

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 3573

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

D'INCECCO, AMATO, BENI, PAOLA BOLDRINI, PAOLA BRAGANTINI, CARLONI, CASATI, GRASSI, LENZI, MURER, PATRIARCA, GIUDITTA PINI, SBROLLINI

Norme per la tutela della salute durante la gravidanza
e per la promozione del parto fisiologico

Presentata il 2 febbraio 2016

ONOREVOLI COLLEGHI! — La promozione della salute materno infantile è un obiettivo strategico da perseguire a livello nazionale perché incide in modo determinante sulla qualità della vita della donna in età fertile, della madre e del bambino nonché sul benessere psico-fisico del cittadino.

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale. I piani socio-sanitari che si sono susseguiti negli ultimi anni in Italia e i dati epidemiologici dimostrano che molto è stato fatto per garantire la centralità della salute della donna e del bambino nel percorso di assistenza e la sicurezza delle prestazioni.

L'indagine conoscitiva «Nascere Sicuri», deliberata all'unanimità nella XVI legislatura dalla 12^a Commissione Igiene e sanità del Senato della Repubblica il 21

settembre 2010 (relatrici le senatrici Fiorenza Bassoli e Laura Bianconi), ha valutato le modalità di assistenza al parto, i percorsi nascita e di tutela della salute della madre e del bambino, con particolare attenzione al partoanalgesia, ai corsi di preparazione al parto e ai percorsi di genitorialità condivisi. Nel documento conclusivo (Doc. XVII, n. 17), approvato il 27 novembre 2012, si legge: « Il problema del nascere sicuri va affrontato non confondendo l'obiettivo con lo strumento: l'obiettivo è la nascita sicura, la modalità del parto e la tecnologia sono strumenti successivi a questo obiettivo ». E ancora: « La sanità materno-infantile italiana si pone a livelli di eccellenza in quanto presenta tra le più basse percentuali d'Europa in morbilità e mortalità, ma nel contempo registra difetti organizzativi e strutturali che richiedono un percorso programmatico comune e una razionalizzazione della spesa ». Si legge

ancora nel documento conclusivo: « È palese che il modello di cura deve diventare più efficace ed efficiente per tentare di far fronte agli aspetti legati alla gravidanza e al parto, avendo come obiettivo primario la sicurezza, la qualità, la professionalità e cercando di abbattere i rischi presumibili. Occorre un investimento di risorse da parte delle regioni per garantire che le strutture siano adeguate sotto il profilo di risorse strutturali e umane e si profili la razionalizzazione dei piccoli punti nascita ».

La presente proposta di legge intende quindi favorire la gravidanza e il parto fisiologico e la salvaguardia della salute della donna in età fertile, della madre e del neonato, promuovendo l'appropriatezza degli interventi al fine di ridurre la percentuale dei tagli cesarei anche attraverso il controllo del dolore nel travaglio-parto mediante il ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale. L'evoluzione della realtà demografica del nostro Paese negli ultimi anni e il progressivo innalzamento dell'età di procreazione nelle donne denotano un'attenzione crescente alle informazioni e alla richiesta di servizi sanitari e nel sociale.

La sanità materno-infantile italiana come già rilevato, presenta tra le più basse percentuali d'Europa in termini di morbilità e mortalità e al contempo ormai da anni si assiste a un decremento del tasso di natalità, per cui è obiettivo primario garantire la qualità della vita e della salute riproduttiva attraverso la cura della donna e del bambino nel percorso prenatale: gravidanza, parto e puerperio.

In tal senso quello che si può definire « percorso nascita » *pre* e *post* parto, richiede una concentrazione di interventi da operare sia sul fronte sanitario che su quello delle politiche sociali, di tipo informativo e formativo, che garantisca una maggior consapevolezza e conoscenza dei momenti che accompagnano la gravidanza, in modo da promuovere e valorizzare il parto fisiologico, e le tecniche di controllo del dolore, nonché ridurre i casi di ricorso al parto cesareo.

L'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) segnala che, secondo i dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera (SDO) del Ministero della salute, l'Italia resta il Paese europeo con il più alto ricorso al taglio cesareo, con una quota pari al 36,3 per cento secondo i dati del 2013.

Nella medicalizzazione in gravidanza non è da sottovalutare che il parto chirurgico addominale grava sulle future gravidanze in termini di complicanze – modeste per la paziente – che sono rilevanti per il sistema sanitario mentre gli oneri relativi all'intervento potrebbero diversamente essere destinati alle terapie del dolore a supporto del parto fisiologico. Inoltre, alle donne in gravidanza devono essere fornite informazioni basate sull'evidenza, che includano indicazioni, procedure, rischi e benefici del taglio cesareo nonché le sue conseguenze per le gravidanze successive. La richiesta materna non è da sola un'indicazione al taglio cesareo: devono essere indagate e discusse le ragioni specifiche di tale richiesta e offerte consulenze in caso di paura del parto. Il medico può declinare una richiesta di taglio cesareo, ma dovrebbe offrire un riferimento alla paziente per ottenere una seconda opinione, che favorisca il ricorso ai percorsi di accompagnamento alla nascita e al parto indolore. Nella società moderna è cambiata la percezione del dolore e i tempi sono maturi per promuovere la cultura del parto senza dolore attraverso gli strumenti tecnici che la medicina mette a disposizione e, segnatamente, l'analgesia epidurale.

L'istituzione di servizi di analgesia ostetrica contribuirebbe a innalzare i livelli di sicurezza, non solo del parto fisiologico e del parto a rischio, ma anche del parto con taglio cesareo e dei casi di emergenza, grazie alla presenza di anestesisti dedicati.

La presente proposta di legge ha l'obiettivo di deospedalizzare e demedicalizzare il percorso assistenziale della donna in gravidanza e della madre, pur nella garanzia della sicurezza, ripensando l'intero complesso dell'assistenza *pre-partum* e delle cure fornite nell'immediato *post-partum* sia alla madre che al neonato.

Inoltre la proposta di legge favorisce e incentiva l'allattamento al seno. Secondo l'OMS, una maggiore diffusione dell'allattamento materno attraverso investimenti e programmi di educazione e assistenza avrebbe un impatto positivo significativo sulla salute della donna e del bambino. Gli studi dimostrano che l'allattamento materno del bambino ha un impatto favorevole sulla sua crescita psichica e mentale nell'età adulta. Per questo motivo dovrebbe essere esclusivo per i primi sei mesi di vita e proseguito, attraverso una dieta integrata con altri cibi, fino al compimento dei primi due anni. Le ripercussioni positive non riguardano solo la vita del bambino, ma anche quella della madre. La riduzione del rischio legato al cancro al seno e alle ovaie è notevole. Tuttavia, malgrado le evidenze scientifiche, alle donne manca il necessario supporto di cui hanno bisogno per allattare e hanno di fronte a sé numerose barriere. I principali ostacoli derivano dal limitato o addirittura inesistente periodo di maternità concesso alle neo mamme: infatti, un periodo di maternità troppo breve (fino a sei settimane) impedisce l'allattamento materno provoca la sua interruzione troppo presto. In generale, a minacciare il corretto allattamento materno è la carenza di sistemi di coordinamento tra la famiglia e la comunità, nonché tradizioni e sistemi culturali che non supportano tale pratica.

Per raggiungere gli obiettivi previsti è però necessario prevedere interventi nel settore di educazione e nei servizi per la salute, ma soprattutto favorire politiche di protezione alla maternità, spazi protetti e dedicati all'allattamento anche nei posti di lavoro e politiche di regolamentazione dei prodotti sostitutivi del latte materno.

La presente proposta di legge si prefigge di realizzare un cambiamento organizzativo e dei comportamenti assistenziali e il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata, attraverso:

1) la promozione dell'adozione di percorsi assistenziali condivisi;

2) la promozione della continuità dell'assistenza durante il percorso nascita (gravidanza, parto e dopo parto);

3) il miglioramento degli esiti in termini di morbilità e di mortalità (sia materna che feto-neonatale);

4) l'ottimizzazione del lavoro in *équipe* attraverso la definizione di ruoli e compiti condivisi;

5) la realizzazione dell'integrazione tra strutture territoriali e ospedaliere.

La presente proposta di legge:

all'articolo 1, intende favorire la gravidanza ed il parto fisiologico e promuovere l'appropriatezza degli interventi, anche al fine di ridurre il ricorso al taglio cesareo;

all'articolo 2, stabilisce i compiti e gli obiettivi delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, da realizzare attraverso i rispettivi piani sanitari e sulla base dell'ottimale utilizzo delle nuove forme di aggregazione territoriale che sempre più affiancheranno e supporteranno i servizi ospedalieri in una logica di interventi integrati tra ospedale e territorio. In esso si sottolinea l'importanza della prevenzione e della promozione della salute riproduttiva e si individua l'obiettivo di livelli uniformi di assistenza per tutti i soggetti « frutto » della globalizzazione e dei flussi migratori;

all'articolo 3, al fine di agevolare l'assistenza alla nascita, stabilisce, per le aziende sanitarie ospedaliere, l'obbligo di prevedere corsi di formazione e di aggiornamento per il personale nonché corsi di accompagnamento alla nascita destinati alla futura madre e alla coppia, con l'obiettivo di garantire le conoscenze relative alla sequenza di eventi relativi alla gravidanza, al parto, alla nascita, al puerperio e all'allattamento nonché alle tecniche per l'effettuazione del parto, comprese le tecniche per il controllo del dolore;

all'articolo 4, stabilisce le modalità assistenziali del parto fisiologico;

all'articolo 5, delinea le caratteristiche dei luoghi dove il parto fisiologico può svolgersi;

all'articolo 6, disciplina il servizio di trasporto materno e neonatale, applicando i criteri individuati dall'OMS;

all'articolo 7, prevede la rimodulazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato;

all'articolo 8, prevede che il Ministro della salute presenti annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione della legge.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Finalità).

1. La presente legge persegue le seguenti finalità:

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

b) promuovere un'appropriata assistenza alla nascita tutelando i diritti e la libera scelta della gestante e rinforzando gli strumenti per la salvaguardia della salute materna e per la salute e il benessere del neonato, nonché individuando i livelli dell'assistenza ospedaliera che ad essi devono essere garantiti;

c) potenziare l'attività dei consultori familiari, anche nell'azione di prevenzione, mediante l'attivazione di programmi specifici per la salute preconcezionale e riproduttiva, per la tutela della maternità e del nascituro e per la promozione dell'allattamento al seno;

d) promuovere la più ampia 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 e dell'uso delle modalità, farmacologiche e non farmacologiche, per il controllo del dolore durante il travaglio e il parto, comprese le tecniche che prevedono il ricorso ad anestesi locali e di tipo epidurale;

e) rinforzare gli strumenti per la salvaguardia della salute materna e della salute del neonato;

f) promuovere un'assistenza ostetrica appropriata alla gravidanza a basso rischio, al parto fisiologico e al puerperio.

ART. 2.

(Compiti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso i rispettivi piani sanitari e sulla base delle risorse umane e finanziarie disponibili, garantiscono, per quanto di loro competenza, i seguenti obiettivi:

a) la tutela e la promozione della gravidanza fisiologica attraverso la promozione di un percorso di assistenza integrata tra servizi ospedalieri e servizi territoriali deputati alla salute riproduttiva nonché attraverso la valorizzazione delle nuove forme di aggregazione territoriali quali le unità complesse di cure primarie e le aggregazioni funzionali territoriali;

b) la realizzazione di una cartella elettronica della donna in età fertile accessibile al medico di medicina generale allo specialista di fiducia della donna nonché, attraverso i flussi informatici, ai soggetti competenti che operano nella rete sanitaria ospedaliera e territoriale per la tutela della salute riproduttiva e della gravidanza fisiologica;

c) la promozione delle tecniche e dei metodi naturali e farmacologici per la gestione del dolore durante il travaglio e il parto e nel periodo successivo al parto;

d) la promozione di una maternità e di una paternità responsabile attraverso interventi di informazione e di educazione alla salute realizzati dai servizi socio-sanitari territoriali e, in particolare, dai consultori familiari mirati anche alla prevenzione del disagio perinatale e alla promozione della gravidanza fisiologica;

e) la realizzazione di modelli organizzativi e assistenziali in grado di garan-

tire livelli omogenei di assistenza per tutte le componenti etniche, religiose, socio-economiche e culturali originate dai processi di globalizzazione e dai flussi migratori.

ART. 3.

(Assistenza alla nascita).

1. Le aziende sanitarie ospedaliere approntano, anche nell'ambito delle prestazioni dei servizi consultoriali e ambulatoriali, modelli organizzativi dotati di adeguate risorse di personale e di strumenti finalizzati ad assicurare:

a) la realizzazione di corsi di formazione e di aggiornamento in favore del personale sulla pratica del parto naturale;

b) la realizzazione di corsi di accompagnamento alla nascita destinati, fin dall'inizio della gravidanza, alla donna e alla coppia, allo scopo di garantire le conoscenze relative alla sequenza degli eventi relativi alla gravidanza, al parto, alla nascita, al puerperio e all'allattamento nonché alle tecniche per l'effettuazione del parto, comprese le tecniche per il controllo del dolore;

c) l'accertamento e la certificazione delle gravidanze a rischio e dei fattori di rischio per la gravidanza. L'assistenza sanitaria delle gravidanze a rischio è demandata, a partire dal momento dell'accertamento, alle strutture specialistiche pubbliche o private accreditate;

d) il monitoraggio annuale dei dati statistici relativi alle diverse modalità di parto registrate nelle proprie strutture e nel proprio territorio.

ART. 4.

(Parto fisiologico).

1. In base alle indicazioni dell'OMS, le modalità assistenziali devono garantire:

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

b) la promozione delle tecniche e dei metodi naturali e farmacologici per la gestione del dolore durante il travaglio e il parto e nel periodo successivo al parto anche mediante il ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale;

c) un ambiente confortevole e rispettoso dell'intimità;

d) la possibilità della presenza del medico di fiducia;

e) la promozione dell'allattamento al seno nel primo anno di vita del bambino, secondo le indicazioni dell'OMS e dell'UNICEF.

2. Durante la permanenza della donna nella sala parto e nel corso del periodo di degenza, la madre e il figlio devono avere la possibilità di restare l'una accanto all'altro e deve, inoltre, essere consentita la permanenza del padre o di un'altra persona indicata dalla donna.

3. I servizi socio-sanitari operanti nel territorio assicurano l'assistenza domiciliare al puerperio e all'allattamento attraverso l'individuazione di percorsi personalizzati.

ART. 5.

(Luoghi per il parto fisiologico).

1. Per garantire alla donna il diritto a vivere gli eventi relativi al travaglio, al parto e alla nascita in un contesto umanizzato e sicuro, il parto può svolgersi:

a) in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate o autorizzate;

b) in case di maternità.

2. I luoghi previsti dal comma 1 sono realizzati dalle aziende sanitarie locali e ospedaliere e dalle strutture di cui al medesimo comma 1 nell'ambito dei propri progetti di ampliamento, di ristrutturazione e di costruzione di reparti ostetrici, pediatrici, neonatologici e anestesiologicali ovvero, nelle more della realizzazione

delle nuove strutture, tramite una riorganizzazione funzionale degli esistenti reparti ostetrici, pediatrici, neonatologici e anestesiológicos. I modelli organizzativi devono comunque garantire la sussistenza delle condizioni minime essenziali per la sicurezza del parto e per la tutela della salute della madre e del neonato.

ART. 6.

(Servizio di trasporto materno e neonatale).

1. Al fine del tempestivo ricovero nei punti nascita, si applicano i criteri di riconoscimento delle gravidanze, dei parti e delle condizioni neonatali a rischio individuati dall'OMS.

2. In casi di particolare gravità, il trasporto assistito deve essere effettuato da personale con competenze specifiche, mediante il servizio di trasporto d'emergenza, e deve afferire a strutture assistenziali di II o di III livello, utilizzando un'unità mobile attrezzata per le cure intensive da prestare in corso di trasferimento.

ART. 7.

(Livelli essenziali delle prestazioni assistenziali).

1. L'erogazione delle prestazioni relative al parto naturale è garantita dal Servizio sanitario nazionale e costituisce componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

2. Con la procedura prevista dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, si provvede alla rimodulazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato, in base alle seguenti priorità:

a) l'aggiornamento e la verifica delle prestazioni previste per l'assistenza preventiva per la salute preconcezionale e in gravidanza;

b) nel quadro di una sempre maggiore umanizzazione dell'evento nascita, il controllo e la gestione del dolore nel travaglio e nel parto, anche mediante il ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale.

ART. 8.

(Relazione).

1. Il Ministro della salute presenta annualmente alle Camere, entro il mese di giugno, una relazione sullo stato di attuazione della presente legge.

PAGINA BIANCA

€ 1,00



17PDL0038610