

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 193

## PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato CIMA

Disposizioni in materia di assistenza alle donne in stato di gravidanza e di diritti della partoriente e del bambino ospedalizzato

*Presentata il 30 maggio 2001*

ONOREVOLI COLLEGHI! — La nascita e il parto sono eventi strettamente legati alla cultura e definiti dalla società in cui si realizzano e, in quanto esperienza centrale della vita, ne esprimono pienamente i valori. Le modalità e i rituali di assistenza alla gravidanza e al parto rispecchiano in particolare modo la posizione e il ruolo che sono attribuiti alla donna nella società. Essendo cambiata profondamente la donna, il suo ruolo sociale, e quindi la famiglia, la coppia, la maternità e la paternità, devono cambiare necessariamente le modalità del parto e della nascita.

La progressiva medicalizzazione ed ospedalizzazione avvenuta negli ultimi cinquanta anni, giustificata inizialmente dalle precarie condizioni socio-economiche ed igieniche, applicata in seguito indiscriminatamente a tutte le donne, ha modificato significativamente l'esperienza fisica ed emozionale del parto, relegando la donna ad un ruolo passivo, chiedendone la delega

al tecnico, vero protagonista della scena del parto, e riducendo il parto ad un evento meccanico, svuotandolo dei suoi aspetti emotivi, affettivi, sessuali e sociali, togliendo così alla partoriente e al neonato il diritto al rispetto dei loro bisogni fondamentali.

L'attuale modello culturale basato sull'efficienza, sulla promessa di garanzia della tecnologia, sul benessere materiale, razionalizzando e controllando tutta la parte emotiva ed irrazionale della vita, da tempo è in crisi e non soddisfa più un numero crescente di persone; si fanno sempre più forti le voci che chiedono una migliore qualità di vita, che desiderano riempire i vuoti che si sono creati. Nell'ambito della nascita già da tempo c'è uno sviluppo verso «l'umanizzazione» del parto; consistenti settori di donne e di operatori dei servizi materno-infantili chiedono di dare alla maternità e alla paternità caratteristiche qualitative tali da

poterle vivere come scelta consapevole, da protagonisti, e nell'ambito delle proprie convinzioni personali.

Se si vuole tenere conto di questi profondi mutamenti culturali in atto, ciò significa attuare una revisione critica delle procedure mediche comunemente accettate, limitandone l'uso ai pochi casi di reali necessità; accettare che la gravidanza e il parto non sono un evento medico bensì un evento biosociale; creare nuovi luoghi del parto che tengano conto di quanto esposto e che non abbiano le caratteristiche di una struttura rigida, governata da regole prefissate, scandita da tempi e procedure standardizzate e protocollabili, che annullano i bisogni del singolo in nome delle esigenze organizzative dell'istituzione; riqualificare gli operatori materno-infantili nel senso di una scienza ostetrica diversa, rispettosa degli aspetti emozionali e sociali dell'evento nascita, e capace di mettersi in discussione.

Le esperienze sviluppate in altre nazioni prima, in Italia poi, l'osservazione diretta dei travagli di parto di donne in situazioni di non interferenza medica, nei parti a domicilio e in piccoli ospedali «umanizzati» consentono di comprendere quanto la nascita, intesa come evento culturale e sessuale, sia lontana da schemi rigidi, da regole prefissate, e quanto sia invece carica di potenzialità espressive sempre nuove e sempre diverse.

I reparti ospedalieri invece, attualmente, sono dei luoghi di negazione con rituali e regole che sottolineano la negazione alla donna, ma anche agli uomini e ai bambini, della loro identità, della loro competenza, della loro sessualità, dei loro bisogni individuali, della loro necessità di rimanere insieme dopo un'esperienza così profonda come la nascita del loro bambino.

Mentre molte associazioni culturali, movimenti di opinione, gruppi di volontari, cooperative di donne, e qualche singolo istituto pubblico da anni lavorano nella direzione dell'umanizzazione della nascita, offrendo anche un servizio di assistenza al parto a domicilio con nuovi criteri d'intervento, promuovendo una nuova scienza

ostetrica per una nuova cultura della nascita, l'attuale politica sanitaria italiana si muove nella direzione opposta, chiudendo i piccoli reparti di maternità che permetterebbero un'organizzazione meno rigida, centralizzando le nascite sempre di più nei grandi centri ospedalieri, con un conseguente aumento della medicalizzazione del parto e dei disagi per la donna e la sua famiglia.

Tale orientamento è contrario ai bisogni emergenti e anche allo spirito della stessa riforma sanitaria. In Italia è mancata per anni una moderna programmazione dell'assistenza ostetrica, che tenesse conto dei dati scientifici acquisiti, che analizzasse diverse competenze professionali e il loro impiego migliore al fine di un'assistenza ottimale e continuativa alla donna nella sua maternità, e al fine di una diminuzione della mortalità perinatale attraverso interventi di prevenzione, consistenti in una buona assistenza ostetrica di base che restituisse competenza e fiducia alla donna stessa, e in una collaborazione ed integrazione delle competenze degli operatori di base e degli specialisti.

Solo nell'ultimo decennio, grazie ad un diffuso interesse ed al coinvolgimento dei soggetti direttamente interessati ed operanti nel settore, le cure perinatali ospedaliere sono state classificate in tre livelli (I, II e III), individuando le competenze necessarie per un'adeguata assistenza alla gravida, al feto e al neonato in funzione dei livelli di rischio perinatale.

Si definiscono «unità perinatali funzionali di I livello (cure minime)» le unità che, in assenza di patologie accertate, controllano la gravidanza a basso rischio, garantendo il diritto della madre di vivere il parto come evento naturale con adeguati livelli di sorveglianza della progressione del travaglio-parto e del benessere fetale e neonatale, mediate utilizzo di strumenti idonei.

Si definiscono «unità funzionali perinatali di II livello (cure medie)» le unità che assistono gravidanze e parti a rischio e i relativi nati con patologia che non richiedano ricovero presso il III livello di cura. La «sala travaglio e parto» è considerata luogo di assistenza intensiva.

Si definiscono « unità funzionali perinatali di III livello (cure intensive) » le unità che assistono gravidanze e parti a rischio elevato e i nati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva.

I requisiti e gli *standard* minimi assistenziali per le unità operative di ostetricia e neonatologia di I, II e III livello sono stati definiti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 42 del 20 febbraio 1997 e dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 288 del 10 dicembre 1998. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) approvava nel 1985 le raccomandazioni « Tecnologia appropriata per la nascita », proponendo migliori livelli di assistenza e demedicalizzazione del parto fisiologico.

Le raccomandazioni dell'OMS si basano sul principio 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.

L'alto livello tecnologico raggiunto e, per contro, la richiesta crescente di umanizzazione della nascita, hanno portato alla necessità di una legislazione nel campo ostetrico che renda possibile il confluire di queste due esigenze: umanizzazione e sicurezza. Esigenza che ha trovato, in particolare, attuazione normativa soprattutto al livello degli enti locali. Infatti già molte regioni hanno predisposto leggi regionali in materia che spesso, però, restano una carta di buoni propositi non attuati. La presente proposta di legge, relativa ai diritti della partoriente e del bambino ospedalizzato, si propone di armonizzare i principi ispiratori delle leggi regionali in un quadro omogeneo e, contemporaneamente, di favorirne l'applicazione nelle realtà in cui esse esistono, oltre che di stimolare gli interventi nelle realtà in cui non sono ancora stati stabiliti.

La presente proposta di legge si ispira ai principi stabiliti dalla citata raccomandazione dell'OMS in materia di uso ap-

propriato della tecnologia in ostetricia di organizzazione sanitaria e di aggiornamento del personale, che possono fornire un modello valido e ai quali la presente proposta di legge fa riferimento, ponendosi in primo luogo l'obiettivo di soddisfare al massimo livello i bisogni di benessere psicofisico della donna e del neonato durante la gravidanza e il parto-nascita, favorendo la libertà di scelta da parte della donna circa i luoghi dove partorire, creando nuovi spazi per il parto, e circa le modalità con cui tale evento debba svolgersi.

Inoltre intende promuovere la conoscenza e la diffusione di una nuova cultura della nascita e delle conseguenti pratiche ostetriche, rispettose di ciascun nuovo nato e del suo divenire persona e di ciascuna donna nel suo divenire madre. Si vogliono rendere concrete e accessibili a tutti scelte e modalità pratiche che oggi sono frutto solo di impegno personale e volontario di alcuni operatori del settore, promuovendo un'ostetricia che opera con « coscienza ed intelletto d'amore » (M. Montessori).

Con la proposta di legge s'intende garantire la fruizione di corsi di preparazione al parto e alla maternità intesi come scambio di esperienze fra donne, conoscenza e analisi critica delle tecniche in uso e informazione sui possibili luoghi del parto, tutto questo allo scopo di favorire la consapevolezza e la gestione attiva dell'evento nascita da parte della donna e della coppia.

S'intende rendere possibile alla donna la libertà di scelta circa i luoghi dove il parto debba svolgersi, tutelando sempre e comunque il suo diritto al rispetto della propria persona, dei ritmi spontanei suoi e del suo bambino, della loro individualità e centralità. Al fine di garantire la suddetta libertà di scelta, e di superare gradualmente l'ospedalizzazione generalizzata e i disagi creati dalla centralizzazione dei parti nei grandi centri ospedalieri, con la proposta di legge si aprono nuovi spazi, istituendo dei servizi che sono in grado di rispondere ai bisogni emergenti degli operatori e delle donne, e di esprimere i nuovi valori culturali che chiedono una migliore

qualità dell'esperienza unita ad una migliore qualità dell'assistenza.

I nuovi servizi sono:

il parto a domicilio, garantito da *équipe* itineranti di ostetriche che operano secondo le loro mansioni (articolo 14) ed hanno una formazione pluridisciplinare per affrontare le vaste tematiche legate al mettere al mondo un figlio;

le case di maternità, che sono strutture per il parto di piccole dimensioni, staccate dall'ospedale fisicamente ed amministrativamente, gestite da ostetriche, che ospitano la partoriente e le persone da lei scelte per vivere l'evento della nascita in ambienti conviviali. Non vi sono previste né sala parto né *nursery*.

Tali servizi sono previsti per le donne con gravidanza a basso rischio, il cui parto si presenti nei limiti della fisiologia (85 per cento delle primipare, 95 per cento delle secondipare), che vogliono vivere il parto con i propri ritmi, senza interferenze esterne e senza medicalizzazione, che desiderano i vantaggi di un ambiente familiare o domestico, che desiderano accogliere e tenere con sé il loro bambino e dividere l'esperienza con le persone da loro scelte. Le case di maternità offrono queste possibilità a quelle donne che non possono partorire a casa per motivi personali, familiari, abitativi o geografici.

Le *équipe* di ostetriche operanti in questi servizi garantiscono la continuità dell'assistenza, seguendo le donne durante la gravidanza, offrendo corsi di preparazione al parto e, dopo il parto, corsi per madri e bambini. Esse promuovono, altresì, la socializzazione dell'evento nascita tra le donne e le coppie superando l'attuale isolamento della donna-madre.

La sicurezza dell'assistenza è garantita:

da una buona assistenza ostetrica di base che favorisce ed aiuta la donna a stabilire un buon equilibrio psicofisico;

da un'accurata selezione delle situazioni a medio e ad alto rischio che saranno seguite presso centri specializzati;

dalla continuità dell'assistenza, che garantisce una conoscenza individuale della donna;

da un buon livello socio-economico della donna;

da una buona salute di base della donna;

da una conduzione ostetrica protettiva, non invasiva, eliminando così la patologia iatrogena;

dalla collaborazione con specialisti e dai collegamenti con le strutture ospedaliere.

L'OMS ha dimostrato che l'uso di tali criteri rende il parto a domicilio sicuro in misura uguale se non superiore a quello nelle strutture ospedaliere.

Al fine di migliorare la qualità della nascita negli ospedali si affermano i diritti della partoriente attraverso una serie di norme che garantiscono alla donna il rispetto della sua persona, la permanenza del *partner* o di altra persona da lei scelta per l'intera degenza, la scelta delle posizioni per il parto, la possibilità della dimissione precoce con assistenza domiciliare, la vicinanza ininterrotta del neonato presso la donna, se lo desidera, nonché un uso appropriato della tecnologia secondo le indicazioni dell'OMS.

Il capo III, relativo ai diritti del bambino ospedalizzato, si pone come obiettivo prioritario la progressiva deospedalizzazione del bambino e l'introduzione, a tale fine, in ogni reparto ospedaliero pediatrico di un servizio di *day hospital*.

Si garantisce al bambino ospedalizzato, che deve essere ricoverato sempre e comunque in reparto pediatrico, la presenza permanente del genitore o di persona a lui affettivamente legata, per l'intera degenza, vengono favoriti i contatti con amici e parenti e istituiti spazi destinati a regolare l'attività ludica e scolastica.

I genitori vengono costantemente informati sull'andamento della malattia e sulle terapie intraprese; anche il bambino, con modalità adeguate alla sua età, viene in-

formato, previa intesa con i genitori, delle pratiche terapeutiche a cui viene sottoposto.

Per poter fare fronte alle nuove esigenze, occorrono operatori « nuovi ». Essendo le nuove modalità del parto espressione di un rinnovamento culturale, l'operatore deve acquisire degli strumenti per potersi porre innanzitutto in modo più diretto ed in modo più critico. Ciò presuppone un aggiornamento che prevede:

il decondizionamento culturale attraverso un'analisi storica del percorso « parto-maternità », al fine di poter riconoscere i rituali e attuare una revisione critica delle procedure in atto;

un aggiornamento emozionale che si ottiene attraverso seminari esperienziali pratici, al fine di imparare a conoscere e a contenere le proprie ansie e quelle delle utenti;

un aggiornamento cognitivo e scientifico sugli sviluppi più moderni nell'ostetricia non invasiva, e l'analisi sulla effettiva efficacia degli interventi ostetrici più in uso;

un aggiornamento nelle scienze sociali epidemiologiche, antropologiche, psicologiche;

la disponibilità di strumenti per la comunicazione che consentano di interagire correttamente con gli utenti e con i collaboratori attraverso le nuove tecniche della comunicazione.

L'articolo 1 definisce i principi a cui devono fare riferimento le strutture del Servizio sanitario nazionale per perseguire l'obiettivo di favorire la soddisfazione del benessere psicofisico della donna e del neonato.

Gli articoli 2 e 3 affrontano la questione del coordinamento a livello regionale dei servizi e quella relativa ai corsi di preparazione al parto e alla maternità, indispensabili per favorire la gestione attiva dell'evento nascita da parte della donna e della coppia.

Gli articoli 4, 5 e 6 affrontano la questione dei luoghi del parto e, al fine di un graduale superamento della ospedalizzazione generalizzata, stabiliscono norme per l'assistenza al parto a domicilio e per l'istituzione delle case di maternità.

L'articolo 7 stabilisce i diritti fondamentali della partoriente in ospedale.

L'articolo 8, nel quadro delle competenze regionali in materia di informazione e studio affronta, tra l'altro, la questione dei comitati scientifici incaricati di valutare le pratiche di assistenza ostetrica, mentre l'articolo 9 indica le competenze del Ministero della sanità in materia di informazione e di coordinamento.

Gli articoli 10, 11, 12 e 13 affrontano la complessa e delicata questione dei diritti del bambino ospedalizzato, per favorire il suo benessere, ridurre i tempi di degenza e, nel caso di lunghe degenze, garantire i suoi rapporti affettivi e sociali e l'informazione dei genitori.

Gli articoli 14 e 15 definiscono le questioni relative alle figure professionali e agli interventi di riqualificazione ed aggiornamento necessarie per l'attuazione della legge.

L'articolo 16 disciplina la copertura finanziaria.

Onorevoli colleghi, con la presente proposta di legge, su cui chiediamo le più ampie convergenze per una sollecita approvazione, intendiamo aprire degli spazi concreti anche sul piano istituzionale, per consentire non soltanto l'affermazione della massima tutela della partoriente e del bambino ospedalizzato, ma anche l'affermazione della consapevolezza che la nascita è un momento di arricchimento per la donna, per la coppia, per chi è presente, e, infine, per tutti. E che pertanto non può essere ridotta ad un evento medico a rischio, da affrontare con protocolli definiti *a priori*, e con una forte interferenza tecnologica, anziché con modalità flessibili ed adattabili caso per caso alle esigenze della donna.

## PROPOSTA DI LEGGE

—

### CAPO I

#### DISPOSIZIONI GENERALI

##### ART. 1.

*(Principi).*

1. Le strutture del Servizio sanitario nazionale, in collaborazione con i gruppi e le associazioni operanti con le finalità della presente legge, favoriscono la soddisfazione del benessere psicofisico della donna e del neonato durante la gravidanza, il parto-nascita e il periodo neonatale. A tale fine operano per:

a) favorire la libertà di scelta da parte della donna circa i luoghi dove partorire e circa le modalità con cui tale evento deve svolgersi, affinché la maternità possa essere vissuta fin dall'inizio come evento naturale;

b) promuovere la conoscenza delle diverse modalità di assistenza e la verifica dei livelli di assistenza;

c) ridurre i fattori di rischio ambientali, personali e iatrogeni per migliorare i tassi di morbilità e mortalità materna e perinatale;

d) adeguare le modalità di assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio alle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità sulle tecnologie appropriate alla nascita;

e) assicurare al bambino durante il periodo di ospedalizzazione la continuità del rapporto familiare-affettivo e dello sviluppo cognitivo e, ai genitori, l'informazione necessaria sullo stato di salute del bambino e sui comportamenti utili per la prevenzione degli stati morbosi;

f) svolgere opera di informazione circa i diritti della partoriente e del bambino ospedalizzato, di cui alla presente legge.

## CAPO II

### SERVIZI PER LA PARTORIENTE

#### ART. 2.

*(Coordinamento dei servizi).*

1. Le regioni, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, dettano norme:

a) per il coordinamento tra consultori, aziende ospedaliere, aziende sanitarie locali e servizi socio-sanitari sul territorio al fine di garantire la continuità e le medesime modalità di assistenza alla donna, durante la gravidanza, il parto e il puerperio;

b) per l'istituzione di una cartella ostetrico-pediatrica affidata alla donna e messa a disposizione degli operatori che l'assistono durante la gravidanza, il parto e il puerperio;

c) per l'assistenza delle gravidanze fisiologiche e l'individuazione delle gravidanze a rischio in conformità ai principi stabiliti dalla presente legge;

d) per lo *screening* delle gravidanze a rischio che viene effettuato negli ambulatori specialistici intra ed extra ospedalieri di II° livello, salvaguardando la continuità dell'assistenza;

e) per i corsi di preparazione al parto;

f) per l'assistenza domiciliare ostetrica e domiciliare dopo il parto, in modo da favorire la dimissione precoce dall'ospedale o in gravidanza, nel caso in cui se ne configuri la necessità;

g) per l'individuazione, in prima istanza, delle strutture sanitarie nelle quali istituire servizi di parto a domicilio e case

di maternità e definirne organici e organizzazione;

h) per la definizione di protocolli delle modalità di raccolta dei dati e la verifica delle modalità di assistenza;

i) per la definizione dei temi e delle modalità relativi alla ristrutturazione dei presidi ospedalieri in conformità ai principi stabiliti dalla presente legge.

2. Le regioni entro tre anni dall'istituzione dei servizi di parto a domicilio e delle case di maternità, di cui agli articoli 5 e 6, previa elaborazione e verifica dei dati relativi alle attività realizzate, istituiscono permanentemente tali servizi nel territorio di competenza, in conformità ai principi stabiliti dalla presente legge.

#### ART. 3.

*(Corsi di preparazione al parto e alla maternità).*

1. I corsi di preparazione al parto e alla maternità hanno l'obiettivo di favorire la gestione attiva dell'evento nascita da parte della donna e della coppia. A tale fine essi promuovono lo scambio di esperienze tra donne, la conoscenza e l'analisi critica delle metodologie e delle tecniche di assistenza in uso e l'informazione sui luoghi del parto di cui all'articolo 4.

2. I corsi di preparazione al parto e alla maternità sono organizzati dai consultori e sono gestiti da *équipe* costituite da operatori socio-sanitari con competenze interdisciplinari, oltre alla figura obbligatoria dell'ostetrica.

3. I corsi iniziano preferibilmente intorno al quarto mese di gravidanza e continuano dopo il parto.

#### ART. 4.

*(Luoghi del parto).*

1. Al fine del graduale superamento dell'ospedalizzazione generalizzata le regioni dispongono strutture e servizi per

l'assistenza fisiologica al parto a domicilio e nelle case di maternità di cui agli articoli 5 e 6, da realizzare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ART. 5.

(Parto a domicilio).

1. Le donne che intendono partorire a domicilio, qualora la situazione ostetrica si trovi nei limiti della fisiologia e il parto avvenga tra la trentottesima e la quarantaduesima settimana, sono seguite dall'inizio della gravidanza e comunque a decorrere dal settimo mese, dall'*équipe* di ostetriche che le assisterà al parto e al puerperio, costituita ai sensi del comma 3.

2. Le *équipe* di ostetriche che assistono al parto a domicilio inviano le donne con gravidanze a rischio, quelle con eventuali patologie emergenti e quelle che necessitano di interventi farmacologici o strumentali, alle strutture specialistiche e ospedaliere, con facoltà di seguire comunque la donna in tutte le fasi dell'assistenza nelle citate strutture.

3. Il servizio di assistenza al parto a domicilio è garantito tramite *équipe* di ostetriche affiancate da assistenti domiciliari per i dieci giorni successivi al parto. Tali *équipe* garantiscono la reperibilità dell'assistenza ventiquattro ore su ventiquattro. Esse sono composte da ostetriche dei consultori o dei presidi socio-sanitari ovvero di associazioni operanti nel settore, con le quali le aziende sanitarie locali possono stipulare apposite convenzioni, e fanno capo al responsabile territoriale di cui all'articolo 14, comma 2, lettera a).

4. Sono garantiti il collegamento e la consulenza delle *équipe* ostetriche con gli operatori con competenze specialistiche di cui all'articolo 14.

5. In caso di emergenza, è garantito il trasporto delle donne nelle strutture ospedaliere in tempi brevi con unità operative mobili e con autoambulanze.

## ART. 6.

(Case di maternità).

1. La casa di maternità è un luogo che favorisce e promuove la gravidanza e il parto fisiologico rafforzando la relazione tra madre, padre e bambino, e permettendo la socializzazione di tale esperienza tra donne, coppie, famiglie e strutture socio-culturali.

2. Le case di maternità sono presidi del Servizio sanitario nazionale in cui sono ospitate la partoriente e le altre persone di sua scelta. Ogni partoriente ha a disposizione uno spazio singolo. Le case di maternità dispongono di locali attrezzati per l'assistenza al parto fisiologico e di spazi per le attività culturali delle donne e dei nuclei familiari prima, durante e dopo la gravidanza e il parto.

3. Le donne che intendono partorire nella casa di maternità, qualora la situazione ostetrica si trovi nei limiti della fisiologia, sono seguite dall'inizio della gravidanza e comunque a decorrere dal settimo mese, dall'*équipe* ostetrica che le assisterà al parto e al puerperio. Tali *équipe* fanno capo al responsabile territoriale di cui all'articolo 14, comma 1, lettera a).

4. Le case di maternità sono gestite da ostetriche e dotate di personale ausiliario.

5. Le case di maternità non possono essere costituite presso le aziende ospedaliere e fanno capo al responsabile territoriale di cui all'articolo 14, comma 1, lettera a).

6. Sono garantiti il collegamento, la consulenza e la collaborazione con *équipe* specialistiche e il rapido trasporto della donna nelle strutture ospedaliere in caso di necessità.

## ART. 7.

(Diritti della partoriente in ospedale).

1. Per garantire l'unicità dell'evento nascita, negli ospedali è assicurata alla donna la possibilità di usufruire di uno spazio privato, dove abbiano accesso le

persone con cui la donna desidera condividere l'evento, anche in casi di interventi operativi.

2. La scelta di tempi, modi e posizioni del travaglio e del parto spetta alla donna; gli interventi medici sono ridotti al minimo, limitandosi alle procedure di cui sia stata realmente dimostrata l'efficacia. A tale fine anche sulla base delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità:

a) la percentuale media di parti cesarei deve essere di norma contenuta in una percentuale non superiore al 10-15 per cento; la presentazione podalica o un precedente parto cesareo non costituiscono indicazione assoluta al parto cesareo;

b) il monitoraggio elettronico fetale continuato viene effettuato solo in situazioni mediche particolarmente selezionate e nel travaglio indotto;

c) non sono eseguiti la tricotomia e il clistere prima del parto;

d) l'uso dell'episiotomia deve essere limitato alle specifiche indicazioni mediche;

e) l'induzione del travaglio o la sua accelerazione attraverso farmaci o amnioressi è attuata esclusivamente su specifiche indicazioni mediche.

3. Dopo il parto il neonato sano è affidato ai genitori fin dal periodo di stretto controllo *post-partum*, con l'adeguata assistenza di operatori qualificati.

4. La scelta del tipo di allattamento spetta alla donna. L'allattamento al seno è immediato, precoce ed a orario libero, in base alle esigenze della madre e del bambino.

5. È garantita alla donna la possibilità di tenere con sé il neonato sano per tutto il tempo che desidera. È inoltre consentita la permanenza del padre o di altra persona senza limiti di orario.

6. Durante il periodo di degenza il reparto di ostetricia promuove incontri informativi tra gli operatori di pediatria e ostetricia e le puerpere sull'allattamento,

la puericultura, l'igiene durante il puerperio e la contraccezione. Sono favoriti gli scambi di informazioni ed esperienze tra le donne degenti.

7. È garantita la continuità del rapporto tra genitori e bambini ricoverati nei reparti di patologia neonatale. In particolare la presenza dei genitori è favorita e non soggetta a restrizioni anche durante le procedure mediche.

8. Durante la degenza la donna è informata e consultata tempestivamente relativamente a tutte le procedure cui viene sottoposta, alla loro utilità, efficacia e necessità e alle condizioni di salute proprie e del neonato. Le cartelle clinica e ostetrico-pediatrica sono documenti personali e sono a disposizione della donna dietro semplice richiesta verbale.

#### ART. 8.

*(Competenze regionali in materia di informazione e studio).*

1. Sono istituiti, presso gli assessorati regionali competenti per la sanità, i comitati scientifici permanenti, allo scopo di valutare le pratiche di assistenza ostetrica in uso. I compiti di tali comitati sono:

a) verificare i livelli qualitativi e quantitativi del personale socio-sanitario coinvolto nella nascita;

b) favorire la possibilità per la popolazione di accedere ad una assistenza di base appropriata;

c) aumentare al massimo il numero dei parti fisiologici e gli indici di salute perinatale;

d) favorire la riduzione dei costi derivanti dai parti con interventi tecnico-ostetrici e da una eccessiva ospedalizzazione;

e) assicurare una risposta reale ai bisogni e ai desideri della collettività;

f) elaborare protocolli relativi all'attuazione di una moderna pianificazione dell'assistenza ostetrica in conformità agli

*standard* stabiliti in materia dall'Unione europea.

2. Gli assessorati regionali competenti per la sanità, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, nominano i componenti del comitato di cui al comma 1, sulla base delle indicazioni dei gruppi, ordini e associazioni che nel medesimo comitato devono essere rappresentati e che sono individuati nei seguenti: gli ordini professionali e le società dei medici chirurghi, il collegio professionale delle ostetriche, le associazioni di operatori e utenti, le organizzazioni operanti nel settore materno-infantile.

3. Le regioni predispongono annualmente:

a) verifiche qualitative, quantitative e comparative dello stato di attuazione dei servizi istituiti dalla presente legge;

b) protocolli relativi all'assistenza alla gravidanza, al puerperio e perinatale offerta dalle strutture del Servizio sanitario nazionale, specificando la percentuale dei parti cesarei, dei parti vaginali operativi e della mortalità e morbilità perinatali dei singoli ospedali, dei servizi delle aziende sanitarie locali e delle strutture private. Tali dati sono diffusi attraverso la rete dei consultori.

#### ART. 9.

*(Competenze del Ministero della sanità in materia di informazione e di coordinamento).*

1. Annualmente viene redatta e pubblicata una relazione del Ministero della sanità comprensiva di una sintesi delle relazioni regionali sulle verifiche e sui protocolli predisposti ai sensi dell'articolo 8, comma 3, e dei dati sulla mortalità perinatale, sulla mortalità materna e sull'incidenza dell'*handicap*.

2. Annualmente il Ministero della sanità redige e pubblicizza una sintesi del lavoro di verifica e delle eventuali conclusioni operative dei comitati scientifici per-

manenti regionali di cui all'articolo 8, comma 1.

3. Il Ministero della sanità garantisce il collegamento e l'interscambio tra i comitati scientifici permanenti regionali di cui all'articolo 8, comma 1, assumendo un ruolo di coordinamento.

### CAPO III

#### DIRITTI DEL BAMBINO OSPEDALIZZATO

##### ART. 10.

*(Deospedalizzazione).*

1. Le regioni dettano norme per favorire il benessere del bambino ricoverato in ospedale e nelle strutture socio-sanitarie convenzionate e per ridurre la ospedalizzazione e i tempi di degenza media nei reparti pediatrici, al fine di prevenire l'insorgere di alterazioni psico-affettive, ai sensi delle disposizioni di cui al presente capo. Esse dettano, altresì, norme per l'assistenza domiciliare al bambino malato, ma che non necessita di ricovero ospedaliero, effettuata attraverso l'utilizzo di propri operatori socio-sanitari o di personale convenzionato.

2. Al fine di limitare la durata della degenza ospedaliera, e nella prospettiva di una più ampia deospedalizzazione, sono istituiti in ogni reparto pediatrico servizi di *day-hospital* e servizi ambulatoriali che operano in stretto contatto con le strutture socio-sanitarie del territorio di competenza.

3. I servizi di *day-hospital* di cui al comma 2 sono equiparati agli altri servizi ospedalieri ai fini degli indici di occupazione dei posti letto.

##### ART. 11.

*(Ricovero in reparti pediatrici).*

1. Il bambino da 0 a 14 anni che necessita di ricovero ospedaliero è ricove-

rato nel reparto pediatrico, qualunque sia la patologia da cui è affetto.

2. Le aziende sanitarie locali promuovono, in tutte le strutture ospedaliere con competenze pediatriche, l'organizzazione del lavoro e l'istituzione dei servizi necessari ad assicurare la continuità del rapporto familiare-affettivo durante il periodo di ospedalizzazione del bambino, consentendo la continua presenza del genitore o di altra persona affettivamente legata. Esse garantiscono, altresì, alla persona che assiste il bambino, la possibilità di usufruire, per il pernottamento e il vitto, dei relativi servizi messi a disposizione dall'ospedale.

ART. 12.

*(Rapporti affettivi e sociali).*

1. In caso di malattie che comportino lunghe degenze sono favoriti incontri e contatti con figure significative nella sfera affettiva del bambino, quali fratelli e compagni di scuola e di gioco.

2. In ogni reparto pediatrico sono allestiti locali destinati ad una regolare attività ludica e scolastica condotta da genitori, educatori, insegnanti e volontari.

ART. 13.

*(Informazione dei genitori e dei pazienti).*

1. I genitori sono costantemente informati circa la natura e l'andamento della malattia del bambino e consultati circa le terapie da intraprendere e gli eventuali effetti collaterali dannosi; essi possono assistere alle visite mediche e agli interventi strumentali, nonché prendere visione, in qualunque momento e dietro semplice richiesta verbale, della cartella clinica.

2. Il bambino, nella misura e con modalità adeguate alla sua età, è informato, previa intesa con i genitori, delle pratiche terapeutiche a cui viene sottoposto.

3. Per sottoporre il bambino a qualsiasi sperimentazione chimica è obbligatorio in-

formare i genitori delle possibili conseguenze e ottenere il loro consenso.

#### CAPO IV

#### PERSONALE

#### ART. 14.

(*Figure professionali*).

1. Nelle case di maternità di cui all'articolo 6 sono presenti le seguenti figure professionali e ausiliarie:

a) responsabile territoriale, individuata nella figura della capo-ostetrica con le mansioni didattico-organizzative, previste dalla legge 10 agosto 2000, n. 251, all'interno dei servizi materno-infantili delle aziende sanitarie locali di appartenenza;

b) ostetriche, con le mansioni previste dal decreto del Ministro per la sanità 15 settembre 1975, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 272 del 13 ottobre 1975, e successive modificazioni;

c) personale ausiliario e addetti al servizio alberghiero.

2. L'assistenza domiciliare al parto e al puerperio di cui all'articolo 5 è garantita da:

a) un responsabile territoriale, individuato nella figura della capo-ostetrica, con le mansioni didattico-organizzative, previste dalla legge 10 agosto 2000, n. 251, all'interno delle aziende sanitarie locali di appartenenza;

b) le ostetriche, con le mansioni previste dal decreto del Ministro per la sanità 15 settembre 1975, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 272 del 13 ottobre 1975, e successive modificazioni, organizzate in *équipe* itineranti delle aziende sanitarie locali di appartenenza o convenzionate;

c) gli assistenti domiciliari per l'aiuto domestico per i dieci giorni successivi al parto.

3. Le *équipe* ostetriche di cui al comma 2, lettera *b*), collaborano con figure specialistiche itineranti quali il ginecologo ed il pediatra e con servizi specialistici ospedalieri quali il laboratorio di analisi e altri servizi la cui collaborazione si renda necessaria.

4. Gli operatori di cui al presente articolo sono selezionati in base al *curriculum* ed alle motivazioni professionali.

## CAPO V

### FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

#### ART. 15.

(*Riqualificazione e aggiornamento*).

1. Il personale sanitario addetto all'assistenza socio-sanitaria della donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio, deve essere riqualificato ed aggiornato ai sensi di quanto disposto dalla presente legge.

2. Le regioni promuovono corsi di aggiornamento a scadenza annuale articolati in due livelli: generale, per tutti gli operatori; specialistico, adeguato alle rispettive competenze. Essi promuovono, altresì, corsi di aggiornamento per l'assistenza al parto domiciliare e nelle case di maternità di cui agli articoli 5 e 6.

3. I corsi di formazione includono:

a) aspetti sociali, culturali, antropologici ed etici finalizzati all'acquisizione di una coscienza critica degli operatori in relazione alle metodiche di assistenza;

b) metodi e tecniche di comunicazione, al fine di promuovere uno scambio di informazione migliore e più attento tra i membri della *équipe* che assiste al parto e l'utenza e tra i membri stessi dell'*équipe*;

c) lavoro di analisi sulla figura professionale dell'operatore, con la supervisione di uno specialista, al fine di affrontare i conflitti interdisciplinari e interprofessionali che il lavoro di *équipe* comporta;

d) nozioni di epidemiologia, per acquisire la capacità di interpretare e condurre ricerche al fine della valutazione dell'efficacia delle tecniche ostetriche e neonatologiche;

e) elementi legali e legislativi relativi alle competenze professionali e ai servizi istituzionali;

f) criteri di selezione e individuazione del rischio ostetrico;

g) revisione delle modalità dell'assistenza al parto fisiologico, favorendo l'acquisizione di un atteggiamento critico verso l'uso indiscriminato della tecnologia e garantendo, altresì, il rispetto per le dimensioni emozionali, psicologiche e sociali che devono essere tenute presenti nell'assistenza alla nascita;

h) acquisizione, discussione e confronto delle varie tecniche di preparazione al parto.

4. I corsi di cui al comma 3 sono tenuti da formatori e da operatori con esperienza di lavoro nelle tematiche oggetto dei corsi stessi e comprendono la realizzazione di seminari pratico-teorici, al fine di consentire la partecipazione attiva e lo scambio di esperienze tra i soggetti interessati.

## CAPO VI

### DISPOSIZIONI FINANZIARIE

#### ART. 16.

*(Copertura finanziaria).*

1. All'onere, pari a lire 5 miliardi annue, derivante dall'attuazione della presente legge, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2001-2003, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente « Fondo speciale » dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programma-

zione economico per l'anno 2001, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della sanità.

2. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Lire 1000 = € 0,52



\*14PDL0021500\*