



DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa della senatrice BOLDRINI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 28 GENNAIO 2021

Istituzione della figura professionale dell'ostetrica di famiglia e di comunità

ONOREVOLI SENATORI. – L’Organizzazione mondiale della sanità (OMS), in seno alla 72^a Assemblea mondiale della sanità tenuta a Ginevra nel maggio 2019, ha reso pubblica la designazione dell’anno 2020 come « anno dell’ostetrica », prevedendo iniziative celebrative in tutto il mondo. Per la prima volta nella storia, le nazioni del mondo affermano che questa professione sanitaria ha un valore inestimabile per la salute delle donne di tutto il mondo. Senza ostetriche, infatti, non si raggiungerebbero gli obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goal-SDG*) o la copertura sanitaria universale (*Universal Health Coverage-UHC*). L’ostetrica, nel corso della pandemia da COVID-19 che ha colpito tutto il mondo, ha onorato pienamente il riconoscimento che l’OMS ha dedicato alla sua figura. In occasione della 2^a Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita, il 17 settembre 2020, il segretario generale del Ministero della salute ha annunciato che il Comitato regionale per l’Europa dell’OMS ha deliberato di protrarre all’anno 2021 tale celebrazione estendendola anche alle altre professioni sanitarie.

L’OMS ha indicato, tra l’altro, anche l’obiettivo di « Sviluppare le risorse umane per la salute », secondo il quale tutti gli Stati membri devono assicurare che i « professionisti della salute » acquisiscano conoscenze, attitudini e capacità adeguate a proteggere e promuovere la salute, riferendosi a tutti i professionisti che operano nell’ambito dell’assistenza sanitaria di base, riconoscendoli quali « perno della rete dei servizi richiesti » per raggiungere gli obiettivi della politica sanitaria.

Il professionista della salute, nel proprio ambito di competenza, deve pertanto svolgere un ruolo efficiente ed efficace, promuovendo la salute degli individui delle famiglie e delle comunità, gestendo l’assistenza in ambito domiciliare, compresa quella delegata ad altro personale di supporto formato e accreditato, identificando e valutando lo stato di salute e i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto, operando in autonomia o in *équipe* e gestendo il cambiamento degli scenari epidemiologici.

La figura professionale dell’ostetrica di famiglia e di comunità, nella fattispecie, promuove la salute della donna in tutte le fasi del suo ciclo biologico, sessuale e riproduttivo attraverso la prevenzione, la cura e la riabilitazione per gli ambiti di competenza. L’ostetrica è un agente di promozione della salute per la donna e il suo contesto familiare e comunitario.

L’implementazione della figura di ostetrica di famiglia e di comunità ha la finalità di promuovere la centralità del ruolo e della salute della donna nei sistemi familiari e sociali, con l’obiettivo di accrescerne l’*empowerment*, la consapevolezza e il benessere di tutti gli individui, migliorando il *welfare* di comunità.

Il modello di ostetrica di famiglia e di comunità è basato su indicazioni, letteratura e concetti condivisi a livello internazionale, e risponde alle criticità dell’attuale fase di transizione demografica, epidemiologica, sociale ed economica.

In molti Stati membri dell’OMS la collaborazione tra tutti i professionisti della salute nell’ambito delle cure primarie, in particolare nella medicina generale, è esperienza ormai consolidata e valida, da almeno

trent'anni: nel nostro Paese essa è, invece, un processo ancora da sviluppare e da implementare. Esigenza acuitasi, ancora di più, dopo la soppressione dell'istituto dell'ostetrica ad opera della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e la privazione per il territorio di un elemento di riferimento per la donna, la coppia e la comunità. La figura dell'ostetrica di famiglia e di comunità, che qui si propone, trova le sue radici a livello internazionale nel Rapporto *The State of the World's Midwifery 2014* e nell'approfondimento dedicato alla figura di *Midwifery in The Lancet Series*.

È evidente che la figura dell'ostetrica di famiglia e di comunità, ha effetti benefici anche nei confronti della spesa sanitaria, migliorando la sostenibilità economica del sistema sanitario, nonché sugli *outcome*, o risultati, nel campo della salute, migliorando gli indicatori e gli esiti previsti nei sistemi di valutazione dell'efficacia ed efficienza dei sistemi sanitari. Con l'intervento proattivo delle ostetriche nell'ambito della prevenzione, dalle campagne sugli stili di vita migliori da adottare agli *screening* e diagnosi precoci, ad azioni di *counseling* individuale e familiare, nonché di miglioramento dell'*health literacy* e dell'*empowerment* individuale della donna, della famiglia e della comunità, si può contrarre e far decrescere, nel medio e lungo termine, la stessa spesa sanitaria nazionale, grazie alla prevenzione di patologie, alla presa in carico precoce e a alle diagnosi tempestive, nonché al ricorso appropriato ai ricoveri ospedalieri, alla diminuzione di uso e abuso di farmaci, e all'utilizzo appropriato di presidi e diagnostiche non necessarie, con la riduzione di casi di *over treatment*.

La presenza dell'ostetrica di famiglia e di comunità consente l'ampliamento dell'offerta sanitaria nei confronti della popolazione femminile, il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure attraverso l'utilizzo efficace dei servizi e la valutazione

delle prestazioni e delle attività con i relativi risultati. L'ostetrica garantisce alle donne e alle famiglie il necessario supporto e le cure perinatali necessari per cominciare a invertire l'attuale tendenza alla denatalità, assicurando alle coppie di realizzare il desiderio di maternità, anche con interventi di educazione sanitaria, in particolare ai giovani, sulle malattie sessualmente trasmesse (MST) o sui rischi che molte abitudini e stili di vita comportano sulla fertilità, secondo il Piano nazionale per la fertilità.

Il Servizio sanitario nazionale, sin dall'inizio, si è posto l'obiettivo, non ancora compiutamente raggiunto, della propria razionalizzazione mediante tagli di posti letto e il conseguente potenziamento dei servizi territoriali che, in epoca di emergenza sanitaria da COVID-19, si è dimostrato essere l'anello debole del Servizio stesso. Centrale e strategica, per raggiungere quest'obiettivo, è l'implementazione dell'assistenza domiciliare, consultoriale e dei presidi sul territorio garantita tra l'altro con le case della salute, in particolare nelle aree a scarsità di risorse e servizi dovuta anche alla chiusura dei punti nascita al di sotto dei 500 parti l'anno e con alta densità di popolazione. L'ostetrica di famiglia e di comunità è un sicuro presidio funzionale nei diversi servizi del territorio e può, nel percorso nascita, operare una presa in carico precoce della donna e della coppia, già in fase perinatale, prevenendo ricoveri impropri che incidono negativamente sia sul processo di medicalizzazione della nascita, sia sui costi dell'assistenza. Come indicato dal rapporto dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) risulta altrettanto importante la ristrutturazione della rete consultoriale, in quanto da un'indagine dell'Istituto superiore di sanità del 2019 emerge che il numero dei consultori è inadeguato rispetto alla popolazione e che in molti di essi si registra una forte carenza di personale ostetrico. Per il riordino dei servizi territoriali il modello di

riferimento deve essere quello descritto dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, che definisce nel dettaglio un ideale modello distrettuale.

Com'è noto negli ultimi anni in Italia si è assistito al duplice fenomeno dell'aumento della vita media e del tasso di crescita uguale a zero, con la conseguenza della prevalenza numerica della popolazione anziana su quella adolescente (e non solo) e della maggiore incidenza di malattie a prognosi infausta (soprattutto oncologiche), il cui esito negativo peraltro oggi si sposta sempre più avanti nel tempo. Inoltre, insieme all'invecchiamento della popolazione emerge un altro fenomeno anche di maggiore urgenza, la denatalità ormai strutturale, certificata dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) e i suoi effetti negativi sul « sistema Paese », perché ha ormai raggiunto livelli che non garantiscono più nemmeno il ricambio generazionale e la sostenibilità nel futuro dei sistemi di *welfare*. Già oggi, nell'illustrare il grave fenomeno della denatalità, l'ISTAT lo collega spesso alle insufficienti politiche di *welfare* sanitario degli ultimi decenni e all'inadeguato riconoscimento del valore sociale della maternità e della salute della donna e della famiglia. Istanze quest'ultime reclamate oggi, in tutta Italia e a gran voce, da molti movimenti femminili che si ispirano a modelli di assistenza ostetrica presenti in Europa e a cui quello dell'ostetrica di famiglia e di comunità si ispira. Il Piano nazionale per la fertilità del 2015, diretto al coinvolgimento di cittadini, medici, farmacisti, ostetriche, operatori sanitari, università e aziende sanitarie, si prefigge lo scopo di collocare la fertilità al centro delle politiche sanitarie ed educative del Paese con la consapevolezza che la salute riproduttiva è alla base del benessere fisico, psichico e relazionale dei cittadini.

I bisogni di salute della popolazione femminile, mutevoli e complessi, per essere soddisfatti richiedono una diversificazione, nonché una corretta e appropriata allocazione e un migliore utilizzo delle risorse. L'ostetrica di famiglia e di comunità risponde in modo adeguato ai bisogni di salute della donna e della famiglia (*midwifery care*) all'interno dei servizi del « percorso nascita », nei presidi territoriali, nelle farmacie, negli istituti penitenziari, nei centri oncologici, nei centri di senologia e nei centri di diagnostica ecografica di settore.

Per quanto riguarda la legislazione italiana, già con la citata legge n. 833 del 1978, era stato istituito il distretto sanitario di base, destinato al coordinamento sul territorio dell'assistenza sanitaria al cittadino. La legge n. 833 del 1978 è stata poi modificata dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dove compariva ancora il distretto sanitario, del quale la legge n. 189 del 2012 ha delineato il modello ideale di organizzazione.

Il rimodellamento delle cure primarie produce un'organizzazione dell'assistenza sempre più integrata, multidisciplinare e multiprofessionale in grado di attuare la reale presa in carico del cittadino e garantire, sul territorio, l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria lasciando, invece, ai presidi e alle aziende ospedaliere la prevalente gestione delle acuzie.

Inoltre, alle cure primarie sul territorio spetta anche il compito di promuovere la salute della popolazione di riferimento attraverso il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa, mediante un sistema di controllo informatizzato che permetta di verificare l'appropriatezza, la qualità e la sostenibilità dei percorsi di cura: per questo è fondamentale la figura dell'ostetrica di famiglia e di comunità, nel suo ruolo di *midwifery care*.

Il futuro della sanità italiana si gioca quindi sul territorio: questo è l'ambito dove,

nei prossimi anni, si svolgeranno gran parte delle attività assistenziali che oggi afferiscono, in maniera impropria, agli ospedali. Questo è appunto il compito dei distretti, come previsto dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e dal Patto per la salute: in questa prospettiva la figura dell'ostetrica di famiglia e di comunità e la *midwifery care* assumono ancora più rilievo.

L'introduzione della figura di ostetrica di famiglia e di comunità, nel sistema sanitario regionale e nazionale, ha la finalità di realizzare un sicuro presidio di assistenza continua e una costante interfaccia con le diverse organizzazioni pubbliche e del privato sociale, consultori familiari pubblici e privati, scuole e servizi sociali, aziende sanitarie, punti nascita, università, medici di medicina generale, nonché quella di sviluppare l'*empowerment* di comunità e di realizzare un reticolo interorganizzativo per l'attivazione delle reti solidali socio-sanitarie e di comunità e per il rafforzamento della presa in carico integrata delle donne e dei minori.

L'ostetrica di famiglia e di comunità è il professionista sanitario laureato che, a seguito anche di una specifica formazione successiva alla laurea nella professione sanitaria di ostetrica, opera nei diversi contesti territoriali, in tutti gli ambiti di promozione e tutela globale della salute femminile, in tutte le età e in un'ottica di miglioramento della salute di genere. Si occupa di assistenza alla donna durante tutto il suo ciclo vitale, dalla pubertà alla menopausa, in collaborazione con il medico di famiglia o il pediatra di libera scelta, operando possibilmente al loro fianco in un'area ben definita quale un quartiere di una grande città, un paese o una piccola comunità.

La figura dell'ostetrica di famiglia e di comunità riveste un ruolo e svolge funzioni che prevedono l'assunzione diretta di elevate responsabilità e complessità sulla base della dinamica valutazione del rischio, sia nella fase di pre-ospedalizzazione, sia nella fase

della dimissione ospedaliera, secondo lo schema della dimissione precoce, protetta e concordata con i professionisti che operano in ospedale.

La *midwifery care* garantita dall'ostetrica di famiglia e di comunità consente di ridurre gli accessi al pronto soccorso ostetrico-ginecologico, i ricoveri impropri, le riammissioni in ospedale ma, soprattutto, previene la medicalizzazione della nascita che trova nelle percentuali di esecuzione del taglio cesareo il suo principale indicatore.

L'ostetrica di famiglia e di comunità individua e definisce i bisogni reali e potenziali della donna, della coppia e della comunità, progetta le azioni preventive, curative e riabilitative da porre in atto e ne valuta gli effetti in termini di esiti. Attraverso la ricerca condotta in autonomia e in collaborazione con altri professionisti della salute, promuove azioni correttive e contribuisce attivamente al processo di miglioramento continuo della qualità.

Ne consegue che l'ostetrica di famiglia e di comunità, in autonomia o in collaborazione con altri professionisti sul territorio, nei diversi ambiti del distretto, presso il domicilio, all'interno delle farmacie, negli istituti penitenziari, nei centri oncologici, nelle unità senologiche e nella unità di diagnostica ecografica di settore diventa uno degli anelli della catena dell'assistenza territoriale e un punto di riferimento per la promozione della salute della donna, della coppia e della comunità.

Sulla base delle esperienze più avanzate nel settore della salute delle donne in ambito internazionale l'ostetrica di famiglia e di comunità diventa anche punto di raccordo con le altre strutture del distretto e ospedaliere nei quali risulta attivato l'ambulatorio di gravidanza fisiologica (AGF) gestito in autonomia dall'ostetrica.

Il modello organizzativo del « percorso nascita » che promuove interventi appropriati e diversificati per grado di rischio con l'at-

tivazione di un sistema di controllo in cui le gestanti identificate a basso rischio ostetrico (BRO) sono attentamente monitorate e, sulla base della valutazione clinico-laboratoristica e strumentale, passano dall'assistenza di base all'assistenza addizionale o specialistica, secondo quanto previsto dall'OMS e dalle Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico emanate dal Ministero della salute il 23 ottobre 2017.

La Giunta della regione Veneto ha approvato l'attivazione di un progetto pilota riguardante la gestione della gravidanza a basso rischio da parte del personale ostetrico. Il progetto, avviato nel 2015, ha interessato inizialmente tre unità locali socio-sa-

nitarie pilota per diventare poi un modello attuato a livello di tutta la regione, ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 568 del 21 aprile 2015 relativa alla « Gestione della gravidanza a basso rischio: approvazione del Progetto pilota », pubblicata nel *Bollettino Ufficiale* della regione Veneto dell'8 maggio 2015.

Per l'implementazione della figura dell'ostetrica di famiglia e di comunità le aziende sanitarie locali, sulla base di un fabbisogno regionale, possono ricorrere a diverse modalità contrattuali, per avvalersi della professionalità ostetrica sul territorio che, in autonomia o in collaborazione con altri professionisti, risponda con appropriatezza ai bisogni di salute della donna, della coppia e della comunità.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. È istituita la figura professionale dell'ostetrica di famiglia e di comunità con la finalità di realizzare un sicuro presidio di assistenza continua e una costante interfaccia con le diverse organizzazioni pubbliche e del privato sociale per il rafforzamento della presa in carico integrata di donne, minori e nuclei familiari, con l'obiettivo di accrescere il potenziamento, la consapevolezza e il benessere di tutti gli individui, migliorando il benessere di comunità.

2. L'ostetrica di famiglia e di comunità:

a) è responsabile della gestione dei processi assistenziali ostetrici, ginecologici e neonatali in ambito preventivo, curativo e riabilitativo, operando anche in collaborazione con *équipe* multidisciplinari, al fine di favorire la soddisfazione dei bisogni di salute della donna, in tutte le fasi del ciclo biologico, sessuale e riproduttivo, nonché delle famiglie e della comunità;

b) conduce analisi finalizzate all'individuazione dei bisogni della popolazione femminile e dei fattori di rischio socio-sanitari. Accompagna la donna e la famiglia nel loro progetto di salute, di genitorialità e di vita, nell'ottica della prevenzione e dell'individuazione in fase precoce di malattie o situazioni di rischio sanitario e sociale;

c) come agente di promozione della salute, in autonomia o in collaborazione con altri operatori, promuove e favorisce stili di vita sani e la riduzione dei fattori di rischio per la salute nella comunità, anche con interventi di alfabetizzazione sanitaria;

d) promuove l'attivazione delle reti sociali socio-sanitarie della comunità, con i servizi territoriali, le reti interprofessionali, i servizi di prevenzione e assistenza primaria, nonché di cura a media e alta intensità, per l'ottimizzazione degli interventi di rete e il rafforzamento della presa in carico integrata delle donne, dei minori e dei nuclei familiari;

e) è responsabile e si rende garante della presa in carico della donna, dei minori e dei nuclei familiari lungo l'intero percorso assistenziale, nonché della continuità delle cure, promuovendo la cooperazione tra gli operatori coinvolti nel percorso di prevenzione, di assistenza e di cura; identifica gli effetti dei fattori socio-economici sulla salute della donna e della famiglia e attiva l'intervento o l'inserimento nella rete dei servizi territoriali, anche in collaborazione con il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta o il consulente medico specialista, sostenendo l'integrazione delle attività di altri operatori sanitari e socio-sanitari e avviando interventi di educazione sanitaria e di sviluppo della donna, della famiglia e della comunità;

f) è responsabile della gestione dei processi assistenziali, sanitari e socio-sanitari, in ambito ostetrico, ginecologico e neonatale nell'ambito della comunità, con attenzione agli aspetti preventivi, curativi e riabilitativi clinico-assistenziali e psico-educativi, anche in una prospettiva multidisciplinare. Promuove l'ottimizzazione del monitoraggio dell'assistenza alla gravidanza, anche con sistemi innovativi ed è responsabile della promozione, protezione e tutela della salute della donna in tutte le fasi della sua vita biologica, sessuale e riproduttiva, dalla pubertà al periodo della menopausa, passando attraverso la prevenzione delle patologie oncologiche dell'apparato genitale riproduttivo e delle ghiandole annesse, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e la contraccezione, la maternità e la paternità

responsabile, la presa in carico della gravidanza, la promozione, la protezione e il sostegno all'allattamento, nonché la prevenzione e la riabilitazione delle disfunzioni pelvi-perineali;

g) definisce e attua i piani assistenziali, svolge le attività clinico-assistenziali e di promozione della salute autonomamente nelle strutture territoriali individuate o in modo complementare a quelle già svolte dalle ostetriche presenti nel consultorio familiare con interventi rivolti alle donne, alle famiglie e alla comunità.

3. La figura dell'ostetrica di famiglia e di comunità ha specifiche competenze acquisite con la formazione successiva alla laurea nella professione sanitaria di ostetrica, incentrata su obiettivi e programmi di tutela della salute in grado di abilitare il professionista a svolgere funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità più complesse e specialistiche rispetto a quelle previste dal profilo professionale disciplinato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 740.

4. Il rapporto di lavoro può svolgersi in regime di dipendenza con il Servizio sanitario nazionale (SSN), o in regime di libera professione, previo specifico accordo nazionale unico ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Il trattamento economico e le modalità lavorative dell'ostetrica di famiglia e di comunità sono stabilite dalla contrattazione collettiva anche in deroga alla modalità oraria di lavoro, prevedendo a tal fine il lavoro per progetti e obiettivi.

5. In attuazione di quanto previsto dall'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le aziende sanitarie prevedono, all'interno dei distretti sanitari di cui all'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, gli incarichi di ostetrica di famiglia e

di comunità che afferiscono al servizio per l'assistenza ostetrica di cui all'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251. La direzione generale dell'azienda sanitaria di riferimento definisce il numero e gli obiettivi degli incarichi di cui al primo periodo, da raggiungere in coerenza con lo stato demografico ed epidemiologico del territorio assegnato e con gli obiettivi di salute definiti.

€ 1,00