CAMERA DEI DEPUTATI N. 6752

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

DE SIMONE, MANCINA, JERVOLINO RUSSO, ALVETI, BENVENUTO, BIELLI, BIRICOTTI, BORROMETI, BOVA, BRANCATI, CAMOIRANO, CANANZI, CORVINO, DUILIO, GRIGNAFFINI, FRANCESCA IZZO, LABATE, LENTI, MARIANI, NARDINI, NIEDDA, MARIO PEPE, PETRELLA, PEZZONI, POLENTA, REBECCHI, RICCI, ROSSIELLO, PAOLO RUBINO, RUZZANTE, SCIACCA, SCRIVANI, SERAFINI, SERVODIO, SOAVE, SORIERO, STANISCI, VALPIANA, GAETANO VENETO, VOZZA

Disposizioni per la promozione del parto fisiologico o a domicilio

Presentata il 10 febbraio 2000

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Negli ultimi quarant'anni l'esperienza del parto è diventata più sicura, ma è stata declassata a momento di malattia e di solitudine. La medicalizzazione, il ricovero in luoghi asettici, l'intervento chirurgico, l'eccesso di uso di farmaci adoperati sulla donna e sul bambino hanno preso il sopravvento. Uno degli eventi più emozionanti della vita è trattato quasi come malattia che relega la donna e il bambino in un ambito passivo, dove la sensibilità del neonato e i suoi bisogni sono spesso trascurati e dove al padre e agli altri membri della famiglia si toglie ogni ruolo.

Lo scenario tradizionale del parto fisiologico (la casa, il vicinato) e le antiche modalità di assistenza alla nascita sono stati dimenticati e poi omologati a quei parti che presentano caratteristiche di patologia. La tradizione di partorire a casa è stata del tutto accantonata a favore di una ospedalizzazione di massa e di un uso massiccio di tecniche che moltiplicano il parto operativo rispetto a quello fisiologico.

Non c'è dubbio che il passaggio alla fase ospedalizzata, a decorrere dalla fine degli anni cinquanta, sia stato necessario per

aumentare la sicurezza di mamme e di bambini. Difatti, il rischio negli ultimi decenni è stato abbattuto. Ma proprio oggi che le condizioni igienico-sanitarie sono mutate, lo *standard* di vita si è adeguato a livelli qualitativamente alti, si affermano nuovi orientamenti culturali e si riconsidera la possibilità di partorire secondo criteri naturali, più calorosi, sia in strutture adibite allo scopo dal Servizio sanitario nazionale, sia nella propria casa.

Il fenomeno della denatalità dovrebbe farci riflettere. Sicuramente tra le cause che la determina ci sono l'indifferenza e la disaffezione che si provano rispetto al significato della « nascita ». Per interrompere questa tendenza bisogna cercare di non ospedalizzare i soggetti sani. La medicalizzazione della nostra società ha raggiunto punti troppo elevati, gli ospedali sono diventati come una industria della malattia, un enorme ingranaggio che lavora a pieno regime e che talvolta trasforma i soggetti in oggetti da riparare. Questa situazione ha determinato alcune involuzioni nel vissuto individuale e collettivo, ha inciso sull'affettività e sull'aggressività, sulla capacità relazionale e sul senso di fiducia in se stessi.

Il mutamento del modo di nascere ha oscurato le potenzialità insite nella natura umana e il nostro sentirci parte di questa natura. Donne e uomini si rendono oggi conto della necessità di un cambiamento di rotta. Anche le ostetriche, i medici, gli assistenti stanno chiedendo di ripensare le regole del parto per riportarlo a connotati umani. È una voce comune in parte dei Paesi industrializzati occidentali, dove molti richiedono attenzione per gli aspetti relazionali, affettivi e culturali del « mettere al mondo », auspicano che si nasca senza violenza.

Alcune strutture ospedaliere, cliniche private, associazioni e centri extra-ospedalieri, recependo questa domanda, stanno praticando formule di parto alternativo a quello medicalizzato. Molte cose buone sono state fatte, ma, in alcuni casi, si sono create delle giungle di pratiche e tecniche che, nonostante le definizioni, si allontanano dalla spontaneità. E questo perché siamo in una situazione di assenza di regole. Qualche esperienza, pur proponendosi l'obiettivo del parto fisiologico, ricorre a una sua definizione: parto alternativo, parto naturale, nascita fisiologica, parto sereno, parto attivo, nella quale può ritrovare ogni tipo di pratica. Quindi, occorre un chiarimento su cosa sia il parto naturale, con quali modalità si debba svolgere e, soprattutto, con quali parole si debbano indicare le varie fasi della nascita. È anche questo il senso della presente proposta di legge: promuovere la conoscenza e la diffusione di una nuova cultura del parto e della nascita. Le stesse direttive dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), rispetto al monitoraggio tecnologico della gravidanza, alla posizione della gestante, alla induzione farmacologica del travaglio, all'episiotomia e al taglio cesareo sono in Italia molto disattese. L'OMS raccomanda per i tagli cesarei percentuali di tolleranza del 10-15 per cento. Molti esperti sostengono che in una società sanitariamente evoluta i tagli cesarei non debbano superare il 7 per cento. In Italia siamo ancora ad un livello altissimo di intervento chirurgico: circa il 28,5 per cento, una percentuale che mette l'Italia al primo posto in Europa ed al secondo nel mondo. Come se il taglio cesareo fosse diventata la modalità più « tranquilla » e più « sicura » per mettere al mondo un bambino in modo « indenne ».

Vengono sottovalutati i rischi per la madre e gli effetti deleteri della brusca separazione tra la madre e il figlio.

Alcuni Paesi stranieri sono molto più avanti: in Olanda oltre il 60 per cento dei parti è fisiologico, in Danimarca gli ospedali hanno attrezzato specifici ambienti-casa per parti naturali. Anche in alcune regioni e province in Italia si stanno facendo scelte concrete per aiutare la donna a non perdere la propria identità e a recuperare gli aspetti di bellezza, di intimità e di tenerezza della nascita. Anche nella fase immediatamente successiva al parto, è fondamentale far sentire la madre a proprio agio perché sia più percettiva nel suo ambiente e aumenti la fiducia in se stessa, rendendo possibile, agli uomini che

lo vogliono, di vivere la propria paternità. Partorire in modo umano, secondo modalità familiari più consone alle esigenze della donna, è possibile solo grazie ad una nuova cultura e ad una riorganizzazione medico-sanitaria specifica.

Uno dei primi passaggi da affrontare è la formazione del personale: la motivazione delle ostetriche, e in generale del comparto socio-sanitario, è punto fondamentale per un buon rendimento delle prestazioni. Servono quindi incontri pluridisciplinari, confronti, corsi di formazione e di riqualificazione del personale, innanzitutto ostetrico perché sia in grado di sostenere la donna selezionando le gravide ad alto rischio e inviandole in un reparto bene attrezzato. Bisogna permettere alle mamme con gravidanze fisiologiche di scegliere, se lo desiderano, di partorire con sicurezza a casa o in ambienti accoglienti e umani, come le case di maternità organizzate secondo le indicazioni della presente proposta di legge.

La proposta di legge prevede un meccanismo di incentivi per le strutture ospedaliere e accreditate che vogliano promuovere la demedicalizzazione delle nascite, incentivi erogati a quelle strutture che si impegnano per la diffusione di una cultura della nascita, rispettosa di ciascun nuovo nato e del suo divenire persona, di ciascuna donna che ha scelto di diventare madre, di ciascun padre che voglia davvero esserlo. Ma anche incentivi erogati perché siano investiti dalle strutture ospedaliere in iniziative di formazione e in riconoscimenti di avanzamento di carriera per quegli operatori che abbiano lavorato nel senso della legge.

L'articolo 1 indica la finalità della legge, che è quella di sostenere le strutture ospedaliere pubbliche e accreditate che promuovono il parto fisiologico o a domicilio al fine di demedicalizzare l'evento della nascita.

L'articolo 2 demanda alle aziende sanitarie locali (ASL) la promozione degli interventi idonei al raggiungimento delle finalità della legge.

L'articolo 3 definisce il parto fisiologico e le modalità da assicurare.

L'articolo 4 stabilisce che il parto può svolgersi a domicilio, nelle case di maternità e nelle unità ospedaliere secondo opportune condizioni organizzative.

L'articolo 5 specifica che, qualora non sussistano le condizioni di parto fisiologico, le donne dovranno riferirsi alle strutture attrezzate per i parti patologici.

L'articolo 6 definisce la misura e le modalità di erogazione degli incentivi anche in direzione di investimenti da parte delle strutture ospedaliere a favore delle iniziative di formazione e di riconoscimenti di avanzamento di carriera agli operatori impegnati per l'attuazione della legge.

L'articolo 7 stabilisce i compiti delle regioni, di intesa con le ASL.

L'articolo 8 definisce i contenuti dei corsi di formazione a cura delle regioni.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

1. La presente legge persegue la finalità di incentivare le strutture ospedaliere pubbliche e quelle accreditate che promuovono il parto fisiologico o a domicilio al fine di demedicalizzare l'evento della nascita, tutelando i diritti e la libera scelta della gestante, il benessere del nascituro e quello delle famiglie nell'esperienza della genitorialità.

ART. 2.

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

ART. 3.

1. Si definisce parto fisiologico la spontanea modalità di evoluzione dei tempi e dei ritmi della nascita. Le donne, la cui gravidanza è definita fisiologica da una *équipe* ostetrica della ASL, seguono un corso di preparazione al parto condotto da ostetriche appositamente formate. Le modalità assistenziali da assicurare durante il travaglio devono garantire:

a) l'assoluto rispetto delle esigenze biologiche e delle scelte di ogni donna, nonché della sua cultura;

b) l'assecondamento dei ritmi fisiologici del travaglio e l'eliminazione di ogni pratica routinaria non supportata da studi scientifici come il digiuno, il clistere, la rasatura del pube, o altro;

c) l'abolizione della consuetudine di permanenza a letto durante il travaglio;

d) un ambiente confortevole e rispettoso dell'intimità della donna con conse-

guente organizzazione del luogo di assistenza del travaglio-parto;

e) la possibilità per le donne di scegliere la posizione più adatta durante la fase espulsiva;

f) la possibilità di avere accanto una persona di fiducia della madre;

g) la possibilità per il padre che lo desideri, tranne in presenza di gravi ragioni, di essere sempre presente all'evento;

h) l'abolizione dell'uso sistematico dell'episiotomia;

i) l'immediata restituzione del figlio alla madre;

l) l'abolizione della pratica routinaria dell'immediato taglio del cordone ombelicale;

m) l'incentivazione dell'allattamento al seno nel periodo immediatamente successivo alla nascita e nei giorni seguenti favorendo un ritmo di poppate a richiesta e non ad orari prefissati;

n) il sostegno offerto alla donna, da parte del personale ostetrico nell'immediato *post-partum* e nei giorni successivi, per tutte le sue esigenze e necessità e nel rispetto della dimensione psico-affettiva.

ART. 4.

1. Per umanizzare l'evento travaglio-parto-nascita, al fine del superamento della medicalizzazione, il parto può svolgersi su richiesta della donna:

a) a domicilio;

b) nelle case di maternità;

c) in luoghi interni all'ospedale predisposti come una abitazione comune.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni, nell'ambito dei progetti-obiettivo di tutela della maternità e dell'infanzia individuati dal Piano sanitario nazionale, disciplinano il servizio di assistenza ostetrica

domiciliare alla maternità determinando le aree sanitarie nelle quali sperimentare il servizio di parto a domicilio. Per tale parto, che avviene per libera scelta della partoriente, la ASL competente deve garantire il servizio attraverso l'organizzazione di *équipe* mobili socio-ostetrico-sanitarie, costituite da medici ostetrici, ostetriche, assistenti domiciliari e vigilatrici di infanzia per i giorni successivi al parto. L'*équipe* stessa che ha seguito la donna presso una struttura ambulatoriale della ASL, valuta se le condizioni di fisiologicità della gravidanza, di salute della partoriente e la situazione logistica del suo domicilio siano adeguate alla richiesta di parto a casa ed invia alle strutture ospedaliere competenti le donne con gravidanze a rischio o nelle quali si manifestino segni iniziali di patologia. L'ostetrica, collegata ad un ginecologo reperibile e a un pediatra neonatologo per consultazioni collegiali, all'arrivo presso il domicilio della donna valuta nuovamente che le condizioni fisiologiche del travaglio siano ancora in essere e stabilisce l'immediato collegamento con l'ospedale più vicino, che deve garantire una eventuale ospedalizzazione in caso di patologie sopraggiunte. La stessa ostetrica assicura alla madre, per almeno otto giorni a decorrere dal momento del parto, un'adeguata assistenza nella cura del neonato, nell'allattamento al seno e valuta l'eventuale necessità di fare intervenire personale preventivamente formato all'assistenza domiciliare al puerperio, qualora intervengano condizioni di solitudine, di difficoltà nella conduzione della casa e di assistenza per gli altri figli.

3. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le ASL istituiscono, anche all'interno delle strutture ospedaliere, il servizio pubblico di casa di maternità il cui fine è quello di garantire l'assistenza socio-sanitaria alla gravidanza e al parto fisiologici senza rinunciare ai vantaggi di un ambiente più familiare e alla presenza di persone e di parenti con i quali condividere l'evento. La casa di maternità crea un ambiente

ottimale ed accogliente alla nascita e favorisce la continuazione dell'interrelazione madre-bambino-padre. Le regioni, dopo avere individuato le zone sanitarie nelle quali sperimentare la casa di maternità, stabiliscono quali debbano essere la struttura e la gestione delle case. La casa di maternità, gestendo i parti fisiologici in luoghi diversi dai reparti ospedalieri, ne alleggerisce l'attività. Essa è costituita da spazi individuali per il travaglio, per il parto e per la successiva degenza e da spazi collettivi che ricostruiscano un ambiente casalingo. Nell'ipotesi di eventuali complicazioni che si presentino all'improvviso è assicurato il collegamento dagli spazi singoli ad una sala parto tecnicamente attrezzata. La casa di maternità è dotata di proprio personale medico, ausiliario paramedico e dirigenziale selezionato dalla ASL competente. L'eventuale ospedalizzazione, in caso di eventi patologici sopraggiunti, è garantita da una struttura ospedaliera che lavora in stretto contatto con la casa di maternità.

4. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le ASL competenti per territorio, al fine di favorire il parto fisiologico anche nelle strutture ospedaliere già attrezzate per l'assistenza alla gravidanza, al parto e al neonato ad alto rischio o con patologie particolarmente complesse, realizzano in spazi differenti un reparto di parto fisiologico, secondo le regole di cui all'articolo 3 e creano le condizioni di fattibilità al fine di ospitare le donne in travaglio che sono nelle condizioni fisiologiche adatte e che scelgono la demedicalizzazione.

ART. 5.

1. In relazione all'attuale suddivisione dei livelli di cura disposti dalle ASL è previsto che:

a) il parto a domicilio, nel momento in cui non sussistano più le condizioni di fattibilità per sopraggiunte complicanze,

deve essere riferito a strutture ospedaliere di II e III livello;

b) le case di maternità, per sopraggiunte complicanze, fanno riferimento alle strutture di II e III livello;

c) i luoghi di parto fisiologico e le case organizzate nell'ambito delle strutture ospedaliere di III livello, fanno riferimento alle unità operative di ostetricia e di ginecologia già adibite all'assistenza dei parti patologici.

ART. 6.

1. I tre moduli di assistenza al parto fisiologico pianificati nell'articolo 4 consentono alle strutture pubbliche e accreditate che ne curano l'attivazione di ricevere annualmente degli incentivi dalla ASL alle seguenti condizioni:

a) tutte le strutture di I livello, deputate all'assistenza alla gravidanza ed al parto non complicati, e confermati come tali al momento del ricovero, ricevono un incentivo quantificabile nella misura di un punto e mezzo, anziché di un solo punto, per ciascun parto fisiologico che venga assistito secondo le regole stabilite dall'articolo 3. A tali strutture è pertanto concessa la possibilità di crescere nell'ambito della gerarchia di offerta di cura;

b) tutte le strutture di II livello, già deputate all'assistenza alla gravidanza ed al parto a rischio ricevono un incentivo quantificabile in un punto e mezzo, anziché in un solo punto, per ciascun parto non complicato che venga assistito secondo le regole stabilite dall'articolo 3, alle seguenti condizioni:

1) creazione di una casa di maternità o di un luogo di assistenza al parto fisiologico;

2) incentivazione dell'assistenza al parto spontaneo dopo un pregresso taglio cesareo seguendo le apposite linee guida già in vigore negli altri Paesi europei;

c) tutte le strutture di III livello, già deputate all'assistenza alla gravidanza e al parto ad alto rischio o con patologie particolarmente complesse, ricevono un incentivo nella misura di un punto e mezzo per ciascun parto che sia assistito secondo le regole stabilite dall'articolo 3, alle seguenti condizioni:

1) creazione di una casa di maternità o di un luogo di assistenza al parto fisiologico;

2) incentivazione dell'assistenza al parto spontaneo dopo un pregresso taglio cesareo, seguendo le apposite linee guida già in vigore negli altri Paesi europei.

2. Gli incentivi di cui al comma 1, erogati dalla ASL ai moduli precedentemente selezionati che abbiano dimostrato, di anno in anno, di lavorare in conformità alle disposizioni della presente legge, devono, altresì, essere investiti:

a) nella promozione e nel sostegno alle iniziative di formazione e di aggiornamento da tenere nei centri universitari, negli ospedali pubblici e accreditati ad opera delle associazioni culturali o di esperti che si adoperano per l'umanizzazione e il miglioramento della nascita;

b) nei riconoscimenti di avanzamenti di carriera diretti agli operatori socio-sanitari impegnati nell'attuazione delle disposizioni della presente legge.

ART. 7.

1. Ai fini dell'espletamento delle attività connesse all'attuazione del parto fisiologico previste dalla presente legge, le regioni, d'intesa con le ASL, si adoperano a:

a) individuare le aree ed i moduli nei quali sperimentare le modalità di nascita previste dall'articolo 4;

b) pianificare le nuove linee guida della cultura del parto secondo i princìpi stabiliti dalla presente legge;

c) verificare annualmente il livello qualitativo del percorso parto-nascita secondo le modalità stabilite dalla presente legge;

d) pianificare corsi di preparazione al parto attivo rivolti alle donne in gravidanza all'interno delle strutture pubbliche e accreditate o nella stessa sede della ASL;

e) raccogliere e monitorare annualmente i dati statistici delle esperienze di natalità;

f) pianificare corsi di aggiornamento per il personale organizzati in due livelli di cui il primo, generale, uguale per tutti gli operatori, il secondo, specialistico, adatto alle competenze specifiche;

g) favorire collegamenti tra gli operatori dei vari dipartimenti per confronti e valutazioni di ogni approccio ed intervento e, in generale, per garantire un omogeneo percorso di nascita;

h) organizzare e promuovere campagne informative sui diritti della partoriente, del nascituro e del padre.

ART. 8.

1. Le disposizioni di cui alle lettere *e)*, *f)* e *g)* del comma 1 dell'articolo 7 perseguono i seguenti obiettivi:

a) riutilizzazione e riqualificazione di tutto il personale attualmente impiegato nei vari servizi e del personale convenzionato ai sensi dell'articolo 2 in funzione dell'attuazione del parto a domicilio, nelle case di maternità e nei reparti ospedalieri;

b) aggiornamento specifico su tecniche e metodologie che si avvalgono 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) valorizzazione della discussione clinica collettiva come momento di aggior-

namento e confronto e come garante della qualità della conduzione clinica;

d) collaborazione continua pluridisciplinare sia clinica che di aggiornamento tra i reparti di ostetricia e di neonatologia al fine di ottimizzare gli interventi e le comunicazioni in entrambi i reparti;

e) formazione all'assistenza domiciliare al puerperio di ostetriche, assistenti domiciliari e vigilatrici d'infanzia per diversificare la risposta a necessità differenti del periodo successivo alla nascita;

f) formazione di psicologi da introdurre nel circuito nascita per l'eventuale supporto della donna che si trova a gestire la nascita del figlio con intensi sentimenti di inadeguatezza, insicurezza, fragilità e solitudine;

g) diversificazione del personale, in termini di responsabilità, di organizzazione e di assistenza per la valutazione delle condizioni fisiologiche rispetto a quelle a rischio.

DDL13-6752
Lire 500