

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XV LEGISLATURA —

N. 264

DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa delle senatrici VALPIANA, EMPRIN GILARDINI e
NARDINI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 5 MAGGIO 2006

Diritti della partoriente e del nuovo nato

ONOREVOLI SENATORI. - Il mutamento degli ambiti tradizionalmente scenario del parto (la casa, la contrada, il vicinato) e delle modalità di assistenza alla nascita, in poco più di quaranta anni hanno di fatto assimilato tutti i parti, tutte le nascite (anche se la maggioranza di essi sono eventi del tutto fisiologici) a quella percentuale largamente minoritaria che presenta caratteristiche patologiche.

A partire dalla fine degli anni cinquanta abbiamo assistito alla progressiva confluenza dell'evento nascita verso le strutture ospedaliere.

La nascita, per secoli, per millenni presenza quotidiana nella vita sociale, momento impegnativo ma vissuto convivialmente all'interno della famiglia, sostenuto dalla solidarietà delle altre donne e della comunità, di cui donna e bambino erano i protagonisti, si è progressivamente trasformata in un evento avulso dalla quotidianità, confinato in una «istituzione» la cui gestione è stata progressivamente sempre più delegata ad operatori e tecnici, che si sono resi protagonisti sulla scena del parto, relegando la donna a un ruolo passivo, spesso dimenticando le sensibilità del neonato e i suoi bisogni, escludendo del tutto gli altri membri della famiglia, privando di ogni ruolo la comunità.

Le motivazioni sanitarie alla base di questa scelta, inizialmente comprensibili per le precarie condizioni di vita, igieniche, sanitarie, abitative, sociali ed economiche, hanno poi finito per prevalere sugli altri aspetti del parto-nascita, quali l'emotività, l'affettività, l'amore, la realizzazione delle scelte personali.

Per il raggiungimento degli obiettivi di sicurezza si è dovuto pagare un prezzo: i servizi di maternità sono stati centralizzati negli ospedali, i tassi degli interventi sono sempre più aumentati (fino a portare l'Italia ad essere il Paese con il più elevato e inaccettabile tasso di tagli cesarei), le tecnologie sono usate di *routine*, l'assistenza è divenuta molto frammentata. La nascita è diventata un evento medico, trascurando la natura complessa di gravidanza e parto. È stato privilegiato l'aspetto tecnico-sanitario e questo non sempre ha consentito di rispettare i fondamentali diritti dei protagonisti della nascita: diritto al rispetto delle scelte personali, dei ritmi naturali del corpo della donna, della gravidanza e del parto; diritto alla vicinanza e alla conoscenza tra madre e figlio nell'immediato dopo parto; diritto alla presenza di persone amiche; diritto alla scelta della donna circa i luoghi dove partorire.

Questa situazione, protraendosi per decenni, ha determinato profonde trasformazioni nel vissuto, individuale e collettivo, dei momenti centrali della vita di ciascuno di noi. E la sommatoria di questi vissuti personali ha determinato cambiamenti culturali di vasta portata, incidendo sull'affettività e sull'aggressività, sulla capacità relazionale e sul senso di fiducia reciproco, sull'interpretazione stessa della nascita e della morte, sull'accettazione dei limiti insiti nella natura umana, sul nostro stesso sentirci parte di questa natura.

Negli ultimi decenni, però, le condizioni socio-economiche della popolazione sono profondamente mutate e, nella generale riflessione sulla «qualità della vita», è emersa

una sensazione di malessere legata a questo senso di «espropriazione»; un movimento culturale e di opinione che richiede qualità anche nell'evento della nascita.

In gran parte dei Paesi industrializzati occidentali giuste voci si levano a richiedere attenzione e cittadinanza anche per gli aspetti relazionali, affettivi e culturali del «mettere al mondo»; a chiedere una nascita senza violenza.

L'idea che i servizi di maternità dovrebbero essere basati sulla donna, impegnandosi a soddisfare i suoi bisogni, è un'idea semplice ma difficile da mettere in pratica, richiedendo un cambiamento di cultura dell'assistenza e di strutture.

I servizi di maternità devono dare sicurezza, ma anche guardare al benessere futuro della madre, del suo bambino, della sua famiglia.

Alcuni ospedali già negli anni '80 (per esempio Zevio (Verona); Poggibonsi (Siena); Gavardo (Brescia); Villaggio della madre e del fanciullo (Milano) hanno cercato di agire in modo da restituire maggiore attenzione e umanità alla nascita, modificando le loro pratiche routinarie di assistenza, restituendo centralità ai soggetti della nascita e limitando allo stretto necessario gli interventi sanitari, farmacologici e tecnici, considerato anche che costituiscono un ulteriore fattore di rischio per la salute della donna e del nascituro. Consultori, associazioni culturali, movimenti di opinione, gruppi di volontariato e associazioni di intervento nel sociale (il coordinamento nazionale «Il Melograno - Centri di informazione maternità e nascita», il Movimento internazionale parto attivo, la Scuola elementare di arte ostetrica di Firenze e tante altre iniziative a carattere locale) ormai da diversi anni lavorano e si impegnano su questo terreno, diffondendo un po' ovunque una nuova cultura della nascita che si è tradotta in alcuni reparti nascite in una diversa attenzione e in tentativi di umanizzazione della gestione dell'evento.

Ma questo rinnovamento va generalizzato, soprattutto adeguando la rete consultoriale, offrendo a tutte le donne, a tutti i nuovi nati, a tutti gli operatori socio sanitari pari opportunità nell'intervenire con una coscienza e una professionalità rinnovate in questo grande mistero che è la nascita.

D'altra parte, anche la ricerca scientifica ha ormai dimostrato come il più delle volte il rispetto dei ritmi, dei legami naturali e dei bisogni personali vada di pari passo con un migliore e più fisiologico espletamento del parto. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), già nel 1985 approvava le raccomandazioni «Tecnologie appropriate per la nascita», nel 1986 le «Tecnologie appropriate per il dopo-parto», fino alle più recenti raccomandazioni OMS 2006 «*Standards for Maternal and Neonatal Care*» che rimettono in discussione la maggior parte delle pratiche ostetriche e pediatriche oggi comunemente accettate in ostetricia, proponendo migliori livelli di assistenza con minor utilizzo di tecnologie, il recupero delle modalità di assistenza tradizionali appropriate di ogni popolazione, la riconversione delle risorse attualmente disponibili.

In questo senso si è già avviato il decreto-legge 1° dicembre 1995, n. 509, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 gennaio 1996, n. 34, che, nell'ambito delle disposizioni in materia di strutture e di spese del Servizio sanitario nazionale, ha riservato una quota di 200 miliardi di lire per i consultori e per l'attivazione e il sostegno delle strutture che applicano le tecnologie appropriate previste dall'OMS alla preparazione e all'assistenza al parto, come primo riconoscimento e sostegno ai luoghi del parto che riservano attenzione sia agli aspetti scientifici, sia relazionali nella preparazione e nell'assistenza al parto, e ai primi giorni di vita del nuovo nato.

Nel quadro degli obiettivi di salute individuati dal Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, fu adottato dal Ministro della salute il Progetto obiettivo materno-in-

fantile in cui è sviluppato un piano di azioni dirette alla tutela della salute della donna, in tutte le fasi della vita e negli ambienti di vita, (decreto del Ministro della sanità 24 aprile 2000, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 131 del 7 giugno 2000).

Il Progetto indicava, tra gli altri obiettivi da perseguire allo scopo di salvaguardare le fasce più deboli e di garantire maggiore uniformità dei livelli di assistenza, quello di «assicurare processi assistenziali tendenti alla sempre maggiore umanizzazione dell'evento nascita, coniugando la possibilità di far coesistere la sicurezza per la partoriente e il nascituro e il rispetto di quanto desiderato dalla donna in una fase delicata per il ciclo vitale».

Più recentemente, l'attuale Piano sanitario nazionale 2006-2008 riepiloga: «Malgrado i progressi realizzati negli ultimi anni, non sono ancora stati raggiunti gli obiettivi indicati dal precedente Piano sanitario nazionale 2003-2005, che faceva proprie molte delle indicazioni del Progetto obiettivo materno-infantile del Piano sanitario nazionale 1998-2000, i cui *standard* relativi al numero minimo di parti anno per struttura, al bacino di utenza per unità operativa di pediatria risultano ancora validi e del quale andrebbe monitorata l'attuazione».

È necessario ormai arrivare ad una legge organica sulla materia, che, nel rispetto della sicurezza e delle acquisizioni scientifiche (tutte le evidenze scientifiche dimostrano che la sicurezza risiede prima di tutto nel rispetto della fisiologia), promuova una cultura ostetrica che tuteli l'innata capacità e competenza delle donne e dei bambini nel processo parto-nascita.

È fondamentale promuovere alcuni cambiamenti nell'organizzazione del percorso nascita, non costosi a livello economico ma molto importanti in termini di salute e soprattutto di benessere futuro: un'assistenza personalizzata alla donna (come già è stata avviata in Gran Bretagna con il programma «*Changing Childbirth*», un'informazione

puntuale e oggettiva sui meccanismi fisiologici che intervengono in gravidanza, parto, allattamento, assistenza adeguata da parte del personale sanitario con l'offerta di metodiche non invasive (uso dell'acqua, massaggi, possibilità di muoversi durante il travaglio, di adottare le posizioni più consone), ambiente idoneo (il più possibile tranquillo, intimo, familiare, non disturbante). Inoltre, è necessario prevedere nel dopo parto quel supporto sociale che una volta era garantito dalla famiglia allargata e dal vicinato e che oggi non esiste più e che potrebbe prevenire difficoltà nell'allattamento, depressione post-parto e altre problematiche. Una nuova figura di assistente alla nascita, anello di congiunzione tra la donna e gli operatori sanitari, dovrebbe tornare ad essere presente nel nostro Paese (un tempo c'erano l'ostetrica condotta e la puericultrice), non solo a livello di sperimentazione in alcune regioni o zone (vedi, per esempio, il Progetto di assistenza domiciliare nel primo anno di vita «Raggiungere gli irraggiungibili» gestito dal centro «Il Melograno» di Roma su iniziativa del Comune).

La presente proposta di legge, nata dall'esperienza dei centri «Il Melograno» che dal 1981 portano avanti nelle diverse sedi in Italia progetti e servizi per una nuova cultura della nascita, e da quella di tanti altri gruppi di auto-aiuto e di tanti operatori sanitari, medici, ostetriche e ricercatori che hanno messo in discussione e rivisto secondo il metodo EBM (*Evidence Based Medicine*) e basandosi sulle raccomandazioni dell'OMS, le pratiche ostetriche comunemente accettate e l'organizzazione conseguente, intende, perciò, promuovere la conoscenza e la diffusione di una nuova cultura della nascita e delle conseguenti pratiche rispettose di ciascun nuovo nato e del suo divenire persona, e di ciascuna donna che ha scelto di divenire madre. Inoltre, si vogliono rendere concrete e universali 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 scienza ed intelletto d'amore» (Maria Montessori).

La pratica del parto non violento è già una realtà in molti Paesi del mondo, così come il graduale superamento della ospedalizzazione generalizzata della donna. Ricordiamo l'esperienza americana, dove i parti che avvengono nelle case di maternità rappresentano ormai la maggioranza rispetto ai parti ospe-

dalizzati, e quella olandese dove oltre il 30 per cento dei parti avviene a domicilio.

Anche in alcune regioni italiane si sono fatte scelte concrete verso un graduale superamento della ospedalizzazione generalizzata della donna: nelle regioni Lombardia, Lazio, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna, Marche, Abruzzo, nelle Province autonome di Trento e di Bolzano si è già legiferato in questo senso.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. La presente legge persegue le seguenti finalità:

a) soddisfare i bisogni di benessere psico-fisico della donna e del bambino durante la gravidanza e il parto-nascita promuovendo i processi fisiologici;

b) favorire l'informazione e la conoscenza delle strutture territoriali e ospedaliere e consentire così una consapevole scelta da parte della donna e della coppia circa il luogo dove partorire e le modalità del parto, la scelta dell'operatore che l'accompagnerà in tutto il percorso nascita e le modalità con cui tale percorso deve svolgersi affinché la maternità possa essere vissuta, fin dall'inizio, come un evento naturale;

c) promuovere la conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche sanitarie in uso presso ogni punto nascita e la possibilità di verifica dei livelli di assistenza ivi prestati, tenuto conto delle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in materia di tecnologie appropriate alla nascita;

d) ridurre i fattori di rischio ambientali, personali e iatrogeni al fine di abbassare i tassi di morbilità e mortalità materna e perinatale, valorizzando il ruolo dell'ostetrica, secondo il profilo professionale definito dal comma 1 dell'articolo 1 del regolamento di cui al decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 740 che individua in questa figura professionale l'operatore sanitario che assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con pro-

pria responsabilità e presta assistenza al neonato;

e) assicurare al neonato, durante il periodo di ospedalizzazione, la continuità del rapporto familiare-affettivo applicando il protocollo OMS-Unicef «Ospedale amico del bambino» e fornire ai genitori ogni informazione sullo stato di salute del neonato e sui comportamenti atti a garantire lo stato di benessere del neonato medesimo.

Art. 2.

(Compiti delle regioni)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso il Piano sanitario regionale e sulla base dei criteri definiti dai progetti obiettivo in materia materna e infantile, individuati dal Piano sanitario nazionale, definiscono modelli organizzativi assistenziali idonei al raggiungimento delle finalità della presente legge, anche attraverso il potenziamento dei consultori di cui alla legge 29 luglio 1975, n. 405, e ne verificano lo stato di attuazione attraverso un opportuno sistema di monitoraggio condiviso con le Aziende sanitarie locali (ASL) che promuovono gli interventi.

Art. 3.

(Assistenza alla nascita)

1. Al fine di favorire l'unitarietà dell'assistenza durante la gravidanza, il parto e il puerperio deve essere realizzato il collegamento funzionale tra i consultori, le strutture ospedaliere e i servizi territoriali extra-ospedalieri presenti nel territorio attraverso un'azione di coordinamento attuata dai dipartimenti materno-infantili.

2. Le ASL provvedono, anche tramite dotazione del personale necessario, a garantire, nell'ambito delle prestazioni dei servizi consultoriali, il potenziamento degli interventi

per l'assistenza della donna durante tutto il periodo della gravidanza e, in particolare:

a) l'istituzione di un'idonea cartella ostetrico-pediatrica, nella quale sono annotati tutti i dati relativi alla gravidanza; tali dati devono essere messi a disposizione della donna e degli operatori che l'assistono durante e dopo il parto, su semplice richiesta degli interessati;

b) l'assistenza ostetrica alle gravidanze fisiologiche con previsione della continuità dell'assistenza ostetrica per tutto il percorso nascita e l'allattamento;

c) i percorsi di accompagnamento alla maternità e alla nascita, di cui all'articolo 4, e il relativo materiale documentario e bibliografico da mettere a disposizione delle utenti;

d) l'accertamento e la certificazione delle gravidanze a rischio e dei fattori di rischio per la gravidanza.

3. In ogni caso, l'assistenza sanitaria delle gravidanze a rischio è demandata, a decorrere dal momento dell'accertamento, alle strutture specialistiche intra ed extra ospedaliere. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministero della salute individua linee guida nazionali per la definizione dei livelli di rischio.

4. Dopo il parto deve essere garantita l'assistenza domiciliare alla madre e al bambino e il sostegno competente all'allattamento, in modo da favorire la dimissione precoce protetta ed appropriata della madre e del figlio, garantendo la partecipazione dell'ostetrica nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata per il controllo del puerperio e del neonato.

5. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute adegua la legislazione vigente al Codice internazionale dell'Organizzazione mondiale della sanità sulla commercializzazione dei sucedanei del latte materno (1981) e delle successive pertinenti Risoluzioni dell'Assemblea mondiale della sanità.

Art. 4.

*(Accompagnamento alla maternità
e alla nascita)*

1. Il personale addetto ai consultori, integrato da altri operatori del Servizio sanitario nazionale, coordina appositi incontri di accompagnamento alla maternità e alla nascita. Gli incontri, nei quali deve essere prevista la figura dell'ostetrica, sono rivolti, fin dall'inizio della gravidanza, alla donna, alla coppia e alla famiglia.

2. Gli incontri di cui al comma 1 sono finalizzati al potenziamento delle competenze della donna e del neonato (*empowerment*) e forniscono informazioni sul percorso nascita, sui luoghi dove partorire, sulle metodiche per l'espletamento del parto, comprese le tecniche e gli strumenti a disposizione nella gestione del dolore e sull'allattamento al seno.

3. Le partorienti devono essere messe in grado di conoscere le tecniche, le metodologie e i protocolli ostetrici in uso presso le singole strutture ospedaliere, ambulatoriali, consultoriali e le case di maternità istituite ai sensi dell'articolo 8 nelle ASL. Tali informazioni dovranno essere rese accessibili al grande pubblico tramite la pubblicazione obbligatoria dei dati di misura definiti e verificati dalle regioni.

4. Nel corso degli incontri accompagnamento alla maternità e alla nascita, di cui al comma 1, sono previsti momenti, dopo il parto, tra madri o coppie e il personale che ha condotto gli incontri in gravidanza, per gli opportuni scambi di esperienze legate alla nuova condizione di vita derivante dalla maternità.

Art. 5.

(Luoghi del parto)

1. Al fine del graduale superamento della ospedalizzazione generalizzata, su richiesta

della donna, debitamente informata sull'evento e sulle tecniche da adottare per il suo migliore svolgimento, il parto può svolgersi:

- a) nei reparti ospedalieri (di terzo, secondo, primo livello);
- b) nelle case di maternità, di cui all'articolo 8, individuate dalle ASL in progetti di ristrutturazione o costruzione;
- c) a domicilio.

Art. 6.

(Parto fisiologico)

1. Per consentire l'unicità dell'evento travaglio-parto-nascita e per favorire la partecipazione attiva della donna all'evento del parto, nei reparti ospedalieri è garantita la possibilità di usufruire di uno spazio riservato al quale possano avere libero accesso le persone con cui essa desidera condividere l'evento. Compatibilmente alle indicazioni mediche, deve essere, altresì, evitata l'imposizione di procedure e tecniche che risultino non rispondenti alla volontà della partoriente. La donna deve essere messa in condizione di scegliere le posizioni da assumere durante il travaglio e il parto, limitando l'uso degli interventi medici, tra cui la cardiocografia in continua, ai soli casi di reale necessità.

2. In base alle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, le modalità assistenziali garantiscono:

- a) il pieno rispetto delle esigenze biologiche e fisiologiche della donna e del nascituro;
- b) l'assestamento dei ritmi fisiologici del travaglio e l'eliminazione di ogni pratica routinaria non supportata da precise indicazioni cliniche, per ognuna delle quali deve essere fornita una corretta informazione al fine di favorire decisioni consapevoli da parte della partoriente;
- c) la promozione e la diffusione di diversi metodi e tecniche naturali e farmacologiche per la gestione del dolore in travaglio,

parto e *post partum* operativo. L'uso di farmaci analgesici deve essere limitato e garantito in forma gratuita alle donne che lo scelgono come metodo di gestione del dolore, essendo state informate delle possibili conseguenze.

d) modalità di assistenza che assicurino ambiente confortevole e rispettoso dell'intimità;

e) la possibilità di avere accanto il sanitario di fiducia, nel rispetto della continuità dell'assistenza e per il potenziamento dell'integrazione assistenziale;

f) la promozione dell'allattamento al seno immediatamente dopo la nascita e nei primi sei mesi di vita del bambino, secondo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità e dell'Unicef.

3. Durante la permanenza della donna nella sala parto al fine del controllo *post partum*, il neonato sano rimane accanto alla madre, assistito dal competente personale sanitario.

4. Durante tutto il periodo di degenza la madre e il figlio sano devono avere la possibilità di restare l'una accanto all'altro. Su richiesta della donna, la permanenza del neonato può essere limitata; deve, inoltre, essere consentita, senza limite di orario, la permanenza del padre o di altra persona.

5. Il personale sanitario medico e non medico già addetto ai nidi, opportunamente qualificato e aggiornato è assegnato nei reparti di ostetricia in relazione alle esigenze di assistenza dei neonati accanto alle madri, sulle quali, comunque, non devono gravare compiti assistenziali.

6. Durante il periodo di degenza devono essere promossi incontri informativi con gli operatori di pediatria e di ostetricia sui temi dell'allattamento, della puericultura e dell'igiene del puerperio, nonché incontri con il personale dei servizi territoriali, le associazioni di auto-aiuto e altre risorse presenti nel territorio.

7. I servizi territoriali offrono attivamente l'assistenza domiciliare al puerperio e all'allattamento, nelle modalità concordate con le donne e attraverso l'individuazione di percorsi *ad hoc*.

Art. 7.

(Programmazione degli interventi)

1. I servizi territoriali e ospedalieri delle ASL predispongono i programmi degli interventi strutturali necessari all'attuazione della presente legge.

2. I programmi di cui al comma 1 devono prevedere, altresì, le ristrutturazioni relative:

a) alla riorganizzazione necessaria per istituire l'assistenza domiciliare al travaglio, al parto e al puerperio;

b) alle opere necessarie per attuare le case di maternità di cui all'articolo 8;

c) all'allestimento negli istituti ospedalieri di idonei spazi individuali per l'evento travaglio-parto-nascita;

d) alla disponibilità di camere di degenza, provviste di culle e servizi igienici indipendenti per ogni camera;

e) ai reparti di patologia neonatale attigui ai reparti di ostetricia;

f) alla disponibilità di spazi comuni per le attività previste all'articolo 6;

g) alle opere necessarie ad adeguare i reparti ospedalieri di pediatria alle esigenze di tutela del bambino.

3. Gli spazi di cui al comma 2 sono realizzati dalle aziende sanitarie locali nell'ambito dei progetti di ampliamento, di ristrutturazione e di costruzione di reparti ostetrici, pediatrici, neonatologici ed anestesiologicali ovvero, in attesa della realizzazione delle nuove strutture, tramite una riorganizzazione funzionale e degli esistenti reparti ostetrici, pediatrici, neonatologici ed anestesiologicali.

Art. 8.

(Casa di maternità)

1. La casa di maternità è un servizio pubblico gestito dalla ASL competente per territorio anche attraverso società miste nelle quali la quota di partecipazione pubblica non sia inferiore al 51 per cento, o in convenzione con organizzazioni private con finalità sociali, che opera in stretto collegamento con i consultori al fine di consentire che il parto fisiologico possa svolgersi con la necessaria assistenza ostetrica e garantendo la presenza delle persone con le quali la donna desidera condividere l'evento. La casa di maternità è una struttura che, pur mantenendo in primo piano la dimensione affettiva e psicorelazionale, come a domicilio, offre un'ambiente intermedio e protetto, proprio dell'istituzione socio-sanitaria.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni individuano le zone sanitarie nelle quali sperimentare la casa di maternità, disciplinandone l'assetto gestionale e strutturale in attuazione delle disposizioni del presente articolo. La casa di maternità assiste i parti fisiologici al di fuori degli ospedali, alleviando i reparti ostetrici, ed è costituita da spazi individuali ove possono essere ospitate la partoriente ed altre persone di sua scelta, collegati fra loro da locali comuni debitamente attrezzati per le esigenze di assistenza al parto o per le attività culturali continuative per le donne. La casa di maternità è dotata di proprio personale sanitario, ausiliario e amministrativo selezionato dalla ASL competente.

3. L'assistenza sanitaria e la tempestiva ospedalizzazione in caso di eventi patologici sopravvenuti sono garantite da una struttura ospedaliera della zona, che lavora in stretto contatto con la casa di maternità.

Art. 9.

(Parto a domicilio)

1. Il parto a domicilio avviene per libera scelta della partorientente.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni individuano le zone sanitarie nelle quali sperimentare servizi di parto a domicilio in attuazione delle disposizioni del presente articolo. La ASL competente deve garantire tale servizio attraverso *équipes*, anche in regime di convenzione, di ostetriche itineranti per i giorni successivi al parto. Le *équipes* sono collegate ad un pediatra e ad un ginecologo reperibili per prestazioni di competenza specialistica.

3. La ASL competente seleziona le figure professionali di cui al comma 2 sulla base di un concorso successivo all'espletamento di appositi corsi di formazione professionale. Le ostetriche domiciliari inviano le donne con gravidanza a rischio o affette da patologie rilevanti ai fini dello stato di gravidanza alle strutture competenti intra ed extra ospedaliera. All'insorgenza del travaglio l'*équipe* ostetrica avverte in ogni caso l'ospedale più vicino, che deve garantire la tempestiva ospedalizzazione della donna e del bambino in caso di eventi patologici sopravvenuti, anche con il supporto di unità mobili.

4. L'ostetrica assicura alla donna, per almeno dieci giorni a decorrere dal momento del parto, un'adeguata assistenza al puerperio e all'allattamento al seno. Il controllo pediatrico del neonato deve essere effettuato entro ventiquattr'ore dalla nascita.

5. Entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministero della salute promulga linee-guida per l'assistenza al parto e al puerperio a domicilio.

Art. 10.

(Servizio di trasporto materno e neonatale)

1. I criteri di riconoscimento delle gravidanze, dei parti e delle condizioni neonatali a rischio, al fine del tempestivo ricovero nei punti nascita, sono quelli individuati dall'Organizzazione mondiale della sanità.

2. In casi di particolare gravità, il trasporto assistito deve essere effettuato da personale con competenze specifiche, mediante il servizio di trasporto d'emergenza, e deve afferrire a strutture assistenziali di secondo o terzo livello, utilizzando un'unità mobile attrezzata per le cure intensive da prestare in corso di trasferimento.

Art. 11.

(Donazione del sangue cordonale)

1. Le divisioni di ostetricia diffondono la cultura della donazione del sangue cordonale informando le puerpere delle potenzialità della donazione, delle possibili utilizzazioni, della mancanza di rischi per sé e per il neonato.

Art. 12.

(Incentivi)

1. In considerazione dei maggiori costi derivanti dall'assistenza al travaglio e al parto per via vaginale, sia in termini di impegno di personale medico e ostetrico, sia di tecnologie, il rimborso alle strutture sanitarie relativo ai parti vaginali, sia spontanei che operativi, è equiparato a quello previsto per i tagli cesarei.

2. Le aziende sanitarie corrispondono, su richiesta e presentazione di parcella di onorari, una somma corrispondente al DRG (*Diagnosis related group* - raggruppamento

omogeneo di diagnosi) del parto a chi ha partorito a domicilio.

3. Le unità operative che abbiano dimostrato, di anno in anno, di lavorare in conformità alle disposizioni della presente legge, sono incentivate dalle aziende sanitarie locali con iniziative di formazione e di aggiornamento, nonché con il finanziamento di progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla presente legge.

Art. 13.

(Formazione e aggiornamento del personale)

1. Il personale sanitario medico e non medico del Servizio sanitario nazionale addetto all'assistenza socio-sanitaria della donna durante la gravidanza, il parto, il puerperio e l'allattamento deve essere aggiornato e riqualificato ai sensi della presente legge. Gli operatori devono essere tra loro funzionalmente collegati in senso dipartimentale.

2. Per favorire gli scambi tra gli operatori possono essere previsti comandi temporanei del personale dalle strutture territoriali alle strutture ospedaliere e alle strutture universitarie, e viceversa.

3. Le regioni, d'intesa con le ASL e con i servizi socio-sanitari operanti nel territorio, promuovono corsi di aggiornamento ECM (Educazione continua in medicina) per il personale, a cadenza annuale, articolati su due livelli, di cui il primo - generale - uguale per tutti gli operatori, e il secondo - specialistico - adeguato alle rispettive competenze, programmati secondo le modalità di cui al presente articolo.

4. La formazione ECM degli operatori del percorso nascita prevede l'acquisizione obbligatoria di almeno il 50 per cento dei crediti formativi su temi specifici, includendo in forma prioritaria la formazione sulle pratiche appropriate di assistenza alla nascita e le tecniche di gestione del dolore in travaglio (per operatori dei punti nascita), la formazione

sulla gestione dei percorsi di accompagnamento alla maternità e alla nascita e sulla promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno (per tutti gli operatori del percorso nascita, ospedalieri e territoriali).

5. I corsi di aggiornamento e riqualificazione del personale perseguono i seguenti obiettivi:

a) riqualificazione del personale impiegato nei vari servizi e del personale convenzionato, in funzione dell'attuazione del parto a domicilio e nelle case di maternità;

b) aggiornamento specifico su tecniche e metodologie ostetriche e sulle tecniche di parto-analgesia naturali e farmacologiche che tengano conto della revisione critica in atto a livello internazionale sulla reale validità scientifica e sull'efficacia delle procedure mediche e chirurgiche in uso e comunemente utilizzate in ostetricia;

c) formazione pluridisciplinare degli operatori comprensiva sia degli aspetti medico-sanitari sia delle problematiche sociali culturali e psicologiche collegate all'evento nascita e alle esperienze della maternità;

d) formazione all'assistenza domiciliare al puerperio.

Art. 14.

(Relazioni ed indagini)

1. I competenti organi regionali approvano una relazione annuale nella quale sono contenuti i dati relativi a:

a) morbilità e mortalità perinatale e neonatale tardiva;

b) morbilità e mortalità materna;

c) modalità di espletamento dei parti e, in particolare, dei parti strumentali;

d) complicanze in gravidanza;

e) uso di ossitocici, antispastici, analgesici, anestetici, altri farmaci e altri metodi non farmacologici di contenimento del dolore durante il travaglio e specificazione delle relative caratteristiche;

f) frequenza e modalità dell'allattamento al seno alla dimissione, e successive dopo 3, 6, 9, 12 mesi;

g) gravidanze fisiologiche seguite dall'ostetrica;

h) percorsi nascita seguiti in regime di continuità assistenziale;

i) frequenza ai percorsi di accompagnamento alla maternità e alla nascita;

l) frequenza agli incontri in puerperio.

2. Le relazioni di cui al comma 1 contengono altresì dati statistici relativi a:

a) popolazione assistita (età, classe sociale di appartenenza, rischio sanitario e altri criteri ritenuti utili per la valutazione della qualità delle cure);

b) livelli di assistenza neonatale;

c) nati pretermine, nati morti e malformati.

3. I dati di cui ai commi 1 e 2 sono trasmessi al Ministro della salute che annualmente promuove:

a) la pubblicazione e la diffusione dei dati raccolti;

b) lo svolgimento di indagini su:

1) la mortalità perinatale;

2) la mortalità materna;

3) l'incidenza e le motivazioni dei parti strumentali;

4) la frequenza e la tipologia di eventuali malformazioni ed *handicap* nei nascituri e dei neonati;

5) i dati relativi all'assistenza al parto a domicilio e nelle case di maternità di cui all'articolo 8.

Art. 15.

(Relazione al Parlamento)

1. Il Ministro della salute presenta annualmente al Parlamento una relazione sullo stato di attuazione della presente legge, tenuto conto dei dati rilevati dalle regioni.

Art. 16.

(Livelli di cura e bacini di utenza)

1. Tutti gli ospedali pubblici e privati accreditati dotati di punto nascita, anche se privi di strutture operative complesse di neonatologia e di terapia intensiva neonatale, devono disporre di posti letto per cure minime ed intermedie, nell'ambito di unità operative di pediatria o neonatologia.

Art. 17.

(Requisiti organizzativi e di personale)

1. Presso ogni presidio sanitario pubblico o privato accreditato sono garantiti i servizi di rianimazione primaria neonatale. A tal fine, nell'ambito della sala parto, o in un locale direttamente comunicante con essa, deve essere predisposta una zona per le prime cure e l'eventuale intervento intensivo sul neonato, denominata «isola neonatale», provvista di spazio ed attrezzature adeguate allo scopo.

2. Responsabile dell'assistenza nell'isola neonatale di cui al comma 1 è un neonatologo o un pediatra con competenze neonatologiche. Nelle strutture in cui è prevista la guardia attiva ventiquattr'ore su ventiquattro del neonatologo o del pediatra con competenze neonatologiche, questi devono garantire l'assistenza al neonato in sala parto.

3. Per adeguare le competenze in assistenza intensiva neonatale nei punti nascita in cui non esista la figura del neonatologo o del pediatra con competenze neonatologiche, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rianimazione primaria ed assistenza neonatale dedicati a tutto il personale che deve prendersi cura del neonato.

Art. 18.

(Controlli post-natali)

1. Tutti i neonati, nelle ore successive alla nascita, devono usufruire dei comuni controlli dei parametri vitali durante l'osservazione transizionale.

2. Qualora il neonato necessiti di cure speciali che determinano il temporaneo distacco dalla madre viene assicurata, per quanto possibile, la permanenza della stessa in spazi contigui e adeguati, anche in caso di degenza in terapia intensiva neonatale.

Art. 19.

(Cartella clinica neonatologica)

1. Per ogni nato vivo viene compilata una cartella clinica personale, contenente, oltre ai dati previsti dalle vigenti disposizioni in materia, i rilievi sulla gravidanza, sul parto e sull'andamento neonatale utili per la valutazione dell'efficacia delle cure.

Art. 20.

(Continuità delle cure al neonato)

1. Al fine di assicurare la dovuta continuità di indirizzo nelle cure prestate, ogni bambino che in epoca post-natale debba essere nuovamente ospedalizzato per patologie connesse alla nascita per cui è stato già in trattamento nelle unità operative di neonatologia o patologia neonatale, ovvero di terapia intensiva neonatale, può fruire di cure, sia in regime di *day hospital* sia di ricovero ordinario, presso la stessa unità operativa, indipendentemente dal superamento dell'età strettamente neonatale.

Art. 21.

(Applicazione della disciplina in materia di attività usuranti)

1. A tutto il personale del ruolo medico e dei profili professionali ostetrici ed infermieristici operanti in unità di terapia intensiva neonatale, in pronto soccorso ostetrico, in sala parto e in sala operatoria si applicano le agevolazioni previste dal decreto legislativo 11 agosto 1993, n. 374, e successive modificazioni, e i provvedimenti attuativi di quanto previsto dall'articolo 12 della legge 23 dicembre 1994, n. 724.

