



CONSIGLIO
REGIONALE
DEL LAZIO

Servizio Giuridico, Istituzionale
Il Direttore

Presidente della VII
Commissione consiliare permanente

Presidente della I
Commissione consiliare permanente

S E D E

Oggetto: **Proposta di legge regionale n. 142 del 13 marzo 2014** concernente:

“Norme per il parto a domicilio e nelle Case Maternità”

Si trasmette copia della proposta di legge regionale indicata in oggetto, assegnata alla VII Commissione consiliare competente per materia ai sensi dell'art. 55 del Regolamento del Consiglio regionale.

La I Commissione consiliare permanente interpellata esprimerà il parere nei termini indicati dall'art. 58 del Regolamento del Consiglio regionale.

(Avv. Costantino Vespasiano)

Class. 2.5

cr/at



CONSIGLIO
REGIONALE
DEL LAZIO

Proposta di legge

n. 142 del 13 marzo 2014

Di iniziativa dei Consiglieri:

D. Porrello - D. Barillari - V. Corrado - G. Perilli - G. Pernarella

Oggetto:

***Norme per il parto a domicilio
e nelle Case Maternità***

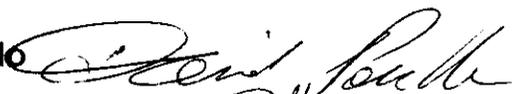
X Legislatura

Proposta di legge

Oggetto: “ **Norme per il parto a domicilio e nelle Case Maternità** ”

D'iniziativa dei Consiglieri:

Devid Porrello



Davide Barillari

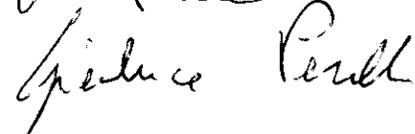


Silvia Blasi

Valentina Corrado



Gianluca Perilli



Silvana Denicolo'

Gaia Pernarella



PROPOSTA DI LEGGE

Dichiaro formalmente ricevibile

Assegnata al Commission

VII - 1

Roma 13.3.14

D'ordine del Presidente
Il Direttore del Servizio
Giustizia, Istituzionale
(Avv. Costantino Vespasiano)

RELAZIONE

1. Premessa

L'esigenza di una legge regionale che riconosca i diritti della donna partoriente e ne promuova la tutela nasce dalla consapevolezza che l'attuale quadro normativo e regolamentare che caratterizza la Regione Lazio è frammentario, incompleto, incongruente, tanto da determinare un'incertezza giuridica in materia e da ostacolare l'affermazione di una effettiva possibilità di scelta del luogo del parto per le donne.

Il parto in ambiente extraospedaliero, a tutt'oggi, rappresenta una scelta inaccessibile per la grande maggioranza delle donne, per motivi sia economici che legati alla mancanza di continuità assistenziale.

Nel contempo, il Sistema Sanitario Regionale deve e può perseguire, sia per finalità di salute individuale e pubblica, che per finalità di razionalizzazione della spesa pubblica, una politica di incentivazione del parto fisiologico, che passa attraverso la promozione del parto in ambiente extraospedaliero (domicilio e case di maternità).

2. Il percorso nascita nel nostro Paese

Negli ultimi decenni, l'eccessiva medicalizzazione della gravidanza e del parto ha trasformato questi eventi normalmente fisiologici in eventi patologici o, per meglio dire, in eventi che *"possono essere considerati fisiologici solo in retrospettiva"*.

Si è rilevata una crescita sostenuta del numero dei tagli cesarei, praticati con una media nazionale del 30% dei parti e picchi di oltre il 40% in alcune Regioni, valori che ben si discostano dal parametro del 15% che l'OMS indica quale normale, al di sopra del quale l'intervento non è giustificato da benefici per la salute materna e infantile.

Peraltro, all'esito di recenti indagini fatte eseguire nel mese di ottobre 2012 dal Ministero della Salute, condotte dai Nas e basate sul raffronto tra le Schede di dimissione ospedaliera e le Cartelle Cliniche di 78 strutture ospedaliere pubbliche e private (campione di oltre 3.000 cartelle), il 43% dei tagli cesarei è risultato ingiustificato. Nella Regione Lazio, questo risultato è del 44%.

La comprovata ingiustificatezza del ricorso al taglio cesareo - fatta eccezione dei casi in cui questo sia effettivamente indispensabile per la tutela della salute della donna e del nascituro -, esprime chiaramente come siano altre e non prettamente mediche le motivazioni del parto non fisiologico.

Alla eccessiva medicalizzazione del parto hanno contribuito, infatti, non soltanto le esigenze di medicina "difensiva" e di matrice medico-legali avvertite dai medici, ma anche fattori culturali, legati alla negazione delle competenze e dell'autonomia della donna, alla stereotipizzazione del parto, la cui gestione è diventata lo specchio dei rapporti sociali, alla carenza di informazioni esaustive e scientificamente appropriate sul parto fisiologico, sugli effetti collaterali della medicalizzazione (*in primis*, in ordine al benessere psicofisico ed emotivo della madre e quindi del bambino), alla frustrazione della pratica di raccolta del consenso informato della donna.

L'eccesso di interventi medici ha, così, progressivamente sottratto alle donne l'*empowerment* e la fiducia nelle proprie competenze biologiche, rendendo loro sempre più difficile partorire in modo fisiologico e spontaneo.

Non può essere trascurata la ricaduta economica sul singolo cittadino e sulla collettività della medicalizzazione del parto. In uno con l'aumento dei tagli cesarei, infatti, è aumentata la spesa pubblica per gli interventi medici al parto e per il correlato aumento dei giorni di degenza (potendosi stimare il maggior costo di un taglio cesareo rispetto al parto fisiologico in circa € 1.300,00 ed in € 500,00 il costo medio per ogni giorno di degenza ospedaliera).

L'eccessiva medicalizzazione del percorso nascita è dichiaratamente stigmatizzata dalla comunità scientifica e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui *"la nascita rappresenta un importante evento personale, familiare e sociale ancor prima che sanitario"*.

La demedicalizzazione del parto si presenta, quindi, oggi come una importante sfida ed una priorità di valenza strategica, la cui realizzazione soddisferebbe, nel contempo, sia gli obiettivi di salute (POMI), sia le esigenze di controllo della spesa pubblica in ambito sanitario.



In quest'ottica, il parto a domicilio costituisce una valida risposta alla richiesta di demedicalizzazione.

3. I vantaggi della demedicalizzazione della nascita: salute pubblica e riduzione di rischi per la salute di madre e bambino

Anche alla luce dei più recenti studi scientifici, la pianificazione del parto extraospedaliero è una efficace misura per la riduzione dei tagli cesarei e degli interventi medici al parto, per la riduzione delle emorragie post partum e della depressione post partum, determinando condizioni ambientali ideali per il benessere psico-fisico di madre e bambino.

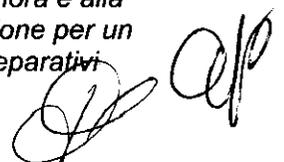
La promozione, dunque, del parto extraospedaliero da parte del sistema sanitario pubblico risponde ad esigenze di salute pubblica e individuale, soddisfa i principi della prevenzione e della promozione della salute materno infantile, fondandosi su un approccio olistico e sulla considerazione di tutti gli aspetti del momento nascita (intimi, emotivi, psicologici, sociali, culturali). In particolare, la demedicalizzazione del momento nascita diventa strumento di prevenzione: per la salute fisica e psichica del bambino, in quanto facilita le funzioni vitali (respiro, suzione, evacuazione, temperatura corporea, ecc.), favorisce l'attaccamento al seno e la formazione del legame affettivo con la madre; per i genitori, in quanto, grazie al contatto precoce e non mediato con il neonato, questi sviluppano appieno il sentimento di "genitorialità", instaurando il legame fisico e psicologico con il figlio e sviluppando la sensibilità verso le sue esigenze (*bonding*).

Già da alcuni decenni, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha promosso l'assistenza demedicalizzata al parto e la scelta del parto in casa, in sussistenza di condizioni di sicurezza, segnatamente attraverso le Raccomandazioni "Tecnologia appropriata per la nascita", approvate nel 1985. In particolare, l'Organismo internazionale ha affermato che non è mai stato scientificamente provato che *"l'ospedale è più sicuro della casa per una donna che ha avuto una gravidanza normale. Studi su parti in casa programmati in paesi industrializzati e per gravidanze non a rischio, hanno mostrato che le percentuali di complicazioni e di morti materne e neonatali erano uguali o inferiori rispetto a quelle relative ai parti in ospedale"*.

Le Raccomandazioni del 1985 sono state riprese dagli esperti del settore riuniti a Venezia nel 1998 in occasione del primo meeting della Perinatal Task Force, in un documento di Raccomandazioni per la Regione Europa - WHO Europe*, nel quale si afferma, tra l'altro, che: l'assistenza al parto e alla gravidanza normale deve essere demedicalizzata, ove non ne sussista la necessità, deve essere multidisciplinare, olistica e culturalmente appropriata; deve essere centrata sulla famiglia e deve coinvolgere le donne nel prendere decisioni (Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care Training modules WHO - Regional Office for Europe 2002). Si incentiva un approccio demedicalizzato al parto. L'OMS, dunque, riconosce che ogni donna ha il diritto di ricevere un'assistenza prenatale appropriata e che i fattori sociali, emotivi e psicologici sono estremamente importanti per un'assistenza adeguata.

Il Parlamento Europeo nel 1988 ha adottato un risoluzione sui diritti della partorienti, legittimando il parto a domicilio (G.U.C.E. n. C 235/80 del 12.9.1988) si dichiara che l'esperienza della maternità dovrebbe essere affrontata su una base di libera scelta, che i fattori psicologici costituiscono parte importante della metodologia del parto, suscettibile di creare un clima di particolare tensione, diversa a seconda dei paesi, della situazione professionale, sociale ed economica della donna e della sua famiglia e che i fattori culturali hanno un'importanza notevole all'atto del parto, soprattutto in quanto le varie forme di parto rispecchiano il modo in cui la società accoglie il neonato quale nuovo membro. In particolare, si raccomanda agli Stati membri di garantire alla partorienti un'assistenza adeguata da parte di personale specializzato, sia che ella abbia scelto di partorire in ambiente ospedaliero ovvero a domicilio.

Ancora l'OMS Maternità Sicura – Guida Pratica all'assistenza al parto fisiologico, al parto naturale Ginevra 1996 ha dichiarato: *"Allora una donna dove dovrebbe partorire? E' importante affermare che una donna dovrebbe partorire nel posto in cui si sente più sicura, a suo agio, e dove siano possibili le cure appropriate. Per una donna gravida a basso rischio questo posto può essere la casa, una piccola clinica di maternità o centro di nascita o forse nel reparto di maternità di un grande ospedale. In ogni caso deve essere un posto in cui tutte le cure e le attenzioni sono concentrate sulle sue necessità e sulla sua sicurezza, il più vicino possibile alla sua dimora e alla sua cultura. Se il parto avviene in casa o in un piccolo centro di maternità, l'organizzazione per un eventuale trasferimento in un centro "ben equipaggiato" dovrebbe far parte dei piani preparativi prenatali"*.



Sempre nel 1996 l'OMS ha puntualizzato quale dovesse essere il criterio per proporzionare le cure alla necessità assistenziale: *"Il fine di una moderna medicina perinatale è quello di ottenere una mamma ed un bimbo in perfetta salute con il livello di cure più basso compatibile con la sicurezza"*. La comunità scientifica internazionale riconosce i vantaggi della promozione del parto a domicilio e la letteratura scientifica è ricca di studi, basati su evidenze scientifiche, che dimostrano come, in presenza di gravidanza fisiologica (a basso rischio ostetrico), di assistenza ostetrica competente e di integrazione tra questa ed i servizi ospedalieri, il parto a domicilio è una valida alternativa al parto in ospedale, non aumentando affatto il rischio di eventi negativi per la salute della madre e del neonato.

L'American College of Nurse-Midwives, l'American Public Health Association e la National Perinatal Association, ufficialmente supportano il parto a casa o comunque fuori dall'ospedale per le donne a basso rischio;

La revisione Cochrane più recente conclude che non vi sono forti evidenze da studi sperimentali (studi clinici randomizzati) in favore della nascita organizzata in ospedale piuttosto che a casa, per le donne con gravidanza fisiologica ed in presenza di assistenza ostetrica e sostegno medico collaborativo in caso di trasferimento. Al contrario, il facile e routinario accesso all'intervento medico potrebbe incrementare il rischio di interventi non necessari al parto e le donne che partoriscono a casa hanno delle possibilità migliori di avere un travaglio spontaneo. Tra le donne che pianificano un parto a casa si verificano il 20/60% di interventi in meno come tagli cesarei, epidurali, e stimolazioni; e il 10/30% circa in meno di complicazioni, come emorragia post-partum e lacerazioni perineali gravi (Ole Olsen, Jette A. Clausen; Planned hospital birth versus planned home birth; The Cochrane Library; 2012).

Nel documento "Home Births" del 2007, il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists ed il Royal College of Midwives Joint Statement riconoscono che il parto a domicilio per le donne a basso rischio di complicazioni è sicuro ed offre un favorevole rapporto benefici/rischi, in termini non soltanto di salute fisica ma anche di benessere emozionale e psichico (Home Births. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives Joint Statement No.2. April 2007. London: RCOG; 2007).

Uno studio nei Paesi Bassi condotto su 1836 donne a basso rischio ostetrico non ha riscontrato differenze negli esiti prenatali tra assistite in casa e in ospedale (Wiegers TA, Keirse MJ, van der Zee J, Berghs GA. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in The Netherlands. BMJ 1996;313:1309-13); - uno studio effettuato a Zurigo, che ha confrontato 489 parti a domicilio con 385 parti ospedalieri, ha dimostrato che gli esiti sfavorevoli a carico delle donne e del neonato fossero comparabili nelle due tipologie di parto (Ackermann-Lieblich U., Voegeli T., Kunz I. et al, and Zurich Study Team: Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. BMJ 1996;313:1313-8).

Uno studio condotto su 5.418 donne statunitensi e canadesi, con basso rischio ostetrico e parto a domicilio, ha concluso che il parto a domicilio presenta un più basso tasso di interventi medico-operativi ed un simile tasso di morbosità e mortalità neonatale, rispetto al parto ospedaliero, studiato per un gruppo di donne con rischio ostetrico comparabile (Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. BMJ 2005;330:1416).

Uno studio di 4.500 parti a casa nel Regno Unito è giunto alla conclusione che il parto a domicilio con basso rischio ostetrico non presenta rischi superiori al parto ospedaliero (Chamberlain G, Wraight A, Crowley P. Birth at home. Pract Midwife 1999;2:35-9)

Uno studio condotto dalla Provincia di Trento, Osservatorio Epidemiologico - Direzione Promozione ed Educazione alla Salute dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, ha esaminato i 135 parti a domicilio registrati negli anni dal 2000 al 2005, rilevando che: si è verificato un solo caso di nato pretermine (0,7%, contro il 7,3% dei nati in ospedale); si è registrato un unico neonato di peso inferiore ai 2500g (2350g), contro il 6,8% nei nati in ospedale; si è registrato, come punteggio Apgar, il 91,1% dei nati a domicilio con punteggio pari a 10, contro l'81% dei nati in ospedale; tra i nati a domicilio il punteggio Apgar non va mai sotto il valore 7, mentre in ospedale l'1,1% dei nati ha punteggio inferiore a 7; si è presentato un solo caso di malformazione alla nascita (0,7%) contro l'1,02% in ospedale e un solo caso di necessità di rianimazione (0,7%) contro il 5,7% in ospedale; la proporzione dei trasferimenti clinicamente necessari è bassa (1/135, 4,4%) e in linea con gli studi osservazionali condotti in altri paesi.

Secondo uno studio statunitense reso noto al meeting dell'American Public Health Association nel 1976, che ha messo a confronto 1046 parti in casa con basso rischio ostetrico con 1046 parti in ospedale, i casi di complicanze in ospedale sono risultati cinque volte superiori e le emorragie post partum triplicate; inoltre, nei parti ospedalieri, il numero di tagli cesarei è risultato tre volte superiore rispetto alle nascite in casa, l'uso del forcipe 20 volte superiore, la percentuale di casi di alta pressione nella madre cinque volte superiore, la sofferenza fetale durante il travaglio triplicate, le infezioni neonatali quadruplicate. Nei due gruppi di parti non si sono verificate morti materne; in generale, nei parti pianificati a casa sono state registrate migliori condizioni di salute della mamma e del bambino (Lewis Mehl, Home Birth Versus Hospital Birth: Comparisons of Outcomes of Matched Populations)

Nel Regno Unito, con il Winterton Report del 1992, il Comitato sui servizi materni della House of Commons ha concluso che *"incoraggiare tutte le donne al parto in ospedale non è giustificabile dal punto di vista della sicurezza"* e che *"non esiste evidenza convincente o inoppugnabile che gli ospedali diano una garanzia migliore di sicurezza per la maggioranza di mamme e bimbi."*

E' possibile, ma non provato, che sia il contrario"

Il ricercatore danese Ole Olsen ha esaminato i dati relativi a 25.000 bambini di tutto il mondo, nati a seguito di gravidanze a basso rischio, concludendo che: la percentuale di sopravvivenza dei bambini nati a casa non è differente da quella dei bambini nati in ospedale; nei parti a casa sono stati riscontrati un minor numero di interventi medici, di lacerazioni, di induzioni al travaglio, di tagli cesarei e di ricorso al forcipe (Ole Olsen, Department of Social medicine, University of Copenhagen, Denmark, Meta-analysis of the safety of home birth, Birth. 1997 Mar;24(1):4-13; discussion 14-6).

Uno studio condotto nel 1987 dal National Childbirth Trust, ha rilevato che il 22% delle donne ospedalizzate avevano contratto una infezione postnatale, rispetto al 5% per cento delle donne con parto a casa.

3.1. Segue: riduzione della spesa pubblica

I vantaggi di un sistema che realizzi il diritto delle donne di scegliere il parto a domicilio o in case di maternità sono anche di natura economica: riduzione dei costi per la sanità pubblica, correlata, nel breve periodo, al minor impegno delle strutture ospedaliere (risorse umane, materiali e posti letto); riduzione delle spese per interventi medici e/o chirurgici, per le correlate terapie farmacologiche e per il decorso post-operatorio; riduzione della spesa la degenza ospedaliera.

Nel medio e lungo periodo, la demedicalizzazione contribuirebbe alla riduzione della spesa farmacologica per effetto della prevenzione di morbilità della donna e del neonato e del miglioramento delle condizioni per il benessere (psicofisico) materno infantile, connessi alla scelta del parto in ambiente extraospedaliero ed alla conseguenziale riduzione dei disturbi emotivi post partum.

4. Urgenza di un riconoscimento, formale e sostanziale, del diritto della donna di scegliere il luogo del proprio parto

La necessità di apprestare, in sede regionale, una idonea copertura normativa e, quindi, adeguate garanzie di effettività, alla libertà di scelta del luogo del parto è, oggi più che mai, ineludibile.

I fondamenti giuridici del diritto di scelta della donna sono rinvenibili in diverse disposizioni normative, sia di rango costituzionale che normativo, e sono evincibili sia nell'ordinamento interno che comunitario ed internazionale.

4.1. Principi costituzionali

Il diritto della donna di scegliere le circostanze nelle quali deve avvenire e svolgersi il proprio parto può qualificarsi come diritto umano, inerente la persona, coinvolgente interessi di rango costituzionale.

Viene in questione, innanzitutto, il diritto di autodeterminazione sancito dall'art. 2 della Costituzione, a mente del quale *"La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale"*.

E', altresì, evidente la correlazione tra il diritto di scelta al parto ed il principio della inviolabilità della libertà personale, riconosciuto dall'art. 13 della Costituzione, nella cui nozione è certamente ricompresa la libertà di salvaguardare la propria salute ed integrità fisica - e, quindi, di

autodeterminarsi rispetto ad essa -, dovendosi così escludere ogni restrizione o coercizione (salva unicamente speciali ipotesi e atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e con le modalità previsti dalla legge).

Il diritto in parola, inoltre, si ricollega al diritto di scelta dei trattamenti sanitari, riconosciuto dall'art. 32 della Costituzione, al cui secondo comma si specifica che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge, la quale non può, in ogni caso, violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

4.2. Leggi dello Stato e della Regione Lazio

Le disposizioni contenute nella Legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, confermano e specificano i principi di rango costituzionale appena sopra ricordati.

Viene in questione, così, l'articolo 33 della citata Legge, il quale stabilisce che gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari; qualora previsti, i trattamenti sanitari obbligatori devono comunque rispettare la dignità della persona, i diritti civili e politici, compreso *"il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura"*.

L'Art. 14 "Unità sanitarie locali", comma terzo, "Nell'ambito delle proprie competenze, l'unità sanitaria locale provvede in particolare: (...) h) *all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale*" e, ancora più esplicitamente l'art. 25 (Prestazioni di cura) *Le prestazioni curative comprendono l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica.*

Le prestazioni medico-generiche, pediatriche, specialistiche e infermieristiche vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare.

(...) Le prestazioni specialistiche possono essere erogate anche al domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri"

E', dunque, dovere degli Enti pubblici approntare assistenza e cure domiciliari; a questo dovere corrisponde, in capo al cittadino, il diritto di scegliere il luogo di assistenza.

Infine, non può non essere menzionata la Legge Regione Lazio 3 giugno 1985, n. 84, recante gli *"Indirizzi per la riorganizzazione dei presidi sanitari al fine di tutelare la dimensione psico - affettiva del parto"*, al cui articolo 1 viene enunciato il principio per cui *"La Regione promuove le condizioni per assicurare la dimensione umana del parto e la tutela sociale, sanitaria e psico - affettiva della madre e del bambino"*.

4.3. Nel diritto internazionale e comunitario

L'art. 8 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, riconosce il *"Diritto al rispetto della vita privata e familiare"*, sancendo che:

"1. Ogni persona ha diritto al rispetto della sua vita privata e familiare, del suo domicilio e della sua corrispondenza.

2. Non può esservi ingerenza della pubblica autorità nell'esercizio di tale diritto se non in quanto tale ingerenza sia prevista dalla legge e in quanto costituisca una misura che, in una società democratica, è necessaria per la sicurezza nazionale, l'ordine pubblico, il benessere economico del paese, la prevenzione dei reati, la protezione della salute o della morale, o la protezione dei diritti e delle libertà altrui".

Con la sentenza del 14 dicembre 2010, la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, accogliendo il ricorso introdotto dalla ungherese Anna Ternovszky contro l'Ungheria, ha stabilito che *"il diritto al rispetto della vita privata include anche il diritto di scegliere le circostanze in cui avere il proprio parto"*.

La Corte, in particolare, ha precisato che *"la decisione di diventare genitore comprende altresì il diritto di decidere le circostanze in cui farlo accadere e si tratta di circostanze che [...] fanno indiscutibilmente parte dell'ambito della vita privata. Una normativa che dissuada di fatto i professionisti deputati a fornire assistenza interferisce con il libero esercizio del diritto al rispetto della vita privata"* (sentenza definitiva il 14 marzo 2011, ricorso n. 6755/09).

E' significativo sottolineare che nell'ordinamento ungherese il parto a domicilio non era espressamente vietato. Quanto stigmatizzato dalla Corte Europea è quindi, piuttosto, l'incertezza giuridica che regnava in quel Paese, nel quale, pur senza negarsi alle donne la possibilità di partorire in casa, si disincentivavano, se non addirittura perseguivano giudiziariamente, le professioniste ostetriche che vi prestavano assistenza.

La pronuncia in esame è illuminante: gli Stati devono garantire l'effettività del diritto di scegliere il luogo del parto, non potendosi limitare a "non vietare" il parto a domicilio ma dovendo approntare strumenti, normativi, sanitari ed economici, che lo rendano praticabile. L'incertezza giuridica, al pari del divieto normativo, è foriera di violenza e abusi sulle donne, le quali, non potendo di fatto optare per il parto in ambiente extraospedaliero, vengono di fatto assoggettate a trattamenti medici non richiesti, vengono limitate nel proprio diritto di autodeterminarsi in un aspetto personale della propria vita privata, quello cioè della nascita del proprio figlio.

Posto, dunque, che l'incertezza giuridica e la mancanza di garanzie che rendano effettivo il diritto di scelta si colloca sullo stesso piano di un divieto normativo espresso, rappresentando in ogni caso una negazione (formale e/o effettiva) del diritto di scelta delle circostanze del proprio parto, la misura che lo Stato membro deve adottare per rendere effettivo il diritto di scelta non può che essere la **parificazione delle condizioni, di accesso e di assistenza, tra parto extraospedaliero e parto ospedaliero e la presa in carico del sistema sanitario pubblico delle spese correlate alla scelta del parto a domicilio, a prescindere dalle specifiche condizioni nelle quali il parto stesso sia avvenuto.**

Analogamente, nella Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, proclamata ufficialmente a Nizza nel 2000 dal Parlamento europeo, dal Consiglio e dalla Commissione, l'art. 7 tutela il "*Rispetto della vita privata e della vita familiare*", riconoscendo che "*Ogni individuo ha diritto al rispetto della propria vita privata e familiare, del proprio domicilio e delle sue comunicazioni*". Nel dicembre 2009, con l'entrata in vigore del trattato di Lisbona, è stato conferito alla Carta lo stesso effetto giuridico vincolante dei trattati. Conseguentemente, la Carta (modificata e proclamata una seconda volta nel dicembre 2007), ha efficacia giuridica diretta nel nostro Paese.

5. Quadro normativo della Regione Lazio

Nel Lazio, il parto in ambiente extraospedaliero ha costituito oggetto del Decreto del Presidente della Regione, in qualità di Commissario ad acta, n. 29 del 1° aprile 2011 (B.U.R., Suppl. Ord., n. 18 del 14.5.2011), il quale:

- adotta protocolli per l'assistenza al travaglio ed al parto fisiologico extraospedaliero in case di maternità e a domicilio, definisce i requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni delle Case di Maternità intraospedaliere ed extraospedaliere;
- prevede per le partorienti la possibilità di richiedere, alla ASL di appartenenza, un rimborso - di entità non definita - per il parto a domicilio in presenza di una gravidanza fisiologica e con previsione di parto eutocico, e definisce i criteri per poterne usufruire;
- rinvia a successivi provvedimenti a cura delle Direzioni Regionali competenti la disciplina dei flussi informativi dedicati e dell'analisi dei costi per definire le modalità di remunerazione ed eventuali ipotesi di tariffe;

Nello specifico, la rimborsabilità delle spese sostenute dalla donna che partorisce a domicilio è subordinata, tra le altre, alle seguenti condizioni:

- caratteristiche strutturali dell'abitazione rispondenti a criteri di sicurezza
- domicilio distante non più di 20 minuti e 7 chilometri di raggio da ospedale dotato di reparto di maternità di II/III Livello;
- disponibilità autoveicolo per il trasporto della partorienti in caso di emergenza;
- ostetrica con documentata esperienza in Sala Parto (cinque anni con assistenza di parto in autonomia);
- equipaggiamento dell'ostetrica corrispondente ad elenco dettagliato;
- aggiornamento professionale dell'ostetrica;
- domanda alla Asl di residenza della partorienti entro la 32ima settimana di gravidanza, con allagata documentazione indicata.

Quanto alle Case di Maternità, se ne accentuano piuttosto le caratteristiche di collegamento con le strutture ospedaliere, tanto da essere definite assimilate alle strutture territoriali afferenti alle Aziende USL e da richiamarsi i requisiti strutturali delineati per le strutture socio-sanitarie dalla Legge regionale n. 4/2003. Ciò in modo del tutto incoerente con l'idea stessa della Casa di Maternità, nata e concepita come struttura sociale, extraospedaliera e non medicalizzata, con caratteristiche - strutturali e ambientali - più prossime a quelle di un'abitazione civile, piuttosto che come mera propagine territoriale di una struttura ospedaliera.

E', inoltre, richiesto, per le Case di Maternità extraospedaliere, l'ubicazione non oltre un raggio di 3-5 km dall'Ospedale di riferimento dotato di Unità Perinatale di II o III Livello.

6. Necessità ed opportunità di una legge regionale in materia

Il quadro normativo e regolamentare del parto in ambiente extraospedaliero nella Regione Lazio è frammentario, incompleto, incongruente ed impone una rivisitazione ed una regolamentazione più appropriata, attraverso l'adozione di una Legge regionale, analogamente a quanto avvenuto in alcune altre Regioni italiane, segnatamente nelle Marche, Emilia Romagna, Piemonte, Lombardia, oltre che nella Provincia Autonoma di Trento.

Queste Regioni hanno disciplinato la materia, *in primis*, riconoscendo espressamente, con atto avente forza di legge, il diritto della donna di scegliere il luogo del proprio parto ed il correlato, imprescindibile, diritto ad avere il rimborso delle spese sostenute, quale esplicitazione del dovere di assistenza e cura incombente sul Servizio Sanitario Regionale anche nelle ipotesi di scelta del luogo di assistenza domiciliare.

Negli stessi provvedimenti normativi, poi, la misura del rimborso delle spese per l'assistenza ostetrica libero-professionale è precisamente definito, con ciò escludendosi l'incertezza sia sulla effettiva ottenibilità del rimborso, sia sulla sua entità. E' previsto, altresì, un rimborso parziale in caso di trasferimento d'urgenza della partoriente in struttura ospedaliera.

D'altro canto, le stesse condizioni per il rimborso sono definite in modo meno restrittivo: a mero titolo esemplificativo, è richiesta l'assistenza di professioniste ostetriche senza requisiti aggiuntivi rispetto al possesso del titolo abilitante all'esercizio della professione; si prevede che il domicilio debba essere distante dalla struttura ospedaliera 30 minuti, senza ulteriore condizione sul chilometraggio. Analogamente, requisiti meno rigorosi sono delineati per l'autorizzazione delle Case di Maternità, le quali devono sostanzialmente presentare requisiti strutturali propri delle abitazioni civili, coerentemente con l'idea che esse non siano strutture sanitarie ma sociali.

Anche dal raffronto con le normative di altre Regioni, emergono molteplici criticità del Decreto commissariale n. 29/2011, quanto alla forma, all'approccio alla materia, ai contenuti, che si analizzano più dettagliatamente qui di seguito.

7. Aspetti formali del Decreto commissariale n. 29/2011

Benchè, a seguito della modifica all'art. 123 della Costituzione (intervenuta con art. 3 della legge cost. 22 novembre 1999, n. 1 (G.U. 22 dicembre 1999, n. 299), sia stata rafforzata la potestà statutaria della Regione, nessuna Regione e certamente non la Regione Lazio ha attribuito competenze normative alle proprie Giunte, le quali, pertanto, rimangono prive di competenza ad adottare atti normativi (cfr. art. 36 Statuto della Regione Lazio). A ciò si aggiunga la considerazione che il Commissario ad acta non potrebbe comunque esercitare poteri normativi in via sostitutiva, come puntualizzato dalla Corte Costituzionale (sentenza n. 361/2010).

Il Decreto commissariale in esame, dunque, ha natura di atto regolamentare e non di atto normativo, potendo al più avere forza normativa (secondaria) e non già valore di legge.

Ne deriva la considerazione che, trattandosi di fonte secondaria e non primaria, il Decreto Commissariale n. 29/2011 non offre alle donne partorienti una tutela appropriata, né un formale riconoscimento del diritto al rimborso delle spese sostenute per il parto extraospedaliero, che costituisce, indubbiamente, l'imprescindibile condizione per l'effettività del diritto di scelta del luogo del parto.

8. L'approccio al tema nel Decreto commissariale n. 29/2011

Con la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente della Regione Lazio *pro tempore* veniva nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario. Tra i punti del mandato, era indicato il "*Riequilibrio dell'offerta a favore delle strutture territoriali intermedie e dell'assistenza domiciliare*".

La prospettiva alla base del provvedimento è quindi, esclusivamente, di risparmio di spesa e l'approccio alla materia è miope: la *ratio* è quella della riduzione della spesa pubblica attraverso l'incentivazione, o meglio: la regolamentazione del parto in ambiente extraospedaliero, pur tuttavia senza un impegno preciso in ordine ai rimborsi.

Senonché, la promozione del parto in ambiente extraospedaliero non può prescindere dal riconoscimento del diritto all'integrale rimborso delle spese sostenute dalla donna. Un tale riconoscimento produrrebbe, comunque, vantaggi economici per il sistema sanitario regionale e riduzione dei costi, perché: - si risparmiano posti letto, da destinarsi alle patologie; si risparmiano

risorse materiali e umane; si risparmia in spesa farmaceutica atteso che favorisce il benessere psicofisico della madre anche nel post partum; si risparmia perché riduce interventi di medicalizzazione (es. tagli cesarei, infezioni post partum, emorragie post partum, etc... vedi dati scientifici e studi); si risparmia sui giorni di degenza (circa € 500,00 al giorno).
Con l'emanazione del Decreto in questione, inoltre, il Commissario ad acta sembra avere ecceduto i limiti del mandato, quale delineato nella citata Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, spingendosi sino alla adozione di "protocolli" sull'assistenza ostetrica, recanti delle vere e proprie linee guida, la definizione di rigide procedure assistenziali, le quali, peraltro, lungi dal poter essere rigidamente prefissati in un provvedimento regionale, devono poter essere oggetto di costante aggiornamento e rivisitazione da parte della comunità scientifica internazionale.

8. Criticità nei contenuti del Decreto commissariale n. 29/2011

Il contenuto del Decreto commissariale n. 29/2011 si pone in contrasto con la normativa nazionale, comunitaria e internazionale, sotto diversi profili.

8.1. Contrasto con i principi di rango costituzionale, norme comunitarie ed internazionali, nonché con legge statale

Sotto un primo profilo, il provvedimento in parola, da un lato non riconoscendo espressamente il diritto della donna di ottenere il rimborso delle spese sostenute per il parto a domicilio, dall'altro non determinando l'entità del rimborso stesso, non elimina - ed anzi coltiva - l'incertezza giuridica in materia.

Sul punto, nel provvedimento si decreta soltanto "2) di rinviare a successivi provvedimenti a cura delle Direzioni Regionali competenti la disciplina dei flussi informativi dedicati e dell'analisi dei costi per definire le modalità di remunerazione ed eventuali ipotesi di tariffe e di precisare che le Direzioni stesse dovranno predisporre i provvedimenti attuativi per la realizzazione di quanto contenuto nell'allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento".
D'altro canto, i requisiti richiesti ai fini della presentazione della domanda di rimborso sono particolarmente restrittivi, tanto da ridurre consistentemente il numero di utenti che vi potrebbero accedere.

Per altro verso, non è delineato alcun obbligo per le strutture del sistema sanitario regionale in ordine al rimborso, né alcun impegno a garanzia della continuità assistenziale tra l'assistenza libero-professionale dell'ostetrica che assiste la donna al suo domicilio e le strutture ospedaliere eventualmente coinvolte in caso di trasporto di emergenza.

Quanto appena osservato induce alla considerazione che, con il Decreto commissariale n. 29/2011, il diritto di scelta del luogo del parto non sia effettivo.

Ne deriva la frustrazione dei principi sanciti dagli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione, dall'art. 7 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, dall'art. 8 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo. Appare altresì, decisamente frustrato l'impegno del Sistema Sanitario pubblico a garantire l'assistenza domiciliare.

Sotto altro profilo, il Decreto commissariale n. 29/2011 si pone in palese e stridente contrasto con la legge statale sull'ordinamento professionale dell'ostetrica.

In particolare, nel richiedere che l'ostetrica (o le ostetriche!) libero-professionista prescelta dalla donna per il parto a domicilio abbia "acquisito una documentata esperienza in una Sala Parto ospedaliera" e per giunta maturata per "almeno 5 anni, con assistenza di parto in autonomia", di fatto disconosce al diploma universitario ed alla iscrizione all'albo professionale valore abilitante alla professione ostetrica, attribuito invece con atto avente forza di legge, segnatamente con D.M. n. 740 del 14 settembre 1994, recante il "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o" (G.U. 9.1.1995, n. 6, Serie Generale).

In particolare, l'art. 1 del D.M. n. 740/1994 così recita:

"1. E' individuata la figura dell'ostetrica/o con il seguente profilo: l'ostetrica/o è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato.

(...)



6. *L'ostetrica/o svolge la sua attività in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale.*

Il successivo art. 3 del medesimo provvedimento così precisa:

1. *Il diploma universitario di ostetrica/o, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo albo professionale".*

L'imposizione, dunque, del requisito di una (perdurante) esperienza ospedaliera si rivela, in particolare, del tutto illegittima, considerato che, dal complesso delle norme sull'ordinamento professionale appena sopra ricordate, si evince inequivocabilmente non solo che l'ostetrica è abilitata all'assistenza al parto sin dall'atto della propria iscrizione all'albo professionale, ma anche che la stessa professione non debba essere necessariamente svolta in contesto ospedaliero. Non meno gravi i risvolti del Decreto commissariale n. 29/2011 in termini di violazione del principio di uguaglianza, sancito dall'art. 2 della Costituzione, per la sperequazione che ne deriverebbe, in termini di opportunità di lavoro, tra le ostetriche operanti in strutture ospedaliere e le ostetriche che abbiano optato per strutture sanitarie non ospedaliere.

Peraltro, nella specifica realtà della Regione Lazio, va osservato che non risultano esistere strutture ospedaliere con Sale Parto gestite da personale ostetrico in autonomia, con l'unica eccezione della Casa del Parto Acqualuce di Ostia (Ospedale Grassi di Ostia, Roma).

I rilievi appena sopra formulati concorrono a rimarcare una criticità ulteriore del Decreto commissariale n. 29/2011: la previsione di requisiti professionali ulteriori a quelli correlati al titolo di studi abilitante la professione ostetrica può risultare foriera di sproporzionate ed ingiustificate restrizioni al principio della libera circolazione dei lavoratori in ambito comunitario, al diritto di stabilimento e di libera prestazione dei servizi di ostetrica, sanciti dalla normativa comunitaria, e quindi può tradursi in una illegittima limitazione della facoltà, di ogni cittadino di uno Stato membro dell'Unione Europea, di esercitare, come lavoratore autonomo o subordinato, una professione in uno Stato membro diverso da quello in cui si è acquisita la relativa qualifica professionale.

Si fa riferimento alla Direttiva n. 80/154/CEE, concernente il reciproco riconoscimento dei diplomi, certificati ed altri titoli di ostetrica e comportante misure destinate ad agevolare l'esercizio effettivo del diritto di stabilimento e di libera prestazione dei servizi, il cui scopo è quello di agevolare la libera circolazione delle varie categorie professionali; alla Direttiva n. 80/155/CEE, concernente il "Coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative relative all'accesso alle attività dell'ostetrica e al loro esercizio", modificata dalla Direttiva 89/594/CE del 30.10.1989 riguardante il riconoscimento dei diplomi, certificati ed altri titoli di vari professionisti in ambito sanitario fra cui anche quello di ostetrica, recepita in Italia con L. 296/85 e con D. Lgs. 353/94; alla Direttiva 2005/36/CE del 7.9.2005 "Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali", relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, attuata in Italia con D.Lgs. n. 206/2007.

In particolare, all'art. 1 della citata Direttiva n. 80/155/CEE, si precisa che "1. *Gli Stati membri subordinano l'accesso alle attività di ostetrica e l'esercizio di dette attività con i titoli professionali indicati nell'articolo 1 della direttiva 80/154/CEE (4) al possesso di un diploma, certificato o altro titolo di ostetrica di cui all'articolo 3 di detta direttiva comprovante che l'interessato ha acquisito nel corso dell'intero ciclo di formazione:*

- a) *un'adeguata conoscenza delle scienze che sono alla base delle attività di ostetrica, ed in special modo dell'ostetrica e della ginecologia;*
- b) *un'adeguata conoscenza della deontologia e della legislazione professionale;*
- c) *un'approfondita conoscenza della funzione biologica, dell'anatomia e della fisiologia nei settori dell'ostetrica e del neonato, nonché una conoscenza dei rapporti tra lo stato di salute e l'ambiente fisico e sociale dell'essere umano e del suo comportamento;*
- d) *un'adeguata esperienza clinica acquisita sotto il controllo di personale ostetrico qualificato e in istituti autorizzati;*
- e) *la necessaria comprensione della formazione del personale sanitario e un'esperienza di collaborazione con tale personale.*

2. *La formazione di cui al paragrafo 1 comporta: - una formazione specifica, a tempo pieno, di ostetrica della durata di almeno tre anni di studi teorici e pratici; l'accesso a questa formazione è subordinato al compimento almeno dei primi dieci anni della formazione scolastica generale; - oppure una formazione specifica, a tempo pieno, di ostetrica, della durata di almeno 18 mesi il*

cui accesso è subordinato al possesso del diploma, certificato o altro titolo di infermiere responsabile dell'assistenza generale, considerato all'articolo 3 della direttiva 77/452/CEE (5). Ancora una volta, si evince la sufficienza, ai fini dell'esercizio della professione in questione, del possesso di un diploma o titolo di studi abilitante, a sua volta ottenuto sulla base di un percorso di studi già comprensivo di esperienza clinica e formazione teorica e pratica. Al contrario, la previsione del requisito dell'esperienza quinquennale in sala parto ospedaliera non appare sorretta da giustificazioni obiettive, tanto più considerato che non trova corrispondenza nella normativa nazionale sull'ordinamento professionale e nelle vigenti norme deontologiche.

8.2. Incoerenza rispetto ai Protocolli, alle Linee guida ed alle Raccomandazioni della comunità scientifica

Nelle premesse ai protocolli sul parto a domicilio e presso Case di Maternità, il Decreto commissariale n. 29/2011 richiama il Protocollo Kloosterman e le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; nel corpo degli stessi protocolli, tuttavia, si possono rilevare diverse incoerenze rispetto ai richiami operati.

A titolo esemplificativo: in ordine al luogo del parto a domicilio, si prescrive debba essere distante non più di 20 minuti e 7 chilometri di raggio da un ospedale dotato di reparto di maternità di II/III livello, laddove il tempo di trasferimento in ospedale ritenuto sicuro è di 30 minuti (coerentemente, del resto, con il tempo di trenta minuti previsto per l'intervento dei medici in reperibilità).

Ancora, sono previste esplorazioni vaginali in caso di rottura prematura delle membrane, che, al contrario andrebbero evitate secondo i protocolli internazionali; non è prevista la recisione ritardata del cordone ombelicale, laddove recenti studi ne evidenziano i vantaggi; è prevista la visita del neonatologo entro le 12 ore dalla nascita, a fronte del tempo di 24 ore normalmente previsto dai protocolli internazionali.

Il decreto in esame, inoltre, presenta evidenti incongruenze, laddove, ad esempio, prescrive un contenuto minimo della borsa dell'ostetrica senza tenere in considerazione che l'ostetrica non ha accesso diretto ad alcuni farmaci ospedalieri o, comunque, senza prevederne modalità di acquisizione.

9. Illegittimità del Decreto commissariale n. 29/2011

Alla luce di quanto sopra esposto, si crede che il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. 29/2011 non supererebbe un vaglio di legittimità, per contrasto con i principi del diritto comunitario ed internazionale, nonché dell'ordinamento nazionale, sia di rango costituzionale che ordinario.

A tal proposito, si ricordi che:

- le norme del diritto comunitario hanno efficacia diretta nell'ordinamento giuridico interno, secondo il consolidato principio del primato del diritto comunitario sul diritto interno. Una disposizione normativa e/o regolamentare interna, pertanto, non può essere emanata in contrasto con i principi e le norme del diritto comunitario;

- con il Trattato di Lisbona nel 2009, l'Unione Europea ha ufficialmente aderito al Consiglio d'Europa e riconosciuto alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo il ruolo di interprete autentico in materia di taluni diritti fondamentali tra cui il diritto alla vita privata di cui all'art. 8 della Convenzione. Nella nuova formulazione, l'art. 6, secondo comma, riconosce che *"l'Unione aderisce alla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali"* e, al terzo comma si enuncia che *"i diritti fondamentali, garantiti dalla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali e risultanti dalle tradizioni costituzionali comuni agli Stati membri, fanno parte del diritto dell'Unione in quanto principi generali"*. Per effetto del primato del diritto comunitario sul diritto interno, la Cedu diviene, così, direttamente vincolante nell'ordinamento giuridico italiano, con la conseguenza che i Giudici italiani possono immediatamente disapplicare le norme nazionali, statali o regionali, che si rivelino in contrasto con i diritti fondamentali garantiti dalla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (In tal senso si è espresso recentemente il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio, con la sentenza n. 11984 del 2010, con la quale è stato invocato, per la prima volta, il Trattato di Lisbona per affermare l'effetto diretto della CEDU nell'ordinamento italiano);

- vale, in via residuale, il principio dell'interpretazione conforme alla Cedu da parte di ciascun giudice interno (principio della interpretazione conformativa), a prescindere dalla formale disapplicazione della norma in contrasto con i principi del diritto internazionale.



L'analisi sopra svolta consente di affermare che **il riconoscimento del diritto al rimborso delle spese sostenute per il parto a domicilio, che prescindendo da requisiti specifici e restrittivi, ferma restando naturalmente la responsabilità professionale dell'ostetrica che assiste la donna partoriente, costituisca una misura indispensabile e necessaria per garantire alle donne della Regione Lazio un effettivo e sostanziale diritto di scegliere come e dove partorire.**

10. Analisi del progetto di legge sul parto in ambiente extraospedaliero

La premessa da cui muove la presente proposta di legge è quella di considerare la promozione del parto in ambiente extraospedaliero un dovere della Regione, in risposta al bisogno primario di intimità, individualità e condivisione familiare, ricollegandosi al diritto della donna di scegliere le circostanze nelle quali deve avvenire il proprio parto, e, nel contempo, uno strumento di promozione della salute pubblica e di riduzione e/o controllo della spesa pubblica in ambito sanitario.

L'articolo 1 "*Oggetto e finalità*" definisce l'oggetto e le finalità della legge: la tutela del diritto di scelta della donna; la promozione della demedicalizzazione e dell'umanizzazione del parto; la promozione della formazione ed informazione sulle modalità di assistenza e delle pratiche socio-sanitarie raccomandate dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e tracciate nelle linee guida elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità.

L'articolo 2 "*Luoghi del parto*" individua i luoghi nei quali la donna può scegliere di partorire, enunciando il dovere della Regione di adottare misure atte a garantire l'effettività e la libertà della scelta.

L'articolo 3 "*Attività di informazione, corsi di accompagnamento alla nascita, riqualificazione e aggiornamento professionale*" impegna le Aziende unità sanitarie locali a promuovere l'informazione sul percorso nascita, la diffusione della cultura della fisiologia e del rispetto della libera scelta della donna, la promozione dell'allattamento materno.

L'articolo 4 "*Parto in ambiente extraospedaliero*" individua, in concreto, gli interventi idonei a garantire la libera scelta del luogo del parto, delineando due distinte modalità di intervento da parte delle Aziende unità sanitarie locali: il rimborso, in favore della donna, delle spese sostenute per il parto in Casa Maternità o a domicilio, con un impegno in tale ipotesi di garantire la continuità del rapporto assistenziale in caso di trasferimento d'urgenza in struttura sanitaria; l'erogazione diretta, con proprio personale ostetrico e pediatrico ovvero in convenzione con ostetrica/o libero-professionista, operante in forma individuale o associata, quale. Entrambe le modalità rappresentano, la prima in via indiretta, la seconda in via diretta, una concreta attuazione del dovere di assistenza domiciliare previsto dalla Legge n. 833/1978 e del diritto di ogni cittadino di scegliere il luogo di cura, sancito dalla medesima legge nazionale.

L'articolo 5 "*Parto nelle Case Maternità*" definisce le Case Maternità, quali luoghi luogo sociale di accoglienza della donna nel percorso nascita, incentrata sull'apporto professionale dell'ostetrica/o, quale figura di riferimento per la salute della donna e professionista della fisiologia. Allo scopo di preservare il carattere "domiciliare" dell'assistenza fornita nelle Case Maternità, si precisa che la conformazione strutturale ed i requisiti igienico-sanitari che tali strutture debbono possedere sono quelli propri di un'abitazione privata. E' previsto l'accreditamento di Case di Maternità o la gestione diretta da parte delle Aziende unità sanitarie locali.

L'articolo 6 "*Diritto al rimborso delle spese sostenute per il parto a domicilio o in Casa Maternità*" sancisce il diritto delle donne che partoriscono in ambiente ospedaliero di ottenere il rimborso delle spese sostenute. Tale diritto, siccome funzionalmente correlato al diritto, inerente alla persona umana, di autodeterminazione e di scelta del luogo del parto, non è subordinato a requisiti specifici, salvo quelli di ordine temporale previsti per la presentazione della domanda.

L'articolo 7 "*Modalità organizzative del parto a domicilio con erogazione diretta*" individua gli aspetti organizzativi del servizio di assistenza domiciliare al parto erogato direttamente dalle Unità aziende sanitarie locali, con proprio personale ovvero in convenzione, che dovranno risultare conformi ai principi e criteri definiti con apposita Deliberazione di Giunta regionale.

L'articolo 8 "*Commissione consultiva tecnico-scientifica*" prevede l'istituzione di un organismo, composto da esperti del percorso nascita, nonché da esponenti dei servizi pubblici e delle associazioni delle utenti, con funzioni di controllo e monitoraggio sullo stato di attuazione della legge, ma altresì di intervento e di proposta. E', inoltre, un importante strumento di raccordo e bilanciamento tra le esigenze delle donne partorienti, le prerogative delle figure professionali che le



assistono, i vincoli burocratici delle amministrazioni sanitarie.

L'articolo 9 "*Attuazione e raccomandazioni*" fissa i principi e criteri generali ai quali devono conformarsi i provvedimenti attuativi della legge.

L'articolo 10 "*Disposizioni finanziarie*" detta disposizioni in ordine alla copertura della spesa correlata all'attuazione della legge.

L'articolo 11 "*Norme transitorie, finali e abrogazioni*" abroga il Decreto del Presidente della Regione in qualità di Commissario ad acta n. 29 del 1° aprile 2011.



Articolo 1
Oggetto e finalità

1. La presente legge persegue le seguenti finalità:

- tutelare i diritti della donna relativi al parto;
- garantire la libertà della donna di scegliere il luogo e le circostanze in cui partorire;
- favorire la fisiologia del parto, per garantire la salute e benessere psicofisico della madre e del nascituro e promuovere la formazione del legame fisico, psicologico ed emotivo tra il neonato ed i suoi genitori;
- promuovere l'informazione e la conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche socio-sanitarie raccomandate dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e tracciate nelle linee guida elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità;
- promuovere l'assistenza ostetrica in autonomia alla gravidanza, al parto ed al puerperio fisiologici;
- assicurare, nei casi di nascita in ambiente extraospedaliero, continuità assistenziale ed integrazione tra servizi di assistenza domiciliare e servizi di assistenza ospedaliera nei casi di emergenza.



Articolo 2
Luoghi del parto

1. La Regione riconosce e tutela il diritto della donna di scegliere il luogo in cui partorire e si impegna a realizzare le condizioni, assistenziali ed economiche, che rendano effettivo questo diritto, nel rispetto delle esigenze di salvaguardia della salute materna e neonatale.

2. La donna può scegliere di partorire in strutture sanitarie, a domicilio, nelle Case Maternità.



Articolo 3

Attività di informazione, corsi di accompagnamento alla nascita, riqualificazione e aggiornamento professionale

1. Affinché venga garantita e salvaguardata la libertà di scelta consapevole della donna, il rispetto delle sue esigenze e della sua identità culturale, le Aziende unità sanitarie locali le forniscono - anche attraverso i corsi di accompagnamento alla nascita che possono essere organizzati in collaborazione con ostetriche/i operanti, in forma individuale o associata, in regime di libera professione - tutte le informazioni sui diversi modelli di assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio, sulle figure professionali che possono assisterla anche in autonomia, sulla possibilità di partorire in strutture sanitarie o a domicilio o nelle Case Maternità, nonché su tutti gli aspetti clinici, organizzativi e normativi del percorso nascita.

2. Le Aziende unità sanitarie locali inseriscono, nei programmi e strumenti di riqualificazione e aggiornamento professionale rivolti agli operatori socio-sanitari, temi incentrati sull'assistenza alla gravidanza fisiologica, in funzione del parto in ambiente extraospedaliero, sull'approccio multidisciplinare al percorso nascita, sulla revisione critica della validità scientifica di interventi medici praticati in modo routinario (manovra di Kristeller, episiotomia, amnioressi, tricotomia), sulla promozione dell'allattamento materno.



Articolo 4
Parto in ambiente extraospedaliero

1. La Regione si impegna ad istituire, nel Servizio sanitario regionale, il servizio di assistenza al parto a domicilio, attraverso:

a) rimborso, in favore della donna, delle spese sostenute per il parto in Casa Maternità o a domicilio, assistito da ostetrica/o libero-professionista, secondo le modalità di cui al successivo art. 6, con garanzia della continuità del rapporto assistenziale in caso di trasferimento d'urgenza in struttura sanitaria;

b) erogazione diretta, con proprio personale ostetrico e pediatrico ovvero in convenzione con ostetrica/o libero-professionista, operante in forma individuale o associata, secondo le modalità di cui al successivo art. 7, secondo le modalità indicate al successivo articolo 7 e definite dalla Commissione di cui al successivo art. 8.



Articolo 5
Parto nelle Case Maternità

1. Ai fini della presente legge è considerata Casa Maternità il luogo sociale di accoglienza che offre un ambiente idoneo allo svolgersi dell'evento parto in una dimensione logistica, affettiva e psico-relazionale riconducibile al parto a domicilio.

2. La Casa Maternità è dotata di caratteristiche strutturali e standard igienico-sanitari propri di un'abitazione privata, è costituita da spazi individuali destinati all'ospitalità della partoriente e delle persone di sua scelta ed all'accoglienza del neonato secondo i principi della non separazione tra madre e bambino.

3. La Casa Maternità è diretta e gestita da ostetriche/i, quali figure professionali specialiste della fisiologia e riferimenti per la salute della donna nell'intero percorso della nascita.

4. Per le donne che intendono partorire nella Casa Maternità valgono i medesimi criteri e le modalità organizzative previste dall'art. 6. Le Aziende sanitarie, sulla base di modalità organizzative definite con direttiva della Giunta Regionale, di cui al successivo art. 9, possono procedere all'accreditamento di Case Maternità ovvero istituirne di proprie a gestione diretta.



Articolo 6

Diritto al rimborso delle spese sostenute per il parto a domicilio o in Casa Maternità

1. La Regione riconosce alle donne che hanno scelto di partorire a domicilio o presso una Casa Maternità il diritto al rimborso delle spese sostenute per l'assistenza ostetrica e per tutte le prestazioni connesse.
2. Per l'effetto, le Aziende unità sanitarie locali erogano un rimborso pari all'ammontare complessivo della spesa documentata, per un importo massimo corrispondente alle vigenti tariffe DRG regionali previste per l'intera degenza ospedaliera di mamma e bambino in caso di parto fisiologico.
3. La domanda di rimborso deve essere presentata, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 180 giorni dal parto e deve essere corredata dalla seguente documentazione:
 - a) certificato o autodichiarazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, completa dei dati anagrafici della richiedente (nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza, codice fiscale), attestante la data del parto, il domicilio o la Casa Maternità ove è avvenuto, la modalità prescelta per la corresponsione dell'importo dovuto;
 - b) dichiarazione dell'ostetrica/o di avere prestato assistenza al parto della richiedente, completa dei dati anagrafici (nome, cognome, luogo e data di nascita), nonché dei dati professionali (ordine professionale di appartenenza, numero di iscrizione), con allegata copia dell'attestazione di nascita;
 - c) documentazione giustificativa delle spese sostenute.
4. L'importo dovuto è corrisposto entro 90 giorni dalla data di presentazione della domanda, secondo le modalità prescelte dalla richiedente.
5. In caso di trasferimento di urgenza della gestante in una struttura ospedaliera, il rimborso erogato dall'Azienda unità sanitaria locale sarà pari al 50% di quello che sarebbe spettato in caso di parto extraospedaliero.



Articolo 7

Modalità organizzative del parto a domicilio con erogazione diretta

1. Le Aziende unità sanitarie locali definiscono, sulla base dei criteri fissati nelle deliberazioni della Giunta Regionale di cui al successivo art. 9, le modalità organizzative, economiche e gestionali di espletamento dell'assistenza al parto a domicilio in regime di erogazione diretta.
2. La donna che intende partorire a domicilio, ne dà comunicazione all'Azienda unità sanitaria locale di residenza entro e non oltre la trentaduesima settimana di gravidanza; alla comunicazione deve essere allegata la richiesta di assistenza al parto domiciliare con erogazione diretta, sottoscritta dalla partoriente e recante manifestazione espressa di consenso informato, nonché certificato attestante la data prevista per il parto.
3. Entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma 1, l'Azienda unità sanitaria locale, verificata la completezza e conformità della documentazione allegata, comunica alla donna l'avvenuta presa d'atto della richiesta e le fornisce tutte le informazioni sulle modalità organizzative ed operative per l'espletamento dell'assistenza domiciliare.



Articolo 8
Commissione consultiva tecnico-scientifica

1. È istituita, presso l'Assessorato regionale alla Salute, la Commissione sul Parto Extraospedaliero, organismo a carattere consultivo e tecnico-scientifico, avente le seguenti funzioni:

- a) assistere la Giunta nel perseguimento delle finalità della presente legge;
- b) monitorare e valutare i servizi e le modalità di assistenza ospedaliera ed extraospedaliera alla gravidanza, al parto ed al puerperio, la qualità delle informazioni fornite alle donne sul percorso nascita, l'effettività del diritto delle donne di scelta dei luoghi e delle circostanze del parto, il grado di soddisfazione manifestato dalle donne per l'assistenza ricevuta al parto;
- c) monitorare e valutare il grado di integrazione tra assistenza extraospedaliera ed ospedaliera, la tempestività di accesso ai servizi, le garanzie di continuità assistenziale offerte alle donne trasferite d'urgenza in strutture ospedaliere;
- d) valutare i costi derivanti dalle diverse tipologie del parto nelle Aziende sanitarie;
- e) raccogliere osservazioni formulate da ostetriche/i in ordine ad eventuali criticità, di natura burocratica e/o amministrativa, rilevate nell'assistenza al parto domiciliare in regime di libera professione;
- f) proporre alla Giunta l'adozione di strumenti idonei a perseguire il miglioramento dell'assistenza e la demedicalizzazione del percorso nascita;
- g) predisporre un rapporto annuale contenente i dati e le valutazioni relativi al percorso nascita, con particolare riferimento a: morbilità e mortalità materna, perinatale e neonatale; modalità di espletamento dei parti; complicanze in gravidanza; appropriatezza delle procedure di monitoraggio ed intervento farmacologico utilizzate durante il travaglio ed il parto; diffusione e modalità dell'allattamento al seno; diffusione del parto a domicilio e nelle Case Maternità.

2. La Commissione, istituita e nominata con deliberazione della Giunta regionale entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, resta in carica tre anni ed i componenti possono essere nuovamente nominati.

3. La Commissione, presieduta dall'Assessore regionale alla Salute o da un suo delegato, è composta da: un rappresentante delle Aziende sanitarie locali; un epidemiologo esperto del percorso nascita; tre ostetriche/i con comprovata esperienza di assistenza di parti in ambiente extraospedaliero; un ginecologo; un avvocato; un esperto in organizzazione dei servizi; un pediatra; un rappresentante di associazioni di ostetriche/i libero professioniste/i; due rappresentanti dell'utenza, individuati tra esponenti di associazioni operanti nel percorso nascita.

4. La Commissione può articolarsi in sottogruppi e potrà prevedere, per lo svolgimento di specifiche attività, il coinvolgimento di altri specialisti e/o altre professionalità.

5. Ai componenti la Commissione ed agli esperti che partecipano ai gruppi di lavoro spettano i compensi ed i rimborsi previsti dalle vigenti disposizioni regionali di legge.



Articolo 9
Attuazione e raccomandazioni

1. La Giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, definisce, con apposite direttive:

- a) i criteri organizzativi ed operativi ai quali devono attenersi le Aziende unità sanitarie locali per la definizione del servizio di assistenza domiciliare al parto in regime di erogazione diretta;
- b) gli strumenti e le forme di integrazione e collegamento tra l'assistenza extraospedaliera e le strutture ospedaliere coinvolte nei casi di emergenza ed urgenza, assicurando il collegamento tra l'ostetrica/o responsabile operativa/o del parto domiciliare ed i servizi sanitari interessati (118, pronto soccorso, reparto ostetricia e neonatale, etc);
- c) le modalità di assistenza al percorso nascita che garantiscano la continuità relazionale con l'ostetrica anche nei casi di parto avvenuto in ospedale a seguito di trasferimento d'urgenza dal domicilio o dalla Casa Maternità;
- d) procedure delle Aziende unità sanitarie locali idonee a garantire, nel rispetto della vigente normativa in materia di circolazione dei farmaci, che ogni ostetrica/o libero-professionista abbia accesso, diretto o indiretto, tutti i farmaci il cui utilizzo può rendersi necessario nell'assistenza di un parto in ambiente extraospedaliero.

2. Ai fini della adozione delle direttive di cui al comma 1, la Giunta dovrà tenere conto dei seguenti indirizzi e principi generali:

- a) la definizione dell'assistenza ostetrica e pediatrica, per la nascita in ambiente extraospedaliero, deve ispirarsi alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ed alle Linee Guida elaborate sull'evento del parto e sulla gravidanza dall'Istituto Superiore di Sanità;
- b) ai fini dell'affidamento in convenzione del servizio di assistenza domiciliare al parto, i requisiti richiesti all'ostetrica/o libero-professionista sono individuati esclusivamente sulla base dell'ordinamento professionale, quale delineato con D.M. n. 740/1994, restando esclusa la previsione di requisiti ulteriori rispetto a quelli ivi enunciati; analogamente, la dotazione di materiale, strumentistica e farmaci richiesta all'ostetrica/o e' quella definita dalla vigente normativa professionale;
- c) l'indicazione delle caratteristiche strutturali e organizzative delle Case Maternità, ai fini dell'accreditamento o della gestione diretta da parte delle Aziende unità sanitarie locali, deve tener conto del carattere demedicalizzato e non sanitario di tali strutture, concepite come luoghi sociali assimilabili alle civili abitazioni e, perciò, sufficientemente connotate dai medesimi standard strutturali ed igienico-sanitari di una casa privata.

Articolo 10
Disposizioni finanziarie

Agli adempimenti di cui alla presente legge le Aziende sanitarie fanno fronte con risorse proprie.

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned at the bottom right of the page.

Articolo 11
Norme transitorie, finali e abrogazioni

1. Il Decreto del Presidente della Regione in qualità di Commissario ad acta n. 29 del 1° aprile 2011 (B.U.R., Suppl. Ord., n. 18 del 14.5.2011) è abrogato.

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned at the bottom right of the page.