

## DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore BOATO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 1° MARZO 1990

### Diritti della partoriente e del bambino ospedalizzato

ONOREVOLI SENATORI.— 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 particolar modo la posizione e il ruolo che viene attribuito 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 40 anni, giustificata inizialmente dalle precarie con-

dizioni 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'efficientismo, 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 del servizio materno-infantile chiedono di dare alla maternità e alla paternità caratteristiche qualitative tali da poterli vivere come scelta consapevole, da protagonisti, e nell'ambito delle proprie convinzioni personali.

Se si vuole tener 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 sopra 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 e 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 indivi-

duali, 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. Inoltre, in Italia manca una moderna programmazione dell'assistenza ostetrica, che tenga conto dei dati scientifici acquisiti negli ultimi decenni, che analizzi le 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 restituisca competenza e fiducia alla donna stessa, e in una collaborazione ed integrazione delle competenze degli operatori di base e specialisti.

Già molte Regioni hanno predisposto leggi regionali in materia che spesso, però, restano una carta di buoni propositi non attuati. Il presente disegno di legge, relativo 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 essi esistono, oltre che di stimolare gli interventi nelle realtà in cui non sono ancora stati stabiliti.

La presente proposta di legge si colloca nello spirito dell'ordine del giorno, presentato dalle donne di tutti i Gruppi parlamentari durante la discussione della legge finanziaria 1989 ed accolto dal Governo come raccomandazione, sulla questione del parto che, rifacendosi al documento dell'Organizzazione mondiale della sanità del 1985, impegna il Governo a recepire le indicazioni relative al graduale superamento della medicalizzazione del parto all'interno del piano sanitario nazionale e a destinarvi i fondi necessari.

Il citato documento dell'Organizzazione mondiale della sanità contiene delle raccomandazioni circa l'uso appropriato della tecnologia in ostetricia, circa l'organizzazione sanitaria e circa l'aggiornamento del personale, che possono fornire un modello valido e alle quali il presente disegno 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 le norme proposte 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 questo disegno di legge si aprono nuovi spazi, istituendo dei servizi che sono in grado di rispondere ai bisogni emergenti di operatori e 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 *équipes* 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 di piccole dimensioni per il parto, staccate dall'ospedale fisicamente ed amministrativamente, gestite da ostetriche, che ospitano la partoriente e le persone da lei scelte per il periodo di tempo interessante la nascita in ambienti conviviali. Non vi sono previste nè sala parto nè *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 *équipes* di ostetriche operanti in questi servizi garantiscono la continuità dell'assi-

stenza, seguendo le donne durante la gravidanza, offrendo corsi di preparazione al parto e, dopo il parto, corsi per madri e bambini. Promuovono 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 alto rischio che verranno 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'Organizzazione mondiale della sanità 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, un uso appropriato della tecnologia secondo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (vedi documento del 9 maggio 1985).

Il capo III, relativo ai diritti del bambino ospedalizzato, si pone come obiettivo prioritario la progressiva deospedalizzazione del bambino e l'introduzione, a tal 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 informato, previa intesa con i genitori, delle pratiche terapeutiche a cui viene sottoposto.

Per poter far 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 di 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 contenere le proprie ansie e quelle delle utenti;

un aggiornamento cognitivo e scientifico sugli sviluppi più moderni nell'ostetricia non invasiva, e l'analisi della 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 far 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 spedializzazione 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 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, infine, definiscono le questioni relative alle figure professionali e agli interventi di riqualificazione ed aggiornamento necessarie per l'attuazione della normativa proposta.

Onorevoli colleghi, con questo disegno 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.

**DISEGNO 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 tal 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 debba 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, parto e puerperio alle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità sulle tecnologie appropriate alla nascita;

e) assicurare al bambino durante il periodo di spedalizzazione la continuità del rapporto familiare-affettivo e dello sviluppo cognitivo e, ai genitori, l'informazione necessaria sullo stato di salute del bambino e sulle norme 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, ospedali e servizi 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 nello spirito della presente legge;

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

e) per i corsi di preparazione al parto;

f) per l'assistenza domiciliare ostetrica e domestica 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 zone sanitarie nelle quali istituire servizi di parto a domicilio e case di maternità e definirne organici e organizzazione;

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

i) per la definizione dei temi e delle modalità relative alla ristrutturazione dei presidi ospedalieri nello spirito della presente legge.

2. La Regione, entro tre anni dall'istituzione dei servizi di parto a domicilio e di

case di maternità, di cui agli articoli 5 e 6, previa elaborazione e verifica dei dati desunti dal lavoro svolto, istituisce permanentemente detti servizi su tutto il territorio regionale nello spirito della 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 tal fine 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, tra le cui figure professionali, che hanno competenze interdisciplinari, è prevista l'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 della spedalizzazione generalizzata le Regioni dispongono strutture e servizi per l'assistenza fisiologica al parto a domicilio e nelle case di maternità, 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, sono seguite dall'inizio della gravidanza e comunque a partire dal settimo mese, dall'*équipe* di ostetriche che le assisterà al parto e al puerperio. Il parto



può avvenire a domicilio qualora la situazione ostetrica si trovi nei limiti della fisiologia e il parto avvenga tra la trentottesima e la quarantaduesima settimana.

2. Le *équipes* 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 strutture ospedaliere.

3. Il servizio di assistenza al parto a domicilio è garantito tramite *équipes* di ostetriche affiancate da assistenti domiciliari per i dieci giorni successivi al parto. Tali *équipes* garantiscono la reperibilità dell'assistenza 24 ore su 24. Esse sono composte da ostetriche consultoriali e di distretto o di associazioni già operanti con le quali le USL si possono convenzionare e fanno capo al responsabile territoriale di cui all'articolo 14.

4. È garantito il collegamento e la consulenza delle *équipes* ostetriche con gli operatori con competenze specialistiche di cui all'articolo 14.

5. È garantito, in caso di emergenza, il trasporto nelle strutture ospedaliere in tempi brevi con unità operative mobili e con ambulanze.

#### 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 questa 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 partire dal settimo mese dall'*équipe* ostetrica che le assisterà al parto e al puerperio. Tali *équipes* fanno capo al responsabile territoriale di cui all'articolo 14.

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

5. Le case di maternità non possono essere costituite presso gli ospedali e fanno capo al responsabile territoriale di cui all'articolo 14.

6. È garantito il collegamento, la consulenza e la collaborazione con *équipes* specialistiche e il rapido trasporto nelle strutture ospedaliere in caso di necessità.

#### Art. 7.

##### *(Diritti della partorientente in ospedale)*

1. Per garantire l'unicità dell'evento nascita, negli ospedali è assicurata alla donna la possibilità di occupare uno spazio singolo, 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 tal 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 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 viene eseguita la tricotomia e il clistere prima del parto;

d) l'uso dell'episiotomia deve essere per quanto possibile limitato;

e) l'induzione del travaglio o la sua accelerazione attraverso farmaci o amnioressi è riservata a situazioni dove vi sono specifiche indicazioni mediche.

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

4. La scelta del tipo di allattamento spetta alla donna. L'allattamento al seno è immediato, precoce, a orario libero, secondo i ritmi di madre e 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 per puerperio e la contraccezione. Sono favoriti gli scambi di informazioni ed esperienza 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 delle condizioni di salute proprie e del neonato. Le cartelle clinica e ostetrico-pediatria sono documenti personali e pertanto 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 alla sanità, i comitati scientifici

permanenti, allo scopo di valutare le pratiche di assistenza ostetrica in uso. Gli obiettivi di tali comitati sono:

a) verificare i livelli qualitativi e quantitativi del personale 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 da un parto con interventi tecnici 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 confrontandoli ai modelli assistenziali degli altri paesi europei.

2. Gli assessorati regionali alla sanità, entro 90 giorni dalla data di pubblicazione della presente legge nella *Gazzetta ufficiale*, nominano i componenti del comitato scientifico permanente raccogliendo le indicazioni dei gruppi, ordini e associazioni che in esso devono essere rappresentati ovvero gli ordini professionali e le società dei medici, il collegio professionale delle ostetriche, associazioni di operatori e utenti, organizzazioni operanti nel settore materno-infantile.

3. Le Regioni elaborano 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 perinatale dei singoli ospedali, dei servizi delle unità 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 coordinamento)

1. Annualmente viene redatta e pubblicata una relazione del Ministero della sanità comprensiva di una sintesi delle relazioni regionali di cui all'articolo 8 e dei dati sulla mortalità perinatale, sulla mortalità materna e sull'incidenza degli *handicaps*.

2. Annualmente il Ministero della sanità redige e pubblicizza una sintesi del lavoro di verifica e delle eventuali conclusioni operative dei comitati scientifici regionali di cui all'articolo 8.

3. Il Ministero della sanità opera per il collegamento e l'interscambio tra i comitati regionali 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 convenzionate e per ridurre la spedalizzazione e i tempi di degenza media nei reparti pediatrici, al fine di prevenire l'insorgere di alterazioni psico-affettive, secondo le disposizioni del presente capo. Inoltre dettano norme per l'assistenza domiciliare al bambino malato, ma che non necessita di ricovero ospedaliero, attraverso l'utilizzo di propri operatori socio-sanitari o gruppi convenzionati.

2. Al fine di limitare la durata della degenza ospedaliera, vengono istituiti in ogni reparto pediatrico servizi di assistenza con degenza diurna (*day-hospital*) e servizi ambulatoriali che agiscono in stretto contatto con le strutture del territorio di competenza.

3. I servizi di *day-hospital* sono equiparati agli altri servizi ospedalieri ai fini del

calcolo degli indici di occupazione dei posti letto.

Art. 11.

*(Ricovero in reparti pediatrici)*

1. Il bambino da 0 a 14 anni che necessiti di ricovero ospedaliero è ricoverato in reparto pediatrico, qualunque sia la patologia da cui è affetto.

2. Le unità 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 spedalizzazione del bambino, consentendo la continua presenza del genitore o di altra persona affettivamente legata. Garantiscono inoltre alla persona che lo assiste la possibilità di usufruire, per il pernottamento e il vitto, dei 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 figlio e consultati circa le terapie da intraprendere e gli eventuali effetti collaterali dannosi che ne dovessero derivare; possono assistere alle visite mediche e a 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 informare i genitori delle possibili conseguenze e ottenere il loro consenso.

#### CAPO IV.

#### PERSONALE

##### Art. 14.

*(Figure professionali)*

1. Nelle case di maternità sono presenti le seguenti figure professionali e ausiliarie:

a) il responsabile territoriale, individuato nella figura della capo-ostetrica con le mansioni didattico-organizzative previste dal decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, all'interno del dipartimento materno infantile della unità sanitaria locale di appartenenza;

b) le ostetriche, con le mansioni previste dal decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e dal decreto ministeriale 15 settembre 1975, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 272 del 13 ottobre 1975;

c) il personale ausiliario e gli addetti al servizio alberghiero.

2. L'assistenza domiciliare al parto e al puerperio viene garantita:

a) dal responsabile territoriale, individuato nella figura della capo-ostetrica, con le mansioni didattico-organizzative previste dal decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, all'interno del dipartimento materno infantile della unità sanitaria locale di appartenenza;

b) dalle ostetriche, con le mansioni previste dal decreto del Presidente della

Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e dal citato decreto ministeriale 15 settembre 1975, organizzate in *équipes*, itineranti delle unità sanitarie locali di appartenenza o convenzionate;

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

3. Le *équipes* ostetriche collaborano con figure specialistiche itineranti quali il ginecologo ed il pediatra e con servizi specialistici ospedalieri quali il laboratorio di analisi e altri specialisti di cui si verifichi la necessità.

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 aggiornato in conformità alle indicazioni ed alle finalità previste dalla presente legge.

2. Le Regioni promuovono corsi di aggiornamento a scadenza annuale articolati in due livelli: generale, uguale per tutti gli operatori; specialistico, adeguato alle rispettive competenze. Promuovono inoltre corsi di aggiornamento per l'assistenza al parto domiciliare e nelle case di maternità in funzione della presente legge.

3. I corsi di formazione includono nei programmi i seguenti temi:

a) aspetti sociali, culturali, antropologici ed etici affinché gli operatori diventino capaci di porsi in atteggiamento critico nei confronti dei servizi di assistenza sia presenti che futuri;

b) metodi e tecniche di comunicazione, al fine di promuovere un migliore e più



completo scambio di informazioni tra i membri della *équipe* che assiste al parto e l'utenza e tra gli stessi membri dell'*équipe* ostetrica;

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 giuridici 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 con atteggiamento critico verso l'uso della tecnologia, adottando contemporaneamente un atteggiamento di rispetto per quelle 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 sono tenuti da formatori e da operatori con esperienza di lavoro nelle tematiche esposte che siano in grado di proporre e trasmettere queste loro esperienze attraverso seminari pratico-teorici, favorendo la partecipazione attiva e lo scambio tra gli operatori.

#### Art. 16.

1. Gli obiettivi della presente legge rientrano nel programma materno-infantile del piano sanitario nazionale e nel relativo finanziamento.