologia - o Medico Ostetricia e Ginecologia - o Ostetriche Ostetricia e Ginecologia

Al momento della presa in carico della donna che deve partorire la competente struttura di Ostetricia e Ginecologia attiva l'equipe di lavoro "Mamma Segreta".

Gli operatori di Ostetricia e Ginecologia riportano sulla cartella, regolarmente compilata in ogni sua parte, la dicitura "Mamma Segreta" e la sigla "MS" seguita dalla relativa cronologia (MSnumero/anno); in tal modo gli operatori che entreranno successivamente in contatto con la paziente riceveranno un' adeguata informazione.

Gli esami strumentali, come i tracciati cardiotocografici, vengono effettuati escludendone il volume e le ecografie vengono eseguite avendo cura di girare il monitor in modo da non mostrare il feto alla donna.

Nell'esecuzione di tali esami dovrà essere comunque sempre rispettata la volontà della donna.

Fase	Operatori coinvolti
<i>D. Gestione e registrazione su cartella clinica e su Registro di Reparto</i>	- o Caposala Ostetricia e Ginecologia - o Medico Ostetricia e Ginecologia - o Ostetrica Ostetricia e Ginecologia - o Personale amministrativo

In caso di ricovero (sia durante la gravidanza per eventuali accertamenti o problematiche specifiche, sia nell'imminenza del parto) la paziente deve essere ricoverata nella struttura di Ginecologia e il suo nome non deve comparire sul tabellone delle presenze del reparto.

La **documentazione** della paziente, curata dalla caposala della struttura di Ostetricia e Ginecologia, è gestita in modo da assicurare:

- che sulla **cartella clinica** sia riportata:

- la sigla "MS", con il numero progressivo nell'anno e l'anno di riferimento;
- il giorno, l'ora ed il numero progressivo del parto, il numero del braccialetto di identificazione ed il numero della SDO del figlio;

- che la **cartella clinica** sia archiviata in apposito spazio riservato, inserita in una busta chiusa dove siano riportati il giorno, l'ora del parto e il numero SDO della madre e del bambino. Le cartelle cliniche della mamma e del bambino vanno inserite separatamente in buste chiuse, e su ogni busta deve essere apposto un codice che rinvia ad un registro che contiene le sigle della posizione in archivio.

In caso di ricovero prima del parto la caposala deve conservare la Cartella Clinica della paziente presso la struttura di Ginecologia, in un luogo conosciuto ma riservato e protetto, anche se accessibile dal personale, nel caso in cui sia necessaria la consultazione.

Il sistema informatico aziendale al momento dell'invio in Regione delle SDO deve segnalare in modo opportuno le pazienti protette dall'anonimato (comunicando solo ed esclusivamente la ASL di appartenenza per le opportune compensazioni).

-che nella **SDO**, relativa al ricovero della donna, sia registrato:

- l'anonimato e la diagnosi di ingresso (es. travaglio di parto, gestosi ecc...);

- nel campo del “Cognome”, la dicitura “Mamma” e nel campo del “Nome” la dicitura “Segreta”, seguita dal numero/anno, nonché dalla nazionalità; va inoltre barrato l’apposito campo “parto in anonimato”.
- che nel **Registro di Reparto** la paziente sia registrata alla lettera M (ad esempio: Mamma Segreta 1/2005 ecc), mantenendo il numero progressivo del Registro e che si trascriva il numero di ricovero e le notizie relative al parto.

Fase	Operatori coinvolti
<i>E. Operazioni relative al travaglio e al parto</i>	- o Ostetrica U.O. Ostetricia e Ginecologia - o Medico U.O. Ostetricia e Ginecologia - o Medico U.O. Anestesia e Rianimazione

L’ostetrica di Ostetricia e Ginecologia che prende in carico il caso deve provvedere affinché:

- per il travaglio debba essere utilizzata una stanza che possa offrire la maggior riservatezza ;
- il travaglio sia seguito, nel limite del possibile, da un solo operatore (ostetrica) con la massima disponibilità all’ascolto e all’accoglienza, evitando domande concernenti le circostanze che hanno condotto alla decisione e stabilendo una comunicazione tranquilla ed empatica;
- nel caso che la donna richieda la partoanalgesia istituzionale, questa sia seguita solo dagli operatori strettamente necessari;
- siano ridotte le pratiche invasive e le manovre chirurgiche, limitando la permanenza della donna in sala parto;
- le pratiche amministrative e diagnostico-terapeutiche relative alla donna e al neonato siano espletate garantendo l’anonimato;
- la paziente, dopo l’avvenuto parto, se le circostanze lo permettono, sia riportata quanto prima in Ginecologia.

Fase	Operatori coinvolti
<i>F. Gestione neonato e cartella clinica neonatale</i>	- o Medico e Caposala Pediatria e/o Neonatologia e/o Ostetricia - o Infermiere - o Fisioterapista

Il neonato deve essere assistito dal personale di riferimento assicurando i seguenti interventi:

- l’accoglienza, immediatamente dopo la nascita, nell’isola neonatale mobile, posta lontano dal luogo in cui è avvenuto il parto;
- il trasferimento quanto prima nella struttura del Nido o della Neonatologia o, in caso di patologie neonatali, nel reparto di Terapia Intensiva o di Cure Intermedie;
- la registrazione da parte dell’ Accettazione con la dicitura di diagnosi “accertamenti”;
- la tutela da parte di tutto il personale, in modo da garantirne la massima riservatezza e da impedire l’accesso di soggetti esterni non coinvolti nel percorso assistenziale del neonato;

In particolare, la caposala della struttura di Pediatria e di Ostetricia deve provvedere affinché:

- sia effettuata la **SDO** relativa al ricovero del neonato riportando nel campo “Cognome” la dicitura “Bambino” e nel campo “Nome” la dicitura “Segreto”, seguita dal numero-anno; gli altri dati verranno registrati in un secondo momento a seguito della denuncia di nascita; eventuali notizie di

rilevanza sanitaria e la nazionalità ai fini delle informazioni necessarie al Tribunale per i Minorenni potranno essere dedotte dalla cartella clinica materna di cui al punto D.

- nella **Cartella neonatale** non vi sia alcun riferimento ai dati anagrafici della madre, in particolare ai referti di esami di laboratorio o di indagini strumentali che siano stati eseguiti in precedenza nello stesso ospedale o in altri presidi e che riportino le generalità complete della madre;
- sia prestata attenzione, nel caso in cui il neonato venga trasferito d'urgenza in altri ospedali pediatrici, ai referti successivamente inviati dal punto nascita al nuovo ospedale, avendo cura di cancellare le generalità della madre e apponendo la sigla "MS";
- sia modificata, una volta che sia stato registrato in Comune l'Atto di Nascita, la **SDO** fatta per il ricovero e aggiornata la **Cartella Clinica** con i dati anagrafici con cui viene effettivamente registrato il neonato in Comune;
- sia comunicata alla caposala della struttura di Ostetricia e Ginecologia il numero di SDO del neonato, affinché il numero possa essere scritto sulla **Cartella Clinica** della madre.

Fase	Operatori coinvolti
<i>G. Segnalazione stato di abbandono</i>	o Operatore di sostegno équipe "Mamma Segreta"

La segnalazione dello stato di abbandono al Tribunale per i Minorenni competente, salvo i casi di urgenza, per i quali il Responsabile del Reparto ospedaliero procede direttamente, è assicurata dall'operatore di sostegno dell'équipe "Mamma Segreta" che ha seguito il caso.

Fase	Operatori coinvolti
<i>H. Denuncia di nascita</i>	o Ostetrica U.O. Ostetricia e Ginecologia o Infermiere Neonatologia o Amministrativo

L'ostetrica che ha assistito al parto deve:

- effettuare la denuncia di nascita presso l'ufficio di **Stato Civile** del Comune entro 10 giorni dal parto dichiarando che si tratta di "figlio di madre che non vuole essere nominata";
- comunicare alla caposala della struttura di Pediatria i dati anagrafici con cui il bambino viene registrato nell'atto di nascita, affinché possa essere modificata la **SDO** e aggiornata la **Cartella Clinica**, come indicato al punto F;
- provvedere alla denuncia di nascita entro il medesimo termine di 10 giorni, anche nel caso in cui il neonato venga trasferito per problemi sanitari ad altro ospedale subito dopo il parto.

Fase	Operatori coinvolti
------	---------------------

<i>I. Dimissione paziente e accompagnamento ai servizi</i>	- o <i>Medico Ostetricia e Ginecologia</i> - o <i>Caposala Ostetricia e Ginecologia</i> - o <i>Ostetrica</i> - o <i>Operatore di sostegno équipe “Mamma Segreta”</i>
--	---

Il medico della struttura di Ostetricia e Ginecologia deve:

- mantenere l’anonimato della paziente nella fase della dimissione;
- fornire alla donna che al momento della dimissione necessita di terapia farmacologica, i farmaci direttamente dal reparto.

La caposala della stessa struttura di Ostetricia e Ginecologia provvede a:

- fornire, in collaborazione con l'ostetrica, la prenotazione della visita ginecologica di controllo dopo un mese circa dall’avvenuto parto;
- attivare l'operatore di sostegno dell'équipe “Mamma Segreta” comunicando che vi sono le condizioni per la dimissione.

L’operatore di sostegno équipe “Mamma Segreta” provvede ad accompagnare la donna ai servizi socio-sanitari territoriali di competenza per la presa in carico.

Fase	Operatori coinvolti
<i>L. Registrazione, archiviazione dati</i>	<i>Amministrativo dell’Accettazione sanitaria e degli Uffici Amministrativi</i>

Gli uffici amministrativi dell’ospedale su richiesta degli interessati (genitori affidatari o adottivi) nel rilasciare copia della cartella clinica del neonato dovranno controllare attentamente che non vengano consegnati referti di esami della madre che non siano stati opportunamente privati delle generalità.

6.1. Indicazioni particolari sul trattamento digitale dei dati.

Nel caso di trattamento digitale dei dati deve essere aggiornato il documento sulla sicurezza informatica dell'ente al fine di inserire le misure specifiche, per tale tipologia di informazioni, che raggiungano l'obiettivo di:

Nella fase di archiviazione:

- a. garantire che le cartelle cliniche digitali della donna e del bambino non debbano risiedere all'interno dello stesso archivio digitale e che non esista alcun riferimento che consenta il collegamento fra la madre e il figlio;
- b. che i supporti di memorizzazione di tali cartelle cliniche siano supporti off-line, che siano applicati adeguati algoritmi di crittografia e che siano sotto la diretta custodia del responsabile dell'ufficio cartelle cliniche o della persona individuata quale responsabile dello specifico trattamento dati che assicura anche la sicurezza e la disponibilità fisica dei supporti;
- c. il collegamento fra il codice identificativo della donna e il codice identificativo del neonato deve risiedere in un separato archivio e diverso supporto fisico anch'esso off-line e sottoposto a crittografia la cui gestione e responsabilità deve essere assegnata a persona diversa da quella di cui al precedente punto b);
- d. il personale addetto alla manutenzione e alla gestione dei sistemi deve porre in atto adeguate misure al fine di garantire la sicurezza e la disponibilità nel tempo nell'accesso ai dati (backup, aggiornamento tecnologico, leggibilità dei dati, ecc..), nonché adottare misure idonee al fine garantire che i supporti con tali dati non vadano nella disponibilità di altre persone oltre i diretti responsabili e loro eventuali incaricati facendo particolare attenzione alle fasi di aggiornamento tecnologico, di manutenzione e riparazione, di dismissioni per obsolescenza dei sistemi;

Nella fase di gestione (nella quale i dati debbono necessariamente essere tenuti on-line):

garantire che nelle cartelle cliniche digitali della donna e del bambino non esista alcun riferimento diretto che consenta il collegamento fra la madre e il figlio;

- a. che tale collegamento avvenga esclusivamente attraverso un ulteriore archivio che contenga il codice della madre e il codice del figlio e che tale archivio risulti accessibile e utilizzabile per il collegamento attraverso l'intervento di uno specifico responsabile (capo sala, primario del reparto, direttore sanitario) e attraverso l'utilizzo della tessera sanitaria digitale (smart card);
- b. tutte le operazioni di ricongiungimento informativo fra madre e figlio debbano essere assoggettate a operazioni di log riportanti l'identità della persona che ha effettuato il collegamento e il codice della cartella clinica della donna;
- c. l'informazione del collegamento tra madre e figlio deve essere spostata in fase di archiviazione (vedi punto precedente) al momento della dimissione della donna e deve essere cancellata dai supporti on-line;
- d. il personale addetto alla manutenzione e gestione dei sistemi deve porre in atto adeguate misure al fine di garantire la sicurezza e la disponibilità nel tempo nell'accesso ai dati (backup, aggiornamento tecnologico, leggibilità dei dati, ecc..), nonché adottare misure idonee al fine garantire che i supporti con tali dati non vadano nella disponibilità di altre persone oltre i diretti responsabili e loro eventuali incaricati, ponendo particolare attenzione alle fasi di aggiornamento tecnologico, di manutenzione e riparazione, di dismissioni per obsolescenza dei sistemi, ecc;
- e. nel caso di trasmissione dei dati, la cartella clinica della donna e del bambino non devono in alcun modo essere accoppiate;

- f. al fine di disporre di informazioni della madre in caso di trattamento clinico del figlio la cartella clinica di quest'ultimo può essere integrata con le informazioni della madre garantendo in ogni caso la non identificazione della stessa.

7. Schemi grafici del percorso Mamma Segreta



