

Il diritto alla maternità nell'isola di Pantelleria: una realtà problematica

Anna Grimaldi*

Introduzione

Lo scorso 4 Maggio 2026, il comune dell'isola di Pantelleria ha deciso di avviare la riapertura del punto nascite presso la struttura ospedaliera "Bernardo Nagar" situata sull'isola di Pantelleria. Si tratta di una vicenda paradigmatica dei processi di riorganizzazione ospedaliera italiana, nell'ambito della quale emerge un conflitto tra la tutela della sicurezza clinica e quella dell'accesso all'assistenza sanitaria delle partorienti nei contesti insulari. Il profilo che ci si propone di analizzare verte sul modo in cui il diritto all'assistenza sanitaria delle donne in procinto di partorire e il principio di efficienza organizzativa dell'amministrazione sanitaria possano essere bilanciati senza lederne il nucleo essenziale.

La tensione nella tutela dei diritti sanitari nel DM 70/2015

La vicenda della chiusura del punto nascita dell'isola di Pantelleria ha il suo avvio nel DM 70/2015 che, nell'ottica di garantire la sicurezza delle partorienti e dei nascituri, individua in 500 parti annui la soglia minima di attività per il mantenimento di un punto nascita. Il decreto recepisce un principio ampiamente consolidato nella letteratura scientifica internazionale secondo cui esiste una correlazione tra volume di attività ed esiti clinici: strutture caratterizzate da un numero ridotto di parti possono incontrare maggiori difficoltà nel garantire livelli ottimali di esperienza professionale, organizzazione e sicurezza assistenziale.

La disciplina tuttavia non considera la soglia dei 500 parti annui come un parametro assoluto. Un'applicazione rigida del parametro quantitativo rischierebbe, infatti, di compromettere il principio di equità territoriale e il diritto di accesso alle cure nelle aree geograficamente svantaggiate. In contesti insulari come Pantelleria, la chiusura del punto

nascita potrebbe esporre le gestanti ai rischi connessi al trasferimento verso strutture ospedaliere situate sulla terraferma, con conseguente aumento dei tempi di accesso all'assistenza ostetrica e delle difficoltà logistiche legate ai non frequenti collegamenti marittimi e aerei.

In tale prospettiva emerge una tensione tra due esigenze, entrambe riconducibili alla tutela del diritto alla salute: da un lato la sicurezza clinica della madre e del neonato, perseguita attraverso la concentrazione dei parti in strutture a più elevato volume di attività; dall'altro l'effettiva accessibilità dei servizi sanitari, che impone di considerare la peculiarità dei territori periferici e insulari. La previsione di deroghe per le aree disagiate dimostra come il legislatore abbia espressamente riconosciuto la necessità di bilanciare tali interessi.

In generale, però, può ritenersi che la questione non riguarda esclusivamente l'organizzazione dei servizi sanitari, ma investe la più ampia tutela del diritto al benessere nelle realtà insulari. La possibilità di partorire nel proprio territorio, infatti, assume rilievo non soltanto sotto il profilo strettamente sanitario, ma anche sotto quello sociale, culturale ed economico. Il trasferimento obbligato verso altre strutture può comportare l'allontanamento dalla propria rete familiare e relazionale, nonché dai propri luoghi identitari; Può ancora incidere sulla continuità del supporto sociale durante la gravidanza e determinare costi economici significativi per le famiglie. Al contrario, la presenza di una struttura sanitaria in grado di accompagnare la gravidanza e il parto assume, nei contesti isolati, una forte valenza simbolica per la comunità locale. In virtù, inoltre, della marcata prossimità socio-relazionale, un centro nascita può diventare, in tali territori, un luogo privilegiato un luogo privilegiato di costruzione di relazioni sociali e di riconoscimento dell'esperienza gestazionale. Pertanto, la valutazione circa il mantenimento o la chiusura di un punto nascita in contesti insulari richiederebbe un approccio multidimensionale, capace di considerare congiuntamente sicurezza clinica, accessibilità delle cure ed effettiva tutela delle comunità locali.

La costruzione normativa dell'insularità

La peculiarità delle realtà insulari non costituisce una mera circostanza di fatto, ma un elemento strutturale che l'ordinamento giuridico italiano riconosce espressamente. Con la legge costituzionale n.2 del 2022 è stato infatti modificato l'art. 119 della Costituzione,

introducendo il principio di insularità e prevedendo che la Repubblica italiana riconosca la peculiarità delle isole e promuova le misure necessarie a rimuovere gli svantaggi derivanti dalla condizione insulare.

L'insularità viene così configurata come una condizione di svantaggio permanente, connessa alla discontinuità territoriale, ai maggiori costi di mobilità e alle difficoltà di accesso ai servizi essenziali. In tale prospettiva il trattamento differenziato delle comunità insulari non rappresenta una deroga al principio di uguaglianza, bensì uno strumento per realizzare l'uguaglianza sostanziale sancita dall'art 3, secondo comma della Costituzione.

In quest'ottica, il principio di insularità può essere interpretato come un criterio ermeneutico, idoneo a orientare l'applicazione delle deroghe previste per le aree disagiate, imponendo, ad esempio, che le scelte di programmazione sanitaria, tengano conto non soltanto degli indicatori di efficienza e sicurezza, ma anche delle specifiche esigenze delle comunità insulari e della necessità di garantire un livello di assistenza effettivamente equivalente a quello assicurato nei territori continentali.

In questa prospettiva, la presenza di un centro nascita in un contesto insulare, capace di rispettare gli standard di sicurezza sanitaria, può non solo garantire l'equità territoriale, ma anche valorizzare le specificità dell'isola. Come abbiamo, infatti, sottolineato in precedenza, in tali contesti tale infrastruttura sanitaria può arricchirsi di valenza simboliche e assumere un carattere di formazione sociale supportiva. In tal modo, la stessa concezione di insularità verrebbe riscattata, assumendo anche connotazioni positive.

La precarietà sanitaria

In seguito al processo di riorganizzazione della rete ospedaliera siciliana e all'applicazione dei criteri dal DM 70/2015, il punto nascita dell'ospedale "B. Nagar" di Pantelleria è stato sospeso a partire da Febbraio 2016. Successivamente, grazie alla concessione di una deroga ministeriale, il servizio è stato riattivato nel Novembre 2017. La riapertura fu resa possibile attraverso l'adozione di uno specifico modello organizzativo, volto a compensare le criticità derivanti dal ridotto volume di attività. L'ASP di Trapani ha predisposto, infatti, un sistema di integrazione con gli ospedali della provincia e di rotazione del personale specializzato, garantendo così la presenza di ginecologi, pediatri, anestesisti

e ostetriche in collegamento funzionale con i presidi della terraferma. Tale soluzione mirava a conciliare le esigenze di sicurezza clinica con il mantenimento di un servizio ritenuto essenziale per la popolazione insulare. Tuttavia, la deroga ha avuto carattere temporaneo. Alla scadenza del 31 dicembre 2019 non è stata immediatamente rinnovata, determinando una nuova sospensione dell'attività del punto nascita nel corso del 2020. Le motivazioni del mancato rinnovo erano riconducibili sia al permanere del mancato raggiungimento della soglia minima di 500 parti annui prevista dalla normativa nazionale, sia alle persistenti difficoltà organizzative e di reperimento del personale necessario per assicurare il rispetto degli standard di sicurezza richiesti. Emerge qui una fragilità strutturale del sistema sanitario nazionale nel garantire una stabile allocazione delle risorse professionali nei contesti insulari. Tale criticità sembra motivabile non soltanto con fattori infrastrutturali, logistici e socio economici, ma anche con le rappresentazioni che accompagnano l'esercizio della professione sanitaria nelle realtà periferiche e insulari, spesso percepite come meno attrattive sotto il profilo professionale e personale.

Tale situazione ha assunto una particolare gravità con l'insorgere della pandemia COVID-19. L'obbligo per le gestanti di trasferirsi sulla terraferma per il parto è apparso ancora più problematico a causa delle restrizioni alla mobilità, del rischio di contagio e delle difficoltà nei collegamenti con la Sicilia. Nel maggio 2020, in questo contesto, il Comune di Pantelleria ha adottato una forma di protesta istituzionale particolarmente significativa, avviando insieme al vicesindaco e al presidente del consiglio comunale uno sciopero della fame. Tale iniziativa si è inserita nel più ampio quadro di protesta popolare. La protesta ha assunto, quindi, una valenza non soltanto politica, ma anche simbolica e istituzionale, evidenziando la percezione di una compressione del diritto alla salute, che investe anche la sfera familiare e il senso dei luoghi.

La vicenda del punto nascita di Pantelleria può pertanto essere letta come un caso emblematico del conflitto tra standard nazionali di sicurezza sanitaria e tutela dei diritti delle comunità insulari. In altri termini può essere interpretata come il confronto tra una costruzione 'etica' della sanità, fondata su criteri tecnico-organizzativi e standard nazionali di sicurezza, e una costruzione 'emica', radicata nell'esperienza vissuta delle comunità insulari e nelle rappresentazioni locali del diritto alla salute. Tale tensione si colloca all'interno del più ampio costruito socio culturale ed economico-politico dell'insularità.

La costruzione emica della maternità e della salute a Pantelleria

In riferimento alla questione analizzata, sei mamme residenti sull'isola di Pantelleria si sono rese disponibili a partecipare a interviste semi-strutturate, sia individuali sia di gruppo. Le loro testimonianze consentono di interrogare più da vicino l'organizzazione del sistema sanitario italiano e di valutare, in concreto, il grado di tutela dei diritti delle donne che vivono in contesti insulari periferici. Le interviste si sono svolte tra il 10 e il 17 giugno 2026, in contesti domestici; un colloquio è stato condotto in modalità telematica. Il campione, di natura non probabilistica e selezionato per convenienza, è composto da donne residenti a Pantelleria che hanno partorito dopo il 2020, in una fase in cui il punto nascita dell'isola non era più operativo. Nel prosieguo del testo, il nome di ciascuna intervistata sarà accompagnato, alla prima occorrenza, dall'età e dalla data dei parti. Pur nella consapevolezza dei limiti propri dell'indagine qualitativa e della ridotta numerosità del campione, le esperienze narrate consentono di mettere in luce alcune criticità ricorrenti, che verranno esaminate secondo distinti nuclei tematici.

La percezione del rischio sanitario

La percezione prevalente è che l'assistenza sanitaria disponibile sull'isola non garantisca una soglia minima di sicurezza qualora la gravidanza presenti complicazioni, più o meno gravi. Da questo punto di vista, le intervistate ritengono che il diritto alla salute, tutelato dall'art. 32 Cost., non trovi piena attuazione.

Quando il quadro clinico presenta criticità sin dalle prime fasi della gravidanza, le gestanti scelgono generalmente di affidarsi a strutture ospedaliere della terraferma, sia pubbliche sia private, poiché considerano inadeguati i servizi disponibili localmente. Inizia così una continua spola tra Pantelleria e la Sicilia, con rilevanti conseguenze sul piano emotivo, familiare, economico e logistico. Il tempo dell'attesa si trasforma in un tempo "teso", sospeso tra il desiderio di rimanere sull'isola e la paura che possa accadere qualcosa all'improvviso: «Sono rimasta con la paura qua di cosa potesse succedere, ogni giorno era una tensione», racconta Giada (33 anni, Giugno 2023).

Anche la scelta del momento in cui lasciare l'isola risulta particolarmente complessa. Anticipare la partenza significa aumentare il livello di sicurezza percepita, ma comporta al

tempo stesso maggiori costi economici e un distacco prematuro dalla propria rete di sostegno familiare e sociale. Nondimeno, nelle testimonianze raccolte prevale una logica di cautela: «La mia gravidanza è stata preziosa, non la metto a rischio!», afferma ancora Giada, spiegando le ragioni della sua scelta.

Quando invece compaiono improvvisamente sintomi ritenuti allarmanti, il trasferimento sulla terraferma diventa pressoché inevitabile. In questi casi è spesso lo stesso primario del reparto di ostetricia e ginecologia ad assumere una posizione particolarmente netta: «O chiami la DAT e fai il biglietto adesso, o io ti faccio il biglietto dell'elisoccorso!», racconta Claudia (23 anni, Ottobre 2024 - Gennaio 2025), ricordando il momento in cui il peggioramento delle sue condizioni cliniche durante la seconda gravidanza ha reso necessario il trasferimento. È proprio l'accesso tempestivo alle cure in situazioni di urgenza il profilo che le donne pantesche percepiscono come meno tutelato. Come osserva Claudia, le donne che vivono sulla terraferma sono «un pochino più avvantaggiate: con il 118 stesso ti mandano in un ospedale. Non c'è da preparare le cose...». L'emergenza sanitaria, infatti, si intreccia inevitabilmente con le difficoltà organizzative proprie della condizione insulare.

Dalle interviste emerge inoltre che, anche quando il punto nascita era ancora operativo, il personale sanitario tendeva a non assumersi la responsabilità di seguire o gestire in loco le gravidanze caratterizzate da particolari complicazioni. La struttura rappresentava tuttavia un importante punto di riferimento per le donne con gravidanze fisiologiche e a basso rischio. Alcune intervistate mettono in luce come, attualmente, il ricorso al trasferimento sulla terraferma si sia esteso pure a situazioni non necessariamente gravi. Come evidenzia Rosapia (34 anni, Novembre 2023), «vogliono sempre meno responsabilità, anche per poche cose ora mandano fuori in elisoccorso». Tale modalità di gestione del rischio sanitario è interpretata dalla intervistata come il segnale di un progressivo arretramento della presa in carico sul territorio. Le testimonianze raccolte sembrano dunque evidenziare una criticità che precede e supera la sola questione della chiusura del punto nascita: la difficoltà di garantire un accesso tempestivo, stabile e continuativo alle cure nei casi che richiedono maggiore assistenza specialistica. È proprio in queste situazioni, nelle quali il bisogno di tutela sanitaria si fa più intenso, che la distanza geografica dalla terraferma e la limitata offerta di servizi sull'isola vengono percepite come maggiormente incidenti sull'effettività del diritto alla salute.

La carenza di personale sanitario

Un secondo profilo critico emerso dalle interviste riguarda la difficoltà di garantire una presenza stabile di personale sanitario presso l'ospedale "B. Nagar" di Pantelleria. Per far fronte alla carenza di specialisti, l'ASP di Trapani, come anticipato, ha predisposto un sistema di turnazione del personale proveniente dalla terraferma. Tale soluzione, pur finalizzata ad assicurare la continuità del servizio, ha manifestato alcune rilevanti criticità dal punto di vista dell'esperienza delle utenti.

In primo luogo, diverse intervistate hanno espresso dubbi circa l'adeguatezza delle prestazioni rese da personale presente sull'isola per periodi limitati. Particolarmente significativo è il racconto di Francesca (41 anni, Febbraio 2021- Marzo 2025), alla quale, nel corso di un controllo prenatale, era stata segnalata l'assenza del battito fetale, considerata tuttavia dal medico una circostanza potenzialmente compatibile con il normale decorso della gravidanza. Solo una settimana più tardi, a seguito di un'emorragia e di ulteriori accertamenti effettuati presso l'ospedale di Trapani, veniva diagnosticata la morte fetale, risalente proprio al periodo del precedente controllo. Al di là della valutazione del singolo episodio clinico, il racconto evidenzia la percezione, da parte delle intervistate, di una minore affidabilità di un sistema fondato sulla presenza temporanea e discontinua degli operatori.

In secondo luogo, la turnazione del personale determina una significativa frammentazione del percorso di cura. Le donne intervistate riferiscono di essere state seguite da professionisti diversi, portatori di approcci e orientamenti talvolta non coincidenti. Ciò ha generato disorientamento e incertezza, oltre a fenomeni di sovrapposizione delle indicazioni terapeutiche. Claudia, ad esempio, racconta di aver ricevuto prescrizioni di numerosi integratori da parte di medici diversi, fino a trovarsi ad assumere contemporaneamente circa dieci farmaci o supplementi differenti, maturando per questo la preferenza per un unico referente clinico stabile. "Ogni volta mi segnavano integratore diversi, ero arrivata al punto di prendere 10 pillole diverse....preferisco essere seguita solo da lui (dal primario)...metti il dubbio un parere di uno specialista, no? Ma 10 compresse mi paiono eccessive"

La discontinuità nella presenza del personale ha comportato inoltre la perdita di quella dimensione di relazione personalizzata dell'assistenza che caratterizza tradizionalmente i contesti insulari ad alta densità relazionale. Dalle interviste emerge come la qualità della

cura non venga valutata esclusivamente in termini tecnico-sanitari, ma anche attraverso la conoscenza reciproca, la continuità della relazione e la capacità del professionista di collocare il percorso clinico all'interno del contesto sociale e familiare della paziente.

La chiusura del punto nascita contribuisce ad accentuare ulteriormente tali criticità. Le donne sono infatti costrette a trasferirsi sulla terraferma nelle ultime settimane di gravidanza e ad affrontare il parto assistite da professionisti, diversi non solo da quelli che le hanno seguite durante la gravidanza sull'isola, ma anche da quelli che hanno effettuato gli ultimi controlli prima del parto. La mancanza di continuità assistenziale e l'impossibilità di costruire un rapporto di fiducia con l'équipe che seguirà il parto emergono come fattori che alimentano sentimenti di insicurezza e ansia in una fase particolarmente delicata della vita riproduttiva.

La famiglia e la rete sociale

Un terzo profilo critico riguarda la possibilità di mantenere le proprie reti di sostegno durante un periodo di particolare vulnerabilità quale quello della gravidanza. Tale aspetto mostra come la maternità non possa essere ridotta a un'esperienza prettamente biologica e sanitaria, ma riguardi una più ampia dimensione della cura, legata alle relazioni familiari e comunitarie; intrecciando i diritti espressi nell' art. 2 Cost (formazioni sociali e solidarietà), nell'art. 29 Cost. (famiglia) e nell'art. 31 Cost. (protezione della maternità).

Il trasferimento sulla terraferma comporta infatti, in molti casi, una separazione prolungata dalla famiglia e dagli amici. La lontananza dal partner incide profondamente sul benessere emotivo delle gestanti, poiché priva le donne sia della possibilità di condividere con il futuro padre un'esperienza ad alto valore simbolico, sia del conforto, dell'ascolto e dell'assistenza che tale figura può offrire in una fase particolarmente delicata della vita. «Il distacco familiare... c'è stato un momento in cui avevo più bisogno del mio compagno, di mio marito accanto, e lui era qua. Quindi era una condizione di telefono, e non è la stessa cosa...», racconta Claudia. La distanza fisica, inoltre, può tradursi anche in una distanza emotiva, generando incomprensioni e tensioni all'interno della coppia: «Lui è là, tu sei qua, non lo vedi in faccia, non sai cosa va a pensare».

La presenza del partner non è messa in discussione soltanto durante il periodo che precede il parto, ma talvolta anche nel momento stesso della nascita. I collegamenti con l'isola, infatti, non sono sempre frequenti e regolari e restano fortemente condizionati dalle condizioni meteorologiche. Ne deriva il rischio che un evento irripetibile come la nascita non possa essere pienamente condiviso dai genitori, con conseguenze sulla costruzione di una memoria familiare comune. Particolarmente significativo è il racconto di Serena (21 anni, Aprile 2024), che descrive come il desiderio di condividere la nascita con il compagno fosse divenuto un elemento centrale dell'attesa, al punto da condizionare anche la percezione dei segnali corporei che precedono il parto: «Volevo partorire con il mio compagno presente...quando lui veniva avevo la pressione: devo partorire adesso, devo partorire adesso!... Per quanto mi sforzassi, mi venivano le contrazioni!» Accanto alla separazione dal partner, pesa inoltre quella dai figli già nati. Francesca descrive con particolare intensità questa esperienza: «È stata dura per me... è stata dura. Anche perché sono partita prima del suo compleanno. Io speravo di fare il suo compleanno qui... È stata dura separarmi quel mese, sembrava non passasse mai... il distacco si sente, è inutile che ci prendiamo in giro. Il mese che ho passato distante da mio figlio è stato devastante.» La gestione di un figlio già nato durante il periodo di trasferimento rappresenta inoltre, secondo alcune intervistate, un fattore idoneo a incidere sulle successive scelte riproduttive: Rosapia sottolinea come l'obbligo di allontanarsi dall'isola per partorire renda particolarmente gravosa l'ipotesi di una seconda maternità: « Fare il secondo e andare su terraferma secondo me è un disagio grandissimo...Perché il primo lo fai, ma fare il secondo ci pensi tante volte!... è molto difficile... ci pensi e ci ripensi, e anche questo porta a meno natalità» . In questa prospettiva, il disagio derivante dal trasferimento non ricade esclusivamente sulla gestante, ma coinvolge anche i figli già presenti nel nucleo familiare. Serena evidenzia come l'allontanamento possa incidere sulla quotidianità del minore, interrompendone relazioni, abitudini e percorsi educativi: «un domani non so come si possa sopportare un ulteriore disagio avendo una bambina in precedenza... Pensare di avere un'altra gravidanza, ma tu come puoi? Già devi metterti nella condizione di pensare che tutto questo lo devi rivivere avendo in carico già un'altra bambina, recandole il disagio di separarla da magari asilo, scuola, magari la propria routine, che comunque sono bambini. Ok? Sono bambini, una cosa affrontarlo da adulta, una cosa è farlo affrontare da una bambina, magari facendola stare distante da uno dei genitori» .

Le donne pantesche non si trovano soltanto private della propria rete di sostegno, ma spesso devono a loro volta prestare assistenza ai familiari che le accompagnano durante la

permanenza sulla terraferma. Si tratta frequentemente dei futuri nonni, persone anziane e talvolta fragili, con la conseguenza che il rapporto tra chi assiste e chi è assistito tende a invertirsi. Emblematico è il caso di Giada che, durante il soggiorno fuori dall'isola, si è trovata a dover soccorrere la madre a seguito di una reazione allergica a un antibiotico assunto per curare una cistite. L'esigenza di fare affidamento su un familiare durante il periodo che precede il parto può inoltre costituire un ulteriore fattore di pressione emotiva per la donna, la quale vive l'attesa nella consapevolezza dei sacrifici richiesti a chi la accompagna. Esemplificativa è l'esperienza di Rosapia, che racconta come le preoccupazioni lavorative del marito, libero professionista, abbiano accompagnato l'intero periodo di permanenza sulla terraferma: «E pesa, la testa non è qui per il lavoro...» Ancora più evidente appare tale dimensione nella testimonianza di Serena, che descrive il senso di colpa maturato nei confronti di coloro che l'hanno assistita e sostenuta nel periodo antecedente al parto. Emblematica, in tal senso, è la domanda che la stessa intervistata lascia aperta poco dopo: «Ma nel caso in cui nessuno ti può accompagnare, come si fa?». Tale eventualità, tra l'altro, può concretizzarsi anche inaspettatamente, qualora l'accompagnatore debba far fronte ad un'altra urgenza concomitante. È in parte ciò che è successo alla mamma di Marika (33 anni, giugno 2023), che si è trovata a dover fare la spola tra Mazara e Trapani, per assistere rispettivamente la figlia e il figlio, che aveva avuto un incidente. Questa riflessione richiama il tema dell'effettiva accessibilità dei percorsi di tutela della maternità, nonché della loro capacità di garantire condizioni di accesso alle cure indipendenti dalla disponibilità di una rete familiare o relazionale di supporto.

La distanza non riguarda però soltanto il nucleo familiare. Alle gestanti vengono a mancare anche gli amici e, più in generale, la comunità isolana, che rappresenta per molte una fondamentale matrice di riconoscimento e appartenenza. Dalle interviste emerge chiaramente una contrapposizione tra l'assistenza sanitaria vissuta sull'isola e quella sperimentata sulla terraferma. La prima viene descritta come inserita in una rete di relazioni che supera i confini dell'ospedale; la seconda come caratterizzata da anonimato e senso di estraneità. «A livello familiare, ti senti più a casa. Io le ostetriche le conosco tutte anche fuori dall'ospedale... lì ti sentivi un pesce fuor d'acqua, non conoscevi nessuno», racconta Claudia.

Nelle parole delle intervistate ricorre frequentemente l'opposizione tra il qui dell'isola e il lì della terraferma. «Mancano tante cose qui. L'unica cosa bella qui è che ti senti in famiglia. Perché conosci e ti senti in famiglia», osserva Giada. Al contrario, sulla terraferma, «non sai

chi ti trovi davanti». Il senso di comunità emerge con particolare evidenza nei ricordi delle donne che hanno potuto partorire a Pantelleria quando il punto nascita era ancora attivo. «Era bello... ti facevano mettere il fiocco, portavano i dolci, i fiori... non c'era un orario rigido per entrare...», riferisce Giada. Il parto si configurava come un evento collettivo, inserito in una trama di relazioni che coinvolgeva non soltanto la famiglia, ma l'intera comunità locale. È all'interno di questa dimensione comunitaria che avveniva anche la trasmissione informale dei saperi materni. «Le mamme anziane ti potevano dare una mano, un sostegno morale», ricorda Claudia. Si tratta di una forma di accompagnamento che, durante la permanenza sulla terraferma, molte intervistate hanno percepito come assente, vivendo invece un senso di solitudine e la necessità di arrangiarsi autonomamente. La ritualità collettiva che accompagnava la nascita non scompare del tutto, ma viene spostata nel tempo e nello spazio. Essa si compie soltanto al ritorno sull'isola, quando le neomadri vengono accolte al molo da familiari e amici con palloncini, striscioni e dolci, oppure trovano in casa il tradizionale tavolino con confetti e fiori, che un tempo veniva allestito direttamente nella sala parto. Tuttavia, dalle testimonianze emerge come tale celebrazione differita non riesca a compensare pienamente l'assenza della comunità nel momento stesso della nascita, privando l'esperienza della maternità di una dimensione relazionale e condivisa che le donne considerano parte integrante del proprio percorso.

Il costo economico

Un ulteriore profilo critico emerso con particolare forza dalle interviste riguarda il peso economico che la maternità comporta per le famiglie residenti a Pantelleria. Le testimonianze raccolte evidenziano come la condizione insulare produca costi aggiuntivi che incidono concretamente sulla possibilità di vivere la gravidanza e il parto in condizioni di serenità e sicurezza. Sotto questo profilo, vengono in rilievo non soltanto il diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost., ma anche il principio di eguaglianza sostanziale sancito dall'art. 3, secondo comma, Cost. e l'impegno della Repubblica a sostenere maternità e famiglia previsto dall'art. 31 Cost.

Dalle interviste emerge una dinamica stratificata: le donne che si trovano in condizioni di maggiore vulnerabilità, per ragioni sanitarie, economiche o logistiche, sono anche quelle che sopportano il carico organizzativo e finanziario più elevato. Chi non dispone di una casa di appoggio sulla terraferma, chi necessita di controlli più frequenti o chi deve affrontare

trasferimenti improvvisi a causa di complicazioni della gravidanza si trova esposto a costi significativamente maggiori, con inevitabili ripercussioni sul benessere psicologico e fisico. Particolarmente significativa è la testimonianza di Giada. Nei momenti più critici della gravidanza il marito ha dovuto trasferirsi temporaneamente a Palermo per assisterla, rinunciando a una parte consistente del proprio stipendio. Le partenze improvvise e la necessità di organizzare rapidamente gli spostamenti hanno inoltre sottoposto l'intero nucleo familiare a una condizione di forte stress economico e organizzativo. Anche nelle gravidanze prive di particolari complicazioni, tuttavia, i costi possono aumentare sensibilmente quando la permanenza sulla terraferma si prolunga oltre il previsto, come emerge dalle esperienze di Serena e Rosapia. Quest'ultima evidenza, inoltre, come l'impatto economico dell'allontanamento dall'isola dipenda anche dal momento dell'anno in cui si rende necessario. In ragione delle specificità del mercato del lavoro locale e della marcata stagionalità che caratterizza molte attività economiche, in alcuni periodi dell'anno il trasferimento può diventare particolarmente gravoso «e menomale che eravamo a ottobre, una cosa del genere d'estate non ce la possiamo permettere».

Il costo della maternità a Pantelleria non riguarda tuttavia soltanto il periodo della gravidanza e del parto, ma si estende anche alla fase successiva della crescita del bambino. Le intervistate sottolineano infatti come sull'isola beni di prima necessità e prodotti destinati ai neonati abbiano prezzi sensibilmente più elevati rispetto alla terraferma. Francesca, che non ha potuto allattare, ricorda con particolare amarezza le spese sostenute per il latte artificiale: «I soldi che ho speso per il latte sono immensi!». E aggiunge: «Non potrò mai dimenticare il latte di mia figlia... quella mattina l'ho pagato 33 euro. Sono tornata a casa in silenzio. Ho chiamato i miei amici a Trapani: lì costava solo nove euro e novanta.» L'elevato costo della vita viene in parte compensato dall'esistenza di una rete informale di solidarietà tra famiglie, fondata sullo scambio e sul riutilizzo di beni per l'infanzia. Anche sotto questo profilo emerge il ruolo della comunità isolana come strumento di sostegno reciproco e di contenimento delle disuguaglianze economiche.

Le residenti possono inoltre beneficiare di un contributo comunale pari a 5.000 euro, erogato in due rate nel corso dei due anni successivi alla nascita del figlio. Sebbene tale misura rappresenti un sostegno importante e sia generalmente apprezzata dalle intervistate, il suo carattere differito limita la capacità di rispondere alle esigenze economiche più urgenti, che si concentrano proprio durante la gravidanza, il parto e i primi mesi di vita del neonato. Ne consegue che le famiglie sono spesso chiamate ad anticipare

spese significative, con effetti particolarmente gravosi per coloro che dispongono di minori risorse economiche.

Le testimonianze raccolte suggeriscono dunque che il costo della maternità non sia distribuito uniformemente sul territorio nazionale. Al contrario, la condizione insulare sembra trasformare l'accesso alla gravidanza e alla genitorialità in un percorso caratterizzato da oneri economici aggiuntivi, che gravano in misura maggiore proprio sui soggetti più vulnerabili e rischiano di compromettere l'effettività delle garanzie costituzionali poste a tutela della salute, della maternità e dell'eguaglianza sostanziale.

Mobilità

Ai profili critici sin qui esaminati si aggiunge quello relativo ai trasporti, che richiama in modo diretto il diritto all'accesso tempestivo alle cure. La questione può essere articolata lungo tre direttrici principali: la frequenza e l'affidabilità dei collegamenti, il comfort del viaggio e i relativi costi, elemento che si ricollega alle considerazioni svolte nel paragrafo precedente; nonché le difficoltà connesse all'accesso alla mobilità locale, che impone alle gestanti l'acquisizione di nuove competenze orientative in un contesto territoriale non familiare.

In caso di gravidanza a basso rischio, le partorienti sono tenute a lasciare l'isola in una finestra temporale individuata dal medico di riferimento, generalmente compresa tra le due e le sei settimane precedenti la data presunta del parto. Le donne si organizzano dunque per raggiungere la terraferma mediante nave o aliscafo, mentre più stringenti risultano le condizioni per il trasporto aereo, che prevede, a partire dalla trentacinquesima settimana, l'obbligo di certificazione medica e, dalla trentottesima, il divieto di imbarco. Il collegamento marittimo non è tuttavia sempre garantito, soprattutto in ragione delle condizioni meteo-marine avverse che, nei mesi invernali, possono rendere i transiti irregolari o sospesi. Il differimento della partenza comporta, peraltro, l'assunzione di responsabilità da parte della gestante in caso di eventuali complicazioni. Tale criticità viene efficacemente sintetizzata dalla testimonianza di Serena: «Come se ci fosse un limite, una scadenza, come se la vita fosse un orologio... se tu dovessi partorire il giorno dopo e qualcosa va male, la responsabilità è la tua!». La regolazione temporale degli spostamenti si traduce così in una

forma di pressione ulteriore, che incide sulla percezione stessa del rischio e della responsabilità individuale.

Il viaggio, inoltre, non è sempre confortevole, sia per la natura intrinseca del servizio aereo o marittimo. sia per le condizioni di particolare sensibilità al trasporto che possono caratterizzare la gravidanza. Analoghe criticità emergono nel viaggio marittimo di ritorno, che nel caso di Serena assume tratti particolarmente gravosi: «Viaggio tremendo, ci siamo svegliati in piena notte, io non riuscivo a tenermi per i punti per andare in bagno... l'igiene, il freddo, l'aria condizionata per una bimba piccola... qualcosa di assurdo. Uno lo vive, lo affronta con l'amore che una madre ha, ma non è qualcosa che si possa tollerare. Solo l'arrivo a Pantelleria mi ha fatto piangere: non dimenticherò mai quanto ho pianto quando ho messo piede a Pantelleria. Sono stati giorni infernali».

Nei casi di urgenza, il trasferimento delle gestanti avviene mediante elisoccorso. La distanza dalla terraferma è tale che, in alcune circostanze, il diritto all'accesso tempestivo alle cure viene garantito anche attraverso il ricorso a mezzi aerei militari, a conferma della natura strutturalmente emergenziale che può assumere la mobilità sanitaria nei contesti insulari.

Una volta giunte sulla terraferma, le gestanti si confrontano inoltre con la difficoltà di orientarsi in un contesto non familiare. Come osserva Serena, «vivendo in un'isola, viviamo in un mondo a parte... abituarsi, doversi arrangiare per forza: o così o così, qualcosa di inimmaginabile». Si richiede quindi alle gestanti un processo di adattamento forzato a percorsi, strutture e servizi estranei alla propria quotidianità, che non sempre riesce. Marika, in particolare, descrive un forte senso di spaesamento che ha finito per condizionare il suo spazio d'azione, sottolineando la difficoltà di orientarsi in un contesto percepito come estraneo: «casa tua è casa tua, non c'è niente da fare... non respiravo la stessa aria... è stato stravolgente... per me era massacrante, a livello psicologico». L'intervistata evidenzia inoltre una percezione ambivalente dello spazio urbano, che da un lato appare più articolato e accessibile rispetto all'isola, ma dall'altro risulta limitante sul piano emotivo e cognitivo, al punto da farle affermare: «Mi sono sentita più in un'isola là che qui... stando là che hai trenta miliardi di strade, mi sentivo chiusa... a Pantelleria, un'isola staccata dal continente, sono più libera» A ciò si aggiunge, in assenza di un mezzo proprio, la necessità di ricorrere al trasporto pubblico o privato locale, con ulteriori disagi logistici ed economici, come

evidenziato da Serena: «nello spostarsi quanti soldi abbiamo speso... anche solo per andare in ospedale!».

Informazione

Un ultimo profilo emerso dalle interviste riguarda il diritto all'informazione e a una adeguata formazione delle gestanti, riconducibile al più ampio quadro delle garanzie connesse all'art. 32 Cost. e ai principi di eguaglianza sostanziale di cui all'art. 3, secondo comma, Cost.

Alla luce della crescente medicalizzazione della gravidanza, le donne intervistate mostrano una maggiore consapevolezza delle possibili patologie e complicazioni. Tale processo determina, tuttavia, un crescente bisogno di informazioni e strumenti di comprensione, che spesso viene soddisfatto attraverso canali informali, in particolare il web. Serena riferisce di aver cercato "di tutto" su internet per compensare lo stato di agitazione generato da alcune diagnosi mediche. In questo contesto, le intervistate segnalano l'assenza, a Pantelleria, di servizi strutturati di supporto informativo e formativo, quali corsi pre-parto e percorsi di sostegno psicologico. In particolare, Serena, a fronte della mancanza di un corso sull'allattamento, tema di suo specifico interesse, ha scelto di acquistare un corso online al costo di circa ottanta euro. L'assenza di tali dispositivi determina il rischio che la frammentazione delle informazioni cliniche e la molteplicità delle prescrizioni, non accompagnate da adeguate attività di accompagnamento, contribuiscano a generare stati di ansia e incertezza.

Anche le scelte relative alla struttura ospedaliera di riferimento per il parto vengono spesso costruite attraverso il confronto con le esperienze di altre donne dell'isola, più che sulla base di indicazioni chiare e sistematiche da parte del personale sanitario. Come osserva Rosapia: «loro ti danno dei punti di riferimento dove andare a fare le visite... tutto molto vago... secondo me perché vogliono togliersi delle responsabilità». Anche Serena concorda sulla necessità di un servizio informativo più efficiente, esaustivo e personalizzato. Le gestanti trarrebbero infatti grande giovamento da un supporto nella scelta dell'alloggio, soprattutto in caso di difficoltà economiche, prolungamento del periodo di trasferta o esigenze particolari, quali la necessità di viaggiare con animali domestici. Quest'ultimo tema, che tocca direttamente l'esperienza dell'intervistata, risulta spesso

trascurato. Infine, talvolta fattori di natura logistica assumono un peso maggiore rispetto a quelli strettamente legati all'offerta sanitaria nella scelta della località di trasferimento: diverse donne, infatti, scelgono di recarsi in luoghi in cui dispongono di una casa o di una rete familiare di riferimento. A tal proposito, Marika spiega di aver scelto Mazara in primo luogo "perché là ci sono dei parenti e quindi in qualche modo mi sarei sentita a casa" e, in secondo luogo, poiché questi le avevano fornito un parere positivo sul presidio sanitario locale, evidenziando il ruolo di mediazione esercitato dalle reti familiari nel processo decisionale.

È interessante notare come le donne intervistate tendano a mobilitare l'informazione soprattutto in ambito sanitario e logistico, più che normativo. Tuttavia, la chiusura del punto nascita e le successive mobilitazioni hanno rappresentato per alcune di loro un'occasione di apprendimento anche sul piano giuridico-istituzionale, favorendo la conoscenza di norme e misure precedentemente poco note. In tal senso, l'indebolimento di alcune garanzie ha prodotto non solo criticità, ma anche processi di attivazione e accresciuta consapevolezza rivendicativa. Ne deriva che le criticità emerse non attengono soltanto alla dimensione organizzativa dei servizi, ma incidono direttamente sulla qualità dell'autodeterminazione informata delle gestanti, quale presupposto sostanziale dell'effettività della tutela costituzionale della salute.

Ripensare il punto nascita a Pantelleria

Siamo partiti chiedendoci in che modo fosse possibile bilanciare il diritto alla sicurezza clinica con il diritto all'accesso alle cure. Il dibattito sulla chiusura del punto nascita di Pantelleria è infatti generalmente costruito attorno a questa tensione: da un lato la necessità di garantire standard elevati di sicurezza ostetrica, dall'altro il diritto delle donne a usufruire di servizi sanitari accessibili e prossimi al proprio luogo di vita. Le interviste raccolte restituiscono tuttavia un quadro più complesso. La costruzione emica della salute materna non si esaurisce nella contrapposizione tra sicurezza e accesso, ma investe una pluralità di dimensioni: la continuità della relazione terapeutica, il sostegno familiare, l'appartenenza comunitaria, la sostenibilità economica della gravidanza e la possibilità di affrontare la maternità senza essere costrette a lunghi periodi di separazione dai propri affetti. In altre parole, ciò che emerge non è soltanto una domanda di assistenza sanitaria, ma una richiesta di riconoscimento di una condizione di vulnerabilità strutturale che

caratterizza la maternità in un contesto insulare periferico. La specificità di Pantelleria risiede proprio nella sua posizione geografica. Le donne intervistate sottolineano ripetutamente come l'isola non sia assimilabile ad altre realtà dell'arcipelago trapanese: «Non siamo come Favignana o Levanzo, ci sono sei ore di mare!». La perifericità geografica si traduce così in una peculiare esposizione al rischio che rende particolarmente gravoso l'esercizio dei diritti costituzionalmente garantiti.

Alla luce delle testimonianze raccolte, la riapertura del punto nascita appare una condizione difficilmente eludibile per ricomporre, almeno in parte, la tensione tra sicurezza clinica e accessibilità delle cure. Essa consentirebbe infatti di ridurre i trasferimenti, limitare l'allontanamento dalle reti familiari e comunitarie e restituire alle donne una maggiore continuità nel percorso assistenziale. Tale misura, tuttavia, non può essere considerata sufficiente. L'effettività del diritto alla salute richiede anzitutto la presenza stabile di personale sanitario qualificato e sufficientemente numeroso da garantire continuità assistenziale, relazioni di fiducia e possibilità di scelta. Le interviste mostrano chiaramente come la qualità della cura sia percepita non soltanto in termini tecnico-clinici, ma anche attraverso la stabilità delle relazioni terapeutiche e la conoscenza del contesto sociale e familiare delle pazienti. In questa prospettiva, il caso di Pantelleria solleva una questione più generale relativa alla capacità del sistema sanitario di assicurare una distribuzione territorialmente equa delle competenze professionali e richiama i doveri di solidarietà che la Costituzione pone a fondamento della convivenza democratica (art. 2 Cost.). Le testimonianze raccolte mostrano, peraltro, una notevole consapevolezza delle difficoltà che il personale sanitario proveniente dalla terraferma può incontrare nello svolgimento del servizio in un contesto periferico come quello pantesco. Non di rado, la presenza stabile di professionisti qualificati viene descritta come una sorta di «grazia», proprio perché percepita come tutt'altro che scontata. Tale consapevolezza, tuttavia, non attenua la richiesta di un maggiore impegno istituzionale: le donne intervistate rivendicano infatti che gli svantaggi derivanti dall'insularità non possano gravare esclusivamente su di loro e sulle proprie famiglie. Come afferma Rosapia: «Anche noi abbiamo il diritto di poter nascere!... Mica è colpa nostra se viviamo così lontani dalla terraferma». Ancora più radicali sono le parole di Marika, che rivendica con forza il diritto alla parità di accesso alle cure: «Siamo esseri umani e abbiamo il diritto! Non c'è niente di straordinario. Io sono una donna come una donna di Palermo che ha il diritto di partorire nella sua città». Entrambe le intervistate, inoltre, richiamano una dimensione non solo individuale ma anche collettiva della questione, legata all'identità territoriale: lo scenario evocato è quello di un'isola progressivamente priva

di panteschi per nascita, fino a «Pantelleria rimarrà solo Pantelleria» Tale rivendicazione di solidarietà e uguaglianza sostanziale acquista ulteriore forza, se si riflette criticamente sulla rappresentazione etica dell'insularità, spesso costruita secondo una prospettiva centro-periferica asimmetrica, nella quale i servizi vengono progettati su misura rispetto alle necessità continentali. Tale impostazione può innescare circoli viziosi di progressiva disaffezione e depotenziamento dei servizi nei contesti insulari, rendendo tali territori sempre meno attrattivi sia per il personale sanitario sia per l'investimento istituzionale. Il rischio è che anche le generazioni pantesca. Ne deriva l'esigenza di mettere in dialogo la prospettiva emica e quella etica, al fine di elaborare modelli di tutela dei diritti che siano non solo formalmente universali, ma anche concretamente sostenibili nei contesti periferici.

Parallelamente, occorre riconoscere che, anche in presenza di un punto nascita funzionante, alcune gravidanze continueranno a richiedere trasferimenti verso strutture dotate di maggiori livelli di specializzazione. Per questa ragione, la tutela dei diritti delle donne pantesche non può esaurirsi nell'offerta sanitaria locale, ma deve includere un sistema di accompagnamento capace di sostenere economicamente, logisticamente e socialmente le gestanti e le loro famiglie durante i periodi di permanenza sulla terraferma e nei trasferimenti d'urgenza.

Le testimonianze raccolte suggeriscono, in definitiva, che la costruzione emica della salute materna ecceda la contrapposizione tra sicurezza clinica e accessibilità delle cure che caratterizza il dibattito istituzionale. Ciò che emerge è piuttosto una vulnerabilità strutturale connessa all'insularità, che investe simultaneamente le dimensioni sanitaria, relazionale ed economica dell'esperienza della maternità e che impone alle istituzioni di predisporre misure idonee a rimuovere gli svantaggi che ne derivano.

* Dottoranda di ricerca in "Disuguaglianze, Differenze, Partecipazione" presso l'Università degli Studi di Palermo.