

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 7138

## PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato MANZIONE

Disposizioni per l'istituzione nel Servizio sanitario nazionale dell'area sanitaria ostetrica

*Presentata il 22 giugno 2000*

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.

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

Nel contesto politico che vuole l'umanizzazione della nascita, l'ostetrica/o è presa di nuovo in considerazione poiché il processo di umanizzazione richiede quell'approccio di base, globale e relazionale, che l'ostetrica/o può offrire.

L'ostetrica/o ha propri punti di riferimento teorici e pratici diversi da quelli del medico e dell'infermiera; nella moderna

cultura dell'assistenza ostetrica l'orientamento va verso la centralità della donna, verso il superamento del rapporto paternalistico o maternalistico di tutela della donna e verso una *partnership* alla pari, dove la donna è interlocutrice e soggetto primario.

Lo scenario tradizionale del parto fisiologico (la casa, la famiglia, il vicinato) e le antiche modalità di assistenza alla nascita che per millenni sono state sostenute dalla solidarietà delle altre donne e della comunità di cui donne e bambini erano protagonisti, si è progressivamente trasformato in un evento avulso dalla quotidianità, relegato in una « istituzione » la cui gestione è stata sempre più delegata ad operatori e tecnici, che si sono resi protagonisti sulla scena del parto, relegando la donna ad un ruolo passivo.

Le motivazioni sanitarie alla base di questa scelta, inizialmente comprensibili

per le precarie condizioni di vita e di igiene, hanno poi finito per prevalere sugli altri aspetti del parto, quali l'emotività, l'affettività, l'amore e la realizzazione delle scelte personali.

È stato privilegiato l'aspetto tecnico-sanitario, che pur riguardando una minore percentuale di patologie, non sempre ha acconsentito a rispettare i fondamentali diritti dei soggetti alla nascita.

Negli ultimi decenni, però, le condizioni socio-economiche della popolazione sono profondamente mutate e, nella generale riflessione sulla « qualità della vita », è emersa una sensazione di malessere legata a questo senso di « espropriazione », un movimento culturale e di opinione che richiede qualità anche nella nascita.

Dando uno sguardo ai dati italiani sulle nascite, oltre al fenomeno di denatalità quello che colpisce a prima vista è il tasso vertiginoso dei tagli cesarei, che ci fa essere al primo posto in Europa ed al secondo nel mondo, a dispetto di quella percentuale del 10-15 per cento raccomandata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Anche la mancanza di una differenziazione dei servizi rispetto alle esigenze diverse dell'utenza, la mancanza di una politica sanitaria per l'assistenza di base con operatori di 1° livello per la fisiologia, la scarsità di stimoli alla crescita professionale negli operatori ed una « umanizzazione » che fatica a decollare, creano una insoddisfazione generale.

Per attuare, comunque, una vera assistenza che ponga sempre più attenzione all'aspetto umano, bisogna non solo ricondurre alla sua unità il « percorso nascita », attualmente molto frammentato, ma riorganizzare l'attuale sistema con il perseguimento di un efficace programma di assistenza di base, la creazione di *équipe* integrate ospedale-territorio, la valorizzazione dei servizi a domicilio, le campagne per la scelta informata, adeguandoci al livello di molte realtà europee.

L'Europa punta al rafforzamento delle professionalità attraverso l'aggiornamento

delle competenze, la circolazione delle informazioni e l'omogeneizzazione dei saperi, per un adeguamento costante alle richieste della nuova utenza rispetto alla qualità dei servizi. In questo clima di rinnovamento si inseriscono, sul versante italiano, le nuove leggi regionali per il benessere psico-fisico della partoriente e del neonato, nonché le ricerche per l'assistenza appropriata in ostetricia.

In alcune regioni italiane si stanno, infatti, facendo scelte concrete per aiutare la donna a non perdere la propria identità ed a recuperare gli aspetti di bellezza, di intimità e di tenerezza della nascita.

Uno dei passaggi da affrontare è la formazione del personale; la motivazione delle ostetriche e, in generale, del comparto socio-sanitario, è un punto fondamentale per un buon rendimento delle prestazioni. Servono quindi incontri pluridisciplinari, confronti, corsi di formazione e di riqualificazione del personale, innanzi tutto ostetrico, perché sia in grado di sostenere la donna selezionando le gravide ad alto rischio ed 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, altresì, un meccanismo di incentivi per le strutture ospedaliere ed 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 agli stessi operatori per lo svolgimento di iniziative di formazione e per riconoscimenti di avanzamento di carriera.

## PROPOSTA DI LEGGE

—

### CAPO I.

#### DISPOSIZIONI GENERALI.

##### ART. 1.

1. La presente legge persegue i seguenti obiettivi:

*a)* soddisfare i bisogni di benessere psico-fisico della donna e del neonato, durante la gravidanza e il parto-nascita;

*b)* promuovere la libertà di scelta da parte della donna partoriente circa i luoghi ove partorire e le modalità con cui tale evento deve svolgersi;

*c)* promuovere la conoscenza delle pratiche in uso, la verifica dei livelli di assistenza e l'armonizzazione delle modalità di assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio con le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità in materia di tecnologie appropriate alla nascita;

*d)* eliminare i fattori di rischio ambientali, personali e iatrogeni al fine di abbassare i tassi di morbilità e di mortalità materna e perinatale;

*e)* attivare tutti gli strumenti idonei ad informare le donne sulle disposizioni della presente legge e su tutto ciò che può rendere la maternità una scelta consapevole nonché garantire la salute e il benessere della donna e del bambino.

2. Ai fini del raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 1, la presente legge promuove l'incentivazione delle strutture ospedaliere pubbliche e di quelle accreditate che favoriscono il parto fisiologico o a domicilio allo scopo 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.

## CAPO II

### DIRITTI DELLA PARTORIENTE

#### ART. 2.

1. Il consultorio, la casa di maternità, l'ospedale e le altre strutture pubbliche addette alla maternità si configurano come unità operative, organizzate in forma dipartimentale, al fine di garantire l'unitarietà dell'intervento socio-sanitario; in particolare deve essere realizzato il raccordo tra il consultorio, le strutture ospedaliere e i servizi territoriali extra ospedalieri, allo scopo di favorire il mantenimento della medesima *équipe* di operatori, per l'assistenza alla donna durante la gravidanza e il parto; in ogni caso l'assistenza sanitaria alle gravidanze a rischio è demandata, fin dal loro accertamento, alle strutture ospedaliere.

2. Le aziende sanitarie locali (ASL) provvedono, anche tramite dotazione del personale necessario, a garantire, nell'ambito delle prestazioni dei servizi consultoriali di cui alla legge 29 luglio 1975, n. 405, e con il concorso di poliambulatori specialistici intra ed extra ospedalieri, il potenziamento degli interventi per l'assistenza della donna durante il periodo della gravidanza, ed 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;

b) l'assistenza sanitaria delle gravidanze fisiologiche;

c) i corsi di preparazione al parto di cui all'articolo 3 e il relativo materiale documentario e bibliografico da mettere a disposizione delle utenti;

d) l'accertamento, la certificazione e l'assistenza sanitaria delle gravidanze a rischio.

3. Dopo il parto le ASL assicurano l'assistenza domiciliare alla madre e al bambino, al fine di favorire e tutelare la precoce dimissione dall'ospedale e dalla casa di maternità di cui all'articolo 5, nonché di garantire la continuità dell'assistenza dopo il parto a domicilio. La durata e le modalità dell'assistenza devono essere adeguate allo stato fisico, psicologico e sociale della donna e del bambino.

#### ART. 3.

1. Ai sensi della legge 29 luglio 1975, n. 405, il personale addetto ai consultori, integrato e coordinato con altro personale del Servizio sanitario nazionale, promuove l'organizzazione di corsi di preparazione al parto e al primo contatto con il bambino.

2. I corsi di cui al comma 1 sono rivolti fin dall'inizio della gravidanza alla donna ed alla coppia, ed hanno l'obiettivo di favorire la gestione attiva dell'evento gravidanza nascita-parto da parte degli stessi.

3. I corsi, oltre a garantire le conoscenze relative all'evento del parto nel suo complesso e nei suoi aspetti fisici e psichici, nonché ai luoghi dove partorire, utilizzano metodi che, nel rispetto dell'unità psico-fisica e della cultura della donna, le permettono di partorire in condizioni psico-fisiche ottimali.

4. Durante lo svolgimento dei corsi deve essere dato ampio spazio allo scambio di esperienze tra le gestanti.

#### ART. 4.

1. La donna che, ai sensi dell'articolo 8, comma 2, deve essere debitamente informata sull'evento e sulle tecniche da adottare per il suo migliore svolgimento, può richiedere che il parto avvenga:

a) a domicilio;

b) nelle case di maternità istituite ai sensi dell'articolo 5;

c) nei reparti ospedalieri.

#### ART. 5.

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le ASL istituiscono, anche all'interno delle strutture ospedaliere, il servizio pubblico della casa di maternità.

2. Le case di maternità operano in stretto collegamento con i consultori e con i presidi ospedalieri.

3. Le case di maternità favoriscono lo svolgimento fisiologico del parto limitando l'intervento medico e promuovono la relazione tra la madre e il bambino e la socializzazione di tale esperienza tra le donne.

4. È possibile, su richiesta della donna ed a condizione che non sussistano ragioni ostative, legate alla salute della donna medesima e del bambino, la dimissione precoce dalle case di maternità.

5. Con regolamento da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni stabiliscono quali strutture debbano essere adibite all'ubicazione della casa di maternità e le modalità della gestione della casa.

6. Le ASL di competenza individuano, all'interno del dipartimento materno-infantile, le figure professionali che garantiscono l'assistenza nelle case di maternità e a domicilio e che devono comprendere ostetriche/ci e personale socio-sanitario.

7. E, altresì, istituito, presso una struttura ospedaliera pubblica della zona di competenza della ASL, un servizio di emergenza ostetrica, dotato di personale ostetrico-ginecologico e neonatologo, che garantisce, per i parti effettuati nella casa di maternità o a domicilio l'assistenza sanitaria necessaria nonché la tempestiva ospedalizzazione, in caso di eventi patologici sopravvenuti.

8. Dell'assistenza a domicilio o nella casa di maternità possono usufruire le

donne la cui gravidanza è stata accertata come non a rischio. Tali donne sono seguite da una *équipe* ostetrica che le assiste durante il parto e il puerperio. Devono, inoltre, essere assicurate visite domiciliari da parte del personale ostetrico per il tempo necessario dopo il parto.

#### ART. 6.

1. Per consentire l'unicità dell'evento travaglio-parto, nei punti nascita deve essere garantita alla donna la possibilità di occupare uno spazio singolo, al quale hanno libero accesso le persone con cui la donna desidera condividere l'evento, anche in caso di interventi operativi. Dopo il parto, il neonato è affidato ai genitori nello stesso luogo dove si è verificato l'evento travaglio-parto, per il periodo di stretto controllo *post-partum*.

2. Al fine di garantire alla donna una reale libertà di scelta sulle modalità con cui il travaglio e il parto si svolgono e di ridurre al minimo l'intervento medico, alla donna devono essere fornite previamente informazioni sui protocolli in uso nella struttura, di cui all'articolo 8, comma 2.

3. La scelta del tipo di allattamento spetta alla donna. L'organizzazione ospedaliera ed il comportamento del personale devono comunque essere volti a favorire l'allattamento precoce al seno e a richiesta, secondo i ritmi della madre e del bambino.

4. È garantita alla donna la possibilità, subito dopo il parto e per tutto il periodo di degenza, di tenere con sé il neonato sano per tutto il tempo che desidera; la permanenza del neonato con la madre, su richiesta della donna, può essere limitata alle ore diurne, ovvero dalle ore 6 alle ore 24. Sono consentite, senza limiti di orario, le visite del marito, convivente o di altra persona a scelta della donna, anche in presenza del neonato.

5. Il personale sanitario, già addetto ai nidi, opportunamente qualificato ed aggiornato, è trasferito ai reparti di ostetricia, in relazione alle esigenze di assistenza dei neonati, che sono tenuti, ai sensi del comma 4, accanto alle madri, sulle quali

non devono comunque gravare i compiti assistenziali.

6. Durante il periodo di degenza sono promossi incontri formativi con gli operatori di pediatria e di ostetricia, nei quali è prevista la partecipazione anche degli altri operatori del dipartimento materno-infantile di cui all'articolo 5, comma 6, sull'allattamento, la puericoltura, l'igiene del puerperio, la fisiologia della riproduzione e la pianificazione familiare. Devono essere favoriti gli scambi d'informazione e di esperienze tra le donne.

7. Durante la degenza, la donna è informata e consultata tempestivamente su tutte le procedure cui lei e/o il bambino vengono sottoposti, sulla loro utilità, efficacia e necessità e sulle condizioni di salute proprie e del neonato. La cartella clinica ostetrico-pediatrica è un documento personale ed è posta a disposizione della donna, dietro semplice richiesta verbale.

8. Gli stessi diritti di cui al presente articolo sono garantiti alla donna ricoverata nei reparti di ostetricia per patologie insorte durante la gravidanza. Anche in tali casi sono consentite, senza limiti di orario, le visite di cui al comma 4.

#### ART. 7.

1. Le ASL e le aziende ospedaliere competenti per territorio, nell'ambito dei programmi di investimento e dei relativi finanziamenti regionali, prevedono gli interventi necessari all'attuazione della presente legge entro il termine di presentazione del bilancio di previsione successivo alla data di entrata in vigore della medesima.

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

a) le opere necessarie per l'istituzione delle case di maternità di cui all'articolo 5;

b) la realizzazione di spazi singoli per l'evento travaglio-parto;

c) camere di degenza con più di due letti, provviste di relative culle per i neonati, con servizi igienici indipendenti per ogni camera;

d) reparti di patologia neonatale attigui ai reparti di ostetricia;

e) spazi comuni per le attività di cui all'articolo 6, comma 6;

f) le opere necessarie per adeguare i reparti ospedalieri di pediatria alle esigenze di tutela del bambino.

#### Art. 8.

1. La regione, al fine di poter disporre di basi informative qualificate per l'applicazione della presente legge, istituisce osservatori epidemiologici con i seguenti obiettivi:

a) svolgere indagini sulla mortalità perinatale materna e sull'incidenza degli *handicap*;

b) studiare e confrontare, mediante specifici studi epidemiologici, le diverse modalità di assistenza alla gravidanza e al parto, in ospedale, in case di maternità, o a domicilio;

c) analizzare i costi economici, sociali e psicologici dell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio, a seconda dei diversi protocolli d'intervento;

d) verificare i livelli professionali del personale socio-sanitario addetto ai servizi materno-infantili, anche ai fini di programmare l'aggiornamento e la riqualificazione.

2. Al fine di garantire il diritto della donna all'informazione, le strutture tecniche competenti delle ASL devono elaborare protocolli contenenti le direttive tecniche e le finalità dell'intervento delle *équipe* addette alle varie fasi di assistenza alla donna e al bambino.

## ART. 9.

1. Gli operatori del Servizio sanitario nazionale attualmente addetti all'assistenza socio-sanitaria della donna durante la gravidanza e il parto devono essere aggiornati e riqualificati in conformità alla disposizioni della presente legge ed ai fini della sua attuazione.

2. Ai fini di cui al comma 1, la regione, d'intesa con le ASL, promuove corsi di aggiornamenti semestrali articolati in due livelli, di cui il primo, generale, uguale per tutti gli operatori e il secondo, specifico, adeguato alle rispettive competenze e finalizzato alla realizzazione degli obiettivi di cui all'articolo 10.

3. L'aggiornamento di secondo livello è volto ad approfondire la valutazione di efficacia delle tecniche ostetriche e neonatologiche, nonché la metodologia di esecuzione pratica da svolgere presso le sale parto e le isole neonatali degli ospedali.

4. Possono, altresì, essere previsti, durante il periodo del corso di cui al comma 2, comandi temporanei del personale dalle strutture territoriali a quelle ospedaliere e viceversa, al fine di favorire scambi di esperienze tra gli operatori.

## ART. 10.

1. I corsi di cui all'articolo 9 perseguono i seguenti obiettivi:

a) riutilizzazione e riqualificazione di tutto il personale attualmente impiegato nei vari servizi, in funzione della prospettiva del parto a domicilio e nelle case di maternità;

b) aggiornamento specifico su tecniche e metodologie che tengano conto della revisione critica in atto a livello internazionale sull'efficacia dell'intervento medico in ostetricia;

c) formazione pluridisciplinare degli operatori sulla caratteristiche complessive e non esclusivamente mediche degli eventi del parto e della nascita.

## ART. 11.

1. Gli organi competenti della regione approvano e rendono pubblica una relazione annuale, nella quale sono contenuti i dati relativi a:

*a)* mortalità e morbosità perinatale, anche tardiva; mortalità e morbosità materna, con analisi specifica delle cause iatrogene;

*b)* modalità dei parti, in particolare di quelli operativi e strumentali, con relative specificazioni;

*c)* complicanze in gravidanza;

*d)* uso di analgesici, anestetici, ossitocina e altri farmaci, durante il travaglio e il parto;

*e)* dati statistici sulla popolazione assistita relativi all'età, alla classe sociale, e al rischio sanitario.

2. Il Ministro della sanità, ogni anno, redige e presenta al Parlamento una relazione sulla base dei dati inviati dalle regioni ai sensi del comma 1. Il Ministro della sanità e le regioni, per quanto di loro competenza, si fanno carico di divulgare alla popolazione, con mezzi idonei, i dati contenuti nelle rispettive relazioni annuali.

