



**YAHOO!** GRUPPI  
ITALIA



**Gruppo di discussione  
"Cerchi"**

**Andria Associazione Scientifica**

# **LIBERE DI SCEGLIERE**

**Libere di partorire, abortire, contraccipire**

**Linee di indirizzo per la politica italiana  
Roma, 9 novembre 2012**



**Rosanna Battaiotto**  
**"Io donna", 2008, tecnica mista**  
**su cartoncino,**  
**cm 15 x 25.**

## Sommario

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| <b>SOMMARIO</b> .....                | <b>2</b>  |
| <b>PRESENTAZIONE</b> .....           | <b>4</b>  |
| <b>PARTECIPANTI</b> .....            | <b>5</b>  |
| <b>ASSOCIAZIONI</b> .....            | <b>5</b>  |
| <b>ENTI</b> .....                    | <b>6</b>  |
| <b>PROFESSIONISTI</b> .....          | <b>7</b>  |
| <b>GRUPPO ABORTO</b> .....           | <b>8</b>  |
| <b>GRUPPO CONTRACCEZIONE</b> .....   | <b>11</b> |
| <b>GRUPPO PARTO</b> .....            | <b>13</b> |
| <b>STRUTTURE PUBBLICHE</b> .....     | <b>13</b> |
| <b>DOMICILIO</b> .....               | <b>15</b> |
| <b>DOCUMENTAZIONE</b> .....          | <b>18</b> |
| <b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b> ..... | <b>21</b> |

Pensa all'ambiente prima di stampare!

## Presentazione

L'Associazione ANDRIA <http://www.associazioneandria.it/> , società scientifica che si occupa dell'appropriatezza dell'assistenza alla salute delle donne, ed il gruppo di discussione "Cerchi" <http://it.dir.groups.yahoo.com/group/cerchi/> hanno deciso di promuovere un dibattito partecipato con le/gli operatrici sensibili, le associazioni interessate e le persone che si occupano e/o si interessano di nascita, parto, contraccezione e aborto. Hanno scelto di cercare un confronto con le donne interessate, con le più giovani generazioni attente a tali temi e desiderose di autodeterminarsi nelle scelte di salute.

Come rappresentanti di questi organismi abbiamo deciso di scegliere, come luogo d'incontro che stimolasse la partecipazione dei movimenti, la Casa Internazionale delle Donne di Roma, in via della Lungara 19, nella quale ci siamo incontrati venerdì 9 novembre 2012 per l'intera giornata. L'intento della riunione è stato quello di individuare alcuni semplici obiettivi che potessero formare una piattaforma per proposte politiche concrete di cambiamento e di garanzia di maggiore rispetto per le scelte delle donne su parto, aborto e contraccezione; obiettivi concreti per dare una risposta italiana alla negazione dei diritti all'autodeterminazione e alla necessità che le donne riprendano il loro potere sui temi della gestione della salute riproduttiva.

Vogliamo difendere e migliorare un Servizio Sanitario Nazionale, messo a dura prova dalle recenti manovre finanziarie. Vogliamo dei Servizi Sanitari Regionali attenti ai bisogni e al sentire delle donne, non solo alle ragioni dell'economia e alla conservazione dei poteri e delle gerarchie esistenti. Vogliamo dire la nostra sulla riorganizzazione dei luoghi della nascita. Le scelte sulla salute riproduttiva sono scelte operate sul corpo delle donne, spesso senza il loro consenso.

Per questo abbiamo invitato alcune istituzioni, associazioni e gruppi, che sapevamo interessati, a partecipare con propri rappresentanti. Abbiamo chiesto a tutte/i di diffondere l'informazione sulla giornata, di partecipare ai dibattiti preliminari che si sono svolti pubblicamente nel gruppo "Cerchi" trovando sintonie ma non temendo di rilevare anche differenze, con l'intento finale di individuare chiare proposte ed indicazioni comuni da sottoporre alle forze politiche e alla gente attraverso ogni forma disponibile (stampa, TV, blog, reti, movimenti...). Ciò è stato facilitato dalla presenza all'iniziativa di giornaliste/i, gestori di siti e bloggers.

Questo documento è il risultato del lavoro svolto a Roma. Chiunque condivide gli obiettivi dichiarati può diffonderlo citandone la fonte. Destinatari preferenziali sono i candidati alle prossime elezioni nella speranza che possano utilizzarlo nella stesura dei propri programmi di governo. La partecipazione al gruppo di lavoro è ancora aperta a singoli ed associazioni desiderose di sostenere questo progetto in futuro. La salute è un bene comune che va difeso da parte di tutte/i le/i cittadine/i.

## Partecipanti

### Associazioni

Artemide 95 <http://www.artemide95.it/homepage.htm>  
Associazione Culturale Mamai – Cagliari  
Associazione Doule Italia (A.D.I.) <http://www.douleitalia.it/Home.asp>  
Associazione Ginecologi Territoriali <http://www.agite.eu/>  
Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità  
<http://www.nascereacasa.it/>  
Casa Internazionale delle Donne  
<http://www.casainternazionaledelledonne.org/index.php/it/home>  
Casa maternità Via Lattea <http://www.casamaternita.it/>  
CreAttivaMente Ostetriche <http://www.creattivamenteostetriche.it/>  
Donne Insieme – Assemblea permanente delle donne tortonesi  
Essere Donna <http://www.esseredonna.it/>  
Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica FISS <http://www.fissonline.it/>  
Freedom For Birth Action Group FFB RAG  
<http://freedomforbirthromeactiongroup.blogspot.it/>  
Genitori Channel TV <http://www.genitorichannel.it/>  
Il Melograno <http://www.melograno.org/sito19/main.php?!=1>  
Il Nido Bologna <http://www.ilnido.bo.it/>  
Il Nido Roma <http://www.associazioneilnido.it/associazione/index.php>  
I Melagrani  
Istituto di Sessuologia Clinica Roma ISC <http://www.sessuologiaclinaroma.it/>  
Istituto Ricerca Intervento Salute IRIS <http://www.irisassociazione.it/>  
Libera Associazione Italiana Ginecologi per l'applicazione della legge 194/78  
<http://www.laiga.it/>  
Magicadoula  
Mammadoula <http://www.mammadoula.it/>  
Nascere e crescere <http://www.nascereecrescere.it/>  
Nascere in casa <http://www.nascereincasaumbria.com/>  
Nascere Insieme <http://nascereinsiemevco.blogspot.it/>  
Nascere Meglio (Venezia) <http://progettonasceremeglio.webnode.com/>  
Rivista Noi Donne <http://www.noidonne.org/>  
Scuola Elementale di Arte Ostetrica <http://www.marsupioscuola.it/>  
Società Italiana Medicina delle Migrazioni <http://www.simmweb.it/>  
Società Medica Italiana per la Contraccezione <http://www.smicontraccezione.it/>  
Unione Donne in Italia UDI <http://www.udinazionale.org/>  
Vita di Donna <http://www.vitadidonna.it/>

## LIBERE DI SCEGLIERE

### **Enti**

I partecipanti appartenevano alle seguenti istituzioni, aziende o gruppi:

ASL Alessandria, Brescia, Cagliari, Napoli, Roma B, Roma H, Verbania, Viterbo;  
Centro nascita Margherita Ospedale Careggi, Firenze;  
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute CNESPS-ISS  
<http://www.iss.it/esps/>;  
Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria CeVEAS  
<http://www.ceveas.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1>;  
Communication Strategy Lab CSL <http://www.csl.unifi.it/>;  
Istituto Nazionale di Statistica ISTAT <http://www.istat.it/it/>;  
Istituto Superiore di Sanità ISS <http://www.iss.it/>;  
Ospedali Acquaviva delle Fonti, Belcolle – Viterbo, Chiari, Grassi – Ostia, Poggibonsi,  
San Camillo – Roma, San Filippo Neri – Roma, San Giovanni – Roma, Sant'Eugenio –  
Roma;  
Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;  
Università di Torino.

## LIBERE DI SCEGLIERE

### **Professionisti**

I professionisti sono stati presenti tutti a titolo personale ed autofinanziato, provenivano da diverse regioni d'Italia con una rappresentanza più consistente della Regione Lazio. Le professioni rappresentate sono state: Antropologo, Avvocato, Dirigente della Sanità, Documentarista, Dottore in Scienze della Comunicazione, Doula, Educatore Perinatale, Epidemiologo, Genitore, Giornalista, Ingegnere, Insegnante, Mediatore Culturale, Medico Ginecologo, Ostetrica, Osteopata, Medico Pediatra, Psicologo, Sessuologo, Ricercatore, Statistico, Studente.

|                        |                       |                                |
|------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Roberta Agnello        | Chiara Colombo        | Rosa Papa                      |
| Donatella Albini       | Valentina Cosmi       | Mirella Parachini              |
| Annamaria Altobelli    | Daniela De Angelis    | Beatrice Pellari               |
| Francesca Angeletti    | Annalisa De Luzio     | Rosa Perazzola                 |
| Augusta Angelucci      | Claudia Degatone      | Rosalba Percuoco               |
| Sabrina Antolini       | Sara Di Marco         | Lucia Pezzetta                 |
| Ivana Arena            | Serena Donati         | Aldo Polsonetti                |
| Emilio Arisi           | Adele Fabrizi         | Anna Pompili                   |
| Anna Grazia Auronica   | Marcella Falcieri     | Caterina Silvana Prestigiacomò |
| Patrizia Bagnani       | Ornella Fantini       | Piero Puzzi                    |
| Alberta Bacci          | Dionilla Ferdi        | Rosanna Ranucci                |
| Lucia Bagnoli          | Roberto Fraioli       | Anita Regalia                  |
| Emanuela Banchetti     | Maria Letizia Frongia | Sara Ricci                     |
| Valeria Barchiesi      | Gaetano Gambino       | Giovanna Riso                  |
| Mariagrazia Bartoli    | Maria Rosaria Ganau   | Francesca Rocca                |
| Tiziana Bartolini      | Annamaria Gioacchini  | Silvia Rocco                   |
| Vittorio Basevi        | Virginia Giocoli      | Linda Laura Sabbadini          |
| Caterina Becchi        | Angela Giusti         | Alessia Sacchi                 |
| Luana Bellacasa        | Vianella Gnan         | Federica Salerno               |
| Marzia Bisognin        | Barbara Grandi        | Arianna Santini                |
| Rosalba Boi            | Simonetta Impanaro    | Barbara Sartori                |
| Patrizia Borgognoni    | Jacqueline Knowls     | Giovanna Scassellati           |
| Emanuela Borzacchiello | Camilla Lastrucci     | Violetta Seli                  |
| Iride Bosi             | Annalisa Malagnino    | Rosanna Sestito                |
| Rita Breschi           | Giovanna Martini      | Antonella Sibilla              |
| Immacolata Brillante   | Lorena Milana         | Barbara Siliquini              |
| Martina Bubbola        | Laila Monami          | Francesca Simoncini            |
| Gloria Buffo           | Susanna Marongiu      | Paola Sprecavisciole           |
| Marcela Bulcu          | Paola Maturi          | Maria Chiara Terzulli          |
| Marta Campiotti        | Ernesto Melluso       | Annalisa Tomassucci            |
| Lisa Canitano          | Barbara Mocchi        | Marina Toschi                  |
| Gabriella Cappiello    | Barbara Montani       | Riccarda Triolo                |
| Carmela Carpanzano     | Graziella Noni        | Francesca Uccello              |
| Simona Carta           | Maurizio Orlandella   | Laura Valenti                  |
| Caterina Casalino      | Carla Oliva           | Daniela Valeriani              |
| Laura Castellarin      | Elisabetta Pace       | Tiziana Valpiana               |
| Luana Ceccarelli       | Gabriella Pacini      | Maria Cristina Valsecchi       |
| Graziella Ceccarelli   | Angelica Palmieri     | Laura Verdi                    |
| Patrizia Chierichini   | Francesca Palombo     | Gabriella Vinciani             |
| Eleonora Cirant        | Linda Panaro          | Elsa Viora                     |
| Barbara Collalti       | Laura Panichi         | Annamaria Voltolini            |

## Gruppo Aborto

*Gruppo di lavoro sull'interruzione volontaria di gravidanza.*

*A cura di Giovanna Scassellati e Gabriella Pacini.*

*Reporter Tiziana Bartolini.*

Al gruppo sull'aborto si sono iscritte 20 persone (18 donne e 2 uomini) a vario titolo interessate all'argomento. Oltre a ginecologhe e a ostetriche, hanno seguito i lavori: una mediatrice culturale, una doula, una ricercatrice del linguaggio, un'avvocata, una studentessa. La provenienza da varie regioni (del Centro, del Nord e del Sud) ha consentito di raccogliere contributi variegati e di mettere a confronto esperienze o problemi vissuti in contesti sanitari strutturati con differenti modalità organizzative. L'incontro è stato utile anche perché ha permesso di conoscere le diverse condizioni di lavoro, di mettere a confronto problematiche e di condividere le soluzioni trovate ai vari problemi quotidiani. Interessante è stata anche la condivisione dei punti di vista con cui le varie competenze professionali si misurano quotidianamente nei consultori o nei reparti per dare risposte efficaci e adeguate alle donne che decidono di fare l'IVG.

In relazione allo stato di applicazione della Legge 194 una considerazione generale riguarda la diversità delle condizioni in cui l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) è praticata; è stata infatti illustrata una gamma di situazioni che da 'accettabili' arrivano ad essere definite 'drammatiche'. A colpire particolarmente è la sostanziale inadeguatezza del SSN, che affida alla buona volontà dei medici e delle/ degli operatori sanitari l'applicazione della legge. Per le donne questo si tramuta in un rischio altissimo, frequente e molto concreto, di non potersi avvalere - e di non poterlo fare nello stesso modo nelle varie regioni - di un diritto garantito sul piano normativo. La conseguenza logica di questa situazione è il ricorso - praticamente inevitabile - all'aborto clandestino in una misura difficilmente quantificabile in modo attendibile. Una specifica preoccupazione è stata espressa per l'Interruzione Terapeutica di Gravidanza (ITG), praticata con sempre maggiori difficoltà e in condizioni che troppo spesso non sono rispettose della donna e della particolare condizione di stress emotivo che la accompagna in questa esperienza.

In relazione alle condizioni in cui gli operatori si trovano a lavorare negli ospedali, un accento particolare è stato riservato alla stigmatizzazione verso tutto ciò che ruota intorno all'IVG. Tale situazione - di "cenerentola della ginecologia" - è il risultato anche del crescente numero degli obiettori, fattore che determina un pesante isolamento nell'ambito lavorativo, definibile come una vera e propria ghettizzazione professionale. L'alto numero di obiettori determina sempre più di frequente la soppressione del servizio e/o il ricorso ad incarichi a termine. Nonostante questo difficile contesto, la ragione che induce a mantenere la non obiezione e a continuare a praticare le IVG pagando anche un notevole peso professionale, è la forte convinzione a voler applicare una legge frutto delle lotte delle donne. La motivazione ideale è quindi una molla decisiva nella scelta professionale degli operatori sanitari, mentre i/le neolaureati/e si dimostrano poco interessati a questo aspetto "etico" della professione, probabilmente anche in conseguenza dello stigma e del disinteresse delle università alla formazione specifica dei nuovi medici e in particolare dei/delle ginecologhe.

Manca inoltre la trasmissione alle giovani generazioni della memoria e del senso delle battaglie femminili per la conquista delle libertà e dell'importanza dell'autodeterminazione delle donne; questa carenza oggi impatta nella vita delle donne sia in quanto potenziali fruitrici, sia nella loro dimensione professionale. Vi è una scarsa consapevolezza che il rischio concreto per le donne è di tornare indietro rispetto a certe conquiste e che nell'arco di pochi anni scompariranno le operatrici e gli operatori che si sono formati/e in quel clima sociale.

## LIBERE DI SCEGLIERE

La situazione in cui versano i consultori non è meno allarmante, la sensazione è del loro "sfaldamento", nonostante l'importanza dei servizi erogati e nonostante l'affluenza anche di donne straniere. L'inevitabile conseguenza di questo complesso stato di cose sarà la sempre più difficile applicazione della legge.

Una delle strade indicate per modificare una situazione divenuta insostenibile è quella di modificare la formazione scientifica e tecnica, nei curricula universitari di medici ostetriche e infermieri professionali, sulla salute riproduttiva, sull'aggiornamento circa le nuove tecniche e le possibilità di utilizzo della RU486 (anche in caso di aborti spontanei senza ricorrere alla chirurgia).

Insomma, sulla scorta di quanto avviene all'estero, e di quanto indicato dalla Federazione Internazionale Ginecologi e Ostetrici (FIGO), l'obiettivo deve essere quello di dare piena dignità professionale e scientifica a tutto quanto ruota intorno alle gravidanze non programmate. Per le ginecologhe e i ginecologi può essere decisivo in questo senso mettersi in rete - anche aderendo alla Federazione Internazionale delle Associazioni Professionali per l'Aborto e la Contraccezione (FIAPAC) e alla Libera Associazione Italiana Ginecologi per l'applicazione della legge 194/78 (LAIGA) - per avere più forza nei reparti, per superare l'isolamento professionale, per avere conforto e/o per fugare eventuali dubbi. Sarebbe importante anche ricreare una solidarietà tra non obiettori, solidarietà che in talune situazioni non si riscontra più. Così come è indispensabile ritrovare le ragioni di una alleanza terapeutica tra operatori e donne sia nell'IVG che nel parto, nell'ottica di agire più complessivamente sul terreno culturale affinché sia rinnovato e riproposto il senso dell'autodeterminazione delle donne nelle scelte riproduttive.

Stante il clima culturale e l'aggressività di chi quella legge non ha mai accettato e che è costantemente impegnato ad erodere le possibilità concrete di applicazione, è unanime l'accordo sulla necessità di non modificare la legge 194, ma è aperto un dibattito sulle valutazioni relative alla possibilità di consentire l'IVG anche in strutture private. Pur senza preconcetti, le perplessità riguardano la capacità del "mercato" di autoregolamentarsi. Non si sottovaluta, comunque, la necessità di soffermarsi su una ridefinizione dell'aborto, opzione sempre presente nella vita di una donna nonostante le possibilità di accedere alla contraccezione. Si è ricordato il pensiero di Roberta Tatafiore, secondo la quale "l'aborto volontario non è un dramma". Dopo tanti anni occorre probabilmente trovare anche nuove terminologie e definizioni che possano aiutare a cambiare il punto di osservazione e a modificare le categorie concettuali di valutazione: ad esempio si può cominciare a parlare di 'prevenzione di gravidanze non programmate e non di 'prevenzione dell'aborto', oppure - prendendo spunto dal mondo anglosassone - si può cercare una traduzione efficace per "refusal of care" (gli obiettori sono coloro che rifiutano di curare) e di "conscientious commitment" (i non obiettori sono coloro che hanno un impegno di coscienza). Così come nell'organizzazione ospedaliera, per modificare l'atteggiamento ostile delle direzioni sanitarie nei confronti dei reparti in cui si pratica IVG, si potrebbe intervenire nelle Strutture Semplici Dipartimentali tirandoli fuori dall'Ostetricia e portandoli nell'alveo del Materno-Infantile. Non costerebbe nulla e magari funzionerebbe meglio.

Le proposte concrete emerse riguardano parecchie questioni, si riporta un elenco con sintetiche spiegazioni.

- RU486: avviare una campagna affinché sia distribuita in tutti gli ospedali, in Day Hospital e si ottenga di estenderne l'uso per l'aborto medico dai 49 giorni stabiliti dall'AIFA ai 63 giorni, come avviene in tutti i paesi europei.
- Aggiungere informazioni su RU486 alla scheda D12 per l'Istituto nazionale di Statistica (ISTAT), strumento di cui potrà successivamente disporre la Regione per inviare le relazioni trimestrali al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per stilare la relazione annuale sull'IVG.



## LIBERE DI SCEGLIERE

- Diagnosi prenatale: consentire di fare la diagnosi prenatale in convenzione solo agli Ospedali che fanno IVG.
- Contracezione: promuovere la contraccezione immediata post-IVG medica o chirurgica, con prescrizione di pillola o inserimento di IUD o impianti sottocute contestualmente all'intervento. Il perno su cui deve ruotare l'informazione alla donna è quello di sollecitarla all'autodeterminazione e alla libertà di scelta, oltre che alla sua salute.
- Consultori e IVG: arrestare la lenta decadenza cui i consultori sembrano condannati e il loro de-finanziamento, reinviare le donne per visite di controllo ai Consultori con cui avere varie modalità di integrazione compresa l'elaborazione di materiali informativi tradotti in varie lingue per informare le donne/coppie straniere e la formazione comune degli operatori sull'aborto medico e sulla contraccezione. I consultori devono agevolare la prenotazione dell'intervento ospedaliero ed i reparti ospedalieri devono incoraggiare il ritorno in consultorio dopo IVG.

## Gruppo Contraccezione

*Gruppo di lavoro sulla contraccezione.  
A cura di Marina Toschi e Pietro Puzzi.  
Reporter Eleonora Cirant.*

La contraccezione è pratica antica che solo negli ultimi decenni, si è dotata di metodi molto efficaci. La loro diffusione è stata condizionata storicamente in Italia da politiche pro-nataliste, da giudizi etici che si rifacevano ad alcuni dettami religiosi (enciclica *Humanae vitae* del 1968) e più recentemente dal desiderio di non interferire con il proprio stato di benessere e con il poco di naturalità che ci resta. La contraccezione (procreazione responsabile), uscita dall'illegalità solo nel 1971, fatica ancora a guadagnare un significato positivo, di scelta individuale e/o di coppia per una crescita personale e collettiva. La difficoltà ad affrontare la gravidanza da parte di giovani generazioni con lavoro precario o insicuro rischia di attribuire di nuovo un significato negativo alla contraccezione vista come necessità e non come scelta di salute sessuale e di buone relazioni affettive. In mancanza di un equilibrato approccio alla sessualità da parte delle agenzie educative, anche il timore delle malattie sessualmente trasmesse può diventare un incubo per i giovanissimi. In questa situazione, dopo la istituzione dei consultori familiari, la politica si è interessata poco del problema, lasciandolo gestire ai singoli ginecologi e alle aziende sanitarie interessate al mercato dei contraccettivi.

Eppure alcuni interventi da parte delle istituzioni e agenzie sanitarie ci paiono necessari e maturi.

- Completare la rete dei Consultori Familiari (CF) come previsto dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), che molte Regioni devono ancora recepire, prevedendo spazi o tempi specifici per gli adolescenti, mediazione culturale e personale adeguato agli obiettivi;
- migliorare l'accesso alla contraccezione:
  - consentendo ai ginecologi dei CF di poter applicare Dispositivi Intrauterini (DIU e IUS) e dispositivi sottocutanei in ogni sede di consultorio/poliambulatorio. Si chiarisca a livello nazionale quali sono gli standard richiesti (carrello per l'emergenza, consenso informato) per consentire un inserimento dei dispositivi in condizioni di sicurezza per l'utente e per l'operatore, opportunamente formato ad adempiere a questo dovere. Per consentire manovre invasive in un clima sereno, si chiede che l'ente erogatore del servizio (pubblico o privato) garantisca una adeguata copertura assicurativa agli operatori ed una efficace formazione ai più giovani. Dove necessario le sedi vanno messe a norma;
  - allargando l'accesso alla contraccezione gratuita, con una forte e convincente iniziativa nei confronti dell'AIFA e del Ministero della Salute. Ad esempio
    - ◆ passare in classe A, la Pillola Progestinica (POP) con nota riguardante le donne che allattano;
    - ◆ passare in classe A il Sistema Intrauterino con progestinico a lunga durata (IUS) con nota riguardante le donne che hanno mestruazioni abbondanti o metrorragie, a cui è indicato per salvaguardare la loro salute senza dover ricorrere all'isterectomia;
    - ◆ permettere la prescrizione su ricettario regionale di un numero di confezioni corrispondenti a 6 mesi di uso per le pillole in classe A;

## LIBERE DI SCEGLIERE

- ◆ organizzare la cessione gratuita e anonima dei contraccettivi in classe A alle giovani fino a 21 anni di età nei CF (vedi Regione Puglia).
  - consentire il libero acquisto (senza ricetta, sia pure a pagamento) sia della pillole usate per Contraccezione di Emergenza (CE) sia delle pillole POP ed Estro-Progestiniche (EP) necessarie per la continuazione della contraccezione già avviata;
  - informare le donne circa il loro diritto di ottenere la prescrizione della contraccezione di emergenza in tempo utile (vedi recente sentenza TAR Puglia) obbligando a prevedere percorsi descritti nelle Carte dei servizi ASL che chiariscano a quale strutture o professionisti ci si può rivolgere nei diversi territori. Prevedere di escludere al più presto l'obbligo di ricetta medica, come avviene nella maggioranza dei paesi europei, per anticipare l'assunzione del metodo migliorandone l'efficacia.
  - prevedere una adeguata formazione sulla contraccezione e sulla comunicazione efficace e rispettosa durante il corso di laurea in Medicina, nella specializzazione in Ginecologia, nei corsi di laurea in Ostetricia (per ostetriche), e nei corsi di aggiornamento dei medici di Medicina Generale;
  - favorire la diffusione del profilattico femminile, oltre a quello maschile, anche per permettere una migliore protezione dalle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST);
  - legalizzare apertamente la sterilizzazione maschile e femminile perchè possano essere eseguite senza sotterfugi in ogni presidio ospedaliero, garantendo una efficace informazione ed una meditata decisione, tenendo conto che si tratta di una soluzione irreversibile, seppur desiderata dai/dalle richiedenti;
- allargare da subito l'offerta di educazione sessuale ed affettiva. Considerato che l'educazione sessuale ed affettiva è già prevista dalla legge sui CF, dal POMI e dalla programmazione scolastica, chiediamo da subito l'estensione a tutte le scuole, fin dalle scuole materne, dell'offerta formativa agli insegnanti e agli studenti da parte dei Consultori familiari, utilizzando al meglio le equipe psico-socio-sanitarie già previste, da potenziare adeguatamente. Visto il ritardo dell'Italia nel contesto europeo, e considerata la sua ricaduta sul benessere delle giovani generazioni ci impegniamo a costituire un gruppo di lavoro interdisciplinare di operatori psico-socio-sanitari e di insegnanti, che proponga una legge per rendere obbligatoria l'offerta di corsi con una opportuna dotazione di ore, con metodologie attive ed adeguate in tutti i gradi scolastici e con personale adeguatamente formato, in sinergia con i servizi consultoriali. Nelle scuole andranno valorizzate le differenze personali e di genere, la conoscenza ed il rispetto del proprio corpo, il rispetto dell'altro/a, la cura delle emozioni ed il gusto delle relazioni significative;
  - migliorare l'informazione al pubblico mediante la creazione e diffusione di strumenti informativi pubblici, indipendenti ed efficaci, basati sulla comunicazione emotiva utilizzata abitualmente nei media:
    - cataloghi con tutti i metodi contraccettivi in varie lingue;
    - un sito internet istituzionale dedicato, sul modello di [www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr) (il sito francese a cura di Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé INPES), libero da conflitti di interesse.

### Gruppo Parto

A causa dell'elevato numero di richieste di partecipazione a questo gruppo, è stato necessario creare tre sottogruppi che hanno potuto affrontare con più attenzione, singoli aspetti del percorso nascita. Si sono individuati due percorsi principali (assistenza ospedaliera-pubblica e assistenza domiciliare-privata) ai quali è stato affiancato un gruppo che ha affrontato le tematiche inerenti la raccolta dati e la documentazione della gravidanza, di interesse trasversale.

### Strutture pubbliche

*Gruppo di lavoro sul servizio pubblico.*

*A cura di Lucia Bagnoli e Laura Castellarin.*

*Reporter Barbara Siliquini.*

Il servizio pubblico sta perdendo una grande opportunità di miglioramento della qualità dell'assistenza alla nascita se non saranno applicati gli strumenti già individuati dal legislatore con il Decreto Fazio e spesso disattesi dai Governi delle singole Regioni. In particolare si chiede che:

- ogni Regione rispetti l'Accordo Stato-Regioni sottoscritto a suo tempo e si doti di un Comitato per il Percorso Nascita (CPN) eletto in modo trasparente, con rappresentanti scelti tra i professionisti di provata esperienza in ambito di fisiologia ostetrico-neonatale, che preveda una paritaria suddivisione dei suoi componenti tra dirigenza, comparto e terzo settore. In particolare chiediamo che, poichè nell'accordo non sono esplicitamente definiti quali siano i membri che devono comporre il CPN, in esso siano chiaramente rappresentati sia i membri di quegli Ospedali e servizi territoriali che già ora si distinguono nella Regione per l'applicazione dei principi di promozione della fisiologia, sia i rappresentanti di associazioni di donne e utenti attivi nella Regione;
- il Comitato provvederà, come previsto dalla legge, all'emanazione del Percorso Nascita Regionale che definisca, tra le altre cose, i criteri per la chiusura dei punti nascita. Auspichiamo che si superino le valutazioni centrate unicamente sul numero di parti e si attivi una riorganizzazione che sappia differenziare in modo esplicito i luoghi per intensità di cure erogate, garantisca assistenza ostetrica anche in territori periferici, sostenga modalità assistenziali di provata efficacia ed efficienza (ambulatori ostetrici gestiti dalle ostetriche, garanzia di continuità assistenziale dei professionisti negli ambulatori dipartimentali, promozione e apertura delle case maternità in grado di operare in rete con il servizio DEA...);
- ogni Regione esiga dalle singole Aziende la costituzione in tempi brevi dei CPN locali e l'approvazione dei Percorsi Nascita locali che rispondano chiaramente alle esigenze specifiche di ogni singolo territorio. I Comitati locali dovranno prevedere la partecipazione sia degli operatori attivi nell'assistenza alla nascita che le associazioni di utenti attive sul territorio;
- ogni Regione emani una "Carta dei Servizi del Percorso Nascita" che trovi analoga accoglienza a livello locale. La carta dei servizi dovrà perseguire obiettivi di rafforzamento dell'autonomia e della libertà di scelta da parte dei genitori offrendo strumenti di educazione sanitaria, conoscenza dei servizi, conoscenza dei diritti;
- si provveda ad adeguare il protocollo Bindi alle nuove esigenze emerse dallo sviluppo della ricerca scientifica e oggi accolte da molte Regioni come assistenza gratuita di base, con particolare riferimento alla diagnostica

## LIBERE DI SCEGLIERE

prenatale non invasiva (test integrato), alla diagnostica prenatale invasiva (amniocentesi), allo screening per lo streptococco vagino-rettale.

Inoltre, si chiede che:

- le Associazioni del settore "no profit" e le Associazioni scientifiche vengano formalmente invitate a partecipare alla Conferenza di Partecipazione e vengano individuate come organismi di vigilanza sull'applicazione dei Percorsi nascita e della Carta dei Servizi;
- si individuino migliori sinergie tra i Dipartimenti di Prevenzione e Materno Infantile finalizzati in particolar modo ad obiettivi di tipo epidemiologico, di ricerca e di formazione del personale;
- venga raccomandata l'adesione delle Regioni ai protocolli Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), Baby Friendly Community Initiative (BFCI) e Mother and Baby Friendly Hospital Initiative (MBFHI) coordinati da OMS-UNICEF, venga verificata l'applicazione degli stessi nelle diverse Unità Operative e venga implementato a livello nazionale il Manuale per l'accreditamento dei punti nascita promosso dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS);
- si promuova la sperimentazione dei percorsi di assistenza ostetrica autonoma (ambulatori ostetrici e reparti di fisiologia) sul modello delle "Midwifery Led Unit" britanniche (unico esempio in Italia il Centro "La Margherita" dell'Ospedale Careggi di Firenze), in sinergia con i Consultori, trovando soluzioni ai problemi amministrativi ancora non risolti:
  - dirigenza ostetrica;
  - prescrizione ostetrica;
  - gestione amministrativa delle SDO (ricoveri e dimissioni da parte dell'ostetrica);
  - ricovero del neonato in Ostetricia;
  - assistenza post dimissione;
- si favoriscano progetti che prevedano l'offerta di assistenza a domicilio da parte del servizio pubblico, sia per l'assistenza al parto delle donne che lo richiedano e sia per l'assistenza al puerperio, con particolare attenzione al sostegno e alla promozione dell'allattamento al seno;
- si favorisca l'adesione delle farmacie Comunali al progetto Farmacia Amica dell'Allattamento Materno (FAAM) coordinato da "Il Melograno" in sinergia con il progetto BFCI.

### **Domicilio**

*Gruppo di lavoro sul parto a casa.*

*A cura di Barbara Grandi e Marta Campiotti.*

*Reporter Barbara Siliquini.*

Per le donne andare a partorire in ospedale oggi significa avere un'alta probabilità di essere sottoposte a pratiche e procedure inutili o dannose che interferiscono con l'evolversi ottimale dei delicati processi neuro endocrini che si attivano durante la nascita. Partorire in casa o in una Casa Maternità può essere un'esperienza molto più ricca e soddisfacente, con effetti positivi sul benessere e sulla salute di madre e bambino per la vita intera.

Una vera scelta sul luogo del parto oggi in Italia è quasi ovunque impossibile. I fattori che influiscono sulla valutazione sono di tipo sanitario, emotivo, culturale, sociale ed economico. I costi di un'assistenza privata non sempre sono sostenibili dalle famiglie in questi tempi di crisi.

In Italia il parto in casa è un fenomeno di nicchia ma in aumento. I dati sono probabilmente sottostimati a causa di carenze nella raccolta. L'assistenza a domicilio è difficile da ottenere nel servizio pubblico mentre è discretamente diffusa come assistenza privata; viene erroneamente considerata rischiosa e a volte demonizzata ma spesso viene anche proposta da giornali femminili e riviste di salute naturale. Gli studi osservazionali di grande ampiezza accumulati negli anni, giustamente ripresi dall'ultima revisione della Cochrane Library pubblicata a settembre u.s. (Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Library Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9), indicano come, nelle gravidanze normali, non ci sia differenza nella mortalità materna e neonatale indipendentemente dal luogo del parto (casa vs ospedale) con alcuni vantaggi per il parto a casa. Il tasso di complicazioni materne, infatti, è più basso tra le donne che scelgono il parto a casa (dal 10 al 30% in meno) e il tasso di interventi, come i tagli cesarei, è dal 20 al 60 % inferiore.

Un grande studio osservazionale (Janssen PA, et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician Canadian Medical Association Journal 2009;181(6-7): 377-83.) inoltre riferisce che lesioni e traumi al bambino (emorragia cerebrale, frattura della clavicola, lesioni al plesso brachiale) sono tre volte più frequenti nei parti in ospedale.

Nel 2010, la Corte Europea per I Diritti Umani di Strasburgo ha stabilito, nel caso di Ternovszky contro l'Ungheria, che "il diritto al rispetto della vita privata include anche il diritto di scegliere le circostanze in cui avere il proprio parto". In Italia L'art. 25 della legge 833/78 dice che "le prestazioni di cura vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare". Combinando questo articolo con l'art. 32 della Costituzione, e in assenza di una norma che preveda l'obbligo di partorire in ospedale, si deduce che la partoriente ha il diritto di scegliere dove partorire senza che ciò faccia venir meno il dovere di assistenza del SSN. L'ASL sarebbe obbligata per legge ad inviare un'ostetrica sua dipendente per prestare assistenza domiciliare alla donna qualora questo sia il desiderio della partoriente. Il parto a domicilio è un diritto che lo Stato deve tutelare con l'istituzione, in tutte le Regioni e in tutte le ASL, di servizi appositi, ovvero garantendo un rimborso per le spese sostenute in caso di assistenza da parte di Ostetriche Libero Professioniste (OLP). Per questo chiediamo che il parto extraospedaliero venga inserito nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nazionali, in modo che diventi un obbligo per le Regioni recepirlo.

La situazione dell'Italia rispetto al parto extraospedaliero è molto variegata. Ci sono Regioni che si sono dotate di una legge che prevede il rimborso parziale dell'assistenza

## LIBERE DI SCEGLIERE

extraospedaliera (Piemonte, Marche, Lazio, Emilia-Romagna, province di Trento e Bolzano) e altre che non ce l'hanno. Dove c'è una legge i criteri per essere accettati al rimborso sono diversi (ad esempio l'epoca gestazionale in cui si deve presentare la richiesta, l'età materna...). La Legge del Lazio, la più recente, viene molto criticata soprattutto per alcuni criteri di sicurezza introdotti. Uno di questi impone che il domicilio sia a meno di 7 km dal più vicino ospedale quando, generalmente, si ritiene accettabile un ospedale raggiungibile in 30 minuti d'auto. In questa decisione non è stata coinvolta la rappresentanza delle ostetriche che assistono a domicilio, avallando, di fatto, una regola che pone vincoli senza migliorare gli esiti.

Le Case Maternità, che hanno una rete con un marchio comune, stanno lentamente aumentando di numero: in Lombardia sono 3, due in Emilia-Romagna, una in Lazio, l'unica Casa del Parto pubblica. Purtroppo, pur essendo una struttura con grandi potenzialità, non è stata supportata da una équipe dedicata. Questo ha condizionato pesantemente il numero di parti effettuati. Questi luoghi sono sottoposti alle stesse regole del parto a domicilio ma alcune regioni hanno imposto, snaturando il senso dell'assistenza a casa, la presenza di cardiocografi al loro interno. (Regione Sicilia, "Casa di maternità - Approvazione delle linee guida".decreto 19 novembre 2010).

Sono in aumento le ostetriche che fanno una scelta precisa di lavorare al di fuori delle istituzioni pubbliche. Molte di loro esprimono una posizione critica rispetto alla gestione dell'ostetricia secondo il modello biomedico e propongono un'assistenza che fonda i suoi principi sul mantenimento della salute. Si occupano di incontri di accompagnamento alla nascita e dopo parto come importanti strumenti di prevenzione, seguono la donna durante la gravidanza e l'allattamento, l'assistono nel parto a casa o la accompagnano in ospedale. Esse incontrano quotidianamente alcuni ostacoli nell'esercizio della professione. Tra tutti, riteniamo di dover segnalare:

- la difficoltà nell'approvvigionamento di farmaci fondamentali per la sicurezza dell'assistenza, in particolare l'ossitocina. Gli organismi deputati alla risoluzione di questo problema sono i Collegi delle Ostetriche ai quali chiediamo un impegno fattivo;
- il pagamento di contributi INPS molto elevati anche nel corso dei primi anni di attività, non essendo queste proporzionate al livello di entrate. Le OLP sono equiparate, dal punto di vista previdenziale, ai commercianti e non ad altri professionisti della salute (L. 249/90);
- è stata evidenziata una sottostima del parto a domicilio a livello epidemiologico come conseguenza delle criticità nella raccolta dei Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP). Molte ostetriche non sanno dove inviare i certificati. Secondo il D.M. n.349 del 16 luglio 2001, ogni ostetrica o medico che assiste al parto ha l'obbligo di compilare questo certificato e di spedirlo/consegnarlo all'osservatorio epidemiologico della ASL dove è avvenuto il parto, indipendentemente dal luogo del parto. Il certificato è identico a quello dell'ospedale e segue lo stesso iter. Alcune Regioni (Lazio e forse altre) nel trasformare il certificato in digitale (da cartaceo che era) hanno omesso la possibilità di segnalare il parto come extraospedaliero. Ciò altera i dati a livello statistico. Si ritiene che il Ministero della Salute o gli uffici epidemiologici regionali possano occuparsi della risoluzione del problema.
- gli organi di rappresentanza delle ostetriche a livello centrale e periferico si sono dimostrati, negli anni, poco attenti alle tematiche del parto extraospedaliero. Sarebbe auspicabile una quota di rappresentanza riservata alle OLP all'interno degli organi istituzionali.

Questo gruppo chiede alle istituzioni e alla società civile:

## LIBERE DI SCEGLIERE

- di facilitare una diversa cultura delle nascite anche con interventi mirati nelle scuole. È necessario che le donne riacquistino la fiducia nella capacità generatrice del loro corpo e che siano consapevoli dei benefici del parto indisturbato. Dovrebbero prendere coscienza e impegnarsi per il diritto a scegliere come, dove e con chi partorire; va sviluppata la coscienza della violenza ostetrica che alcune nazioni hanno già annoverato tra le diverse forme di violenza sessuale;
- di promuovere una campagna mediatica per la libertà di scelta nel parto che coinvolga tutti i mezzi di comunicazione di massa con il coinvolgimento di consolidate associazioni di genitori che si impegnano per la nascita normale.
- di esercitare pressione perché esempi d'eccellenza assistenziale possano essere riprodotti in tutta Italia. Esempi come la continuità assistenziale dei professionisti che garantiscono accompagnamento della stessa équipe su tutto il percorso nascita (assistenza al parto a casa od ospedaliera compresa), che viene attuata dalle ostetriche consultoriali e ospedaliere di Reggio Emilia, o dal servizio di assistenza al parto a casa dell'ospedale S. Anna di Torino vanno promossi e valorizzati anche inserendo nel percorso formativo accademico e post laurea delle ostetriche dei periodi di affiancamento in questi progetti. Osservare e riconoscere il parto normale costituisce un potente input alla promozione della fisiologia e alla formazione delle nuove leve;
- di estendere a tutte le Regioni la possibilità di usufruire di un rimborso per le spese sostenute per la nascita in casa;
- di impegnarsi affinché si crei, tra OLP e istituzioni, un collaborativo rapporto di reciproca fiducia, superando, anche con l'aiuto di strumenti legislativi, le attuali difficoltà di comunicazione.



### Documentazione

*Gruppo di lavoro sulla revisione della documentazione sanitaria*

*A cura di Lisa Canitano e Angela Giusti*

*Reporter Giovanna Riso*

La documentazione sanitaria è caratterizzata da una grande eterogeneità. Le inevitabili differenze regionali rendono disomogenea la raccolta dati con ripercussioni sulla possibilità di descrivere puntualmente le variazioni nelle pratiche assistenziali. Tra i documenti su cui si è deciso di concentrare l'attenzione, vi è il Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) e la cartella della gravidanza, di seguito indicata come Agenda.

Agenda

Alcune Regioni hanno da tempo deciso di uniformare l'assistenza in gravidanza attraverso l'adozione di un documento unico distribuito a tutte le gravide attraverso i Consultori, prediligendo l'aspetto assistenziale (cartella della gravidanza) l'aspetto informativo (sul modello della Carta dei Servizi) o l'aspetto burocratico (impegnative per le indagini raccomandate). In altri casi (Comune di Roma in collaborazione con l'Associazione Vita di Donna) si è optato per la diffusione, su canali istituzionali e non, di un documento informativo che promuovesse informazione e autonomia delle donne nei confronti del Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) nel servizio pubblico, riducendo indirettamente le pratiche inappropriate a cui le donne sono sottoposte. Il Piemonte ha invece scelto di utilizzare un articolato documento, l'Agenda di Gravidanza, che segua la donna in tutto il percorso nascita con un supporto di tipo burocratico (impegnative), assistenziale (cartella) e informativo (Carta dei Servizi), inserendo anche parti specifiche indirizzate alla promozione della scelta informata (informativa e firma del consenso/dissenso per l'esecuzione del test integrato, piano del parto, ...). L'obiettivo finale della Regione Piemonte consiste nel digitalizzare l'agenda in modo da far risultare i dati sanitari all'interno del fascicolo sanitario della donna, costituendo un database al quale attingere durante il ricovero tramite la cartella informatizzata. Nonostante i tentativi di alcune Regioni (anche Toscana, Sicilia, Friuli-Venezia-Giulia hanno prodotto documenti simili), resta irrisolta la questione dell'uniformità di comportamento tra professionisti del servizio pubblico e del servizio privato ma emerge anche una grande difformità tra regioni. Si ritiene che questa l'unificazione della documentazione abbia punti di forza e di debolezza.

- Punti di forza:
  - piano del parto che informa la donna sui suoi diritti, sulla normalità;
  - può servire anche a riconoscere il proprio diritto a una comunicazione e relazione di qualità con l'operatore;
  - ridurre le pratiche inappropriate a cui vengono sottoposte le donne;
  - promuovere l'autonomia delle donne attraverso la conoscenza;
  - può raggiungere le donne "irraggiungibili" se distribuita in luoghi chiave e con modalità adeguate;
  - è utile a tradurre in un linguaggio comprensibile e spendibile dalle donne le evidenze scientifiche;
  - dà strumenti alle donne per mettersi in "contrasto", per esigere un certo tipo di assistenza.
- Punti di debolezza:
  - in alcuni casi il piano del parto è offerto come suggerimento alla donna, non è stato condiviso con gli operatori come pratica (come invece avviene in Piemonte). Sarebbe necessario fare un'azione dall'alto a livello di politiche regionali e aziendali per la condivisione del piano come un PDTA (consapevole che PDTA è usato in modo improprio

## LIBERE DI SCEGLIERE

trattandosi di fisiologia), di formazione tra gli operatori, di informazione sulla popolazione generale;

- a volte l'agenda viene prodotta e non distribuita, oppure viene distribuita e non mediata da un operatore (se viene solo data serve alle donne già motivate, non alle "irraggiungibili"), o addirittura viene osteggiata da alcuni operatori;
- nonostante tutta l'informazione data, è possibile che al momento del parto le donne non trovino l'operatore "che ci crede", che le supporta e le appoggia nella loro scelta;
- il timore del contenzioso medico legale è uno degli aspetti da considerare;
- è necessario portare attenzione a non delegare alla donna la responsabilità di negoziare la propria assistenza, colpevolizzandola quando non ci riesce (analogia con la violenza domestica "Perché non ti sei ribellata?").

L'agenda può essere quindi una grande risorsa per il cambiamento dell'assistenza a patto che si rispettino alcune caratteristiche:

- l'agenda dovrebbe contenere informazioni su tutte le possibili scelte disponibili, eventualmente rimandando a fonti informative affidabili sugli indicatori delle diverse strutture;
- dovrebbe essere distribuita nei punti chiave e dovrebbe essere consegnata da persone esperte in grado di comunicarne le potenzialità;
- l'agenda dovrebbe essere concordata con gli operatori e i decisori, o quantomeno essi dovrebbero essere considerati soggetti coinvolti o informati per non delegare alla sola donna la responsabilità di negoziare la propria assistenza con un piano del parto;
- la formazione degli operatori è necessaria nel momento in cui ci sia una consapevolezza delle donne e una precisa volontà organizzativa e dei decisori;
- è necessaria una sensibilizzazione dell'opinione pubblica, che coinvolga i professionisti sanitari che si occupano della nascita;
- va sempre rispettata la libertà di scelta, che deve permeare l'agenda (e non solo riflettere il nostro paradigma di riferimento). Per questo si ritengono importanti le informazioni riguardanti il parto a domicilio, il diritto all'epidurale, l'allattamento, ecc.

### CeDAP

L'attuale modello standard consente solo parzialmente di monitorare l'appropriatezza delle pratiche di assistenza alla nascita. Tenuto conto che il CEDAP dev'essere uno strumento snello di raccolta dati, andrebbero apportate alcune modifiche che permettano di fotografare con più esattezza il profilo assistenziale adottato nelle diverse strutture. Per i suggerimenti ci siamo ispirate, oltre all'esperienza personale, ai modelli CEDAP delle Marche e dell'Emilia Romagna.

- Condizione professionale: sarebbe utile avere la specifica del tipo di occupazione (contratti a progetto, a tempo determinato, a tempo indeterminato...).
- Visite in gravidanza: indicare il numero esatto anziché delle categorie predefinite (da 0 a 4, maggiore di 4).
- Numero di ecografie: specificare il numero di ecografie effettivamente fatte (il rischio è che quelle non refertate non vengano registrate).
- Assunzione acido folico: non assunto, preconcezionale, in gravidanza, in entrambi i momenti.

## LIBERE DI SCEGLIERE

- Servizio prevalentemente usato in gravidanza: CF pubblico, CF privato, ambulatorio ospedaliero pubblico, professionista privato (compresa attività intramoenia).
- Professionista che ha seguito la gravidanza: ostetrica, ginecologo, nessuno, altro.
- Incontri di accompagnamento alla nascita: si/no, luogo (consultorio, ospedale, pubblico o privato); numero d'incontri (almeno 4); incontri di coppia previsti s/n; teorico, teorico/pratico.
- Modalità del travaglio: assente, ad inizio spontaneo, indotto, accelerato.
- Motivo di induzione: descritto con codici SDO.
- Tipo di induzione: prostaglandine, ossitocina, altro farmaco, amnioressi.
- Utilizzo di metodiche antidolore in travaglio: nessuna, epidurale, altra analgesia farmacologica, metodiche non farmacologiche.
- Monitoraggio bcf: assente, continuo, intermittente.
- Taglio cesareo: indicazione descritta con codici SDO
- Anestesia per il parto: generale, spinale.
- Condizioni del perineo: intatto, lacerazione di 1°, 2° 3°, 4° grado, episiotomia (tipo).
- Manovra di Kristeller: si/no, numero di manovre.
- Posizione in travaglio: libera, a letto.
- Posizione al parto: in piedi, carponi, accovacciata, sgabello, in acqua, litotomica/lettino da parto, distesa sul fianco, altro.
- Taglio del cordone: entro 30 secondi, entro 1 minuto, entro 3 minuti, dopo il secondamento.
- Prelievo sangue cordonale: si/no, donazione, conservazione autologa.
- Contatto pelle a pelle: si/no, entro 5 minuti, durata, ragioni per la sospensione.
- Secondamento spontaneo, manuale, perdita ematica stimata.
- Va definito un codice specifico per il parto a domicilio (non basta la voce "Altro") nel quale venga specificato anche l'eventuale motivo di trasferimento in ospedale, se questo si è verificato.
- Neonato: collegamento alla SDO del neonato

I dati raccolti dovrebbero essere pubblicati nei rapporti annuali emessi dalle Regioni. È auspicabile la creazione di un sito sul modello di <http://www.birthchoiceuk.com/> che potrebbe essere curato da associazioni di utenti a copertura nazionale attingendo dai dati pubblici (rapporti CeDAP e altri report di flussi di dati correnti) tradotti in linguaggio divulgativo. Ai sensi della legge 241 del 7 agosto 1990 che definisce i criteri di trasparenza dell'attività della pubblica amministrazione, il cittadino ha diritto di conoscere e divulgare questi dati. L'autorizzazione all'accesso è ancor più perentoria qualora si tratti di dati raccolti a fini di ricerca (utilizzo da parte di associazioni scientifiche o università). I dati CeDAP potrebbero essere integrati da ulteriori informazioni sull'offerta di servizi da parte delle singole strutture sul modello di quanto realizzato in passato da alcune associazioni (AIED congiuntamente a "Il Melograno" Verona, "Il Melograno" Roma).

## Azioni da intraprendere

Analizzate da vicino le criticità riguardanti i diversi ambiti, si chiede di utilizzare questo documento in ogni contesto di programmazione dell'attività sanitaria con particolare attenzione alla pianificazione politica di cui si discute in questo periodo di campagna elettorale. Sentiamo l'esigenza di:

- costituire un gruppo multidisciplinare di provata esperienza, composto da membri scelti nei diversi ambiti della società civile e del contesto psico-socio-sanitario sulla base delle loro competenze e del loro impegno a favore della prevenzione e del mantenimento della fisiologia, ispirati da principi di equità, attenti alla necessità di mettere in atto scelte basate su prove di efficacia, in grado di mettere a punto strumenti di valutazione degli esiti, capaci di progettare e programmare azioni a lungo termine. A questo gruppo di esperti si chiede di:
  - riprendere, aggiornare e riproporre i disegni di legge già discussi in passato portando particolare attenzione all'incremento della frequenza degli incontri di accompagnamento alla nascita, alla valorizzazione dell'ambulatorio ostetrico, alla risoluzione della questione della prescrizione ostetrica, al riconoscimento della possibilità di scelta del luogo del parto, alla promozione della nascita normale all'interno delle strutture sanitarie grazie a percorsi di fisiologia ostetrica (midwifery led unit, case del parto, case maternità...), al supporto delle iniziative BFHI, BFCI, MBFHI e FAAM riservando una delicata e sensibile attenzione all'educazione delle nuove generazioni sui temi della prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, della contraccezione, dell'aborto, della sessualità, della genitorialità e della prevenzione dei tumori dell'apparato riproduttivo;
  - rivalutare il ruolo dell'ostetrica/o con particolare riferimento all'assistenza alla gravidanza fisiologica (assegnata come competenza esclusiva a questa figura professionale) e all'utilizzo del ricettario;
- attivarsi all'interno del servizio pubblico per chiedere conto della costituzione e dell'attività dei CPN regionali e aziendali. Fare pressione per conoscere nomi dei referenti ed ottenere il resoconto delle attività svolte;
- attivarsi per chiedere la realizzazione e diffusione della Carta dei Servizi per il Percorso Nascita;
- vigilare sull'applicazione della legge 194/78 anche in riferimento alla possibilità di utilizzo della RU486;
- chiedere che venga unificata la documentazione della gravidanza sul modello delle Agende regionali già esistenti;
- fare pressione sugli assessorati regionali alla sanità per fare in modo che vengano pubblicati puntualmente i Rapporti CeDAP regionali;
- creare alleanze con i Dipartimenti di Prevenzione per attività di formazione del personale, di promozione della nascita normale e di sostegno dell'allattamento;
- far sentire la nostra voce alle istituzioni ad ogni livello. In qualità di stakeholders possiamo ricoprire una funzione di rispecchiamento sulla qualità ed efficacia del servizio pubblico oltre che sulla capacità dello stesso di entrare in una dimensione di apertura e collaborazione anche con professionisti di fiducia della donna. Per questo motivo invitiamo la società civile tutta a comunicare sempre le proprie impressioni in merito all'assistenza ricevuta, sottolineando sia gli aspetti positivi che gli aspetti sensibili di miglioramento, affidandosi al supporto di associazioni di madri presenti sul territorio. Ogni Azienda Sanitaria ha un Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) preposto a

## LIBERE DI SCEGLIERE

raccogliere lettere di elogio, suggerimento, reclamo; spesso sono disponibili moduli predefiniti a questo scopo e gli utenti hanno la possibilità di delegare le associazioni a rappresentarli. A breve, sul gruppo Cerchi metteremo a disposizione dei fac-simile che potranno essere personalizzati;

- promuovere campagne di conoscenza dei diritti riproduttivi, di informazione sulla nascita normale, di riconoscimento giuridico della violenza ostetrica, così come già avvenuto in alcuni Paesi, che prevedano l'uso di strategie di comunicazione efficaci tramite un coordinamento in rete e l'utilizzo di azioni legali nei casi di accertata violenza ostetrica;
- contattare i dirigenti scolastici per chiedere di inserire nei Piani dell'Offerta Formativa scolastica (POF) progetti che prevedano una sinergia di lavoro tra famiglie, docenti e ragazzi, con l'ausilio di professionisti del servizio pubblico di riconosciuta competenza e adeguata formazione bio-psico-sociale;
- rendersi disponibili ad una raccolta di dati sulla qualità delle cure che permetta una mappatura degli ospedali italiani in relazione alle tematiche dell'età riproduttiva (possibilità di accesso a metodi contraccettivi meno comuni, possibilità di ottenere l'IVG farmacologia, comfort della struttura e protocolli assistenziali alla nascita per madre e bambino );
- iscriversi a gruppo di discussione "Cerchi" in modo da facilitare lo scambio di informazioni e il coordinamento delle azioni;
- comunicare per iscritto agli organi di rappresentanza le difficoltà che si incontrano quotidianamente nell'esercizio della professione invitandoli ad individuare soluzioni adeguate;
- inoltrare sempre, anche di fronte a gravidanze fuori protocollo, la richiesta di rimborso all'azienda di residenza nel caso in cui il parto sia avvenuto a casa. Esiste un precedente di rimborso anche in caso di gravidanza a rischio a cui si può fare riferimento. Ciò ha lo scopo di invitare a rivalutare alcuni parametri di rischio che non siano legati a patologie come, per esempio, l'età materna. A breve, sul gruppo Cerchi metteremo a disposizione dei fac-simile che potranno essere personalizzati;
- impegnarsi a raccogliere con cura ed inoltrare sollecitamente all'ASL di riferimento a mezzo Posta Elettronica Certificata (PEC) o a mezzo posta ordinaria con la dicitura "Posta sanitaria riservata", i certificati CeDAP dei parti avvenuti a domicilio (capofila l'Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio);
- partecipare al monitoraggio dei parti a domicilio in decima giornata elaborata dall'Istituto Mario Negri e promossa dall'Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio;
- mantenere i contatti con i referenti politici della propria zona per monitorare l'andamento delle scelte sanitarie e verificare l'adesione di queste ai progetti pubblicizzati in campagna elettorale.