



Indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale. "NASCERE SICURI"

12^a Commissione Igiene e sanità del Senato della Repubblica

Audizione del 29 novembre 2011

Nota

a cura di Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato

PREMESSA

Questo documento contiene il contributo di Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato nella materia oggetto della odierna Audizione. Esso è costituito da:

- Dati provenienti dalle segnalazioni dei cittadini
- Dati provenienti dai cicli di Audit civico
- Informazioni raccolte attraverso l'osservatorio civico sul federalismo in sanità
- Proposte
- Allegato: Il percorso nascita, estratto dal Rapporto 2011 "Osservatorio civico sul federalismo in sanità", Cittadinanzattiva.

CONTESTO

Il tema della qualità e della sicurezza dei punti nascita nel nostro Paese e del relativo percorso assistenziale è riemerso con forza nel dibattito pubblico nel corso del 2010, a seguito di numerosi episodi di errori di diagnosi e ritardi nell'assistenza, con conseguenze anche gravi per la salute della partoriente e del neonato, riportati con molta enfasi dalla stampa e vissuti con enorme preoccupazione dai cittadini. Il clamore determinato soprattutto da alcuni casi emblematici ha determinato l'avvio di un dibattito anche al livello parlamentare¹ e governativo, approvato in Conferenza permanente delle Regioni, con l'Accordo del 16 dicembre 2010 sulle nuove Linee di indirizzo per il percorso nascita². Oggetto dell'accordo è

¹ Indagine conoscitiva nell'ambito dell'esame delle abinate Proposte di legge C. 918 Marinello, C. 1353 Livia Turco, C. 1513 Palumbo, C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte e C. 3303 Lucà, recanti "Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato". Camera dei deputati, Commissione XII Affari sociali, seduta di martedì 12 ottobre 2010 e di martedì 19 ottobre 2010.

² Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", 16 dicembre 2010.





un programma nazionale di interventi nel triennio 2010-2012, articolato in 10 linee di azione, da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale.

Box 1- Percorso Nascita. Le dieci Linee di azione del programma nazionale di interventi per il triennio 2010-2012

1. Misure di politica sanitaria
2. Carta dei servizi per il percorso nascita
3. Integrazione territorio-ospedale
4. Sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del SNLG-ISS
5. Programma di implementazione delle Linee guida
6. Elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita
7. Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto
8. Formazione degli operatori
9. Monitoraggio e verifica delle attività
10. Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita

Fonte: Cittadinanzattiva, Osservatorio civico sul federalismo in sanità, 2011

Per avere un quadro più chiaro, occorre inoltre considerare che:

1. la rete ginecologica italiana è stata concepita negli anni '60, quando le nascite erano 1.200.000, mentre nel 2009 ne abbiamo registrate la metà (568.000) e sono ulteriormente in diminuzione;
2. la complessità degli interventi e dell'assistenza è aumentata, dal momento che è sempre più elevata l'età media delle donne che partoriscono (in media il primo parto avviene a 34 anni e le mamme over 40 nel 2008 sono state 32.000, mentre erano 20.000 solo alcuni anni fa);
3. in Italia si registra da anni il valore più elevato a livello europeo del numero di tagli cesarei (media europea nel 2006: 24,8%, nello stesso anno l'Italia registrava 39,3%);
4. i dati a disposizione dimostrano una eccessiva disomogeneità dell'assistenza e dei livelli di qualità e sicurezza, oltre che di accoglienza e umanizzazione, a seconda della Regione in cui si vive.

In questo contesto e tenendo conto delle differenze regionali, possiamo raggruppare le questioni emergenti in due aree:

- a. la sicurezza, che va dai tassi di mortalità materna e neonatale, al ricorso eccessivo al taglio cesareo, dalle dimensioni dei punti nascita, alla organizzazione in livelli di assistenza fino al trasporto materno e neonatale;
- b. l'umanizzazione, che comprende l'accoglienza nei reparti, la vicinanza di un familiare e del neonato, l'accesso alla parto analgesia, la promozione dell'allattamento al seno, ma anche l'assistenza psicologica, l'accesso a servizi di mediazione culturale, il riconoscimento di un ruolo al medico di fiducia in un sistema integrato ospedale-territorio.





I NOSTRI DATI

1. La sicurezza della donna e del bambino: cosa dicono le segnalazioni dei cittadini³

Le informazioni che seguono sono la rappresentazione sintetica delle 23.534 segnalazioni che Cittadinanzattiva ha gestito nel 2010 attraverso il PiT⁴ Salute della sede nazionale, i PiT salute locali e le circa 300 realtà locali del Tribunale per i diritti del malato (Tdm) presenti sul territorio nazionale.

Nell'ambito di ginecologia e ostetricia, le questioni che maggiormente sono state segnalate nell'ambito della sicurezza di mamma e nascituro hanno ad oggetto presunti errori diagnostici o terapeutici e difficoltà di accesso ai ricoveri.

I presunti errori diagnostici in ginecologia e ostetricia

La tabella che segue mostra che le segnalazioni su presunti **errori diagnostici in ginecologia e ostetricia sono la terza area specialistica** per la quale i cittadini sospettano di essere stati vittime di un errore diagnostico.

Presunti errori diagnostici/Area specialistica	2010	2009
Oncologia	29,3%	27,6%
Ortopedia	14,8%	17,2%
Ginecologia e ostetricia	10,1%	13,7%
Cardiologia	8,2%	10,4%
Neurologia	7,0%	6,9%
Pneumologia	6,0%	0,0%
Oculistica	5,0%	3,5%
Odontoiatria	4,1%	3,5%
Dermatologia	3,1%	0,0%
Gastroenterologia	3,1%	6,9%
Malattie infettive	2,1%	3,5%
Pediatria	1,2%	0,0%
Altre aree	6,0%	6,8%
Totale	100%	100%

Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

E' da notare però esse **sono scese** di 3,6 punti percentuali: dal 13,7% del 2009, al 10,1% nel 2010.

³ Il Rapporto completo è disponibile sul sito www.cittadinanzattiva.it

⁴ PiT è l'acronimo di Progetto integrato di Tutela, servizio di informazione, consulenza e assistenza di Cittadinanzattiva.





Ipotizziamo che la diminuzione possa essere dovuta alla **maggiore consapevolezza delle donne** sull'importanza di effettuare **screening periodici di controllo**, (pap test, ecografie pelviche, visite ginecologiche ecc.), ed alla **maggiore attenzione nel segnalare dubbi e sintomi diagnostici**. A tutto ciò aggiungiamo inoltre un **aumento di informazione** da parte dei media con **programmi televisivi a carattere scientifico-sanitario**. Ciò ha probabilmente contribuito a diffondere campagne informative di prevenzione, come quella della vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV). Un altro elemento, infine, potrebbe essere quello della **maggiore attenzione posta sui punti nascita**, che attraverso la chiusura dei presidi più piccoli e con meno garanzie, ha orientato verso grandi **centri specialistici che offrono maggiore affidabilità**.

Le questioni che sono state oggetto di segnalazione sono dettagliate nel box che segue:

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI DIAGNOSTICI IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Errata o ritardata diagnosi di patologie ginecologiche (fibromi; polipi; cisti ovariche; tumori uterini e delle ovaie; ecc.). ➤ Errata diagnosi ecografica di patologie sul feto (es. mancanza o incompletezza di organi). ➤ Errata diagnosi su liquido amniotico (sindrome di Down; malattie genetiche; ecc.). ➤ Errori di lettura dei tracciati tocografici (es. mancata diagnosi di sofferenza fetale). ➤ Mancata diagnosi tempestiva di emorragia in atto. ➤ Diagnosi intempestiva di gravidanza extrauterina. ➤ Mancata o intempestiva diagnosi di infezione uterina post partum (per residui placentari non diagnosticati). ➤ Intempestiva diagnosi di infezione della ferita chirurgica. ➤ Errate o intempestive diagnosi di rischio di aborto o in atto.

Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

I presunti errori terapeutici in ginecologia e ostetricia

Anche nell'area dei presunti errori terapeutici in ginecologia e ostetricia assistiamo ad **una netta riduzione delle segnalazioni (-6,6 punti percentuali)** passando dal 10,7% del 2009, al 4,1% del 2010.

Presunti errori terapeutici/Area specialistica	2010	2009
Ortopedia	17,6%	33,3%
Chirurgia generale	11,7%	8,0%
Oncologia	10,7%	6,7%
Odontoiatria	8,9%	8,0%
Cardiologia	7,9%	1,3%
Oculistica	5,0%	6,7%
Neurologia	5,0%	1,4%
Ginecologia e ostetricia	4,1%	10,7%





Gastroenterologia	4,0%	5,3%
Urologia	3,5%	2,7%
Cardiochirurgia	2,2%	1,3%
Ematologia	2,2%	2,7%
Pneumologia	1,7%	2,7%
Angiologia	1,7%	0,0%
Pediatria	1,7%	1,3%
Chirurgia estetica	1,6%	0,0%
Nefrologia	1,1%	0,0%
Medicina generale	1,1%	1,3%
Otorinolaringoiatra	1,1%	1,3%
Altre aree	7,2%	5,3%
Totale	100%	100%

Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Nonostante la diminuzione in termini percentuali, restano tuttavia importanti le questioni che sono state oggetto di sospetto errore; ecco un prospetto sintetico, rappresentato nel box che segue:

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI TERAPEUTICI IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA
<p>Tipologie di segnalazioni giunte di ostetricia e ginecologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Problematiche insorte durante la gravidanza. ➤ Esami ed accertamenti. ➤ Trattamento di patologie ginecologiche (fibromi, polipi, infezioni ecc.). ➤ Assistenza e problematiche durante il parto. ➤ Sofferenza e trattamenti analgesici durante il parto. ➤ Danni riportati da madre e nascituro a causa delle manovre messe in atto con il parto . ➤ Problematiche inerenti alla procreazione assistita. ➤ Interventi su utero ed ovaie (isterectomia ed ovalectomia, raschiamenti ecc.). ➤ Gravidanze extrauterine. ➤ Aborti. <p>Tipologia di presunti errori terapeutici in ostetricia e ginecologia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Errori di somministrazione di farmaci: di induzione al parto; di terapia analgesica; di anestesia epidurale e totale; per la contrazione uterina; terapia antibiotica; terapia antitrombotica; terapia diuretica; ecc. ➤ Errori nelle manovre di estrazione del neonato. ➤ Errori nella episiotomia e nei punti di sutura. ➤ Errati interventi su fibromi; raschiamenti; ➤ Errori sulla estrazione e controllo di espulsione della placenta. ➤ Errata esecuzione di amniocentesi. ➤ Errori su interventi sulle tube e le ovaie (gravidanza extrauterina; ovaio policistico; ecc.)

Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011





Difficoltà di accesso ai ricoveri

La terza area di segnalazione afferisce alle difficoltà di accesso ai ricoveri, che fa registrare un incremento notevole proprio nell'area della **ginecologia e ostetricia (6,1% nel 2010 contro il 2,3% del 2009)** dove certamente la chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti all'anno rappresenta per i cittadini un evidente ostacolo all'accesso.

Ricoveri /Area specialistica	2010	2009
Ortopedia	21,0%	18,8%
Oncologia	20,5%	20,7%
Neurologia	20,0%	17,1%
Nefrologia	16,2%	15,6%
Cardiologia	11,2%	12,8%
Ginecologia e ostetricia	6,1%	2,3%
Gastroenterologia	2,4%	4,7%
Altro	2,6%	8,1%
Totale	100%	100%

Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

2. Parto indolore, parto cesareo e consenso informato: i dati dell'Audit civico 2009

L'Audit Civico, ideato da Cittadinanzattiva nel 2000, consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche, e si configura come uno strumento a disposizione dei cittadini per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie locali e ospedaliere.

Su **138 ospedali** coinvolti nell'esperienza di valutazione civica dei servizi sanitari (audit civico) realizzata nel 2009 da Cittadinanzattiva emerge chiaramente che:

- la metà delle aziende sanitarie analizzate informa le partorienti poco o per nulla su procedure, rischi e complicitanze del parto cesareo attraverso il modulo del **consenso informato**;
- nel 25% dei casi non si applica la **raccomandazione del Ministero della salute sulla prevenzione del decesso materno**.
- in meno della metà degli ospedali coinvolti si dichiara di effettuare l'analgesia epidurale per il **parto indolore**, nonostante il Decreto del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2008 (art. 37, comma 3) abbia introdotto il servizio di anestesia epidurale tra le procedure interamente rimborsabili dal SSN. In realtà solo il 16% delle strutture ospedaliere è in grado di offrire questo servizio gratuitamente⁵.

⁵ Osservatorio civico sul federalismo in sanità, Rapporto 2011, Cittadinanzattiva. www.cittadinanzattiva.it





3. L'osservatorio civico sul federalismo in sanità: uno sguardo alle Regioni.

La valutazione delle performance regionali da parte dei cittadini, realizzata da Cittadinanzattiva attraverso il Osservatorio civico sul federalismo in sanità⁶, ha preso in analisi nella sua prima annualità il percorso nascita⁷; di seguito un estratto dei dati⁸.

I punti nascita presenti in Italia sono 559, di cui 158 con meno di 500 parti l'anno e 190 con meno di 1000. La concentrazione di punti nascita è maggiore in Regioni come:

- Sicilia: 75 punti nascita, di cui 38 con meno di 500 parti l'anno;
- Lombardia: 75 punti nascita, di cui 8 con meno di 500 parti l'anno;
- Campania: 72, di cui 22 con meno di 500 parti l'anno;
- Lazio: 46, di cui 10 con meno di 500 parti l'anno.

Dall'analisi della situazione Regione per Regione⁹ risulta che la **razionalizzazione e la riduzione progressiva dei punti nascita** con numero di parti inferiore a 1000 è stata avviata in diverse Regioni, come ad esempio in Abruzzo, Basilicata, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana e Sardegna. In Liguria in particolare si segnala che la razionalizzazione dei punti nascita è incentrata sulla volontà della Regione di avere sempre di più punti nascita di II livello capaci di procedere a circa 1000 parti l'anno. Si sta procedendo alla concentrazione in un'unica struttura delle due esistenti nella ASL 1, mentre nella ASL 3 genovese si procederà all'accorpamento di due strutture (su sei) con un numero di parti all'anno al di sotto dei 500.

REGIONI	ASPETTI NEGATIVI	ASPETTI POSITIVI	INIZIATIVE
Abruzzo	Assistenza al parto e accoglienza A Chieti, con 22 posti letto in ginecologia, sembra che ci siano 46 letti (anche nei corridoi), l'alta affluenza dipende dal fatto che presso l'ospedale di Ortona manca la terapia intensiva neonatale e molte partorienti vanno direttamente a Chieti.	Assistenza medica	
Basilicata	Carenza di corsi di preparazione al parto Molte richieste di cesareo dalle	Tempi appropriati per le visite neonatologiche	Pressione forte della cittadinanza attiva per fare applicare le linee guida in

⁶ L'osservatorio civico sul federalismo in sanità è stato istituito da Cittadinanzattiva nel 2010, al fine di porre attenzione ai 3 principi fondanti del SSN: universalità, accessibilità, equità. Esso è un luogo di raccolta sistematica di informazioni e di confronto e partecipazione alle politiche sanitarie a tutti i livelli: nazionale, regionale e locale. Maggiori informazioni www.cittadinanzattiva.it

⁷ Nel corso del 2011-2012 il Tribunale per i diritti del Malato è impegnato nella realizzazione di un'indagine sull'accesso alle prestazioni sanitarie nel percorso nascita ed agli screening neonatali. Per maggiori informazioni www.cittadinanzattiva.it

⁸ Il testo completo del capitolo dedicato al percorso nascita è allegato nella versione integrale alla presente nota.

⁹ Informazioni raccolte con le Interviste ai segretari regionali di Cittadinanzattiva, luglio 2011.





	partorienti per mancanza di informazioni Difficoltà per fare assistere il papà al parto Lunghe attese per ecografia alle anche (10 mesi)		seguito a casi di malasanità Costituzione di parte civile in un caso eclatante di malasanità che ha portato alla morte della partoriente
Calabria	Difficoltà accesso ambulatori Chiusura punto nascita di Melito senza preavviso né consultazione dei cittadini, che lamentano difficoltà viaria		Molti dibattiti scaturiti dalle proteste per la chiusura di punti nascita
Lazio	Chiusura di punti nascita con conseguenze gravi a livello territoriale. ¹⁰	Le Asl Roma H e Roma D si distinguono in meglio.	
Lombardia	Segnalazioni sulla neonatologia, in particolare sulle complicanze. Sarebbe da migliorare il collegamento tra ospedali e tra ospedale e territorio, da definire corsie preferenziali per chi è seguito presso un consultorio. Carenza di informazione sulle modalità di fruizione delle strutture sul territorio. Ciò che è previsto nelle linee guida fatica ad essere attuato sul territorio Casi emblematici: morte del neonato per ritardo nel trasporto dalla sala parto alla sala operatoria; grave disabilità di un neonato in seguito al parto (impiegati 58 minuti per fronteggiare l'urgenza, a fronte dei 15 minuti previsti dalle linee guida). Alcuni ospedali lombardi non dispongono delle attrezzature corrispondenti al livello assegnato.		
Piemonte	Chiusure "temporanee" di reparti per il periodo estivo (causa blocco turnover, piano di rientro e ferie del personale), tra le proteste dei cittadini (nelle località di Carmagnola e Domodossola). Nonostante la disponibilità delle aziende al parto senza dolore, si segnala carenza di anestesisti per	Tutte le aziende coinvolte nell'Audit Civico 2009 adottano misure per implementare la raccomandazione del Ministero della salute sulla prevenzione del decesso materno e	Raccolta di firme per contrastare la chiusura del punto nascita di Domodossola, già a rischio nel 2002 ed evitato allora grazie all'impegno del Comitato Mamme di Domossola. A Carmagnola, in seguito

¹⁰ Si cita l'esempio della chiusura del punto nascita di Subiaco, per il quale la stessa Commissione in data 3 agosto ha ricevuto il TDM di Subiaco insieme al Comitato Cittadino per la Difesa dell'Ospedale "Angelucci" dove hanno evidenziato, ulteriormente, la criticità della Sanità del territorio della X^a Comunità Montana. Il punto nascita presente costituisce infatti il punto di riferimento per la popolazione dell'intera Valle dell'Aniene.





di
CITTADINANZA ATTIVA

	<p>poterlo praticare effettivamente 24 ore su 24. Caso emblematico: anche sull'ospedale di Chieri ci sono segnalazioni, nonostante sia considerato uno dei migliori</p>	<p>adottano le linee guida e hanno la disponibilità per il parto senza dolore</p>	<p>alle pressioni dei cittadini, il commissario si è impegnato pubblicamente alla riapertura dell'ospedale.</p>
Sardegna	<p>Chiusura di alcuni punti nascita tra le proteste della popolazione e dei sindaci delle zone interessate, è mancata l'informazione necessaria per motivare tali decisioni La presa in carico della donna in gravidanza è ancora in fase di organizzazione e determina esami inutili e costi aggiuntivi. Le rianimazioni di neonatologia sono presenti solo a Cagliari e Sassari, spesso è necessario il trasferimento fuori Regione. Chiusura di un centro per la procreazione medicalmente assistita molto frequentato dalle coppie, con conseguente trasferimento dei medici fuori Regione e disagi (costi) per le coppie seguite</p>	<p>In generale buon livello dei punti nascita. Screening neonatale allargato e gratuito all'ospedale S. Gavino per la diagnosi precoce di oltre 30 malattie metaboliche congenite, prima struttura in Sardegna.</p>	<p>Ricerca sui punti nascita, sui percorsi e sugli screening, protocolli di intesa.</p>
Toscana		<p>Avviata sin dal 2005 una riqualificazione dei servizi di assistenza alla nascita, con l'obiettivo di garantire libertà di scelta coniugata con il massimo livello di sicurezza. Il punto di riferimento del percorso nascita è il consultorio, presso il quale spesso è possibile chiedere una visita dell'ostetrica a domicilio o partecipare a incontri di gruppo post-partum.</p>	
Trentino	<p>Si segnalano reparti con stanze con più di 4 letti e pochi bagni in alcune U.O. di ostetricia-ginecologia.</p>		
Valle d'Aosta	<p>Regole troppo rigide per allattamento materno senza adeguato supporto nella gestione del neonato sia subito</p>	<p>Certificazione dell'ospedale Beauregard con</p>	





di
CITTADINANZA ATTIVA

	dopo la nascita che dopo le dimissioni sul territorio (Consultori).	bollino: Ospedale amico del bambino	
--	---	-------------------------------------	--

Fonte: Cittadinanzattiva – Osservatorio civico sul federalismo in sanità, 2011

Un altro dato che vale la pena sottolineare è quello offerto dal Ministero della Salute, Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della griglia LEA, Metodologia e risultati dell'anno 2009, relativo alla **percentuale di parti cesarei praticati**:

- Abruzzo (44,4%), Molise (49%), Campania (61,4%), Basilicata (46,8%), Sicilia (52%) e hanno una percentuale di parti cesarei molto alta ed un trend non in diminuzione negli ultimi 3 anni. Liguria (35,36%) e Sardegna (37,3%) anche con le loro percentuali superiori al 35% non mostrano miglioramenti negli ultimi tre anni;
- Lazio (40,4%), Puglia (49%) e Calabria (44,6%), pur presentando percentuali molto elevate hanno un trend in diminuzione negli ultimi 3 anni;
- Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana risultano le Regioni più virtuose.

LE NOSTRE PROPOSTE

Il nuovo impulso alle politiche regionali sul percorso nascita dovrebbe derivare dal recepimento “non meramente burocratico” delle dieci Linee di azione contenute nell'Accordo Stato-Regioni di dicembre 2010. Anche se alcune hanno da tempo avviato politiche in questo ambito e altre hanno cominciato a farlo recependo immediatamente questo Accordo con Decreto, nei prossimi due anni tutte dovranno occuparsene.

La riduzione dei punti nascita non deve diventare una ennesima politica “dei tagli” – che peraltro non porterebbe i risultati sperati sul piano del miglioramento dell'assistenza – ma deve essere una **nuova occasione di coinvolgimento dei cittadini in decisioni che li riguardano direttamente**. In questo modo diventerebbe più semplice chiudere strutture che mettono a rischio la salute delle persone, e, al contrario, potenziarne delle altre quando rappresentano un vero presidio di riferimento sul territorio, come nel caso di alcuni presidi ospedalieri montani (vedi il caso di Domodossola o Subiaco).

Al livello nazionale è auspicabile l'approvazione della legge già in discussione alla Camera che prevede, tra le altre cose:

- **rimodulazione dei LEA** delle prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato in base a priorità quali: **controllo e gestione del dolore nel travaglio-parto**, garanzia di adeguata rete di emergenza per il neonato e per la gestante favorendo l'eventuale trasferimento presso un centro appropriato e specializzato; **sicurezza dei punti nascita e assistenza ospedaliera articolata su più livelli**, con garanzia di assistenza adeguata sin dal primo livello sia per la mamma che per il neonato;





- promozione di Campagne informative nazionali, in particolare per diffondere la conoscenza in ordine alla scelta del luogo e delle modalità del parto nonché alla possibilità di accedere alla parto-analgesia, al fine di favorire una **libera e consapevole scelta da parte delle donne**;
- **unitarietà dell'assistenza** durante gravidanza, parto e puerperio con integrazione tra consultori, ospedali e servizi territoriali;
- **umanizzazione** della nascita, con accesso e permanenza in sala travaglio e parto di un familiare o altra persona gradita, modelli organizzativi che consentono vicinanza del neonato alla madre anche quando il neonato necessita di cure, incoraggiamento all'allattamento materno, applicazione del protocollo OMS-UNICEF "Ospedale amico del bambino";
- **unificazione del DRG del parto cesareo e del parto vaginale, spontaneo o operativo**, tenendo conto dei costi effettivi e differenziati per l'assistenza al travaglio-parto per via vaginale o con taglio cesareo relativi sia all'impegno di personale medico e ostetrico sia alle tecnologie necessarie;
- **diritto al segreto del parto** alle donne che non intendono riconoscere i loro nati;
- informazione adeguata sulla possibilità della **donazione del sangue da cordone ombelicale**.