



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori DE POLI, BINETTI e SACCONI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 23 MARZO 2018

Norme per la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute della partoriente e del neonato

ONOREVOLI SENATORI. - La normativa vigente in materia di sostegno della maternità necessita di essere resa più rispondente allo spirito della Costituzione e di essere integrata mediante una serie di interventi volti ad aiutare le donne, non solo dal punto di vista economico, ma anche sanitario e socio-assistenziale.

La gravidanza rappresenta un momento molto importante per la donna, un periodo meraviglioso, ma accompagnato da dubbi, incertezze e timori, e per questo occorrono nuovi interventi a sostegno del diritto al parto e a tutela della maternità.

Con il progredire della gravidanza la gestante subisce cambiamenti fisici e psichici difficili da comprendere, spesso mal sopportati e causa di traumi con conseguenze sulla gestazione stessa. La paura del parto, ad esempio, nelle primipare, ma non solo, è uno dei fattori che più degli altri gioca un ruolo importante nel corso della gestazione.

È necessario, quindi, operare per ottimizzare le condizioni per ricondurre la società, nella sua interezza, al rispetto della vita e per promuovere un'impegnata azione educativa, rimodulando l'azione politica sui valori fondanti della vita e della persona umana, in perfetta aderenza ai principi della Costituzione. Occorre orientare la politica dei servizi sociali: esercitare accurati controlli sui consultori per verificare se essi funzionino o se rispondano effettivamente al fine istituzionale che è quello di tutelare e di incentivare la famiglia.

Pertanto è necessario garantire il massimo di sicurezza possibile sia in termini di competenza specifica dell'ostetrico-medico e dell'ostetrica *simpliciter* sia in termini di garanzie per il neonato.

È evidente l'urgenza di agire soprattutto sulla formazione del personale operante nelle strutture pubbliche e private, oltre che su un'adeguata informazione delle partorienti, dal momento che la percentuale di parti chirurgici in Italia è del 38 per cento, più del doppio della soglia fissata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), cioè il 15 per cento.

Il parto cesareo è economicamente più proficuo, aiuta a gestire meglio l'organizzazione logistica di una struttura ed è purtroppo una risposta sicura a una carenza di formazione.

Il caos dei parti cesarei risente molto anche di una disomogeneità regionale. Al Sud si arriva a far nascere con il parto cesareo un bambino su due. Il *record* va alla Campania con il 62 per cento dei parti cesarei in sala operatoria, seguono la Sicilia con il 52,4 per cento, il Molise con il 48,9 per cento e la Puglia con il 47,7 per cento. Al nord la situazione è nettamente diversa. In Friuli-Venezia Giulia, in Toscana e in Lombardia i parti cesarei si attestano tra il 24 per cento e il 28 per cento. Solo Bolzano si avvicina ai limiti stabiliti dall'OMS, con quota 20 per cento.

Nel 2008, secondo l'Istituto superiore di sanità, la percentuale di parti cesarei è stata del 38 per cento, vale a dire quasi quattro parti cesarei su dieci. L'indicazione dell'OMS è del 15 per cento, anche se per l'Organizzazione dovrebbe essere meno della metà.

Dalle indagini esposte è evidente l'immagine di un'Italia sempre più dedita al bisturi. Basta analizzare i siti delle agenzie di sanità regionali per scoprire dati sorprendenti. A Roma, ad esempio, ci sono cliniche dove la

curva dei parti cesarei è in salita continua: solo due bambini su dieci sono nati con parto fisiologico.

Il Ministero della salute ha emanato linee guida per rallentare il ricorso al parto cesareo. In passato, più o meno tutti i Governi hanno dichiarato di voler avviare una rivoluzione per riportare l'Italia entro le medie europee. Anche i piani di riorganizzazione della rete ospedaliera basati sulla chiusura dei piccoli centri nascita (è statisticamente provato che al di sotto di 500 parti all'anno il neonato rischia di più) sono in alto mare in molte zone d'Italia, specie quelle dove il *deficit* della sanità è drammatico e oggetto di commissariamento.

Così come evidenziato anche da diversi pediatri, purtroppo troppe gravidanze sono gestite in centri con poca esperienza e attrezzature o con personale inadeguato. Troppe donne partoriscono in strutture inadeguate alla gravità del quadro clinico.

Con il presente disegno di legge si intende raggiungere lo scopo di affiancare alla normativa vigente generale di sostegno della maternità interventi straordinari sia di carattere sanitario e socio-assistenziale, sia di tipo economico per le donne.

Nello specifico all'articolo 1 la maternità è riconosciuta e protetta come valore di primaria rilevanza personale e sociale; inoltre è tutelata e sostenuta la vita umana fin dal suo concepimento.

Le finalità perseguite dal testo in esame sono quelle di incentivare le strutture ospedaliere pubbliche e quelle accreditate che promuovono il parto fisiologico al fine di demedicalizzare l'evento della nascita, di assicurare adeguati livelli di assistenza in tutte

le situazioni di gravidanza e di parto a rischio, di promuovere una più puntuale conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche socio-sanitarie raccomandate, di rafforzare gli strumenti per la salvaguardia della salute del neonato e di favorire il parto fisiologico (articolo 2).

L'articolo 3 dispone la promozione di interventi straordinari a carattere sanitario e socio-assistenziale.

L'articolo 4 favorisce una più puntuale assistenza alla maternità e alla nascita.

L'articolo 5 incentiva e promuove la diffusione del parto fisiologico.

L'articolo 6 prevede la progressiva e graduale riduzione dei punti nascita con un numero di parti inferiori a 1.000 l'anno. Com'è stato più volte ribadito da linee guida scientifiche, questi punti nascita non garantiscono la giusta qualità assistenziale al parto e confermano l'uso di ricoveri clinicamente inappropriati. Alcune regioni hanno ridotto nel corso degli ultimi anni i punti nascita con numero di parti inferiori a 1.000, realizzando significativi miglioramenti.

L'articolo 7 intende aumentare il numero di ore di assistenza al parto e il numero di parti fisiologici effettivamente seguiti nella formazione degli specializzandi di ostetricia-ginecologia e nella laurea magistrale del corso per ostetricia. Presso alcune università, anche a Roma, vi è il corso di specializzazione in ostetricia-ginecologia, ma non vi sono posti letto di ostetricia, per cui si utilizzano strutture esterne, privilegiando, nella formazione, la parte della chirurgia ginecologica, ma non l'ostetricia.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Principi generali)

1. Lo Stato, in attuazione dei principi stabiliti dagli articoli 2 e 31 della Costituzione, riconosce e protegge la maternità come valore di primaria rilevanza personale e sociale e tutela e sostiene la vita umana fin dal suo concepimento.

2. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, ciascuno nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, attuano tutte le iniziative e gli interventi necessari per assistere la gestante, al fine di rimuovere le difficoltà, anche di ordine economico, che possono interferire nel decorso della gravidanza.

3. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, ciascuno nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, garantiscono alla donna dopo il parto e al neonato gli aiuti che si rendono necessari per superare le difficoltà, anche di ordine economico, in qualunque modo dipendenti dalla nascita del bambino.

Art. 2.

(Finalità)

1. La presente legge persegue le seguenti finalità:

a) sostenere le strutture ospedaliere pubbliche e quelle accreditate che promuovono il parto fisiologico 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;

b) assicurare adeguati livelli di assistenza nei casi di gravidanza e di parto a ri-

schio dal punto di vista medico, psicologico e sociale;

c) promuovere una più puntuale conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche socio-sanitarie raccomandate, con particolare riferimento agli incontri di accompagnamento alla nascita, anche al fine dell'apprendimento delle pratiche farmacologiche e non farmacologiche per il controllo del dolore durante il travaglio e il parto, ivi comprese le tecniche che prevedono il ricorso ad anestesie locali e di tipo epidurale;

d) rafforzare gli strumenti per la salvaguardia della salute del neonato, individuando i livelli dell'assistenza ospedaliera che devono essere garantiti;

e) favorire il parto fisiologico e promuovere le modalità più appropriate per gli interventi al fine di ridurre in modo consistente il ricorso al parto cesareo e incentivare l'allattamento al seno, secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e del Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF);

f) promuovere la continuità assistenziale per tutta la durata della gravidanza, nel periodo della nascita e dopo la nascita, garantendo l'integrazione tra territorio e strutture ospedaliere.

Art. 3.

(Interventi straordinari a carattere sanitario e socio-assistenziale)

1. La gestante che durante la gravidanza è afflitta da gravi difficoltà di carattere medico, economico, sociale o familiare o nutre timori per le condizioni del nascituro o per il proprio avvenire, ove tali difficoltà non possano essere superate mediante le prestazioni sociali, assistenziali e sanitarie offerte dalle strutture pubbliche presenti nel territorio, ha diritto a fruire di interventi sanitari e socio-assistenziali straordinari.

Art. 4.

(Assistenza alla maternità e alla nascita)

1. Il neonato è tutelato attraverso la notifica del ricovero presso i presidi ospedalieri, pubblici e privati e la compilazione della cartella clinica, nonché attraverso le modalità che le singole regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano nell'ambito di programmi di attivazione e di attuazione del parto a domicilio.

2. Le aziende ospedaliere e le aziende sanitarie locali (ASL) coordinano appositi incontri di accompagnamento alla maternità e alla nascita, nel corso dei quali sono fornite informazioni sul percorso della nascita, sui luoghi presso i quali partorire, sulle metodiche di assistenza al travaglio e al parto, comprese le tecniche per la gestione del dolore, e sull'allattamento al seno.

3. Le ASL provvedono a garantire, anche nell'ambito delle prestazioni dei servizi consultoriali e ambulatoriali e con la dotazione del personale necessario, il potenziamento degli interventi per l'assistenza alla donna durante tutto il periodo della gravidanza.

4. A ogni nato, nell'ambito della struttura ospedaliera, deve essere assicurata l'assistenza da parte di personale con competenze specifiche mediche e infermieristiche nonché la conformità dell'assistenza medesima ai requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici stabiliti dai progetti obiettivo in materia materno-infantile individuati dal Piano sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 11, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e nel rispetto delle disposizioni della presente legge.

5. Tutti gli ospedali pubblici e privati accreditati dotati di un punto nascita, anche se privi di unità operative autonome di neonatologia e di terapia intensiva neonatale, devono disporre di posti letto per cure minime e intermedie nell'ambito delle unità operative di pediatria o di neonatologia. Di norma

le unità operative di ostetricia e le unità operative di neonatologia e patologia neonatale e di pediatria con assistenza neonatale devono operare a livello corrispondente e un livello superiore deve erogare, oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle di livello inferiore.

Art. 5.

(Parto fisiologico)

1. Al fine di rendere non traumatici il travaglio e il parto e per favorire la partecipazione attiva della donna al parto, nei reparti ospedalieri, compatibilmente con le indicazioni mediche, deve essere evitata l'imposizione di procedure e di tecniche non rispondenti alla volontà della partorientente.

2. La donna deve essere messa in condizione di scegliere le posizioni da assumere durante il travaglio e il parto.

3. In base alle indicazioni dell'OMS, le modalità assistenziali garantiscono:

a) il pieno rispetto delle esigenze biologiche e fisiologiche della donna e del nascituro;

b) il rispetto dei ritmi fisiologici del travaglio e l'eliminazione di ogni pratica routinaria non supportata da precise indicazioni cliniche, per ognuna delle quali deve essere fornita una corretta informazione al fine di favorire decisioni consapevoli da parte della partorientente;

c) la promozione e la diffusione di diversi metodi e tecniche naturali e farmacologiche per la gestione del dolore durante il travaglio, il parto e dopo il parto. L'uso di farmaci analgesici deve essere limitato e garantito in forma gratuita alle donne che lo scelgono come metodo di gestione del dolore essendo state informate delle possibili conseguenze;

d) la modalità di assistenza che assicuri un ambiente confortevole e rispettoso dell'intimità;

e) la possibilità di avere accanto il sanitario di fiducia, nel rispetto della continuità dell'assistenza e per il potenziamento dell'integrazione assistenziale.

Art. 6.

(Gestione e riduzione delle strutture ospedaliere per il parto fisiologico)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge è disposta la progressiva chiusura dei punti nascita con un numero di parti inferiore al numero di mille all'anno.

2. Nelle strutture ospedaliere sono previsti posti letto di terapia intensiva neonatale per l'assistenza dei neonati con elevati fattori di rischio.

Art. 7.

(Formazione e aumento dei parti fisiologici)

1. Nei corsi di formazione degli specializzandi in ostetricia e ginecologia, nella laurea magistrale del corso per ostetricia e ginecologia e nella laurea magistrale del corso per ostetricia è previsto l'aumento delle ore di insegnamento relativo all'assistenza al parto.

2. Nei reparti di ostetricia e ginecologia è incentivato il ricorso al parto fisiologico, compatibilmente con le indicazioni mediche.