

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1431

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

MORGANTE, AMBROSI, AMICH, AMORESE, BALDELLI, BENVENUTI GOSTOLI, BUONGUERRIERI, CANNATA, CARETTA, CERRETO, CIABURRO, CIANCITTO, CIOCCHETTI, COLOMBO, FRIJIA, IAIA, LAMPIS, LANCELLOTTA, LA PORTA, LONGI, MACCARI, MAIORANO, MALAGUTI, MARCHETTO ALIPRANDI, MASCARETTI, MATERA, MATTIA, PADOVANI, POLO, FABRIZIO ROSSI, ROSSO, TREMAGLIA, VARCHI, VIETRI, VINCI, ZURZOLO

Istituzione dell'ostetrica di comunità e del servizio di assistenza domiciliare postnatale

Presentata il 27 settembre 2023

ONOREVOLI COLLEGHI! — L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce fisiologiche l'85 per cento delle gravidanze, stabilendo che « Il fine di una moderna medicina perinatale è quello di ottenere una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso compatibile con la sicurezza ».

Il livello di cure più basso, compatibile con la sicurezza, l'efficacia e l'efficienza, ma associato anche a una diminuzione degli interventi medici e a un aumento della « cura » della partoriente, come donna e come mamma, è stato individuato nella

figura dell'ostetrica, la cui attività si basa sulla scelta informata della donna circa la gravidanza e il parto, sulla centralità delle sue esigenze, sull'accrescimento della sua autodeterminazione e sulla continuità dell'assistenza: tutti elementi che la medicina basata sulle evidenze riconoscono come fonti di salute.

L'assistenza ostetrica fonda la sua attività sulla continuità, che le garantisce una conoscenza completa della donna e le permette di prevenire i maggiori eventi nefasti legati alla gestazione. Tenuto conto che l'autonomia ostetrica è assioma ormai nel

mondo e in molte regioni italiane, nel panorama legislativo, negli ultimi tempi, si è cominciato a parlare di ostetrica di comunità, con l'obiettivo di riconoscere alla donna, sul modello del sistema francese di « mutuale », l'assistenza di un'ostetrica di famiglia, al pari del medico di medicina generale.

Tale riconoscimento anche in Italia sarebbe un passo verso la civiltà e verso la dignità di genere.

In Italia, il 99,7 per cento delle donne partorisce nelle unità di ostetricia dei presidi sanitari pubblici o privati accreditati. Un centro nascita è una struttura di maternità che offre un modello sociale di cura, dove il parto è visto primariamente come evento fisiologico e l'attenzione viene posta sul supporto alla donna e alla famiglia. Nonostante ciò, l'offerta di percorsi assistenziali e *post-partum* è, ad oggi, insufficiente.

Le raccomandazioni dell'OMS e del NICE (*The National Institute For Health and Care Excellence*) finalizzate all'ottimizzazione degli esiti delle prestazioni erogate nell'area ostetrico-neonatale e, più in generale, della salute della donna comprendono tra i principali *standard* la continuità assistenziale, da intendere come integrazione delle cure tra la dimensione territoriale e quella ospedaliera dell'assistenza e come armonizzazione dei servizi prettamente sanitari con quelli a valenza sociale, l'individuazione delle cure da somministrare sulla base del criterio dell'appropriatezza, la valutazione precoce dei rischi ostetrici e di quelli legati al disagio sociale, nonché dei bisogni psichici ed emotivi delle donne.

Per rendere effettive tali indicazioni è, pertanto, raccomandata l'adozione di un modello di assistenza ostetrica cosiddetta « *one to one* », ossia un modello che nella realtà italiana potrebbe essere rappresentato, appunto, dall'istituzione della figura dell'ostetrica di famiglia e di comunità, con l'obiettivo principale di accompagnare la donna nel delicatissimo momento dell'avvio all'allattamento al seno (che, come indicato dalle linee guida dell'OMS, rimane il primo e più efficiente metodo di prevenzione di infezioni e malattie nel periodo neonatale), ma anche di supporto nel de-

licato momento del rientro a casa della mamma e del neonato, che spesso è per la donna il momento psicologicamente e fisicamente più difficile da affrontare.

Tale modello, però, non deve essere considerato sostitutivo di quelli in essere, bensì in grado di affiancarsi ad essi con l'obiettivo di promuovere soluzioni organizzative che rispondano non solo a criteri di qualità e sicurezza ma garantiscano una maggiore continuità nell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio, offrendo alla donna, debitamente informata, la possibilità di scelta del modello assistenziale, ferma restando la valutazione clinica delle condizioni e dello specifico rischio. *Conditio sine qua non* per la realizzazione di questi livelli di assistenza è che tali servizi siano gestiti da ostetriche esperte e focalizzate su una filosofia dell'assistenza centrata sulle necessità della donna e nel pieno rispetto del diritto alla scelta informata.

L'obiettivo finale è riconoscere la figura dell'ostetrica di comunità che affianchi il medico di medicina generale e circoscriva il ricorso al medico specialista ai casi necessari, invertendo l'ordine attuale delle cose in cui si registra una scarsa percentuale di allattamenti esclusivi al seno, l'eccessivo ricorso al pediatra anche per situazioni fisiologiche e, in casi estremi, il ricorso a prestazioni di pronto soccorso e a ricoveri impropri pediatrici e neonatali presso gli ospedali. Il monitoraggio dell'involutione uterina, della sutura perineale o laparotomica e dello stato d'animo della donna è un elemento fondamentale per evitare accessi inopportuni alle strutture ospedaliere di primo soccorso.

L'ostetrica è la figura che, attraverso la profonda conoscenza dei meccanismi fisiologici del momento, riesce a sostenere l'adattamento e a prevenire le deviazioni; è fortemente protettiva nei confronti delle depressioni *post-partum* e previene i più comuni e diffusi problemi al neonato (ad esempio, le coliche). Con questa revisione dell'offerta assistenziale le donne riceveranno, nella gestazione, un'assistenza ostetrica adeguata al profilo di rischio e orientata più al sostegno che all'intervento, nel rispetto delle indicazioni dell'OMS; nella

vita quotidiana, invece, si promuoverà un modello bio-psico-sociale di assistenza, garantendo: il supporto in continuità dalla stessa ostetrica; l'utilizzo di protocolli clinico-assistenziali condivisi, basati su prove di efficacia e orientati alla promozione e al sostegno della fisiologia femminile; la protezione e la tutela dell'evento nascita e dell'accoglienza del neonato e la promozione dell'allattamento al seno.

Alla luce di tali considerazioni, la presente proposta di legge prevede, all'articolo 1, l'istituzione della figura dell'ostetrica di comunità che opera, con autonomia pro-

fessionale, in cooperazione con le strutture ospedaliere e i presidi sanitari del territorio, per la prevenzione, la cura e la salvaguardia della salute di genere della donna.

I successivi articoli 2, 3 e 4 prevedono e disciplinano un servizio di assistenza domiciliare postnatale attivato entro 48 ore dalla dimissione della puerpera e del neonato dalla struttura ospedaliera ed erogato attraverso le figure professionali dell'ostetrica e della puericultrice.

Infine, l'articolo 5 reca le disposizioni finanziarie per l'attuazione della legge.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Ostetrica di comunità)

1. È istituita la figura dell'ostetrica di comunità che opera, con autonomia professionale, in cooperazione con le strutture ospedaliere e i presidi sanitari del territorio, per la prevenzione, la cura e la salvaguardia della salute di genere della donna nell'ambito del territorio del comune di appartenenza.

2. Nella salute di genere della donna rientrano:

a) l'assistenza alla donna in gravidanza fisiologica e al neonato;

b) l'assistenza alla paziente ginecologica;

c) il sostegno e la cura del puerperio con particolare attenzione all'incentivazione all'allattamento esclusivo al seno quale metodo di prevenzione di malattie metaboliche infantili.

3. L'ostetrica di comunità esercita le proprie mansioni nel comune di riferimento utilizzando i locali adibiti alle prestazioni sanitarie della medicina di base come presidio fisso quali:

a) ambulatori;

b) consultori;

c) studi medici;

d) presidi ospedalieri.

4. L'ostetrica di comunità utilizza altresì il domicilio privato della donna quale presidio a partire dalla trentaquattresima settimana di gestazione fino al termine del puerperio (primi quaranta giorni *post partum*) nonché quale presidio alternativo.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente

legge, definiscono le modalità di attuazione delle disposizioni del presente articolo.

6. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni della legge 10 agosto 2000, n. 251.

Art. 2.

(Istituzione del servizio di assistenza domiciliare postnatale)

1. Al fine di offrire interventi di natura assistenziale per il sostegno alle puerpere e ai loro bambini nei primi giorni di vita nonché per prevenire e affrontare situazioni di disagio e di fragilità, presso tutti gli ospedali pubblici è istituito il servizio di assistenza domiciliare postnatale, di seguito denominato « servizio ».

2. Il servizio è attivato entro 48 ore dalla dimissione della puerpera e del neonato dalla struttura ospedaliera.

3. Il servizio eroga le prestazioni e fornisce gli interventi di cui al comma 1 attraverso le figure professionali di cui all'articolo 4.

Art. 3.

(Criteri organizzativi del servizio)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvedono a organizzare il servizio di cui all'articolo 2 presso gli ospedali, definendo, nell'ambito della propria autonomia, il numero e la cadenza degli incontri con le figure professionali di cui all'articolo 4.

Art. 4.

(Figure professionali)

1. Presso il servizio di cui all'articolo 2 operano le ostetriche e le puericultrici dipendenti del Servizio sanitario nazionale, che svolgono le funzioni indicate, rispettivamente, ai commi 2 e 3 del presente articolo.

2. L'ostetrica valuta lo stato psico-fisico della mamma, offre assistenza per gli aspetti relativi all'adattamento tra la mamma e il neonato, alla sua gestione e igiene, all'allattamento, alle ferite del taglio cesareo o dell'episiotomia e all'evoluzione delle lachiazioni.

3. La puericultrice offre sostegno alla mamma, aiutandola a capire anche i suoi cambiamenti emotivi e a instaurare un legame affettivo con il neonato, e la assiste in tutti gli altri aspetti di base della cura del neonato, affiancando i genitori nel dare il giusto ritmo sonno-veglia al bambino e favorendo un sereno clima di benessere all'interno del nucleo familiare.

Art. 5.

(Disposizioni finanziarie)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, valutati in 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

PAGINA BIANCA



19PDL0054080