

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XV LEGISLATURA —

N. 193

DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa della senatrice BURANI PROCACCINI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 4 MAGGIO 2006

Norme per la tutela dei diritti della madre e del neonato e per
il loro sostegno prima, durante e dopo la nascita

ONOREVOLI SENATORI. - In questi ultimi cinquanta anni l'evento della nascita, al pari della società, ha subito cambiamenti, condizionamenti, manipolazioni e contaminazioni assai profondi.

Un tempo l'interazione tra madre e bambino e con esso l'evento della nascita erano vissuti soprattutto in ambito familiare, nella quotidianità, sostenuti dalla solidarietà di tutte le donne della collettività cui la neomamma apparteneva. Oggi, purtroppo, queste situazioni sono in via di veloce declino e sempre più vengono sostituite da altre prassi e da altri valori, non sempre positivi. Anzi va detto che la gravidanza, il parto, la nascita, la prima infanzia e tutto ciò che vi è correlato, nell'inseguire nuovi principi e aspirazioni, rischiano seriamente di diventare un grande e proficuo mercato senza alcun rispetto dei soggetti direttamente interessati, andando a compromettere in maniera irreparabile il valore di eventi che rappresentano le fondamenta della storia personale di ognuno e gli elementi principali su cui si basa la coesione di ogni società civile.

Se si dovessero effettuare dei paragoni di carattere sociale ed etico tra ciò che era il rito del parto in passato e ciò che è oggi, sarebbe molto difficile esprimere un giudizio condiviso e netto a favore dell'uno o dell'altro.

Certo è che il contesto attuale non vive momenti entusiasmanti: al fianco di innegabili progressi e risultati di grande valore, convivono anche vaste situazioni di malessere e preoccupanti punti di crisi che proiettano ombre e incertezze nel settore materno-infantile. Il motivo per cui l'evento del parto, considerato sia durante la fase della gravidanza, sia durante la fase del puerperio fino ai primi mesi dopo la nascita, va ripensato,

è da cercare proprio nelle diverse condizioni di vita: ritmi frenetici, obbligo all'efficienza sempre, competizione, riuscita, soddisfazione immediata dei bisogni e dei desideri, rifiuto della sofferenza e dei risultati imperfetti. Il rapido sviluppo della tecnologia ci ha creato illusioni di benessere e di sicurezza, il cui prezzo cominciamo solo ora a intravedere.

L'importanza delle espressioni umane e delle relazioni tra individui è passata in secondo piano, dimenticando che il modo di stare in relazione con gli altri è parte integrante delle malattie o della salute. Non sappiamo più produrre salute e sappiamo poco curare le malattie; sappiamo bene invece constatare i danni avvenuti attraverso una sofisticata diagnostica. La medicina è fortemente orientata sulla diagnostica piuttosto che sulla prevenzione.

Anche l'ostetricia, da un punto di vista «fisiologico» (parto uguale miglioramento della salute), è in crisi: il numero dei parti cesarei è aumentato a dismisura, siamo il terzo Paese al mondo con il numero più alto di parti cesarei e il primo in Europa, e con essi è aumentata la morbilità materna e neonatale; la tecnologia in sala parto ha prodotto solo in parte miglioramenti significativi nella mortalità perinatale negli ultimi quindici anni e ha peggiorato e intaccato la qualità del legame madre-figlio, e quindi la qualità della vita e della salute dei bambini. Mai come in questi anni stanno esplodendo le problematiche attorno al malessere dei bambini in età prescolare e scolare, ai problemi crescenti degli adolescenti, ai fenomeni di crisi e di rigetto, psicologico e materiale, dei neonati da parte delle mamme durante i primi mesi dalla nascita.

Le tecnologie della riproduzione, proposte e usate in modo spesso selvaggio, presentate

all'opinione pubblica come scorciatoia facile verso la maternità, si stanno dimostrando di scarso successo, di notevole *stress* per la donna e per la coppia, di dubbia etica e producono problemi per i bambini.

Ma vediamo più da vicino come e in cosa consiste l'evento del parto oggi. La quasi totalità dei neonati viene tolta alle loro madri, aspirata della vernice caseosa e posta nella culla termica per essere poi trasferita nelle *nursery* dopo aver permesso ai padri di dare un rapido sguardo. Tutti subiscono lo stesso rituale, anche quelli sani, ovvero la maggioranza. Queste e molte altre pratiche introdotte si mostrano più funzionali all'organizzazione della struttura e dei sanitari piuttosto che ad un effettivo miglioramento dell'assistenza al travaglio e al parto, come dimostra una dettagliata e ampia ricerca scientifica internazionale. Partorienti e ostetriche subiscono uno stesso destino, perdono il loro reale ruolo e l'ambiente, da privato, accogliente e rassicurante, diventa spersonalizzato, affollato, freddo e ostile. Le indicazioni e le limitazioni dei sanitari, spesso inutili e controproducenti, lasciano posto alla sfiducia della donna nelle proprie capacità di partorire. Le donne sembrano aver perduto anche la capacità di scegliere strumenti, modalità e tempi per affrontare al meglio questo evento tanto impegnativo quanto gratificante. Aumentano in compenso le tensioni, le paure e le insicurezze, il processo della nascita, così intimo e soggettivo, vissuto in maniera passiva, come un intervento, ha generato nelle donne un enorme e deleterio senso di inadeguatezza e tante ansie ad esso connesse. Le sale parto diventano come catene di montaggio dove in fretta si deve «far» partorire, la donna diventa un utero da svuotare e il neonato un potenziale malato da curare. Pochi gesti veloci, spesso violenti, che nulla hanno a che vedere con le esigenze della madre e del bambino. Le persone sono ridotte a solo corpo.

Ogni donna porta con sé la sua cultura, il suo modo di essere, il suo pudore, la sua

emotività, tutta la sua storia e non tenerne conto durante la gravidanza e il travaglio può condizionarne lo svolgimento e lasciare tracce indelebili.

Pazienza, condivisione, sostegno, rispetto, calore, intuizione ed entusiasmo, qualità che un tempo erano proprie della professione ostetrica, scompaiono. Si fanno sempre più numerosi gli interventi, l'uso di tecnologie e i tagli cesarei.

Con il presente disegno di legge si intendono affrontare tutte queste questioni, cercando di dare indirizzi e sostegni affinché tutto ciò che appare come un rischio o che sta per diventare un pericolo conclamato per la tutela dei diritti della madre e del neonato, venga rimosso e si ridoni all'evento della nascita il valore e l'importanza positiva che di fatto gli appartengono.

È dalla fine degli anni Settanta che in Italia si diffonde la consapevolezza dell'«esproprio» del parto e la richiesta, dapprima isolata, poi sempre più massiccia, del rispetto dei propri diritti, di quelli del proprio bambino e di quelli di genitori che necessitano del sostegno e della valorizzazione delle proprie competenze.

Con la presente proposta di legge si cerca anche di dare uniformità e coerenza alle tante lodevoli iniziative che in tale materia realizzano le nostre regioni e gli organismi di volontariato. In tale senso essa detta principi e norme di indirizzo fondamentali cui tali enti potranno adeguarsi secondo le proprie prerogative e le proprie prassi interne.

A volte basta un segnale per innescare cambiamenti rivoluzionari. Già diverse strutture, pubbliche e private, stanno modificando l'assistenza a madri e a neonati, ma a parte qualche isola felice, soprattutto al Nord, vi è ancora molto da fare.

Il provvedimento, al fine di non essere un semplice proclama di buone intenzioni, prevede anche l'istituzione di un fondo atto a sostenere le politiche positive che si intende perseguire in favore della tutela dei diritti della partoriente e del neonato.

Con la nuova legge si propone di promuovere un maggiore benessere psico-fisico della donna e del nascituro durante la gravidanza, il parto e il puerperio, oltre alla diffusione dell'informazione sulle modalità di assistenza e di gestione del parto, soprattutto tenendo conto delle pertinenti raccomandazioni che su tale argomento sono state e vengono promosse dall'Organizzazione mondiale della sanità.

Il disegno di legge tende anche ad affrontare il grave fenomeno del malessere profondo che in certi casi colpisce le neomadri dopo il parto, quando, per questioni psicolo-

giche, assumono comportamenti di rifiuto del proprio bambino, fino a determinarne il rigetto fisico.

Si ritiene che il presente disegno di legge possa concretamente contribuire a risolvere i tanti problemi che da qualche anno si stanno ponendo contro il sistema materno-infantile e nello stesso tempo concorrere, insieme alle regioni e alle province autonome, a ridurre i fattori di rischio che incidono sulla morbidità perinatale, nonché a migliorare la continuità del rapporto familiare-affettivo e lo sviluppo psichico del minore, durante i periodi successivi alla nascita.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. La presente legge persegue le finalità generali di promuovere i diritti della partoriente, del neonato e del bambino ospedalizzato, di affermare la libertà di scelta circa i luoghi dove partorire, nonché di favorire la conoscenza e l'attuazione degli indirizzi in materia di maternità e di ostetricia emanati a livello internazionale da istituzioni, enti e organismi giuridicamente riconosciuti.

Art. 2.

(Organizzazione)

1. Per favorire la realizzazione delle finalità di cui all'articolo 1, lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di seguito denominate «parti», ciascuno nel quadro delle proprie normative, delle proprie competenze e dei propri poteri istituzionali, secondo un principio di leale collaborazione, svolgono un'azione concertata, di seguito denominata «partenariato», volta al conseguimento dei seguenti obiettivi prioritari:

a) promuovere il cambiamento delle modalità di assistenza alla salute della donna e alla nascita per:

1) rimettere la donna con i suoi bisogni individuali al centro degli eventi attinenti alla maternità, attribuendole il controllo, la scelta e il rispetto che le spettano;

2) concedere una reale facoltà di scelta e fornire le informazioni necessarie per una scelta consapevole;

3) proteggere il legame tra madre e bambino, quale ambito indispensabile per la crescita e il benessere del figlio, salvaguardando la qualità dell'esperienza della coppia nell'endogestazione e nell'esogestazione;

4) migliorare la qualità dei servizi di assistenza alla nascita nel rispetto dei tempi della donna e del bambino;

5) privilegiare l'ascolto della coppia, l'affettività e l'intimità permettendo la totale espressione dei rituali della nascita, in particolare attraverso il respiro, il rilassamento, le posizioni libere, le carezze o l'acqua;

6) coinvolgere attivamente e sostenere il *partner* e la famiglia;

7) favorire modelli di assistenza con carattere di continuità, personalizzando le cure;

8) umanizzare i luoghi e le modalità del parto ovunque e in tutte le situazioni di cura, integrando le varie discipline;

9) salvaguardare la naturalità del parto e favorire la consapevolezza della sua importanza;

10) ottimizzare l'uso di tutte le risorse disponibili;

b) promuovere l'emancipazione del personale ostetrico e degli operatori del settore materno-infantile attraverso una formazione permanente per:

1) attuare pienamente tutte le competenze previste dallo specifico profilo professionale del personale ostetrico;

2) offrire all'utente un'assistenza centrata sui bisogni individuali;

3) accompagnare e sostenere tutte le donne, relazionarsi alle utenti senza proiezioni personali, con un atteggiamento esente da pregiudizi e non impositivo;

4) acquisire strumenti di intervento relazionali e conservativi da usare nelle situazioni limite;

5) imparare a lavorare in gruppo sviluppando la coscienza dell'importanza sociale del lavoro personale;

6) essere promotori attivi dei servizi di maternità e dell'umanizzazione della nascita;

7) essere promotori della salute della donna in tutte le età e fasi della vita;

8) essere in grado di proporre e di guidare progetti organizzativi innovativi;

9) poter svolgere attività di supervisione e di insegnamento in ostetricia e attuare ricerche personali;

10) adeguarsi al livello del personale ostetrico comunitario;

c) istituire e attivare servizi sperimentali quali:

1) *équipe* di assistenza al parto e al parto a domicilio, nonché case di maternità come luoghi di promozione della fisiologia e della naturalità della gravidanza e del parto;

2) progetti di educazione alla nascita e asili d'infanzia.

2. Ai fini di migliorare e di innovare le politiche nazionali del settore materno-infantile, le parti tengono particolarmente conto degli sviluppi e degli orientamenti delle corrispondenti politiche internazionali, favorendone una appropriata e pertinente conoscenza da parte dei cittadini e dei soggetti direttamente interessati.

3. Ai sensi del comma 2, le parti provvedono a divulgare e, se necessario, ad attivare le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, tra cui, in particolare, le seguenti:

a) il benessere psicologico della neomadre deve essere assicurato permettendo, durante il parto, il libero accesso a una persona di sua scelta e favorendo la possibilità che riceva visite nel periodo post-natale; l'*équipe* terapeutica deve comunque assicurare un supporto emotivo;

b) a tutte le donne che partoriscono in una istituzione pubblica deve essere garantito il rispetto dei loro valori e il diritto a porre

in atto quelle pratiche che appartengono alla loro cultura;

c) l'induzione del travaglio deve essere disposta, in via prioritaria, nelle situazioni in cui vi sono specifiche indicazioni mediche e la relativa percentuale deve essere, ove possibile, contenuta nel limite del 10 per cento in ogni singola regione;

d) è vietato in ogni singola regione superare una percentuale di parti cesarei superiore al 15 per cento;

e) la necessità di un intervento di parto cesareo deve essere valutata caso per caso, indipendentemente da eventuali interventi dello stesso tipo effettuati per gravidanze precedenti; i parti vaginali, dopo un intervento di parto cesareo, devono essere incoraggiati;

f) la rasatura del pube e il clistere prima del parto devono essere aboliti in quanto non richiesti da alcuna indicazione medica;

g) la rottura artificiale delle membrane deve essere attuata solo su specifica prescrizione medica ed esclusivamente in uno stadio avanzato del travaglio;

h) durante il travaglio e il parto la somministrazione di analgesici o di anestetici deve, in via prioritaria, essere limitata ai soli casi in cui risulti necessaria o per prevenire eventuali complicazioni;

i) il monitoraggio elettronico fetale deve di regola essere eseguito solo su prescrizione medica e in caso di travaglio indotto;

l) la donna non deve essere in posizione supina durante il travaglio e il parto, deve essere incoraggiata a camminare durante il travaglio e deve esserle consentito di scegliere liberamente quale posizione adottare durante il parto;

m) l'uso sistematico dell'episiotomia non è giustificato;

n) il neonato in salute deve restare con la madre ogni volta che le condizioni di salute di entrambi lo permettano; nessun processo di osservazione della salute del neonato giustifica la separazione dalla madre;

o) si deve promuovere immediatamente l'inizio dell'allattamento, anche prima che la donna lasci la sala parto;

p) l'allattamento naturale deve essere favorito in quanto costituisce l'alimentazione normale e ideale del neonato e garantisce al bambino effetti benefici per il suo sviluppo;

q) in gravidanza deve essere promossa un'educazione sistematica sull'allattamento al seno al fine di incentivare le donne a ricorrere a tale pratica. Dopo il parto, le madri devono essere stimolate a tenere il bambino vicino, offrendogli il seno ogni volta che lo richieda, evitando l'integrazione con preparati artificiali fino al compimento, quale limite massimo, di otto mesi del bambino.

Art. 3.

(Misure specifiche)

1. Al fine di aumentare l'efficacia delle azioni di cui all'articolo 2, le parti, e, in particolare, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, secondo le proprie potestà legislative e regolamentari, provvedono a dare priorità di attuazione a misure specifiche riguardanti:

a) l'educazione alla nascita, attraverso l'istituzione di corsi idonei ad informare le madri in attesa nella varie fasi della gravidanza, del parto e del puerperio, nonché ad offrire loro uno spazio privilegiato per prendere contatto con la propria nuova condizione;

b) l'incentivazione del parto umanizzato, garantendo da parte delle strutture ospedaliere, il rispetto delle condizioni psichiche e fisiche della donna e del nascituro, in particolare, tramite la partecipazione consapevole e attiva della donna alla scelta del parto da effettuare; prevedendo modalità di parto fisiologico; garantendo il contatto immediato del bambino con la madre e la loro vicinanza durante il periodo di degenza, la presenza al parto di persone di fiducia della partoriente,

nonché l'assistenza domiciliare alla puerpera e al neonato e l'adeguamento della modalità di assistenza ostetrica alle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità;

c) la realizzazione di programmi di riorganizzazione strutturale dei reparti ostetrici, con nuovi *standard* per le camere di degenza basati sulla presenza di sale per il parto naturale, e prevedendo reparti di patologia neonatale attigui a quelli di ostetricia.

2. Nell'ambito delle misure prioritarie di cui al comma 1, le parti possono decidere di sostenere il parto a domicilio. In tale caso devono essere garantiti un rimborso appropriato alla donna delle spese sostenute e l'erogazione diretta e costante del servizio di assistenza, anche attraverso opportune forme di convenzione.

Art. 4.

(Allattamento al seno)

1. Le parti, tenuto altresì conto delle dichiarazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità e del Fondo per l'infanzia delle Nazioni Unite (UNICEF), adottano iniziative specifiche volte a realizzare le condizioni adatte a promuovere l'allattamento al seno.

2. Le iniziative di cui al comma 1 prevedono in particolare:

a) la predisposizione di apposite direttive atte a promuovere l'allattamento al seno. Tali direttive devono favorire innanzitutto un periodico aggiornamento per una moderna gestione dell'allattamento, da includere nei programmi di formazione dei medici, delle infermiere, delle ostetriche e delle infermiere pediatriche;

b) informazioni alle donne in gravidanza sui vantaggi e sulla gestione dell'allattamento al seno. In tale ambito, il personale medico e sanitario che assiste le donne in gravidanza è tenuto ad informarle sui vantaggi dell'allattamento al seno e sulla sua corretta gestione. Le strutture sanitarie com-

petenti svolgono campagne informative in favore dei futuri genitori, in particolare fornendo loro materiale informativo valido, conforme alle più recenti scoperte scientifiche riguardo all'allattamento e alla lattazione;

c) l'utilizzazione di mezzi adeguati per garantire un efficace allattamento, privilegiando l'unione tra madre e neonato durante la gravidanza e dopo il parto, e in particolare lo stretto contatto corporeo;

d) promuovere adeguate consulenze durante l'allattamento rese dal personale medico infermieristico, ostetrico e incaricato dall'assistente sociale. A tale fine, il medesimo personale deve essere abilitato a fornire ogni aiuto relativo ai problemi connessi con l'allattamento.

Art. 5.

(Casa di maternità)

1. Entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni provvedono ad istituire le «case di maternità», consistenti in strutture di accoglienza realizzate presso le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere al fine di offrire alla donna uno spazio nel quale poter vivere il parto come un fatto naturale e secondo una dimensione logistica, affettiva e psico-relazionale riconducibile al parto a domicilio.

2. Le regioni, nel definire l'organizzazione e la disciplina di gestione delle case di maternità, tengono conto della necessità di dotare tali case di personale ostetrico e di personale ausiliario che operi in stretta integrazione con gli eventuali servizi socio-sanitari interessati dall'evento della nascita, nonché dell'opportunità di prevedere una gestione delle medesime case anche tramite la collaborazione con organizzazioni del volontariato e del privato sociale.

3. Le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono all'attuazione del pre-

sente articolo in conformità alle rispettive norme statutarie.

Art. 6.

(Azioni innovative)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le parti provvedono a realizzare azioni sperimentali e innovative nel campo dell'assistenza materno-infantile, e, in via prioritaria, ad istituire *èquipe* integrate incaricate dell'assistenza durante le fasi della gravidanza, del parto e del puerperio, composte da operatori appartenenti alle unità operative ospedaliere e ai servizi territoriali. Tali *èquipe* operano con la presa in carico personalizzata della gestante, definiscono i piani di assistenza in maniera adeguata ai singoli casi, garantiscono continuità assistenziale durante le varie fasi, instaurano uno stretto collegamento tra consultori e presidi ospedalieri sulla base di strumenti condivisi, quali protocolli comuni e cartelle ostetriche, al fine di migliorare la trasmissione delle informazioni e l'integrazione delle competenze.

2. Al fine di favorire un migliore reinserimento della neo madre nel contesto sociale cui appartiene, le parti provvedono all'istituzione di apposite *èquipe* di psisocolgi incaricate di offrire alla donna, almeno nei primi mesi successivi al parto, un adeguato sostegno nella gestione di eventuali sentimenti di inadeguatezza e insicurezza nei confronti del figlio neonato o di isolamento nei confronti del proprio ambiente familiare e sociale.

Art. 7.

(Fondo per il sostegno della gravidanza e delle nascite)

1. Per concorrere al finanziamento degli interventi previsti dalla presente legge, è isti-

tuito, presso il Ministero della salute, il Fondo per il sostegno della gravidanza e delle nascite, di seguito denominato «Fondo», la cui dotazione iniziale è determinata in 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008. Per gli anni successivi si provvede ai sensi della legge 5 agosto 1978, n. 468, articolo 11, comma 3, lettera d), e successive modificazioni.

2. Entro il 15 aprile di ogni anno, il Ministero della salute, di intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sulla base di un programma di azioni valido per il medesimo anno, provvede alla ripartizione delle risorse del Fondo tra le parti.

3. Le risorse del Fondo sono aggiuntive agli altri finanziamenti che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano destinano a finalità analoghe a quelle del Fondo stesso.

Art. 8.

(Copertura finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, pari a 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2006-2008, nell'ambito dell'unità previsionale di base di conto capitale «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2006, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero per la salute.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 9.

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

