

CAMERA DEI DEPUTATI N. 4415

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

GRAMAZIO, TOSOLINI

Norme per l'istituzione dell'area sanitaria ostetrica e per il miglioramento della qualità della vita della donna, della coppia e della famiglia

Presentata il 18 dicembre 1997

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il complesso delle attività sanitarie e sociali rivolte alla tutela della donna e della famiglia rappresenta un fondamentale veicolo di prevenzione e di promozione della qualità della vita. La figura garante di questi valori è certamente l'ostetrica/o.

Allo stato la materia è regolamentata da decreti. Ci si trova, nella sostanza, in assenza di una legge quadro, o testo unico, che delinei con nitidezza funzioni e dignità medica e sociale della figura professionale dell'ostetrica/o come indicato nel regolamento adottato con decreto del Ministro della sanità n. 740 del 1994, dal decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, articolo 1, e dal decreto del Ministro della sanità 15 giugno 1981.

Il limite della legislazione vigente che regolamenta tale attività è la commistione funzionale della stessa con altre figure

professionali non mediche come l'infermiera professionale, la capo sala e l'assistente sanitaria.

L'organizzazione del Sistema sanitario nazionale, per ragioni di comodità organizzativa, molto colpevolmente, nella pratica lavorativa quotidiana, tende a sottoutilizzare la figura dell'ostetrica costringendola ad appiattirsi su funzioni di mera assistenza infermieristica.

Sul versante dello *status*, l'ostetrica/o viene inquadrata dallo Stato italiano tra le « professioni infermieristiche assistenziali », creando in questa maniera situazioni di equivoco e dequalificazione che privano nei fatti la donna di un servizio fondamentale rispetto ad una funzione di assistenza in ogni fase della vita, dalla pubertà alla menopausa.

Dunque, uno « *status* » anomalo, rispetto al resto d'Europa; la poca valoriz-

zazione dell'ostetrica, « compressa » da un Servizio sanitario nazionale contraddistinto purtroppo da connotazioni « baronali » e da cifre spaventose riguardo ad aborti e parti indotti e pilotati, ci inducono a ragionare su una nuova configurazione delle competenze di questa professione.

Questo quadro, in termini di impostazione del Servizio sanitario nazionale, e rispetto al trattamento riservato dalla donna, grazie alla scarsa informazione resa alla partoriente italiana, produce 134.137 interruzioni volontarie di gravidanza l'anno. Per ogni 1000 nati vivi in Italia ci sono 258,6 aborti (fonte ISTAT 1997).

L'Organizzazione mondiale della sanità « raccomanda » per i tagli cesarei percentuali di tolleranza del 10/15 per cento. I professori Chalmers e Coll (in uno studio pubblicato nel 1989 dalla *Oxford University Press*) sostengono addirittura che in una società sanitariamente evoluta i tagli cesarei non debbano superare il 7 per cento!

Il combinato disposto tra cattiva informazione alla donna, oltreché una legislazione di settore velleitaria, mette in condizione la stessa donna di subire in maniera traumatica l'evento nascita, e lo Stato di sperperare denaro pubblico medicalizzando la gravidanza e la nascita, invece di investire dette risorse nella educazione e nella prevenzione, adeguandole agli *standard* europei. In questo modo la legge n. 194 del 1978 smetterebbe di essere « strumento contraccettivo ».

Non a caso da un recente studio (*Abortion Policies - A global review* - pubblicato nel 1995) delle Nazioni unite si evince che sul campione dei primi venti Paesi socialmente evoluti, l'Italia si colloca all'ultimo posto, dopo Spagna e Portogallo, nell'uso dei metodi contraccettivi moderni. In Gran Bretagna, Paese che è primo in questa speciale classifica, la percentuale è del 78 per cento, mentre l'Italia si attesta su un 32 per cento.

Sembra fondamentale a questo punto, considerata la spinta aziendalistica che pare contraddistinguere la sanità pubblica italiana, proseguire idealmente sulla via della « ottimizzazione delle risorse », quale il parto a domicilio o nella « casa di maternità ». In uno Stato di diritto, la figura femminile deve essere messa in condizione di scegliere liberamente, di avere pari opportunità tra l'opzione del parto in ospedale e quella del « parto a domicilio » e/o in « casa di maternità ». Ma soprattutto di non essere più considerata, in quanto partoriente, come « cittadino malato ».

Questa proposta di legge si prefigge di dimostrare che partorire in casa, e/o in « casa di maternità », con dei protocolli che lo consentono, costa allo Stato meno del parto in ospedale, ma che soprattutto lo Stato italiano deve, come accade nel resto dei Paesi civili della Unione europea, favorire la possibilità della scelta e l'ottimizzazione reale delle proprie spese, anche attraverso l'istituzione della « cartella ostetrica », strumento europeissimo (Commissione europea del 12 settembre 1988), ed applicabile in tutti gli Stati membri, di informazione e ottimizzazione delle attività sanitarie legate al parto. La partoriente, al suo primo contatto con la struttura sanitaria pubblica, riceve dall'ostetrica un opuscolo che la informa di tutti i suoi diritti. Al termine del colloquio e della prestazione l'ostetrica compilerà e controfirmerà la « cartella ostetrica » che risulterà essere, nel prosieguo della gravidanza, il « giornale di bordo » della futura mamma alla quale sarà risparmiata la ripetizione infinita di tutta una serie di esami ematochimici strumentali, con grande beneficio per il suo personale *stress* e certamente per la finanza pubblica.

L'applicazione delle disposizioni contenute nella presente proposta di legge concretizzerebbe un notevole risparmio sulle spese sostenute dal Servizio sanitario nazionale.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. La presente legge istituisce l'area sanitaria ostetrica e promuove tutte le iniziative atte a migliorare la qualità della vita della donna, della coppia e della famiglia.

ART. 2.

1. La presente legge ha le seguenti finalità:

a) garantire una assistenza sanitaria adeguata alla donna, alla coppia e alla famiglia in tutte le fasi della vita, demandando alla figura dell'ostetrica e dell'ostetrico i compiti e ruoli previsti e sanciti dal decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, dagli articoli 2 e seguenti del decreto del Ministro della sanità 15 giugno 1981, dal regolamento adottato con decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 740, e dall'articolo 40 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128;

b) soddisfare i bisogni di benessere psico-fisico della donna e del bambino durante la gravidanza e il parto-nascita;

c) favorire la libertà di scelta da parte della donna e della coppia circa i luoghi dove partorire e circa le modalità con cui tale evento deve svolgersi, perché la maternità possa essere vissuta, fin dall'inizio, come evento naturale e fisiologico;

d) promuovere la conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche sanitarie in uso presso ogni istituto ospedaliero e la possibilità di verifica dei livelli di assistenza ivi prestati;

e) ridurre i fattori di rischio ambientali, personali e iatrogeni per ridurre i tassi

di morbilità e mortalità materna e perinatale;

f) assicurare al neonato, durante il periodo di ospedalizzazione, la continuità del rapporto familiare-affettivo e ai genitori l'informazione necessaria sullo stato di salute del neonato e sui modi per garantirlo.

ART. 3.

1. È compito delle aziende sanitarie locali promuovere gli interventi idonei al raggiungimento delle finalità di cui all'articolo 2.

ART. 4.

1. Al fine di favorire l'unitarietà dell'assistenza alla donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio, deve essere realizzato il collegamento funzionale tra i consultori, le strutture ospedaliere e i servizi territoriali extra-ospedalieri presenti nel territorio.

2. Le aziende sanitarie locali provvedono, anche implementando il numero di addetti in ragione delle necessità territoriali, a garantire, nell'ambito delle prestazioni dei servizi consultoriali, il potenziamento degli interventi per l'assistenza della donna durante tutto il periodo della gravidanza e, in particolare:

a) l'istituzione di un'idonea cartella ostetrico-pediatrica, nella quale sono annotati tutti i dati relativi alla gravidanza. Tali dati devono essere messi a disposizione della donna e degli operatori che l'assistono durante e dopo il parto, su semplice richiesta;

b) l'assistenza ostetrica alle gravidanze fisiologiche;

c) i corsi di preparazione alla maternità di cui all'articolo 5, e il relativo materiale documentario e bibliografico da mettere a disposizione delle utenti;

d) l'accertamento e la certificazione delle gravidanze a rischio e dei fattori di rischio per la gravidanza.

3. In ogni caso, l'assistenza sanitaria delle gravidanze a rischio è demandata, a decorrere dal momento dell'accertamento, alle strutture specialistiche intra ed extra ospedaliere.

4. Dopo il parto deve essere garantita l'assistenza domiciliare alla madre e al bambino, in modo da favorire la dimissione precoce dall'ospedale.

ART. 5.

1. L'ostetrica deve essere funzionalmente inserita negli organigrammi dei consultori; coordina appositi corsi di preparazione alla maternità e gestisce con propria responsabilità l'assistenza sin dall'inizio della gravidanza, del travaglio, del parto e del puerperio fisiologico alle donne; inoltre coordina e gestisce i corsi di preparazione rivolti alla donna e alla coppia, nonché tutte le attività previste.

2. I corsi di cui al comma 1, oltre a fornire le conoscenze relative agli eventi gravidanza, parto, nascita, puerperio ed allattamento, nei loro aspetti fisici e psichici, nonché ai luoghi dove partorire, utilizzano metodi di rilassamento che garantiscano alla gestante un buon equilibrio e condizioni organiche ottimali per l'espletamento del parto, nonché tutto quanto necessario per preparare il seno a un efficace allattamento.

3. Le donne partorienti devono essere messe in grado di conoscere le tecniche, le metodologie e i protocolli ostetrici in uso presso le singole strutture ospedaliere, ambulatoriali, consultoriali, e le case di maternità laddove il parto avvenga all'interno della struttura sanitaria oppure a domicilio.

4. I corsi di cui al comma 1 prevedono incontri, dopo il parto, tra madri o coppie e il personale che ha condotto il corso stesso, per gli opportuni scambi di esperienze legate alla nuova condizione di vita.

ART. 6.

1. Al fine del graduale superamento della ospedalizzazione generalizzata, su richiesta della donna, che deve essere, altresì, debitamente informata sull'evento e sulle tecniche da adottare per il suo migliore svolgimento, il parto può svolgersi, su libera scelta della donna:

- a) a domicilio;
- b) nelle case di maternità;
- c) nelle unità operative ospedaliere.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge le regioni individuano le zone sanitarie nelle quali sperimentare servizi di parto a domicilio in attuazione delle disposizioni del presente articolo. L'azienda sanitaria locale competente deve garantire tale servizio attraverso *équipe*, anche in regime di convenzione, di ostetriche ed ostetrici per i giorni successivi al parto. L'*équipe* di ostetriche ed ostetrici sono collegate a un neonatologo e ad un ginecologo reperibili attraverso una centrale operativa dedicata per prestazioni di competenza specialistica. L'azienda sanitaria locale competente seleziona tali figure professionali sulla base di appositi corsi di formazione professionale. Le ostetriche e gli ostetrici domiciliari inviano, raccordandosi con le citate centrali operative, le donne con gravidanza a rischio, o nelle quali si manifestino stati patologici, alle strutture competenti intra od extra ospedaliere. All'insorgenza del travaglio l'*équipe* di ostetriche ed ostetrici si collega con l'ospedale più vicino, che deve garantire la tempestiva ospedalizzazione della donna e del bambino in caso di eventi patologici sopravvenuti, anche con il supporto di unità mobili.

3. La casa di maternità è un servizio pubblico gestito dalla azienda sanitaria locale competente per territorio anche attraverso società miste nelle quali la quota di partecipazione pubblica non sia inferiore al 51 per cento o in convenzione con organizzazioni del privato sociale, che opera in stretto collegamento con i con-

sultori al fine di consentire che il parto fisiologico possa svolgersi con la necessaria assistenza ostetrica e garantendo la presenza delle persone con le quali la donna desidera condividere l'evento. La casa di maternità è una struttura che, pur mantenendo in primo piano la dimensione affettiva e psicorelazionale come avviene nel parto a domicilio, offre l'ambiente intermedio e protetto dell'istituzione socio-sanitaria.

4. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni individuano le zone sanitarie nelle quali sperimentare la casa di maternità, disciplinandone l'assetto gestionale e strutturale in attuazione delle disposizioni della presente legge. La casa di maternità si occupa dei parti fisiologici al di fuori degli ospedali, decongestionando i reparti ostetrici, ed è costituita da spazi individuali, ove possono essere ospitate la partoriente ed altre persone di sua scelta, collegati fra loro da locali comuni debitamente attrezzati per le esigenze di assistenza al parto o per le attività culturali continuative per le donne. La casa di maternità è dotata di proprio personale: ostetrica od ostetrico dirigente selezionato dall'azienda sanitaria locale, ostetrica od ostetrico competente e operatore tecnico ausiliario. L'assistenza sanitaria e la tempestiva ospedalizzazione in caso di eventi patologici sopravvenuti sono garantite dalla struttura ospedaliera della zona, che lavora a stretto contatto con la casa di maternità.

ART. 7.

1. Per consentire l'unicità dell'evento travaglio, parto e nascita, e per favorire la partecipazione attiva alla donna nell'espletamento del parto, nelle unità operative ospedaliere è garantita alla donna la possibilità di occupare uno spazio individuale al quale possano avere libero accesso le persone con cui essa desidera condividere l'evento. Deve essere altresì evitata l'impostazione di ritmi e posizioni non confacenti ad ogni donna, oltre che di analgesici non indispensabili o non richiesti, di interventi

intempestivi, informando senza indugio la donna medesima e il padre del nascituro dell'eventuale necessità di qualsivoglia procedura o intervento operativo. Dopo il parto, il neonato sano deve poter essere affidato alla madre nello stesso luogo del travaglio e del parto per tutto il tempo di stretto controllo *post-partum*.

2. La scelta del tipo di allattamento spetta alla donna; la struttura ospedaliera, ovvero il personale sanitario coinvolto, deve comunque favorire l'allattamento al seno immediato, non misto e a orario libero.

3. Durante tutto il periodo di degenza la madre e il figlio sano devono avere la possibilità di restare l'una accanto all'altro.

4. Durante il periodo di degenza devono essere promossi incontri informativi con gli operatori ostetriche od ostetrici dell'unità operativa di ostetricia e ostetriche addette all'assistenza domiciliare sui temi dell'allattamento, e dell'igiene del puerperio.

5. Il personale preposto a garantire l'assistenza di cui al comma 4 costituisce la figura professionale dell'ostetrica o dell'ostetrico.

ART. 8.

1. I servizi territoriali e ospedalieri delle aziende sanitarie locali provvedono a programmare gli interventi necessari all'attuazione della presente legge.

2. I programmi di cui al comma 1 devono prevedere le ristrutturazioni relative:

a) alla riorganizzazione logistico-strutturale necessaria per l'istituzione dell'assistenza domiciliare al travaglio, al parto e al puerperio;

b) alle opere necessarie per dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 6;

c) all'allestimento, negli istituti ospedalieri, di idonei spazi individuali per l'evento travaglio, parto e nascita;

d) alla disponibilità di camere di degenza con non più di due letti, provviste di culle e servizi igienici indipendenti per ogni camera;

e) ai reparti di patologia neonatale attigui ai reparti di ostetricia; in mancanza, alla sezione neonatale nell'ambito del reparto pediatrico;

f) alla disponibilità di spazi comuni per le attività di cui all'articolo 7;

g) alle opere necessarie ad adeguare i reparti ospedalieri di pediatria alle esigenze di tutela del bambino.

ART. 9.

1. L'ostetrica o l'ostetrico, in base alla sua specifica attività professionale, è demandato alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria. È titolare delle seguenti funzioni ed attività: diagnosi, prescrizione, refertazione, assistenza alla gravidanza, al travaglio, al parto, al puerperio fisiologico e all'allattamento con propria responsabilità e autonomia, di educazione sanitaria, sessuale, contraccettiva, sia in ambito familiare che sociale. Dirige e coordina in campo tecnico-scientifico e tecnico-pratico presso le scuole di ostetricia, nei servizi dipartimentali e nelle unità operative dei presidi ospedalieri. Il personale ostetrico deve essere aggiornato e riqualificato ai sensi delle disposizioni e ai fini dell'attuazione della presente legge. Gli operatori debbono essere tra loro funzionalmente collegati in senso dipartimentale.

2. Le regioni, di intesa con le aziende sanitarie locali e con i servizi sociali operanti nel territorio, promuovono corsi di aggiornamento per le ostetriche e gli ostetrici a cadenza annuale.

3. Possono essere previsti, per favorire gli scambi tra gli operatori, comandi temporanei dalle strutture territoriali a quelle ospedaliere e viceversa.

ART. 10.

1. I corsi di cui all'articolo 9, aventi per oggetto i temi previsti nella tabella A al-

legata alla presente legge, perseguono i seguenti obiettivi:

a) riutilizzazione e riqualificazione di tutto il personale attualmente impiegato nei vari servizi, per renderlo più efficace;

b) aggiornamento specifico su tecniche e metodologie che tengano conto della revisione critica in atto a livello internazionale sulla reale validità scientifica e sull'efficacia delle procedure mediche usate in ostetricia e comunemente accettate;

c) formazione pluridisciplinare degli operatori rispetto alle caratteristiche culturali e non solo mediche dell'evento nascita.

ART. 11.

1. Ai sensi dell'articolo 1, è istituita l'area sanitaria ostetrica, con iscrizione al ruolo sanitario di cui all'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e con la qualifica esclusiva di operatore professionale coordinatore — settimo livello e di operatore professionale dirigente — ottavo livello-*bis*.

ART. 12.

1. In ragione della specifica attività professionale svolta dall'ostetrica e dall'ostetrico, tale categoria è inclusa fra quelle destinatarie delle disposizioni sull'attività libero-professionale intramuraria ed extramuraria.

Tabella A
(Articolo 10)

TEMI DEI CORSI DI AGGIORNAMENTO E RIQUALIFICAZIONE

- a) Epidemiologia ostetrica:
 - 1. fertilità e fecondità;
 - 2. aborto spontaneo, tardivo e parto prematuro;
- b) assistenza prenatale:
 - 1. quantità e qualità dei controlli;
 - 2. strumenti e tecniche per il riconoscimento precoce e la diagnosi di patologie e rischi;
 - 3. uso appropriato delle tecnologie comunemente utilizzate in gravidanza;
 - 4. igiene in gravidanza (alimentazione, fumo, alcool, sessualità, igiene, preparazione del seno all'allattamento materno);
 - 5. esami;
 - 6. modalità di selezione delle partorienti a rischio;
- c) assistenza al parto domiciliare, in casa di maternità, in ospedale:
 - 1. assistenza al travaglio e al parto fisiologico con tecniche diversificate;
 - 2. assistenza alla madre e al neonato nei primi giorni di vita;
 - 3. puerperio, allattamento;
- d) riconoscimento della patologia iniziale materna e fetale nei vari stadi del travaglio di parto; farmacologia d'urgenza;
- e) assistenza al neonato: tecniche di rianimazione, indici di vitalità, riconoscimento precoce delle patologie;
- f) aspetti culturali, sociali e psicologici della gravidanza, del parto e del periodo post-natale nella relazione tra madre, padre e bambino;
- g) tecniche di preparazione al parto, informazioni in gravidanza alla donna e alla coppia.

