

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 897

## PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato VALPIANA

Diritti della partoriente e del nuovo nato

*Presentata il 19 giugno 2001*

ONOREVOLI COLLEGHI! — 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 trenta 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 quoti-

dianità, 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. 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 nostra 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.

Alcuni Ospedali già negli anni 80 (fa esempio Zevio (Verona); Poggibonsi (Siena); Gavardo (Brescia); Villaggio della madre e del fanciullo di 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, 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 cooperative 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, offrendo a tutte le donne, a tutti i nuovi nati, a tutti gli operatori socio-sanitari pari opportunità nell'intervenire coscientemente 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), ancora nel 1985, approvava le raccomandazioni « Tecnologie appropriate per la nascita » e, nel 1986, le « Tecnologie appropriate per il dopo-parto », 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.

Più recentemente, nel quadro degli obiettivi salute individuati dal Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, è stato adottato dal Ministro della sanità il Progetto obiettivo materno-infantile 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 ».

La presente proposta di legge intende, perciò, 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 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 volon-

tario 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 ospedalizzati, e quella olandese dove oltre il 60 per cento dei parti avviene a domicilio. Anche in Italia si sono fatte scelte così come il graduale superamento della ospedalizzazione generalizzata della donna scelte concrete: nelle regioni Lombardia, Lazio, Basilicata, Marche, Abruzzo e Liguria si è già legiferato in questo senso, così come nelle province autonome di Trento e di Bolzano; mentre in Emilia-Romagna, a favore delle donne che scelgono di partorire a domicilio è erogato un rimborso da parte della azienda sanitaria locale che copre quasi interamente la spesa documentata.

## PROPOSTA DI LEGGE

—

### ART. 1.

1. La presente legge ha le seguenti finalità:

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

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

*c)* promuovere la conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche sanitarie in uso presso ogni istituto ospedaliero e la possibilità di verifica dei livelli di assistenza ivi prestati;

*d)* ridurre i fattori di rischio ambientali, personali e iatrogeni al fine di abbassare i tassi di morbilità e mortalità materna e perinatale;

*e)* assicurare al neonato, durante il periodo di ospedalizzazione, la continuità del rapporto familiare-affettivo 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.

1. È compito delle aziende sanitarie locali (ASL) promuovere gli interventi idonei al raggiungimento delle finalità di cui all'articolo 1.

### ART. 3.

1. Al fine di favorire l'unitarietà dell'assistenza alla donna durante la gravi-

danza, 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.

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;

c) i corsi di preparazione alla maternità, 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.

4. Dopo il parto deve essere garantita l'assistenza domiciliare alla madre e al bambino, in modo da favorire la dimissione precoce dall'ospedale.

#### ART. 4.

1. Il personale addetto ai consultori, integrato da altri operatori del Servizio sanitario nazionale (SSN), coordina appositi corsi di preparazione alla maternità. I corsi, nei quali deve essere prevista la figura dell'ostetrica, sono rivolti, fin dall'inizio della gravidanza, alla donna e alla coppia.

2. I corsi di cui al comma 1, oltre a fornire le conoscenze relative all'evento gravidanza-parto-nascita-puerperio-allattamento, nei suoi aspetti fisici e psichici, nonché ai luoghi dove partorire, utilizzano metodi di rilassamento e di psicoprofilassi che garantiscano alla gestante un buon equilibrio psichico e condizioni organiche ottimali per l'espletamento del parto, nonché le informazioni necessarie a predisporre all'allattamento al seno.

3. Le donne 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 5, comma 3, nelle ASL.

4. Nei corsi di cui al comma 1 sono previsti incontri, dopo il parto, tra madri o coppie e il personale che ha condotto il corso stesso, per gli opportuni scambi di esperienze legate alla nuova condizione di vita derivante dalla maternità.

#### ART. 5.

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) a domicilio;
- b) nelle case di maternità;
- c) nei reparti ospedalieri.

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 *équipe*, anche in regime di convenzione, di ostetriche itineranti e di assistenti domiciliari e vigilatrici d'infanzia per i giorni successivi al parto. Le *équipe* sono collegate ad un pediatra e ad un ginecologo reperibili

per prestazioni di competenza specialistica. La ASL competente seleziona tali figure professionali 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* ospedaliere. All'insorgenza del travaglio l'*équipe* ostetrica avverte 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.

3. 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 del privato sociale, 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 avviene nel parto a domicilio, offre l'ambiente intermedio e protetto dell'istituzione socio-sanitaria.

4. 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 di cui al comma 3, disciplinandone l'assetto gestionale e strutturale in attuazione delle disposizioni del presente articolo. La casa di maternità si occupa dei 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 medico, ausiliario paramedico e dirigenziale selezionato dalla ASL competente.

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. 6.

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 alla stessa la possibilità di usufruire di uno spazio riservato al quale possano avere libero accesso le persone con cui essa desideri 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 e l'uso di farmaci analgesici deve essere limitato ai fini strettamente terapeutici. In ogni caso, la donna e il padre del nascituro devono essere tempestivamente informati sulle tecniche, gli interventi e le procedure relativi al parto. 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.

2. La scelta del tipo di allattamento spetta alla donna; la struttura ospedaliera nonché il comportamento del personale devono, comunque, favorire l'allattamento al seno immediato, privilegiando un tipo di allattamento non misto e ad orario libero.

3. 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 con la madre può essere limitata alle ore diurne e deve, inoltre, essere consentita, senza limite di orario, la permanenza del padre o di altra persona.

4. Il personale sanitario già addetto ai nidi, opportunamente riqualificato 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.

5. Durante il periodo di degenza devono essere promossi incontri informativi con gli operatori di pediatria e di ostetricia sui temi dell'allattamento, della puericoltura e dell'igiene del puerperio.

#### ART. 7.

1. I servizi territoriali e ospedalieri delle ASL predispongono i programmi degli interventi 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 5, comma 3;

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

d) alla disponibilità di camere di degenza con non più di due letti, provviste di culle e servizi igienici indipendenti per ogni camera;

e) ai reparti di patologia neonatale attigui ai reparti di ostetricia; in mancanza, alla sezione neonatale nell'ambito del reparto pediatrico;

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

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

#### ART. 8.

1. Il personale medico e paramedico del SSN addetto, alla data di entrata in vigore della presente legge, all'assistenza socio-sanitaria della donna durante la gra-

vidanza, il parto, il puerperio e l'allattamento, deve essere aggiornato e riqualificato ai sensi della medesima legge. Gli operatori devono essere tra loro funzionalmente collegati in senso dipartimentale.

2. Le regioni, d'intesa con le ASL e con i servizi sociali operanti nel territorio, promuovono corsi di aggiornamento 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 all'articolo 9.

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

#### ART. 9.

1. I corsi di cui all'articolo 8 perseguono i seguenti obiettivi:

a) riutilizzazione e riqualificazione del personale impiegato nei vari servizi e del personale convenzionato in funzione dell'attuazione del parto a domicilio e nelle case di maternità di cui all'articolo 5;

b) aggiornamento specifico su tecniche e metodologie che tengano conto della revisione critica in atto a livello internazionale sulla reale validità scientifica e sull'efficacia delle procedure mediche, utilizzate in ostetricia;

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

#### ART. 10.

1. I direttori generali delle ASL 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 e altri farmaci durante il travaglio e specificazione delle relative caratteristiche;
- f) frequenza e modalità dell'allattamento al seno.

2. La relazione di cui al comma 1 contiene altresì:

- a) dati statistici sulla popolazione assistita quali età, classe sociale di appartenenza, rischio sanitario, e altri criteri ritenuti utili;
- b) dati statistici relativi ai livelli di assistenza neonatale;
- c) dati statistici relativi al parto a domicilio;
- d) dati statistici relativi alle case di maternità.

3. I dati di cui ai commi 1 e 2 sono trasmessi al Ministro della sanità 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 nati e dei neonati.

€ 0,26



\*14PDL0034460\*