

LINEE DI INDIRIZZO PERCORSO REGIONALE INTEGRATO DI SOSTEGNO E DI INTERVENTO MAMMA SEGRETA

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

Indice

Premessa	3
FINALITÀ	4
ASPETTI GENERALI E SPECIFICITÀ	7
IL PERCORSO DI INTERVENTO MAMMA SEGRETA	9
INFORMAZIONE, PROMOZIONE E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI	13
Allegati	14
Allegato 1. Schema di sintesi del processo	14
Allegato 2. Riferimenti normativi	15

Premessa

La nascita di un bambino è un evento straordinario che incide profondamente nella vita concreta, emotiva e relazionale di una donna.

Non tutte le donne possono essere pronte ad accogliere la propria maternità e ciò può essere riconducibile a motivazioni diverse che, in ogni caso, devono essere ascoltate, comprese e riconosciute. Durante la gravidanza, specialmente in situazioni di difficoltà della madre nel rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino, è indispensabile che la donna sia seguita in maniera qualificata, per la tutela sua e del nascituro, in modo da evitare decisioni affrettate e spesso drammatiche, al momento del parto. Occorre sostenere, accompagnare, informare le donne, affinché le loro scelte siano libere e consapevolmente responsabili.

Partorire in anonimato in ospedale, piuttosto che in situazioni poco protette, garantisce maggiori tutele medico-sanitarie e protezione sia per il neonato (che al momento della nascita ha il diritto di ricevere gli interventi diagnostici e terapeutici necessari e di essere immediatamente accudito e assistito), che per la madre, la quale può partorire in sicurezza e ottenere tutte le cure cliniche e il sostegno del caso.

In ospedale, al momento del parto, serve garantire la massima riservatezza, senza giudizi colpevolizzanti ma con interventi adeguati ed efficaci, per assicurare – anche dopo la dimissione – che il parto resti in anonimato.

Si tratta di un evento estremamente delicato che mette a dura prova la capacità del quadro istituzionale e legislativo nonché del sistema di sicurezza sociale di fornire le giuste e pronte tutele nei riguardi di soggetti che si trovano in situazione di particolare fragilità.

La donna che non riconosce e il neonato sono i due soggetti che la legge deve tutelare, intesi come persone distinte, ognuno con specifici diritti.

Le linee di indirizzo nascono proprio da queste premesse e dalla consapevole necessità di adottare indicazioni e pratiche in grado di tutelare il bambino e la madre. Muovendo da questi presupposti le presenti linee di indirizzo, forti di una eredità pluriennale, costruiscono una cornice teorico-metodologica condivisa su cui andranno a innestarsi le azioni e le pratiche dei professionisti che operano quotidianamente in questo ambito.

FINALITÀ

Il presente documento aggiorna le precedenti linee di indirizzo degli interventi di assistenza e sostegno rivolti alle gestanti e alle madri in situazioni 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 del diritto a partorire in anonimato (deliberazione Giunta regionale n. 792 del 03-09-2012).

Obiettivo primario del progetto resta la costruzione di un percorso di prevenzione e di tutela che permetta alla donna in difficoltà di affrontare con consapevolezza la propria situazione sia che decida o meno di riconoscere il bambino, ricevendo la necessaria assistenza socio sanitaria per loro stesse e per il bambino.

Sono presi in considerazione anche gli interventi di tutela a favore dei neonati interessati da questo fenomeno e il diritto degli adottati a ricevere informazioni sulle proprie origini, tramite la redazione e la conservazione di una documentazione corretta e adeguata.

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 omogenee per gli operatori dei servizi sociali, socioassistenziali, socio sanitari, sanitari territoriali e ospedalieri interessati.

In coerenza con gli obiettivi previsti dal Piano sanitario e sociale integrato regionale 2018-2020 (così come declinato nella scheda operativa n. 38 della DGR 273/2020), tenuto conto della sperimentazione del progetto SerIO (Servizio informazioni sulle origini), approvato con DGR 1092/2017, si ritiene opportuno aggiornare le linee di indirizzo del protocollo operativo di *Mamma segreta* anche alla luce dell'evoluzione giurisprudenziale intercorsa in ragione della complessità del fenomeno e delle implicazioni per i soggetti coinvolti.

Nel nostro ordinamento giuridico, fino a pochi anni fa, il "diritto all'oblio" assicurato alla donna che optava per il parto in anonimato, prevaleva su ogni altra considerazione o richiesta del figlio ultraventicinquenne che desiderava avere accesso alle informazioni sulle origini.

Sebbene il diritto dell'adottato di accedere alle informazioni sulle origini sia riconosciuto da convenzioni internazionali ratificate quali la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza fatta a New York il 20 novembre 1989 (resa esecutiva in Italia con L. 27 maggio 1991, n. 176) artt. 7 e 8, la Convenzione dell'Aja del 1993 (ratificata con L. 31 dicembre 1998, n. 476) art. 30, e sia ricondotto dalla giurisprudenza della Corte Edu all'ambito applicativo dell'art. 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo (Cedu), si accordava una preferenza incondizionata alla madre a non vedere violata la propria sfera di riservatezza, partorendo in una struttura ospedaliera senza riconoscere il figlio e dichiarando di non voler essere nominata nella dichiarazione di nascita ex art. 30, co. 1 DPR 396/2000.

La tutela del diritto alla riservatezza della madre biologica rispondeva, da una parte all'esigenza di tutelare la vita e la salute della madre e del nascituro, anche

nell'interesse pubblico di disincentivare infanticidi o di ricorrere ad aborti e parti clandestini, ma dall'altra precludeva la possibilità per il figlio adottato di conoscere l'identità della madre naturale. Nell'ordinamento italiano, il diritto dell'adottato di accedere alle informazioni sulle origini trova tutela nell'art. 28 L. 184/1983 (diritto del minore a una famiglia), come modificato dalla L. 149/2001; si riconosce tuttavia tale diritto solo in presenza di condizioni tassativamente previste e restava precluso nei confronti della madre che avesse riconosciuto il figlio dichiarando di non voler essere nominata ai sensi dell'art. 30. co. 1 DPR 396/2000.

In un quadro sistematico, la disciplina italiana vigente in tema di ricerca delle origini, invero, può essere interamente compresa solo alla luce del percorso giurisprudenziale compiuto negli ultimi decenni a livello europeo¹, nonché nazionale e che, in Italia, ha condotto al rispetto dell'eventuale volontà della madre di rimanere anonima. Ciò premesso, alla luce dell'evoluzione giurisprudenziale (si veda al riguardo l'allegato normativo), si intende revisionare e ulteriormente supportare e rafforzare lo sviluppo del percorso regionale integrato di sostegno e 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 socioassistenziali e sanitari e 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:
 - l'accompagnamento della madre che riconosce il figlio nel processo di consolidamento della relazione genitoriale;
 - l'accompagnamento/sostegno alla madre dopo il parto nella fase del non riconoscimento;
 - l'accompagnamento alla madre nell'elaborazione della scelta;
 - il pieno rispetto dei diritti della donna e del minore conseguenti al parto in anonimato e al relativo non riconoscimento del neonato;
 - adeguate informazioni alle madri che non hanno riconosciuto il figlio e che hanno espresso la volontà di non essere nominate ai sensi dell'art. 30, co. 1 DPR 396/2000, sulle procedure adottive e sull'eventualità in futuro di un interpello da parte del figlio naturale, anche – ove ricorrano problemi linguistici – con l'ausilio di un mediatore interculturale, nella fase di dimissione dall'ospedale;
 - la raccolta e la conservazione di una documentazione esaustiva nell'eventualità che l'adottato nel corso della sua vita ricerchi informazioni sulle sue origini e/o dati anamnestici non identificativi della madre e/o della

¹ Caso Gaskin c. Regno Unito (Corte Edu, sentenza 7 luglio 1989), caso Odièvre c. Francia (Corte Edu, sentenza 13 febbraio 2003), sentenza Godelli c. Italia (Corte Edu, sentenza 25 settembre 2012). Con quest'ultima, la Corte europea ha condannato lo Stato italiano per violazione dell'art. 8 Cedu, perché il legislatore italiano non prevedeva alcuno strumento per equilibrare i due interessi contrapposti e operare un corretto bilanciamento.

famiglia biologica che consentirebbe, già ai genitori adottivi, di programmare interventi profilattici e/o accertamenti diagnostici;

- il sostegno alla donna che non riconosce il neonato nel suo percorso di reinserimento sociale. In tema di gravidanza devono essere supportate in particolare le situazioni di grave disagio psicosociale che richiedono l'allontanamento dal contesto abituale;
- l'inserimento del bambino in un nuovo nucleo familiare;
- la prevenzione degli infanticidi e degli abbandoni traumatici che mettono a rischio la vita dei neonati.

ASPETTI GENERALI E SPECIFICITÀ

Per quanto il “non riconoscimento” dei figli alla nascita e – nei casi più gravi – l’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 e 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 e una specifica attività sia prima che dopo il parto. Infatti, alla luce delle recenti sentenze di Corte costituzionale e Cassazione sez. unite di seguito indicate, il figlio naturale non riconosciuto alla nascita può presentare istanza al Tribunale per i minorenni del luogo di residenza per ricercare informazioni sulle proprie origini.

La madre biologica può essere convocata davanti al tribunale per essere informata della richiesta avanzata dal figlio e della sua facoltà di acconsentire che venga svelata o meno, a seguito dell’interpello, la sua identità. Anche i casi di abbandono del neonato successivi 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 a “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 socioassistenziali;
- 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. Inoltre, alla luce delle novità introdotte dal legislatore è necessario porre attenzione:
 - all’equilibrio e alla proporzionalità tra gli interessi della madre e del bambino;
 - alle modalità e agli strumenti attraverso i quali si assicurano la tutela

- dell'identità personale, la tutela del diritto alla salute ai sensi dell'art. 32 Cost.²;
- all'integrità psicofisica del bambino abbandonato alla nascita con parto anonimo³;
- alla necessità di conoscere in futuro l'anamnesi familiare, a tutela essenziale per interventi di profilassi, malattie ereditarie o di accertamenti diagnostici, essendo il minore perlopiù privo di notizie circa la storia sanitaria del ramo paterno del proprio albero genealogico.

2 Art. 32: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge».

3 Cfr. ordinanza del 13 dicembre 2012 emessa dal Tribunale per i minorenni di Catanzaro: «per non dire che la persona abbandonata alla nascita con parto anonimo, ove contragga nel corso della sua vita malattie geneticamente determinate perde, per definizione, le sempre maggiori opportunità di cura assicurate già oggi dal trapianto di cellule staminali proprie o donate dai familiari».

IL PERCORSO DI INTERVENTO MAMMA SEGRETA

Le destinatarie e i destinatari

Il percorso *Mamma segreta* è destinato a tutte le donne senza distinzione di provenienza, nazionalità o stato giuridico, indipendentemente dalla loro residenza anagrafica, in base alle normative vigenti in materia di tutela della gravidanza.

Contenuti generali

La complessità e specificità del percorso *Mamma segreta* richiede un modello di intervento multidimensionale e integrato che orienti il sistema dei servizi verso soluzioni organizzative che promuovano la:

- intercettazione precoce;
- prossimità e continuità assistenziale assicurata attraverso un lavoro di cura delle connessioni e di raccordo operativo tra servizi sociali (socioassistenziali e sociosanitari), sanitari territoriali e ospedalieri.

Il percorso *Mamma segreta* prevede una rete articolata in tre aree di intervento complementari e strettamente interconnesse fornite alla gestante da un'équipe multiprofessionale:

Area di primo contatto e informazione

Riguarda tutti i servizi (sociali, socioassistenziali, sociosanitari, sanitari territoriali e ospedalieri, strutture di accoglienza, istituzioni scolastiche, associazioni, reti informali, ecc.) e le risorse del territorio che potenzialmente possono entrare in contatto con gestanti in gravi difficoltà e/o che manifestano incertezze o intenzioni di non riconoscimento del nascituro. È 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.

Area di sostegno alla gravidanza e dopo il parto

Costituisce il nucleo centrale del percorso ed è imperniata su una rete multidisciplinare di operatori dei servizi sociali (socioassistenziali e sociosanitari), sanitari territoriali e ospedalieri (in particolare i consultori e i punti nascita) che si attiva direttamente o su indicazione di uno dei soggetti che intervengono nell'area di primo contatto. È in quest'area che occorre approfondire l'ascolto, l'analisi del caso e accompagnare la donna adottando un atteggiamento empatico e non giudicante.

Area del reinserimento sociale e dell'accoglienza

Dopo il parto il sostegno si completa e si conclude con la dimissione e la continuità ospedale-territorio, l'informativa dell'eventuale interpellato alla donna che ha partorito in anonimato e il reinserimento sociofamiliare della donna e del bambino che seguono un percorso congiunto o distinto in relazione all'avvenuto o meno riconoscimento e in relazione alla volontà della madre di rimanere anonima o meno.

Contenuti specifici

Anche in questo caso si individuano tre aree di sviluppo principali:

Area di primo contatto e informazione

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, anche 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 della 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:

- famiglia e rete parentale;
- rete amicale e del tempo libero;
- scuola, università e mondo del lavoro;
- servizi sociali territoriali;
- consultori;
- cure primarie;
- servizi per l'educazione alla salute;
- SerD (Servizio dipendenze);
- servizi di psicologia;
- servizi di salute mentale;
- medici di base e pediatri;
- punti Informa giovani;
- uffici e sportelli informativi per stranieri;
- comunità di accoglienza per gestanti e madri con figlio;
- parrocchie, gruppi di volontariato e associazioni.

Sia nel caso delle reti informali che di quelle formali è necessario che la gestante in condizioni di gravi difficoltà psicosociali 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:

- ascolto, riconoscimento e rilevazione precoce del disagio anche attraverso l'individuazione di specifici indicatori di rischio;
- informazione sui diritti, sulle opportunità sia per la donna che per il neonato, nonché sui servizi specialistici ai quali rivolgersi;
- accompagnamento verso gli operatori impegnati nell'area di sostegno competente.

In particolare, ai servizi sociosanitari dell'area consultoriale, sono attribuiti compiti specifici in relazione agli interventi di prevenzione primaria attraverso attività di accoglienza, decodifica delle istanze e riconoscimento dei bisogni portati dalle donne, per un'intercettazione precoce delle situazioni di grave difficoltà psicologica e sociale delle gestanti e un accompagnamento qualificato verso i percorsi assistenziali più appropriati.

Area di sostegno alla gravidanza e dopo il parto

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;
- del contatto 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:

- servizi sociali dei comuni;
- servizi sociosanitari e sanitari Asl (consultori, SerD, servizi di psicologia e di neuropsichiatria infantile, servizi di salute mentale, ecc.);
- servizi ospedalieri Asl e Aou (ostetricia e ginecologia, neonatologia).

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

Del gruppo di coordinamento fanno parte i referenti delle attività sociali, sociosanitarie e sanitarie del territorio, nonché i referenti del punto nascita. Il gruppo di coordinamento assicura le seguenti funzioni:

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

L'équipe di lavoro è costituita da operatori individuati dal gruppo di coordinamento tra il personale dei servizi sociali (socioassistenziali e sociosanitari) e sanitari dei consultori e dei punti nascita. L'équipe è multiprofessionale e si integra, in base alla situazione specifica, con operatori dei servizi specialistici. 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 équipe di lavoro.

L'équipe può operare, oltre che nei consultori e nei punti nascita, anche presso i servizi sociali (socioassistenziali e sociosanitari) e sanitari presenti sul territorio. e assicura le seguenti funzioni avvalendosi, nel caso di donne straniere, del supporto della mediazione interculturale:

- fornire informazioni approfondite sui diritti previsti dalla legge e sul percorso previsto per il non riconoscimento del neonato;

- offrire accoglienza, ascolto e sostegno non giudicante all'elaborazione della decisione;
- fornire informazioni alle madri che non hanno riconosciuto il figlio e che hanno espresso la volontà di non essere nominate in merito alle procedure adottive e sull'eventuale futuro interpello nella fase di dimissione dall'ospedale;
- predisporre una documentazione nell'interesse del neonato, che raccolga prima e durante il ricovero l'anamnesi sociale e sanitaria: il maggiore numero di informazioni sanitarie, genetiche, problemi fisici, disturbi mentali, dipendenze, sulla madre/padre/famiglie, omettendo qualsiasi riferimento a dati che possano consentire l'identificazione dei soggetti. La documentazione dovrà essere gestita e archiviata nel rispetto del decreto sulla privacy (D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101) attuativo del GDPR (regolamento Ue 2016/679) e garantendo la sicurezza e la protezione dei dati. Raccogliere altresì il maggior numero d'informazioni sociali: storia di vita personale e familiare, relazioni significative, paternità del bambino, motivazioni del non riconoscimento;
- orientare e accompagnare verso la rete dei servizi dopo il parto;
- collaborare con il gruppo di coordinamento ai fini del monitoraggio degli interventi e della raccolta dei dati.

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

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

Area del reinserimento sociale e 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. Nel caso in cui la donna abbia partorito in anonimato e che abbia espresso la volontà di non essere nominata ai sensi dell'art. 30, co. 1 DPR 396/2000 deve essere informata, nella fase di dimissione dall'ospedale, sulla eventualità di un futuro interpello da parte del figlio naturale⁴.

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

- sostegno genitoriale, psicosociale e sanitario per la donna e il figlio riconosciuto;
- sostegno psicosociale e sanitario, promozione del reinserimento sociale della donna che non ha riconosciuto;
- accoglienza in nuovo nucleo familiare per il neonato non riconosciuto e sostegno genitoriale/familiare.

⁴ Anche servendosi del supporto di materiale informativo predisposto *ad hoc*.

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):

- seminari informativi mirati per specifiche tipologie di operatori (dirigenti e docenti scolastici, medici di base e pediatri, SerD (Servizio dipendenze), psicologia, neuropsichiatria infantile, salute mentale, sportelli informativi);
- giornate di studio e confronto sul fenomeno a livello territoriale per addetti al lavoro e per la comunità locale;
- spot pubblicitari televisivi e/o radiofonici;
- manifesti e volantini tradotti in più lingue e distribuiti nei punti strategici per l'utenza (mezzi di trasporto pubblici, uffici comunali, questura, *phone center* e *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:

- gli obiettivi e le azioni del percorso di intervento;
- la costruzione della relazione con la donna;
- le modalità e gli strumenti attraverso i quali supportare la madre nel percorso di accompagnamento verso la scelta di riconoscere o meno il neonato;
- le risorse (informazione/sostegno e accompagnamento) offerte dalla rete territoriale dei servizi;
- i diritti e i doveri degli utenti e degli operatori;
- il quadro normativo e giurisprudenziale in materia di non riconoscimento e di parto in anonimato;
- 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'équipe, quali momenti significativi di autoformazione e complemento al lavoro.

Le attività sopradescritte saranno promosse e realizzate da tutti i soggetti istituzionali coinvolti nel percorso regionale *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.

Allegato 2. Riferimenti normativi

- **Costituzione**, artt. 2, 3, 22, 30-32, 117, co. 1
- **Codice civile**, artt. 1, 6, 250, 254, *Riconoscimento e forme di riconoscimento*
- **Codice penale**, artt. 326-622, *Rivelazione e utilizzazione di segreti d'ufficio e segreto professionale*

Normativa nazionale

- RD 9 luglio 1939, n. 1238, *Ordinamento dello stato civile*
- L. 4 agosto 1955, n. 848, *Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali*
- L. 22 maggio 1978, n. 194, *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*, artt. 1, 2
- L. 4 maggio 1983, n. 184, *Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori*, come modificata dalla legge 31 dicembre 1998, n. 476 e dalla legge 149/2001 (artt. 1, 6-9, 11, 19, 22, 25, 28, 70, 71, 73, 74)
- L. 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
- L. 5 febbraio 1992, n. 91, *Nuove norme sulla cittadinanza*
- L. 15 maggio 1997, n. 127, *Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo*. Nello specifico: art. 2, Disposizioni in materia di stato civile e di certificazione anagrafica (anonimato della donna nell'atto di nascita del neonato)
- Ministero di grazia e giustizia, circ. 23 maggio 1997, n. 1823, *Lettera circolare: istruzioni riguardanti la legge n. 127 del 1997*
- L. 31 dicembre 1998, n. 476, *Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a L'Aja il 29 maggio 1993*, artt. 7-8
- 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. 29-32, 38, 42
- Ministero della sanità, decreto 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"*, art. 1
- L. 28 marzo 2001, n. 149, *Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori", nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile*
- D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, *Codice in materia di protezione dei dati personali*, artt. 93, 177

- DPCM 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*
- D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, *Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)*

Quadro giurisprudenziale di riferimento

- Corte costituzionale, sentenza n. 425/2005
- Corte europea dei diritti dell'uomo, sentenza del 25 settembre 2012, Godelli c. Italia
- Corte costituzionale, sentenza n. 278/2013
- Cassazione, sezioni unite civili, sentenza n. 1946/2017
- Cassazione civile, sez. I, sentenza n. 15024/20166
- Cassazione civile, sentenza n. 22838/2016
- Cassazione, sentenza n. 6963/2018

Normativa e disposizioni regionali

- LR 24 febbraio 2005, n. 41, *Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale*, in particolare: art. 5 (diritto agli interventi e ai servizi), art. 6 (soggetti tenuti alla presa in carico e erogazione delle prestazioni), art. 7 (modalità di accesso), art. 8 (diritto all'informazione e principi di comunicazione sociale), art. 50 (funzioni dei consultori familiari), art. 52 (politiche per le famiglie), art. 53 (politiche per i minori)
- LR 24 febbraio 2005, n. 40, *Disciplina del servizio sanitario regionale*
- LR 9 giugno 2009, n. 29, *Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana*, in particolare: art. 34-37, 55 lett. b) e lett. c)
- LR 17 luglio 2019, n. 45, *Disposizioni per la tutela dei bisogni essenziali della persona umana. Modifiche alla l.r. 41/2005 e alla l.r. 29/2009*
- DGR 25 marzo 2002, n. 313, *Approvazione "Guida e strumenti operativi in materia di abbandono e maltrattamento dei minori"*
- DGR 25 ottobre 2004, n. 1053, PIRS 2002-2004. *Aggiornamento 2004 (Delibera Consiglio regionale n. 108/2004) - Programmi di interesse regionale anno 2004*
- DGR 28 dicembre 2009, n. 1319, *Approvazione azioni regionali per la riorganizzazione dei consultori e per il consolidamento degli interventi socio-sanitari a favore delle famiglie*
- DGR 28 dicembre 2010, n. 1172, *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

- DGR 3 settembre 2012, n. 792, *Percorso regionale integrato di sostegno e di intervento Mamma segreta - Indirizzi metodologici in materia di prevenzione degli infanticidi e degli abbandoni traumatici alla nascita, diritto al non riconoscimento e tutela del neonato – allegato "A"*
- Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale, D.dirig. 26 settembre 2012, n. 4488, *Deliberazione Giunta Regionale 792/2012: approvazione indirizzi metodologici in materia di tutela del parto in anonimato; documentazione per le segnalazioni di legge in caso di parto in anonimato da parte dei servizi territoriali al Tribunale per i minorenni. Approvazione*
- DGR 9 ottobre 2017, n. 1092, *Accordo di collaborazione tra Regione Toscana ed Istituto degli Innocenti finalizzato alla sperimentazione del progetto di interesse regionale "Ser.I.O - Servizio di rilievo regionale per la ricerca di informazioni sulle origini"*
- DGR 24 settembre 2018, n. 1049, *Accordo di collaborazione tra la Regione Toscana e l'Istituto degli Innocenti di cui alla D.G.R. 1092/2017 - approvazione atto integrativo*
- DGR 18 febbraio 2019, n. 187, *Schema di accordo di collaborazione tra la Regione Toscana e l'Istituto degli Innocenti di Firenze ai fini dell'attuazione della legge regionale n. 31 del 20 marzo 2000. Approvazione*
- DGR 9 settembre 2019, n. 1133, *Sindrome depressiva post partum - Progetto regionale attuativo dell'Intesa Stato regioni del 31 gennaio 2018 (Atto Rep. 20/ CSR)*
- Delib. CR 9 ottobre 2019, n. 73, *Piano sanitario e sociale integrato regionale 2018-2020*
- DGR 2 marzo 2020, n. 273, *Determinazioni in merito alle azioni per l'attuazione del PSSIR 2018-2020, in particolare le schede: n. 38, Percorso nascita e genitorialità positiva, responsabile e partecipe; n. 39, Accogliere e accompagnare bambini, adolescenti, genitori nei contesti familiari e nei servizi; n. 40, Il lavoro di équipe e i programmi di intervento*
- DGR 18 gennaio 2021, n. 21, *Schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Firenze e l'Istituto degli Innocenti di Firenze per la promozione e la tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e per lo sviluppo del sistema informativo regionale Asso-Asmi dedicato ai minori accolti in comunità. Approvazione*
- DGR 18 ottobre 2021, n. 1083, *Utilizzo delle risorse del Fondo per le politiche della famiglia di cui al D.M 24 giugno 2021. Indirizzi per il piano operativo delle attività*
- DGR 28 marzo 2022, n. 363, *Schema di accordo di collaborazione tra la Regione Toscana e l'Istituto degli Innocenti di Firenze ai fini dell'attuazione della legge regionale n. 31 del 20 marzo 2000. Approvazione.*