



DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori MARINELLO, RUVOLO, GUALDANI, MAZZONI,
ALICATA, TORRISI, PAGANO e SCOMA**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 10 APRILE 2013

Norme per l’assistenza alla nascita e la tutela della salute del neonato

ONOREVOLI SENATORI. - Il presente disegno di legge mira a garantire al neo cittadino appena nato il rispetto della dignità sociale che gli compete e il rispetto delle aspettative di vita e di salute compatibili con il suo potenziale genetico nonché ad assicurare un indirizzo unitario nella garanzia dell'uguaglianza dei diritti fondamentali del cittadino: diritto alla salute e diritto alla famiglia. Infatti il neonato italiano, in tema di assistenza ospedaliera, è discriminato rispetto ad ogni altro cittadino, pagando ancora, in parte, il retaggio di una cultura arcaica che lo considera alla stessa stregua di un'appendice della madre, dandogli la stessa dignità di una placenta.

Di fatto il neonato, pur essendo al momento della nascita - con l'inizio della prima funzione vitale autonoma, la respirazione - divenuto soggetto di diritto, destinatario cioè delle norme previste dall'ordinamento giuridico in funzione protettiva, e pur avendo, appena nato, acquisito la capacità giuridica, ai sensi del primo comma dell'articolo 1 del codice civile, non è allo stato attuale debitamente tutelato.

Per il neonato «sano» sono previsti interventi di prevenzione, di diagnosi e di cura (decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, e decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), che si realizzano con l'assistenza pediatrico-neonatologica in sala parto, la visita medica giornaliera, i ripetuti controlli clinici, strumentali e di laboratorio subito dopo la nascita e durante la permanenza in ospedale. Sono, altresì, erogate prestazioni medico-infermieristiche (pulizia periodica, alimentazione, cura del moncone ombelicale, profilassi oculare, somministrazione di vitamina K, verifica regolare

del peso, monitoraggio della bilirubinemia, vaccinazione anti-HBV, *smening* di legge, eccetera), le quali, ove indicato, sono integrate da procedure diagnostico-assistenziali più complesse.

Nonostante l'erogazione delle prestazioni citate, permane una situazione ambigua, che vede il neonato «sano», da una parte, considerato alla stregua di ogni altro paziente o utente del Servizio sanitario nazionale e, dall'altra parte, ignorato nelle sue individualità e specificità. Infatti, permane il paradosso per cui il neonato «sano», pur avendo assegnato ad esso un codice di raggruppamento omogeneo di diagnosi (ROD) (decreto del Ministro della sanità 15 aprile 1994, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 107 del 10 maggio 1994), è stato, successivamente, escluso dal rimborso della tariffa di permanenza nel presidio del Servizio sanitario nazionale (decreto del Ministro della sanità 14 dicembre 1994, recante «Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera», pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 300 del 24 dicembre 1994).

Corre obbligo, inoltre, evidenziare che i parametri di cui all'articolo 2 del presente disegno di legge sono in linea con quanto contenuto nella pubblicazione «Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza perinatale in Italia» edita a cura della Società italiana di medicina perinatale, terza edizione, 1999.

L'esigenza dell'elaborazione di un testo legislativo unitario nasce anche dalla necessità di fare chiarezza in materia di assistenza al neonato, raccordando in un testo completo e organico tutte le disposizioni legislative vigenti, relative alla materia, che a volte sono in stridente contrasto con la realtà operativa

dei singoli presidi ospedalieri e con le esigenze di un'assistenza corretta e in linea con le moderne acquisizioni scientifiche.

Fatte queste premesse, essenziali alla lettura del presente disegno di legge che ha come obiettivo primario di perseguire il mantenimento dello stato di salute del nuovo nato e la prevenzione delle complicanze connesse alla nascita, ci auguriamo che essa possa trovare nella presente legislatura la massima attenzione, essendo il presuppo-

sto per un'univoca razionalizzazione e uniformazione di indirizzo nell'assistenza al neonato e per la garanzia, ovunque egli nasca, della tutela dei suoi diritti.

Nel corso della XVI legislatura la proposta in esame è stata esaminata dalla Commissione affari sociali della Camera, dopo una serie di audizioni, che ne ha confermato la bontà dell'impianto. Tuttavia non si è riusciti a raggiungere un testo definito.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. Il neonato è tutelato mediante la notifica del ricovero presso i presìdi ospedalieri, pubblici e privati, e la compilazione della cartella clinica nonché secondo le apposite modalità che le singole regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano nell'ambito di programmi di attivazione e di attuazione del parto a domicilio o in casa.

Art. 2.

1. Ad ogni nato, nell'ambito della struttura ospedaliera, sono assicurate competenze specifiche mediche e infermieristiche nonché l'aderenza ai requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici stabiliti dai progetti obiettivo in materia maternoinfantile individuati dal Piano sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 11, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e nel rispetto delle disposizioni della presente legge.

2. L'assistenza ospedaliera al neonato è articolata su tre livelli di cura:

a) cure di I livello per neonati sani, con una disponibilità di quindici posti letto per mille nati vivi;

b) cure di II livello, con una disponibilità di 4,5 posti letto per mille nati vivi, oltre alle culle destinate ai neonati sani;

c) cure di III livello, definite cure intensive, con una disponibilità di un posto letto per settecentocinquanta nati vivi, e cure intensive con una disponibilità di due posti letto per ogni posto letto di terapia intensiva neonatale, oltre alla disponibilità di posti letto adeguati all'utenza bisognosa di

cure del I e del II livello di cure, e di posti letto supplementari per i neonati bisognosi di chirurgia neonatale rapportati all'utenza.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche in base alla valutazione della situazione orogeografica, della rete viaria, della consistenza e della localizzazione delle strutture esistenti, definiscono per le unità operative neonatologiche adibite ai compiti di cui al presente articolo bacini di utenza atti ad assicurare l'acquisizione di competenze specifiche e di un livello tecnico adeguato alle cure prestate, che non può prescindere dal numero dei pazienti trattati.

4. Tutti gli ospedali pubblici e privati accreditati dotati di punto nascita, anche se privi di unità operative autonome di neonatologia e di terapia intensiva neonatale, sono dotati di posti letto per cure minime e intermedie, nell'ambito delle unità operative di pediatria o di neonatologia. Di norma le unità operative di ostetricia e le unità operative di neonatologia-patologia neonatale e di pediatria con assistenza neonatale operano a livello corrispondente, e un livello superiore provvede all'erogazione, oltre che delle prestazioni che lo caratterizzano, anche di quelle di livello inferiore.

5. Nelle aree ad alta densità di popolazione o metropolitane i vincoli quantitativi riferiti ai bacini di utenza determinanti ai fini della programmazione regionale del numero delle unità di terapia intensiva neonatale possono essere derogati allo scopo di privilegiare il diritto alla scelta dei genitori e la competitività delle aziende sanitarie locali che insistono nel medesimo territorio.

Art. 3.

1. Requisito organizzativo e funzionale essenziale di ogni punto nascita è assicurare l'assistenza in sala parto garantendo la rianimazione primaria neonatale. Responsabile

dell'assistenza neonatale nell'isola annessa alla sala parto di cui al comma 4, è un medico neonatologo o pediatra. Nelle strutture in cui è prevista la guardia attiva ventiquattro ore su ventiquattro del medico neonatologo o del medico pediatra con competenze neonatologiche, quest'ultimo garantisce l'assistenza al neonato in sala parto.

2. Al fine di adeguare le competenze in rianimazione neonatale nei punti nascita in cui non è prevista la figura del medico neonatologo o del medico pediatra con competenze neonatologiche, è fatto obbligo alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano di istituire corsi di formazione e di aggiornamento professionali in rianimazione primaria e in assistenza neonatale destinati al personale che prende in cura il neonato.

3. La gestione dei corsi di cui al comma 2 è affidata, di preferenza, ai centri di terapia intensiva neonatale nel cui territorio ricadono i punti nascita, al fine di consentire un'adeguata collaborazione e integrazione tra il centro di riferimento e la rete ospedaliera periferica.

4. Nell'ambito della sala parto, o in un locale direttamente comunicante con essa, è predisposta una zona per le prime cure e per l'eventuale intervento rianimatorio sul neonato, denominata «isola neonatale», provvista di spazio e di attrezzature adeguati alle esigenze rianimatorie.

Art. 4.

1. Tutti i nati apparentemente sani, in attesa che si completino i processi fisiologici di adattamento postnatale, nelle ore successive alla nascita, sono sottoposti ai comuni controlli dei parametri vitali durante l'osservazione transizionale. Tale osservazione, compatibilmente con le capacità organizzative e strutturali del reparto ospedaliero, è attuata in culla presso il letto della madre.

Art. 5.

1. Per ogni nato vivo è compilata una cartella clinica personale, anche ai fini della redazione della scheda di dimissione ospedaliera, contenente, oltre ai dati previsti dalle disposizioni vigenti in materia, i rilievi sulla gravidanza, sul parto e sull'adattamento neonatale utili per la valutazione dell'efficienza dei servizi perinatali e dell'efficacia delle cure prestate all'atto della nascita.

2. Il Ministro della salute, sentito il parere di un'apposita commissione di esperti, con proprio decreto da emanare entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone le linee di guida generali per la formulazione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano della cartella clinica di cui al comma 1.

Art. 6.

1. Al fine di consentire un costante processo di umanizzazione della nascita, l'assistenza ospedaliera garantisce la possibilità di accessi e di permanenza in sala travaglio e in sala parto di un familiare o di altra persona gradita dalla partoriente, qualora la medesima ne faccia esplicita richiesta.

2. Al fine di facilitare l'instaurarsi di un corretto rapporto relazionale con i genitori e di assicurare la continuità del rapporto psico-affettivo, i presidi ospedalieri pubblici e privati prevedono modelli organizzativi che consentono la vicinanza del neonato alla madre e la presenza del padre.

3. È, altresì, favorita, compatibilmente con le condizioni fisiche della puerpera e del neonato e su espresso consenso della stessa, la dimissione precoce, protetta e appropriata della madre e del figlio dall'ospedale ed è garantita la possibilità di controlli ambulatoriali ripetuti nonché, se necessaria, l'assistenza domiciliare integrata alla madre e al

neonato nei giorni successivi al rientro nel domicilio, realizzata mediante *équipe* itineranti di ostetriche, di infermieri specializzati nell'assistenza al neonato e di assistenti sociali. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attivano apposite iniziative e percorsi mirati a favorire la presa in carico più precoce possibile del neonato da parte del medico pediatra di base del Servizio sanitario nazionale.

4. Le *équipe* di cui al comma 3 sono collegate, per le rispettive competenze, a un medico ginecologo-ostetrico e a un medico neonatologo o pediatra con formazione specifica, per eventuali prestazioni di competenza specialistica, in attesa che il neonato possa accedere al medico pediatra di base. L'azienda sanitaria locale competente per territorio promuove appositi corsi di formazione professionale di tipo teorico-pratico, finalizzati alla selezione di figure professionali idonee all'individuazione delle patologie ostetriche e neonatali a esordio tardivo.

5. Tutti gli operatori addetti all'assistenza durante la gravidanza, il parto e il puerperio, nonché nel periodo immediatamente postnatale, appartenenti a strutture territoriali od ospedaliere, anche se autonome, sono tra loro funzionalmente collegati nell'ambito del dipartimento materno-infantile.

Art. 7.

1. Considerato il ruolo preminente dell'allattamento materno nel contribuire al soddisfacimento del desiderio naturale della nutrice, al miglioramento del rapporto tra madre e bambino e alla salute psico-fisica del neonato, esso è incoraggiato con ogni mezzo, favorendo la vicinanza della madre al neonato nell'ambito delle strutture ospedaliere.

2. Al fine di cui al comma 1, le aziende sanitarie locali, anche in corso di ristrutturazione dei reparti, individuano spazi e soluzioni logistiche atti a ospitare accanto alle

puerpere le culle dei neonati. Le camere di puerperio sono dotate di adeguati servizi igienici. Esse sono, altresì, adiacenti al nido al fine di favorire un facile accesso al neonato, accudito da personale competente. Sulle madri non possono gravare compiti assistenziali e le medesime usufruiscono di sostegno nell'accudimento del proprio figlio. Nelle situazioni in cui è possibile garantire subito dopo la nascita la possibilità di scelta da parte dei genitori del medico pediatra di base e la sua immediata presa in carico del bambino, è favorito l'accesso del medesimo in ospedale.

3. Durante la degenza sono promossi incontri formativi ed educazionali con gli operatori sanitari sui temi dell'allattamento, della cura del neonato e dell'igiene del puerperio.

Art. 8.

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

2. Per tutto il periodo di ospedalizzazione del figlio ai sensi del comma 1 la madre, o un altro familiare in sua vece, usufruisce dei servizi ospedalieri, per quanto concerne il pernottamento e il vitto.

Art. 9.

1. In conformità a quanto disposto dagli articoli 6, 7 e 8, nelle more dell'attuazione di quanto previsto dal comma 2 del presente articolo, è attuata una riorganizzazione funzionale dei reparti ostetrici, pediatrici e neonatologici, tale da consentire la presenza contemporanea nello stesso ambiente o in

un ambiente attiguo della madre e del neonato che necessita di cure minime.

2. I progetti di ampliamento di ristrutturazione o di costruzione di reparti di cui al comma 1 del presente articolo sono redatti in conformità alle disposizioni di cui agli articoli 6 7 e 8.

Art. 10.

1. Le donne con gravidanze a rischio individuate ai sensi del comma 2 sono tempestivamente avviate a un centro dotato di livello assistenziale adeguato ai bisogni della madre, del feto e del neonato.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano appositi criteri di riconoscimento delle gravidanze a rischio al fine della loro precoce identificazione e dell'accesso ai livelli superiori delle cure.

3. I punti nascita, nei casi nei quali non è possibile prestare cure adeguate ai bisogni assistenziali del neonato, si attivano prontamente per il trasferimento del neonato stesso al centro specializzato più vicino, in grado di offrire garanzie adeguate per l'immediato ricovero e per l'erogazione delle cure necessarie.

4. Di fronte a situazioni di elevato rischio identificate all'atto della nascita, il trasporto neonatale è effettuato da personale con competenze specifiche, afferente a strutture assistenziali di III livello, a mezzo di unità mobile attrezzata per le cure intensive da prestare durante il trasferimento all'unità operativa di patologia neonatale o di terapia intensiva neonatale.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, tenuto conto delle condizioni ambientali e del razionale utilizzo delle strutture esistenti, all'omogenea organizzazione di un'adeguata rete di trasporto assistito ai sensi di quanto stabilito dal comma 4.

Art. 11.

1. Al fine di assicurare la dovuta continuità di indirizzo nelle cure prestate, ogni bambino, il quale in epoca post-natale debba essere nuovamente ospedalizzato per patologie connesse alla nascita e per cui è stato già in trattamento nelle unità operative di neonatologia o di 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. 12.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito delle relative competenze in materia sanitaria, considerano prioritaria l'attuazione di interventi e programmi di prevenzione, educazione e informazione per la tutela della gestante e del neonato.

Art. 13.

1. Al personale del ruolo medico e dei profili professionali infermieristici operante in unità di terapia intensiva neonatale si applicano le agevolazioni e i benefici previsti dal decreto legislativo 11 agosto 1993, n. 374, e dal decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 17 aprile 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 114 del 18 maggio 2001.

