

A CURA DI
VILMA BASTIANINI, DANIELA DANIELE, MARIA LUISA VERLATO

VERSO LA NASCITA

Percorsi per una maternità consapevole



edizioni la meridiana

p r e m e s s e . . .
per il cambiamento sociale

**A cura di
Vilma Bastianini, Daniela Daniele,
Maria Luisa Verlato**

VERSO LA NASCITA

Percorsi per una maternità consapevole

Indice

Introduzione

di Vilma Bastianini, Daniela Daniele, Maria Luisa Verlatto7

1. Incontrarsi e comunicare in ambito sociosanitario.....11
di Maria Luisa Verlatto

2. Aiutami, non aiutarmi... aiutami ma a modo mio23
di Maria Luisa Verlatto

3. Sicurezza, dipendenza, solitudine, confusione:
il ginecologo racconta.....35
di Paolo Assirelli

4. L'accoglienza e l'ascolto.....41
di Vilma Bastianini, Loretta Greppi

5. L'ostetrica con la donna in gravidanza.....49
di Giovanna Campagna, Morena Rinaldi, Cristina Scatassa

6. Accompagnare le donne prima e dopo la nascita57
di Luciana Belloni, Monica Gambuti, Maria Pandolfi, Silvia Pasetti

7. Con le adolescenti in gravidanza: un'esperienza di gruppo.....65
di Paola Marconi, Silvia Pasetti

8. L'assistenza al parto... le ostetriche raccontano77
*di Paola Carlini, Daniela Daniele, Elvira Esposito, Rachele Montini,
Nadia Morello, Maria Pandolfi*

9. Finalmente a casa... quante domande95
di Monica Gambuti, Valentina Noli, Silvia Pasetti

10. Le "gravidanze difficili"103
di Loretta Greppi, Elisabetta Pillai, Morena Rinaldi

11. Confrontarsi con il lutto in gravidanza.....111
di Elvira Esposito, Teresina Bettina Magrini, Maria Eufemia Manniello

12. Quando una gravidanza non trova spazio nella realtà della donna.....	117
<i>di Vilma Bastianini, Luciana Belloni, Maria Eufemia Manniello, Elisabetta Pillai, Alice Rosati, Margherita Scalia, Enrica Nives Vaselli</i>	
13. Pap-test, solo prevenzione... o qualcosa di più?.....	129
<i>di Rita Berardi, Silvia Flaminio, Anna Migali, Valentina Noli, Lea Ridolfi</i>	
14. Lavorare in équipe... risorse e difficoltà	135
<i>di Vilma Bastianini, Elisabetta Pillai, Alice Rosati</i>	
15. L'incontro con l'adolescente nello Spazio Giovani.....	143
<i>di Vilma Bastianini, Luciana Belloni, Maria Teresa Trappoli</i>	
16. I nuovi genitori	151
<i>di Michelina Ciuffreda, Elvira Esposito, Alice Rosati, Maria Luisa Verlato</i>	
17. Conclusioni.....	165
<i>di Vilma Bastianini, Daniela Daniele, Maria Luisa Verlato</i>	
Bibliografia	169

Introduzione

di Vilma Bastianini, Daniela Daniele, Maria Luisa Verlato

L'idea di questo libro è nata durante gli incontri di formazione e supervisione degli operatori del Consultorio Familiare dell'AUSL di Rimini. Attraverso una lettura della loro esperienza con una sorta di triplice sguardo – verso se stessi, verso gli altri, e verso la società in continuo cambiamento – si sono condivise le idee per migliorare l'efficacia relazionale e comunicativa con gli utenti. Condizione necessaria per svolgere un buon lavoro di prevenzione e di cura, tenendo conto della delicatezza delle fasi della vita di cui si occupano: nascita e primi mesi e anni di vita del bambino, adolescenza, età adulta, gravidanza, parto, puerperio.

I temi toccati riguardano le molte sfaccettature del lavoro quotidiano di più figure professionali. Si condividono spunti di riflessione, possibili modi per affrontare, spesso in tempi brevi o con utenti molto problematici, le situazioni difficili, le criticità che s'incontrano in una società e servizi in continuo cambiamento. L'attenzione va all'utente ma anche alle emozioni di chi lo affianca e supporta. Emozioni che in alcuni casi hanno bisogno non solo di essere riconosciute ma anche condivise e confrontate all'interno dell'équipe, o degli incontri di supervisione, per costituire una risorsa nelle relazioni e non un ostacolo.

Le esperienze e gli esempi, i vissuti, vengono riportati con parole e voci degli operatori, parti non solo attive ma colme di passione. Passione che hanno saputo trasmettere nella stesura dei vari capitoli del testo.

Il libro è rivolto agli operatori dei Consultori Familiari: ostetriche, assistenti sanitarie, assistenti sociali, psicologi, sociologi, ginecologi, medici, educatori e infermieri professionali; a quanti sono interessati alla formazione e supervisione in ambito sociosanitario.

I contenuti spaziano dai temi più generali, trasversali, che s'incontrano in quasi tutti i capitoli, della relazione di aiuto e dell'accoglienza, di aspetti attinenti al *setting* in cui si lavora, con tempi e spazi spesso ridotti, delle risorse e fatiche nel lavoro di équipe, alle situazioni problematiche più frequenti e difficili da gestire, in cui entrano in gioco emozioni potenti dell'utente e

dell'operatore. Paure antiche e paure nuove. Ad esempio i colloqui che avvengono in situazioni di forte stress emozionale, quando si conferma nel corso delle attività di *screening* o di diagnosi prenatale l'esistenza di patologie gravi. Quando durante l'ecografia si constata una morte intrauterina o una grave anomalia fetale. O quelli in cui la motivazione e la domanda d'aiuto da parte dell'utente è assente o scarsa; si mostra insensibile a tematiche di tipo preventivo e diffidente verso gli interventi proposti. Ad esempio nella visita domiciliare dopo il parto in contesti familiari o sociali particolarmente difficili in cui gli operatori vengono percepiti come possibili nemici. Come affrontare una difficoltà che la persona non riconosce di avere?

Ci si chiede come relazionarsi sia con gli utenti in generale che con quelli che presentano fattori di rischio a causa della solitudine, isolamento, chiusura o differenze culturali. Con cui può essere difficile stabilire il contatto, accorgersi di difficoltà non narrate con le parole. O quali atteggiamenti siano più opportuni con chi tende ad appoggiarsi troppo ai servizi, a delegare, dipendere dagli operatori o al contrario pare sempre sul piede di guerra, pronto ad attaccare, criticare, pretendere, volere qualcosa più di quanto ci è possibile dare.

Ci si chiede anche quale prevenzione sia possibile per chi opera in consultorio. Prevenzione in senso generale: della salute dal punto di vista fisico, sociale ed emozionale. Come vivere una sessualità consapevole e responsabile, anche attraverso l'utilizzo della contraccezione. Come affrontare i cambiamenti legati al ciclo della vita. Come affiancare le mamme in gravidanza o nel *post partum*. Come tener conto nel lavoro di ogni giorno degli stili relazionali sicuri e insicuri degli utenti, della trasmissione transgenerazionale dell'attaccamento. Come accorgerci dei fattori di rischio e proporre interventi volti a ridurli, a superarli. Come favorire relazioni genitori/figli sicure piuttosto che insicure in modo da offrire al bambino le migliori opportunità per uno sviluppo equilibrato. E come tener conto – con gli utenti e con i colleghi – del proprio modo di essere, del proprio stile relazionale fondato sui propri modelli di attaccamento e accudimento?

rietà economica e dalle incertezze della nostra epoca, ai nuovi bisogni, ai nuovi genitori, ai nuovi adolescenti, quali competenze e nuove prassi può essere utile sviluppare?

Accanto alle molte persone consapevoli dei propri bisogni, dei propri diritti per la tutela della salute, con cui è facile stabilire rapporti costruttivi, di collaborazione reciproca, in cui loro restano i soggetti responsabili delle proprie scelte e della tutela di sé, o dei figli se sono genitori, ne incontriamo altre con cui tutto è più difficile. Che presentano forme di sofferenza diverse da quelle del passato caratterizzate da apatia, poca energia, noia o rabbia, irriparabilità, inquietudine. Che tendono a svalutare le relazioni, nonostante l'abbondanza delle connessioni virtuali. Che sembrano aver perso la parola, il desiderio di dialogare con gli altri. "Tanto non ci ascoltano", dicono i ragazzi degli adulti. "Non parlano mai, chiedi qualcosa e restano muti" dicono di loro gli adulti. Che qualche volta sembrano prive anche del desiderio di amare. Adolescenti o giovani adulti catturati dal non senso; incapaci di entrare in contatto con se stessi, infelici nonostante le offerte della società dei consumi o forse infelici proprio a causa delle illusioni e continui bisogni che essa crea. Intolleranti ai limiti. Sempre in corsa, perduti se si fermano, come se dentro di sé ci fosse solo un vuoto da cui scappare. Vuoto da lenire a volte con l'alcol, con l'uso di sostanze, con comportamenti pericolosi¹.

Anche con questi utenti è importante trovare il modo di lavorare, di costruire cooperazione senza cadere in trappole competitive o di rifiuto se qualche volta si presentano ai servizi apatici, senza nessuna assunzione di responsabilità, o con arroganza; d'introdurre nel lavoro con loro spazi in cui fermarsi, incontrarsi davvero, spazi per pensare insieme, condividere le esperienze, riflettere, conoscersi. Capire quali sono i limiti oltre cui s'invadono i confini degli altri. Capire meglio chi si è e verso dove si vuole andare. Non fermarsi all'ascolto dei bisogni più visibili ma saper cogliere quel dolore interiore che spesso è espresso non dalle parole ma da comportamenti a rischio, dall'impulsività, da corpi in cui durante le visite troviamo segni di autolesionismo.

Quel dolore, chi fa l'accoglienza – gli operatori sanitari –, ha bisogno di saperlo percepire per aiutarli ad affrontarlo con il supporto che le diverse figure professionali dell'équipe possono dare. Che si tratti di colloqui individuali o d'incontri all'interno di gruppi – ad esempio con le giovani mamme adolescenti – quello che conta è

ritrovare se stessi, poter guardare al futuro con meno paura, sentendo che ci si può avvicinare agli altri, voler bene, amare.

Gli argomenti più specifici che vengono presentati seguono le tracce con cui si snoda l'organizzazione del lavoro e le tipologie d'interventi nell'ambito del Percorso Nascita e del Consultorio Familiare: l'accoglienza, il lavoro con gli adolescenti, la prevenzione oncologica, l'assistenza alla gravidanza, i corsi di accompagnamento alla nascita, il sostegno sanitario, psicologico e sociale alle maternità difficili, il parto, l'assistenza al puerperio, il sostegno all'allattamento al seno, i gruppi mamma-bambino, il percorso nascita e il lutto, il percorso per l'interruzione volontaria o terapeutica di gravidanza, il lavoro in équipe.

Si è cercato di trasmettere la complessità di alcuni di questi interventi, e la delicatezza necessaria nei colloqui quando i temi trattati, le possibili scelte che l'utente sta esplorando, implicano non solo aspetti psicologici, sociali e sanitari ma anche le dimensioni valoriali ed etiche di ognuno, utenti e operatori. In più parti del libro s'incontreranno esempi del rispetto ed equilibrio con cui vanno accompagnate le donne o le coppie quando di fronte ad una gravidanza inaspettata, non voluta, sentono che non è quello il momento per avere un figlio, oppure quando si coglie anche un margine di apertura alla possibilità di portare avanti la gravidanza attivando le risorse che i servizi pubblici e le diverse strutture del territorio possono offrire.

Si è cercato di porre attenzione al lavoro in équipe all'interno dei consultori con operatori sociali e sanitari per la presa in carico complessiva dell'utente nelle situazioni di disagio; all'integrazione sociale e sanitaria e alla facilitazione dell'accesso ai servizi, cercando di rispondere in modo appropriato ai bisogni sempre più complessi e diversificati presentati dall'utenza.

Ci si è anche chiesto: quale futuro c'è per questi servizi?

NOTE

1. Verlato, 2011.

4.

L'accoglienza e l'ascolto

di *Vilma Bastianini, Loretta Greppi*

Accogliere è un verbo che significa “ricevere qualcuno o qualcosa, ospitare”. In senso figurativo e nella forma passiva “essere accolti” richiama le sensazioni che si provano. Può indicare anche “accettare ciò che viene proposto, approvare, contenere in sé”.

L'accoglienza si può manifestare in senso positivo (una buona, calorosa accoglienza) oppure in senso negativo (una fredda, cattiva accoglienza).

Accogliente è un aggettivo che significa “accogliere mettendo a proprio agio”. È sinonimo di gradevole, comodo, ospitale.

Il compito di ogni operatore, di un servizio pubblico in modo particolare, è saper accogliere le persone che vi ricorrono.

Quante persone vengono ricevute quotidianamente nelle sedi di lavoro? Sono tante, le più svariate per età, cultura, provenienza, bisogni. Fare accoglienza non è facile, eppure entra costantemente e necessariamente come principale “ingrediente” in ogni relazione umana e in ogni nostra attività professionale.

Un'accoglienza capace di mettere le persone a proprio agio permette la narrazione da parte dell'utente e l'acquisizione di una visione generale, così da proporre un percorso di cura individualizzato (nel senso di “care”) nei diversi ambiti d'intervento degli operatori sanitari e sociali dei Consultori.

Spesso le persone trovano estremamente difficile esporre in maniera esplicita le proprie difficoltà, specie se hanno a che fare con la vita familiare, di coppia o con la sfera più intima. Il pudore di esporsi, a volte il senso di vergogna, il grande timore di essere giudicati da un estraneo sono potenti fattori che inibiscono un autentico confronto.

Accogliere allora vuol dire “adattarsi” all'interlocutore nella ricerca di un linguaggio comune, che può essere trovato se noi operatori ci mettiamo in ascolto dell'altro, dimostriamo di volerlo comprendere senza dare giudizi, gli rimandiamo ciò che abbiamo recepito

affinché verifichi se il messaggio ci è “arrivato” correttamente e favoriamo lo svolgersi della narrazione.

Facilitare le persone a raccontarsi è già una modalità di cura, perché permette di stabilire un patto di rispetto in un clima di fiducia positivo, ma soprattutto perché il narrare porta alla superficie gli elementi su cui si potrà lavorare assieme per favorire il cambiamento: potrà tradursi in un miglioramento della salute, in un chiarimento, nella scoperta delle proprie risorse, nel poter prendere una decisione, in una parola nell'*empowerment*. Altre volte si può favorire una maggiore consapevolezza. In ogni caso si saranno poste le basi per un dialogo che potrà riprendere più avanti, secondo la necessità.

Fatima, una giovane donna nordafricana, si presenta al Consultorio assieme al marito, di nazionalità italiana.

Si sono conosciuti nel paese d'origine di lei, si sono sposati alcuni mesi fa e sono venuti a vivere in Italia.

Con molto imbarazzo presentano il loro problema: non riescono ad avere rapporti sessuali, perché al momento della penetrazione il marito avverte una “sorta di barriera”.

Fatima racconta di averne parlato con la madre e le sorelle, che l'hanno rassicurata: è un problema molto diffuso tra le donne e si risolve facilmente con un intervento chirurgico.

Chiede se in Italia è possibile effettuare tale intervento e a quale struttura sanitaria può rivolgersi.

Con molta delicatezza le viene spiegato che la loro difficoltà può essere sia di natura fisica che psicologica e le viene proposto l'iter sanitario da seguire: effettuare una visita ginecologica per accertare l'origine del problema.

Fatima decide di effettuare la visita medica, ma quando la ginecologa si avvicina al lettino ha una crisi di panico.

Decide di sospendere la visita e di tornare in un'altra occasione.

Alcune settimane dopo Fatima torna da sola e durante il colloquio parla della sua relazione di coppia: è molto innamorata del marito, è contenta di vivere in Italia e sente che il suo amore è ricambiato. Desidera avere rapporti sessuali con lui ed è molto triste a causa della loro difficoltà sessuale.

Decide di effettuare nuovamente la visita, ma la reazione di panico non permette alla dottoressa di avvicinarsi al lettino ginecologico.

Le viene proposto un consulto con lo psicologo, che non viene accettato.

Dopo diversi mesi Fatima torna al Consultorio, racconta di essere tornata in patria, di aver effettuato l'intervento chirurgico e di essere riuscita ad avere

alcuni rapporti sessuali con il marito.

Attualmente porta un altro problema: la difficoltà sessuale del marito non permette la ricerca di una gravidanza, molto desiderata da entrambi.

Fatima è molto triste, piange, ma non si sente ancora pronta ad affrontare una terapia psicologica, individuale o di coppia.

È importante stare con il sentire della persona senza andare oltre, è importante rispettare il limite che l'altro si è dato, e rispettare i confini di un modo di vedere legato a culture diverse.

È importante, inoltre, stare vicino con la consapevolezza che non si è soli, che altre persone, altri incontri, opportunità legate alla casualità della vita, letture, possono aiutare l'altro a camminare verso l'autorealizzazione.

L'importante è che l'operatore creda nella possibilità di dare aiuto, di affiancare la persona a trovare le risposte di cui ha bisogno, sia sul piano fisico che emotivo.

LO SPAZIO “INTERNO” PER L’ACCOGLIENZA

4.1

Non è sempre facile accogliere. Nell'interazione con gli altri forniamo di certo un sostegno, una cura, facilitiamo un percorso di guarigione, oppure decisionale, ma è indubbio che spesso siamo toccati emozionalmente dalla persona che abbiamo davanti; possiamo rispecchiarci in lei, sentire che per alcuni aspetti ci assomiglia, o cogliere quanto è diversa.

Possiamo provare sentimenti o avvertire in noi reazioni che potrebbero pregiudicare la nostra capacità di comprendere quello che la persona prova o ci sta chiedendo. Per questo accoglierla anche nella sua diversità da noi, ci chiede la capacità di essere consapevoli delle nostre emozioni, di ascoltare e rielaborare il nostro sentire, verificare continuamente le nostre posizioni non confondendole con le sue.

“Essere sempre presenti a se stessi” è una condizione irrinunciabile nei colloqui e ciò permette un atteggiamento di apertura nei confronti dei nostri interlocutori.

Se si è preso contatto con se stessi prima di un colloquio e poco dopo si sente qualcosa di diverso dentro di sé, ci si può chiedere cosa sta avvenendo.

Si può provare irritazione; non condividere il punto di vista dell'interlocutore; si può avvertire una sensazione di “abuso”,

d'invasione, che può segnalarci l'ambiguità dell'utente oppure provare paura, rabbia. Non è facile instaurare e mantenere una "relazione di aiuto" se si è turbati.

Proprio quell'irritazione, quel disagio, quelle sensazioni, devono interrogarci, ci parlano di un nostro limite o possono esserci di aiuto nel capire cosa avviene nell'altro o nella relazione.

Perché proviamo simili sentimenti, cosa si è attivato dentro di noi, quali sensibili corde sono state toccate? Questo ci spinge all'introspezione, che può rivelarci nostre "zone d'ombra": le zone cieche ci fanno distorcere la percezione di tutte quelle situazioni che vanno a toccare quelle aree; se ci sono aree di noi stessi che non abbiamo contattato, queste possono dare origine a rigidità, atteggiamenti giudicanti, rabbia o paura di affrontare alcuni temi o sofferenze. È importante un percorso personale che permetta di riconoscere i propri limiti e i propri parametri di riferimento.

Si apre così la possibilità di progredire nell'autoconsapevolezza, che ci conduce verso un cambiamento: in una parola ci arricchisce. La crescita professionale e personale sono infatti strettamente intrecciate.

In alcune situazioni quello che stiamo provando invece è strettamente legato a quello che sta avvenendo nel rapporto con l'utente. Può significare empatia e sintonizzazione rispetto ai suoi sentimenti. O può segnalarci qualcosa che sta avvenendo nella relazione. Ad esempio atteggiamenti di prevaricazione da parte sua o poca capacità di accettare dei limiti. Rispetto a ciò possiamo essere trasparenti, dire quello che stiamo provando e perché, quando può servire a migliorare la relazione. Solo nel rispetto reciproco si riesce a lavorare bene insieme. Anche in questo caso il modo di essere dell'operatore, una maggiore o minore sicurezza o una tendenza alla dipendenza, può rendere più o meno facile porre dei limiti.

L'accoglienza riguarda infatti la persona. Accogliere la persona non significa accettare comportamenti o richieste inaccettabili o dannose.

8.

L'assistenza al parto... le ostetriche raccontano

*di Paola Carlini, Daniela Daniele, Elvira Esposito,
Rachele Montini, Nadia Morello, Maria Pandolfi*

Dici “partorire” e pensi a un ospedale, senti “è nato” e lo immagini nella sua culletta in mezzo a tanti altri bambini. Anche se il luogo del parto non viene nominato, l'immaginario collettivo colloca la nascita in una sala parto ospedaliera. Medici, ostetriche (in realtà l'immaginario collettivo non sa bene chi siano queste ostetriche), monitor e sale operatorie. Molto simile ad un intervento chirurgico. Un pensiero giustificato dalla realtà del continuo incremento di tagli cesarei nel nostro paese.

È un contesto dove si dà tutta l'assistenza possibile alla mamma e al bambino, e che molte strutture cercano di rendere il più naturale possibile, senza però poter togliere la connotazione sanitaria che lo caratterizza. Non per questo vengono meno il significato profondo di questo evento e le emozioni che lo accompagnano; della donna, della coppia e anche di chi l'assiste in quel momento.

ASSISTENZA AL PARTO SPONTANEO IN UNA STRUTTURA OSPEDALIERA

8.1

Nell'immaginario comune la figura dell'ostetrica viene automaticamente legata alla sala parto e al parto.

Fino a 30-40 anni fa c'era l'ostetrica di condotta il cui ruolo è stato associato alla nascita a casa, quando andare a partorire in ospedale era un'esclusiva dei ricchi. Era, quindi, nei piccoli centri un punto di riferimento importante per le donne e non solo per il parto. Oggi l'ostetrica accompagna tutte le tappe evolutive della vita di una donna nell'ambito ostetrico-ginecologico, per cui troviamo questa figura nei consultori familiari, nei reparti ospedalieri di

ostetricia, ginecologia, sala operatoria e negli ambulatori di diagnosi prenatale e prevenzione oncologica.

La sala parto è un obiettivo importante nella carriera di un'ostetrica ma in realtà la sua conoscenza e professionalità può considerarsi completa quando avrà vissuto tutti gli aspetti legati alla sua competenza.

Lo spazio dell'ostetrica in ospedale è condiviso con altre figure professionali a cui si relaziona per svolgere al meglio il suo lavoro, con l'obiettivo comune di assicurare un'assistenza ottimale alla donna, al neonato e alla coppia.

Le emozioni di un'ostetrica che lavora in sala parto possono avere diverse sfumature in base agli eventi ed evoluzioni...

Turno di notte in ospedale, sono le cinque del mattino e dopo sei parti arriva una donna al terzo figlio con due precedenti tagli cesarei. Le sale sono tutte occupate e non c'è posto per altre partorienti. Anna mi riconosce da un precedente incontro in pronto soccorso ostetrico e mi chiede se mi ricordo di lei.

Sinceramente a quell'ora per me è molto improbabile ricordare il caso:

“Aiutami a ricordare perché da queste parti passano molte donne e anche molte storie”.

“Perdevo sangue, mi dice, non ero a termine e avevo già subito due tagli cesarei... ero molto spaventata... sono spaventata anche adesso, perché dall'intensità delle contrazioni deduco di essere in pieno travaglio.”

La visito e confermo la sua sensazione di esser in periodo espulsivo.

Spontaneamente la donna si accovaccia su un materassino posato per terra sostenuta dal marito e in breve tempo affiora la testa del bambino...

Il battito cardiaco del bambino decelera... questo mi preoccupa un po'... ma l'imminenza del parto non mi permette di adottare altri comportamenti se non quello del sostegno e assistenza.

La donna mi guarda come per chiedermi se tutto è a posto... la contrazione non le dà modo di verbalizzare e cerca nell'espressione del mio volto la risposta che si aspetta: “Va tutto bene?”.

Non posso esprimere la mia ansia ma le dico: “Anna il tuo travaglio è stato molto veloce e il battito del bambino ha avuto una piccola difficoltà, ora sta rientrando”. Il medico che era stato chiamato constata l'imminenza del parto.

In questa situazione si è instaurata una complicità che si basava sulla fiducia nella mia professionalità e sulla capacità della donna di affidarsi. Gestire le situazioni di ansia deve essere prerogativa di

chi esercita la nostra professione ma è anche vero che tutto quello che accade in travaglio non riguarda solo la donna ma coinvolge in modo spiccato anche l'ostetrica.

Di solito le ostetriche non lasciano in ospedale le emozioni vissute in sala parto, le portano a casa a fine turno, magari attraverso i racconti fatti in famiglia, perché toccano la sensibilità personale e a volte tracciano un ricordo chiaro dell'accaduto.

Il bambino nasce e va tutto bene. I controlli successivi risultano regolari e il neonato si attacca subito al seno. Il mio turno termina e lascio la donna alla collega che mi dà il cambio. Torno a casa senza mai distogliere il pensiero da quello che ho fatto in termini di assistenza e a cosa avrei potuto fare di diverso. La stanchezza però mi raggiunge molto presto e mi addormento.

Al mio risveglio faccio mente locale alla notte precedente. Mi torna in mente Anna e il suo travaglio, le mie sensazioni di soddisfazione per quanto ho fatto. Adesso con meno fatica valuto di aver fatto tutto quello di mia conoscenza. Penso a quando rientrerò in ospedale e a quello che mi chiederà Anna del suo parto e a come ha vissuto quell'evento così veloce ma intenso, ma anche a come racconterà le sue emozioni.

Dopo due giorni ritorno in turno e appena posso vado a trovare Anna in stanza ma mi riferiscono che per motivi di organizzazione familiare la donna ha scelto di ritornare a casa con anticipo; chiedo notizie sulle sue condizioni e quelle del bambino e mi dicono che tutto era nella norma e che il neonato ha superato tutti controlli medici previsti.

Mi rendo conto che non c'è tempo per i rapporti a lungo termine, tutto si svolge rapidamente nel lasso di tempo che intercorre tra il parto e la dimissione.

Non ho avuto tempo per chiudere un cerchio aperto quella notte, volevo dire e sapere ancora su quel parto... ma forse non avrei ugualmente avuto tempo di salutarla e parlare con lei... potevano esserci ad aspettarmi altre donne in travaglio.

La sala parto rimane un mondo a sé, tutto si svolge al suo interno, difficilmente l'ostetrica può allontanarsi da quel contesto.

Ritorno in sala parto e trovo altre donne e altre storie... da vivere.

L'ASSISTENZA AL PARTO A DOMICILIO

8.2

C'è un'altra esperienza, meno conosciuta, quella delle coppie che scelgono di avere il loro bambino in casa. A volte hanno le

10.

Le “gravidanze difficili”

di Loretta Greppi, Elisabetta Pillai, Morena Rinaldi

Alcune donne in stato di gravidanza non possono contare sul partner per motivi diversi. Può trattarsi di un uomo inaffidabile e incapace di essere di aiuto, può averle abbandonate, oppure si tratta di un compagno violento che la donna ha deciso di allontanare. Talvolta il concepimento è conseguente ad un rapporto “occasionale”. In situazioni di questo tipo la donna può sentirsi in grado di portare avanti la sua gravidanza oppure spaventarsi, pensare di non farcela e non sapere cosa fare.

La maternità infatti ha una valenza non solo personale, ma anche di coppia, familiare e sociale.

A volte esiste un contesto familiare sicuro, in cui la persona viene rispettata nella sua autonomia ma allo stesso tempo il sostegno affettivo e pratico-logistico non viene mai a mancare. Le risorse di ogni componente della famiglia vengono messe a disposizione degli altri; esiste una fluidità di scambi, una circolarità del sostegno, la possibilità di confronto e di cercare insieme la soluzione dei problemi, che creano una rete di appoggio nei momenti della vita che non si possono affrontare da soli; in cui ci si sente più fragili. Altre volte invece la donna è priva di riferimenti, sola, in una fase della vita caratterizzata da maggiore vulnerabilità, in cui si confronta con il proprio desiderio di maternità e allo stesso tempo con le paure, le speranze, i fantasmi positivi e negativi che questo evento suscita. L'angoscia di dover affrontare da sola la gravidanza, il parto, l'accudimento del bambino può spaventare, rendere molto difficile capire se desidera portare avanti la gravidanza o prendere in considerazione l'ipotesi di interromperla.

Altre volte ancora la donna si accorge di essere incinta quando ormai è troppo tardi per chiedere l'interruzione.

In questi casi è necessario avvalersi del contributo di più figure professionali, per prendere in considerazione i diversi sentimenti

ed emozioni della donna, le sue risorse personali, le risorse e i limiti dell'ambiente in cui vive ed esplorare anche cosa la società e i servizi possono fare qualora se la senta di portare avanti la gravidanza o non sia più nelle condizioni per poterla interrompere.

Quando la donna (o la coppia) porta molti dubbi e non riesce a scegliere, l'operatore del consultorio che l'accoglie propone l'invio alla assistente sociale o allo psicologo. L'opportunità di avere questi professionisti a disposizione è un punto di forza in quanto favorisce in tempi brevi, anche in giornata, la costituzione dell'équipe che sosterrà la donna nel percorso che sente giusto per sé. Qualora decida di proseguire la gravidanza ogni figura professionale continuerà a seguirla con la propria competenza, attivando, se necessario, un accompagnamento al momento del parto presso i reparti ospedalieri. L'équipe continuerà a seguire la mamma ed il bambino fino alla completa autonomia e, dove si valuti utile, in collegamento con le associazioni di volontariato locale¹. L'assistente sociale è la figura più idonea per la presa in carico e per delineare uno scenario di possibili alternative.

Con lei la donna può affrontare tematiche legate ai suoi diritti, ricevere informazioni sugli aiuti ed opportunità che possono esserle forniti per superare eventuali ostacoli, avere sostegno nel percorso che sceglie di intraprendere. Essere affiancata nella formulazione di un progetto a tutela della sua maternità e che tenga conto delle sue necessità: aiuto economico e sociale, accoglienza in strutture convenzionate, interventi in favore di donne vittime di violenza.

Partorire in anonimato

Può anche venire informata sulla possibilità di partorire in anonimato.

La legge italiana permette infatti di partorire nell'anonimato e di non riconoscere il figlio, garantendo allo stesso tempo al bambino il diritto di crescere in una famiglia.

Una volta partorito, la madre può lasciare il neonato in ospedale e ha 17 giorni di tempo per decidere di riconoscerlo; se ciò non avviene il neonato viene dichiarato adottabile. Generalmente l'adozione avviene in tempi molto rapidi, tra le famiglie in attesa di adozione.

Si è notato che nelle donne che decidono di partorire in anoni-

mato, il travaglio procede spedito e il parto avviene velocemente, quasi a sottolineare la necessità di voltare pagina, in tutti i sensi.

Negli anni si sono presentate diverse situazioni di donne che hanno scelto di partorire in anonimato.

Succede che alcune si rechino direttamente in ospedale e al momento del parto dichiarino la loro scelta. Sono donne che non hanno mai avuto contatti con i servizi consultoriali e spesso provengono da altre città solamente per partorire. Altre situazioni invece vedono coinvolte donne che arrivano al Consultorio in stato di gravidanza avanzato, negando di esserlo. In molti di questi casi non sembra esserci la possibilità di capire il loro stato d'animo. Rispettarle significa accogliere il bisogno di anonimato e di non dare, darsi, spiegazioni forse troppo dolorose in questo momento della vita. Rispettare il bisogno di silenzio. In altri casi la decisione di lasciare il bambino, pur con la speranza di offrirgli la possibilità di essere amato da altri genitori, comporta molto dolore e sensi di colpa. Paura di farlo soffrire, paura di una scelta che passati quei pochi giorni sarà irreversibile, paura di futuri rimpianti. È importante che la donna si senta accolta e senta la vicinanza degli operatori in tutte queste emozioni e vissuti, in tutte le sue ambivalenze.

Anche i sentimenti di chi la affianca nel suo percorso sono molteplici: la paura che il dolore per lei sia troppo grande, la "fatica" di accompagnarla in un percorso difficile, la "tranquillità" di averla sostenuta nella scelta giusta per lei; e, una volta che il bambino è nato, il calore nel vederla mentre guarda il figlio. Oppure la vicinanza al suo dolore nel lasciarlo andare e la fiducia che ce la farà piano piano a lenirlo.

Anna ha 36 anni, arriva in consultorio al quinto mese di gravidanza, non sa di essere incinta... afferma di aver sempre avuto le mestruazioni, seppur scarse. È sconvolta dalla notizia, non vuole il bambino, vuole abortire. È originaria di un'altra città, da anni manca da casa, ha una storia difficile, una madre malata e un padre che non c'è mai stato... ha avuto più "relazioni tutte finite male"... il padre del nascituro non è libero e lei non vuole informarlo del suo stato. È difficile farle accettare che la gravidanza deve proseguire dal momento che la legge non consente l'interruzione oltre i 90 giorni. Le viene spiegato anche che non è sola e che possiamo con lei fare un progetto di

sostegno alla maternità, ma non vuole assolutamente, non ha spazio per un bambino.

Le parliamo allora della possibilità, consentita dalla legge, di “partorire in anonimato”... È un gesto d’amore ugualmente verso il suo bambino.

Anna prende in considerazione questa opportunità dal momento che per lei è “l’unica soluzione possibile”.

Anna è molto sola e con un grosso peso da portare, non accetta inserimenti in case d’accoglienza, non ha uno spazio per un supporto psicologico... Attiviamo la rete di volontariato e chiediamo una famiglia di supporto che le possa stare vicino e “sostituisca” la famiglia che non ha mai avuto e che tutt’oggi non c’è. Anna crea un buon legame con Liliana, una donna più grande di lei, con dei figli della sua età. Escono, parlano condividono il momento difficile, l’avvicinarsi del parto. Decidono che Liliana accompagnerà Anna in sala parto... ma la bambina non si gira e Anna viene sottoposta ad un cesareo.

Non se la sente di vedere la bambina. Il distacco sarebbe per lei ancora più doloroso. Esce dall’ospedale accompagnata da Liliana. La piccola, che chiameremo Aurora, a soli 7 giorni viene data in adozione ad una giovane coppia che si mostra molto affettiva. Anna e Liliana sono tutt’oggi amiche... sono passati 4 anni.

Elena è una ragazza di 25 anni che si presenta al nostro Consultorio, perché dopo un ritardo mestruale di venti giorni, eseguendo un test di gravidanza ha verificato di essere incinta.

Ha uno sguardo che denota imbarazzo, confusione e paura: la sua richiesta è quella di interrompere la gravidanza e chiede pertanto informazioni sul percorso.

Il suo atteggiamento e la sua voce, non riescono a nascondere un profondo dubbio, disagio ed incertezza.

Viene accolta con discrezione e tatto, lasciandole il tempo necessario per poter raccontare la sua storia e le sue emozioni. La ragazza dopo un po’ riesce a trovare il canale giusto per superare il momento d’imbarazzo e racconta che il bambino non è stato concepito con il marito ma con un altro uomo già sposato con figli. Presa dallo sconforto mette al corrente del suo stato di gravidanza sia il marito, sia l’uomo padre del figlio che porta in grembo.

Il primo chiede subito la separazione, il secondo se ne lava le mani, perché non vuole mettere a repentaglio i rapporti con la sua famiglia.

Elena rimane sola, così decide di allontanarsi dal suo paese e dai suoi genitori.

La ragazza ci riferisce di non essere decisa e sicura d’interrompere la

gravidanza, ha sempre desiderato avere un figlio, però è sola, ha paura del giudizio della gente, ha paura di far crescere un figlio senza padre e ha paura pure dell'intervento.

Vista l'impossibilità di aiutarla nella comprensione, ma soprattutto di trovare la strada per superare queste barriere emotive, le viene proposto un percorso con lo psicologo e con l'assistente sociale. Dopo un periodo difficile di riflessione, decide di continuare la gravidanza, anche se le rimangono nel profondo, dubbi e paure.

La gravidanza viene seguita dall'equipe del consultorio, risultando fisiologica fino al suo termine.

Elena decide anche di seguire il corso di preparazione al parto, consapevole di incontrare mamme, che vivono una situazione diversa, con accanto il proprio partner. Una mattina ci telefona, e ci informa di non riuscire a partecipare al corso, perché avverte dalla notte contrazioni sempre più regolari e forti, così la invitiamo ad andare in ospedale per un controllo.

Oggi si è presentata al consultorio con in braccio Andrea, è felice e contenta della sua scelta di essere madre. Ci racconta che il parto è stato impegnativo e doloroso, però è riuscita da sola e con coraggio a far nascere quel figlio "scomodo" ma tanto amato.

Durante lo svolgimento dei corsi di accompagnamento alla nascita notiamo che le donne che affrontano la gravidanza senza un partner da un lato soffrono a causa della loro condizione di solitudine e dall'altro ricercano la solidarietà del gruppo delle gestanti, il confronto, il potersi raccontare, il potersi sentire meno "strane". Per noi operatori è importante tenere sempre presente la situazione di ogni donna: chi conduce il gruppo deve rivolgersi a tutte cercando di evitare momenti di disagio, non dando per scontato, ad esempio, che tutte le donne abbiano un partner o parlando sempre di coppia.

Ogni donna deve potersi ritrovare quando si affrontano i temi inerenti la nascita, la maternità, la genitorialità, la cura del neonato.

Questo compito può essere difficile negli incontri aperti ai padri... ma poi perché soltanto ai padri? Alcune situazioni ci spingono a trovare soluzioni diverse: gli incontri possono essere aperti sia ai padri che alle sorelle, alle madri, alle amiche, ovvero alla persona che la donna pensa le starà accanto alla nascita del bambino.

È chiaro, e lo dicono le donne, ci si sente più supportate quando si ha vicino il proprio compagno, ma un buon sostegno affettivo

può giungere anche da altre figure capaci di donare tranquillità, come spesso ci viene raccontato dalle donne.

La nostra difficoltà di operatori emerge anche nel periodo che segue il parto: possiamo provare pena per la donna che non può contare sul supporto del partner, correndo il rischio di trasferire il nostro sentire al suo ed uscendo così da un ruolo di sostegno. Anche in questa fase l'ascolto ci permette di essere una risorsa per lei.

10.1

UN APPARTAMENTO PER LE MATERNITÀ DIFFICILI²

Il progetto di un appartamento dedicato all'accoglienza di utenti con maternità difficili è nato dalla volontà di sostenere, fino a quando non riescono a raggiungere un buon livello di autonomia, le donne che attendono la nascita del figlio in un momento di profonda sofferenza e solitudine. Che non hanno qualcuno su cui poter contare, o che si trovano in gravi difficoltà socio-economiche e abitative.

Spesso sono disorientate o spaventate a causa di una gravidanza non desiderata e richiedono l'interruzione volontaria di gravidanza esclusivamente per tali problematiche. In alcuni casi si tratta di donne immigrate non residenti in Italia e regolarizzate tramite il permesso di salute.

Solitamente l'inserimento inizia nel periodo della gravidanza della donna e termina, come tempo massimo, all'anno di vita del bambino. Dalla nascita fino al compimento dell'ottavo mese si cerca di facilitare la costruzione della relazione madre/bambino. Nei mesi successivi si aggiungono tutti gli interventi volti all'autonomia e al suo possibile reinserimento sociale e relazionale.

La donna viene inoltre sostenuta affinché possa ritrovare delle risorse interiori e cercare di integrare l'idea che aveva di sé con il nuovo ruolo di madre.

Il progetto è gestito dall'équipe del Consultorio: l'assistente sociale, l'ostetrica, il ginecologo e l'educatrice.

L'assistente sociale, con il compito di supervisione e valutazione della possibilità d'inserimento delle donne nel progetto, formula un percorso personalizzato a favore della donna, agevola gli aspetti medico-sanitari in Consultorio e in ospedale, mantiene la presa in carico della donna e successivamente anche del bambino nel corso del collocamento, fino all'uscita e alla successiva auto-

mia del piccolo nucleo. Lavora in equipe con l'educatore referente dell'appartamento.

L'educatore ha il compito, attraverso appuntamenti settimanali, di sostenere la donna durante l'inserimento e la relazione tra le donne ospiti, di facilitare l'accesso ai servizi e alle opportunità lavorative: ufficio di collocamento, sindacati, sportelli donne immigrate, agenzie territoriali.

L'ostetrica è referente per la donna in consultorio durante la gravidanza e come sostegno al puerperio nel primo mese di vita del bambino. Programma visite a domicilio.

Non è previsto nessun costo per la donna che si deve occupare sia delle pulizie della propria camera e dei luoghi comuni, sia della preparazione dei pasti.

Il progetto, oltre che utile, comporta un notevole risparmio rispetto all'inserimento delle donne in una struttura protetta.

A tutt'oggi l'appartamento ha accolto donne immigrate, provenienti da paesi diversi. Questa esperienza multietnica è stata interessante per l'équipe di riferimento perché ha permesso di apprendere usi e costumi riguardanti la gravidanza e la nascita in paesi distanti e differenti tra loro... la cosa che sicuramente accomuna è lo sguardo delle mamme verso i loro bambini.

NOTE

1. È presente nella azienda AUSL di Rimini, un tavolo istituzionale con le Associazioni di volontariato per la vita e operatori aziendali con l'obiettivo di concordare un protocollo di collaborazione nel caso di maternità difficili e di sviluppare modalità di intervento attraverso cui coinvolgere le associazioni in un lavoro di rete. La delicatezza dei temi affrontati e delle implicazioni valoriali che comportano, ha reso necessario un costante confronto, mediazione, volontà di capire le rispettive idee e di cooperare. È così stato possibile superare alcune criticità e arrivare alla costruzione di una rete in favore delle donne e delle famiglie, e di strumenti informativi utili per le donne (l'opuscolo "Sei incinta, non sei sola" tradotto in otto lingue, inglese, francese, spagnolo, russo, rumeno, albanese, cinese, arabo) e per gli operatori (un manuale per tutti coloro che incontrano donne con maternità difficili. Esempio medici di famiglia, ginecologi, operatori di case famiglie, di case di accoglienza, operatori socio-sanitari del territorio e ospedale, volontari del terzo settore).
2. A Rimini ne è stato inaugurato uno nel 2010. È concesso in comodato

QUANDO L'ADOLESCENTE NON RIESCE A PENSARSI MADRE

12.2

Una riflessione particolare la dedichiamo alla richiesta di IVG da parte delle utenti adolescenti. È il frutto di vent'anni di esperienza nell'ambito dello Spazio Giovani dell'Azienda AUSL di Rimini, all'interno del quale, con il contributo di tutti gli operatori, si è cercato di formulare delle linee di indirizzo che possano essere di aiuto e di supporto a tutti i colleghi che si trovano ad operare in un ambito così delicato¹.

Lo Spazio Giovani si colloca prevalentemente nell'area della prevenzione, ma contatta anche realtà difficili e dolorose come l'interruzione di gravidanza durante l'adolescenza.

L'adolescente con il test di gravidanza positivo in mano è appena uscita dal mondo dell'infanzia e si trova catapultata in una dimensione adulta come un pesce fuor d'acqua.

La ragazza che sceglie l'aborto spesso vuole affermare di non essere ancora "una donna", di non vedersi come tale: sottolinea che per lei quella trasformazione non è ancora avvenuta e cerca di nascondersi, cioè manifesta una certa resistenza a raccontarsi.

Nell'immediato prevalgono l'ansia e l'ambivalenza, ma soprattutto prevale il diniego con cui l'adolescente tende a negare il significato interiore dell'esperienza accaduta (la gravidanza) per difendersi dai sensi di colpa e depressivi. Spesso afferma "è accaduto per caso"... "non so che cosa sia successo"... "io non volevo".

L'adolescente, in quella situazione, ha paura e ha fretta; vorrebbe cancellare tutto e tagliare i ponti con gli eventi e con il mondo interiore.

Chiede all'operatore non una consulenza, ma la soluzione di un problema reale, grave e urgente.

Esige una risposta rapida – d'altra parte spesso il tempo utile è davvero limitato, poiché all'adolescente sono serviti molti giorni per rendersi conto del suo stato – per cui stabilire un setting dove si possa sospendere l'azione per introdurre la pausa, anche breve, di riflessione mediante uno o più colloqui diventa particolarmente difficile.

A questo fine appare necessario che gli operatori dello Spazio Giovani non solo svolgano la loro specifica attività clinica, ma che tutti indistintamente esercitino il ruolo del traghettatore. La figura

simbolica del traghettatore si presta, anche per la sua concretezza, a rappresentare la funzione di tessere collegamenti che, in questa attività clinica non si riferiscono solo all'organizzazione del percorso socio/sanitario, ma anche al percorso intimo e mentale dell'adolescente che, nella circostanza dell'IVG spesso tende a tenere separati i fatti dalle emozioni, l'evento reale dal mondo interiore degli affetti. L'adolescente vuole eliminare ogni ricordo, senza lasciare traccia, impedendo a se stessa di poter apprendere da quell'esperienza ed esponendosi così sia alla coazione a ripetere, sia all'impossibilità di elaborare l'evento.

Il confronto con l'équipe diviene per l'operatore esposto all'urgenza, pena, diniego, colpa, ambivalenza, un mezzo necessario per potersi proporre all'adolescente come un adulto che:

- mantiene una misurata empatia (cerca di porsi in equilibrio fra una neutralità senza calore ed una identificazione collusiva);
- conserva la capacità di pensare e ne sostiene il valore;
- accoglie le parti sofferenti e dolorose e, diventando un contenitore simbolico ed affettivo, infonde fiducia e informa sul percorso socio-sanitario;
- propone anche soluzioni alternative all'interruzione della gravidanza;
- soprattutto sostiene l'adolescente nell'individuare e nell'esprimere il proprio desiderio, mediante una scelta personale, libera e responsabile (come richiesto dalla legge).

Particolarmente importante è il momento in cui la ragazza torna allo Spazio Giovani perché ha l'opportunità di ripensare all'evento appena vissuto assieme all'operatore con cui ha una relazione positiva già costruita e in una situazione di minor tensione e ansia. Può allora riconoscere il proprio desiderio frustrato per una maternità non realizzata e recuperare la fiducia di poterla realizzare in un futuro... da grande.

NOTE

1. Esperienza presentata al Convegno "Da vent'anni con i ragazzi a 360° – facciamo il punto e rilanciamo" organizzato dallo Spazio Giovani della Azienda USL di Rimini il 2 e 3 Dicembre 2010 nella relazione "Quando l'adolescente non riesce a pensarsi madre" del Dott. Sergio Tarducci.

Hanno collaborato alla stesura di questo libro:

Paolo Assirelli: ginecologo, Responsabile Struttura Semplice Assistenza Consultoriale Azienda Usl Rimini

Luciana Belloni: sociologa, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Rita Berardi: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Giovanna Campagna: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Paola Carlini: ostetrica, libera professionista

Michelina Ciuffreda: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Elvira Esposito: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Silvia Flaminio: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Monica Gambuti: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Loretta Greppi: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Teresina Bettina Magrini: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Maria Eufemia Manniello: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Paola Marconi: psicologa, psicoterapeuta, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Anna Migali: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Rachele Montini: ostetrica, libera professionista

Nadia Morello: ostetrica, libera professionista

Valentina Noli: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Maria Pandolfi: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Silvia Pasetti: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Elisabetta Pillai: assistente sociale, Consultorio Familiare Aziende

da Usl Rimini

Lea Ridolfi: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Morena Rinaldi: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Alice Rosati: assistente sociale, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Margherita Scalia: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Cristina Scatassa: ostetrica, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Maria Teresa Trappoli: assistente sociale, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

Enrica Nives Vaselli: sociologa, Consultorio Familiare Azienda Usl Rimini

L'accoglienza e la cura. Nei consultori familiari. Facile a dirsi. Più complicato a farsi. Significa mettere in gioco una varietà di figure professionali: ostetriche, assistenti sanitarie, assistenti sociali, psicologi, sociologi, ginecologi, medici, educatori e infermieri professionali. E significa attraversare i temi trasversali della relazione di aiuto, del *setting* in cui si lavora, con tempi e spazi spesso ridotti, delle risorse e delle fatiche nel lavoro di équipe, delle situazioni problematiche più frequenti e difficili da gestire, in cui entrano in gioco emozioni potenti dell'utente e dell'operatore, paure antiche e paure nuove. Questo libro nasce per gli operatori che agiscono nel Consultorio Familiare e vogliono affinare le loro competenze professionali.

Sono tanti gli interrogativi: come relazionarsi sia con gli utenti in generale, sia con quelli che presentano fattori di rischio a causa della solitudine? Come accorgersi di difficoltà non narrate con le parole? Insomma, quale prevenzione è possibile per chi opera in Consultorio? E come tener conto con gli utenti e con i colleghi del proprio modo di essere, del proprio stile relazionale fondato sui propri modelli di attaccamento e accudimento?

Queste pagine nascono per trasmettere la complessità di alcuni di questi interventi, e la delicatezza necessaria nei colloqui quando i temi trattati, le possibili scelte che l'utente sta esplorando, implicano non solo aspetti psicologici, sociali e sanitari ma anche le dimensioni valoriali ed etiche di ognuno, utenti e operatori.

Vilma Bastianini, assistente sanitaria, si è formata come “Esperto in educazione sessuale” e “Consulente in sessuologia” presso l'Istituto Internazionale di Sessuologia di Firenze e come Counsellor Professionista presso lo IACP di Bologna. Lavora nello Spazio Giovani, dell'Azienda USL di Rimini dal 1990, svolgendo attività di accoglienza, consulenza individuale, promozione della salute, educazione alla sessualità e formazione.

Daniela Daniele, ostetrica, è Consulente in Sessuologia. Responsabile del Percorso Nascita dell'Azienda USL di Rimini e coordinatore dello stesso in Area Vasta Romagna, è ostetrica coordinatrice dei Consultori Familiari del distretto di Rimini. Lavora in Consultorio dal 1976 e dal 1989 anche nello Spazio Giovani, svolgendo attività di accoglienza, consulenza, assistenza ostetrica, corsi di accompagnamento alla nascita, promozione della salute, formazione e coordinamento.

Maria Luisa Verlato, psicologa e psicoterapeuta, docente in scuole di specializzazione in psicoterapia (IACP di Firenze e Institute of Constructivist Psychology di Padova), propone un'integrazione dell'Approccio Centrato sulla Persona di C. Rogers con la fenomenologia e la teoria dell'attaccamento. Si occupa di attività clinica, formazione e supervisione sia per l'età adulta che in progetti rivolti a bambini, adolescenti e vittime di abusi e traumi. Con la meridiana ha pubblicato *Identità alla deriva* (2011), *Guarire o curare?* (2008), *Relazioni ferite* (2006).

Euro 20,00 (I.i.)

ISBN 978-88-6153-251-9



9 788861 532519