

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3206**PROPOSTA DI LEGGE**

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

GIOVAGNOLI SPOSETTI, LANFRANCHI CORDIOLI, CARLO NI ANDREUCCI, PALOPOLI, BERLINGUER GIOVANNI, LODI FAUSTINI FUSTINI, FABBRI SERONI, BARBAROSSA VOZA, BELARDI MERLO, BERTANI FOGLI, BIANCHI BERETTA, BOSI MARAMOTTI, BOTTARI, BRANCIFORTI, BUTTAZZONI TONELLATO, CASTELLI MIGALI, CHIOVINI, CIAI TRIVELLI, COCCO, CODRIGNANI, COMINATO, CONCHIGLIA CALASSO, CORRADI, FRANCESE, GRANATI CARUSO, GRAVINA, LODOLINI, MOLINERI, NESPOLO, PAGLIAI, PECCHIA TORNATI, ROSOLEN, SALVATO, SARRI TRABUJO, SCARAMUCCI GUAITINI, TREBBI ALOARDI, VAGLI, BRUSCA, CALONACI, COLOMBA, DA PRATO, DI GIOVANNI, FABBRI, PASTORE, SANDOMENICO, TAGLIABUE, TESSARI GIANGIACOMO

Presentata il 25 febbraio 1982

Norme-quadro in materia di assistenza al parto ed al bambino ospedalizzato

ONOREVOLI COLLEGHI! — Con la presente proposta di legge ci proponiamo l'obiettivo di stabilire norme di indirizzo per l'attività legislativa regionale, nell'ambito della attuazione della legge di riforma sanitaria, ai fini della promozione e della tutela del benessere psico-fisico:

della donna durante il parto e durante l'interruzione spontanea o volontaria della gravidanza;

del neonato durante la nascita e nei suoi primi giorni di vita;

del bambino quando è ricoverato o viene a contatto con la struttura sanitaria.

Il momento del parto e della nascita rappresenta un avvenimento altamente significativo e coinvolgente per l'esistenza della donna e di grande rilevanza per l'ar-

VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

monico sviluppo psico-fisico ed affettivo del bambino. L'importanza di questo evento è ormai diventata coscienza diffusa, favorita soprattutto dai movimenti delle donne, che ha già trovato affermazioni chiare sul terreno dei principi generali — in particolare nella legge di riforma sanitaria — e pratica attuazione nella legislazione di alcune regioni.

Lo stesso dibattito svoltosi nel paese in occasione del *referendum* abrogativo della legge n. 194 ha permesso di registrare una domanda di massa per una assistenza sanitaria più umana e più rispettosa della dignità e della personalità della donna e dei diritti del bambino.

L'esigenza di ricondurre il parto ad evento fisiologico, vissuto in un ambito di solidarietà e di relazioni affettive, è emersa anche in risposta agli eccessi di tecnicismo e sanitarizzazione del parto ospedalizzato i quali, in molti casi, trasformano la partoriente in malata, costringendola a delegare totalmente la gestione del parto al personale sanitario. Questa situazione ha condotto alcuni gruppi femministi a teorizzare il ritorno all'espletamento del parto in casa come unico modo per la donna di riappropriarsi di questo importante momento della sua vita.

È difficile dire se questo sia un obiettivo da proporsi nel lungo periodo, ma sicuramente è fuori luogo perseguirlo oggi quando ancora non è stato raggiunto l'obiettivo di ridurre praticamente a zero la mortalità da parto e mentre permangono vistose carenze di servizi socio-sanitari di prevenzione, soprattutto in alcune zone del Paese dove non è garantita la necessaria tutela della gravidanza e neppure la individuazione delle gravidanze a rischio e, infine, quando ancora si registra un'alta incidenza di *handicaps* prodotti da traumi da parto.

Abbandonare l'obiettivo della ospedalizzazione del parto significherebbe lasciare proprio le donne che vivono in situazioni di arretratezza prive di ogni garanzia sanitaria e significherebbe disconoscere che la diminuzione della mortalità materna e perinatale è legata non solo al miglioramento delle condizioni socio-economiche

ma anche all'abbandono dell'ostetricia domiciliare.

Ci sembra piuttosto che sia necessario rivedere la filosofia che sta alla base dell'intervento delle istituzioni nei confronti della nascita e che l'obiettivo immediato e concreto da perseguire sia quello della riorganizzazione dei reparti di ostetricia per garantire non solo una nascita senza rischi ma anche per ricreare intorno alla partoriente ed al neonato quel clima di solidarietà e di partecipazione affettiva determinante allo svolgimento naturale del parto. Si propone di consentire alla donna di avere vicino, durante tutte le fasi del travaglio e del parto, una persona di sua completa fiducia, preferibilmente il padre del nascituro anche al fine di favorire lo instaurarsi di un precoce e soddisfacente rapporto padre-bambino.

Analogamente la presenza del *partner*, o di una persona di fiducia della donna, deve essere garantita durante tutte le fasi di interruzione spontanea o volontaria della gravidanza per offrire alla donna quel sostegno solidale e affettivo così importante in un momento drammatico e rilevante sul piano psicologico ed emotivo.

Una misura, ci sembra, che non comporta grandi ostacoli di tipo organizzativo e che può migliorare il lavoro ospedaliero, con il superamento dei « tempi morti » e la riorganizzazione degli orari per dare una risposta corretta e tempestiva ai bisogni della donna e del bambino. Ciò deve significare, innanzi tutto, abbandonare le sciagurate pratiche — ove siano ancora in uso — di anticipare o posticipare il parto senza alcuna ragione sanitaria, ma semplicemente per renderlo compatibile con gli orari e le esigenze della struttura e del personale.

Non ignoriamo, e non vogliamo nasconderci, che le misure previste dalla presente proposta di legge evidenziano la necessità di innovazioni nella formazione e nell'aggiornamento degli operatori sanitari per assicurare, insieme ai necessari interventi tecnico-sanitari volti alla salvaguardia della madre e del nascituro, il rispetto della personalità e del « protagonismo »

della donna e delle esigenze affettive e psicologiche del bambino.

La stessa riorganizzazione dei reparti di ostetricia e le nuove modalità di assistenza al parto stimolano l'adozione di nuove metodiche per una nascita non violenta e per il rispetto dei tempi e dei bisogni del neonato.

Sembra infatti che la tendenza alla medicalizzazione degli interventi verso il neonato, la brusca e prolungata separazione dalla madre comportano gravi rischi di deprivazioni psicologiche e relazionali. Anche su questo terreno scontiamo una esasperata preoccupazione igienista ed efficientista, diffusasi nei paesi occidentali, che con la creazione delle *nurseries* ha istituzionalizzato la separazione del bambino dalla madre fino a rendere artificioso lo stesso allattamento regolato sui tempi e sui ritmi della struttura e non sui tempi e ritmi propri del bambino. Troppo spesso il bambino esce dall'ospedale già deprivato dell'allattamento materno.

Al fine di favorire l'instaurarsi di un corretto rapporto tra madre e bambino e tra padre e bambino si propone la organizzazione degli attuali servizi ostetrici e *nurseries* in modo da favorire la vicinanza e il contatto bambino-madre, anche quando è presente una situazione morbosa, e si prevede la possibilità di accesso del padre in fasce di orario allargate rispetto a quelle previste per le visite.

Se l'umanizzazione dell'assistenza sanitaria è un obiettivo che deve informare tutta l'organizzazione dei servizi, essa assume tuttavia una rilevanza particolare nei confronti del bambino ospedalizzato.

I rischi e le conseguenze dell'interruzione del rapporto affettivo con i genitori o con le persone in cui si ha fiducia, nella situazione drammatica della malattia, sono stati evidenziati ormai da decenni, ma ancora troppo spesso la madre è ammessa solo per sollevare il personale di assistenza piuttosto che per il riconoscimento di un diritto del bambino.

L'adulto e l'organizzazione sociale spesso orientano gli interventi verso i bam-

bini partendo da esigenze proprie ed esercitando violenza su di loro. Così capita, non solo per i servizi sanitari, che le stesse amministrazioni pubbliche che operano per la prevenzione, per seguire i cosiddetti bambini a rischio, gestiscano servizi nei quali si producono rischi.

È nel settore sanitario che si riscontra in modo particolare l'inosservanza dei diritti del bambino. Questi diritti furono solennemente proclamati già dal 1959 dall'ONU, nella « Carta dei diritti del bambino » dove si afferma, fra l'altro, che: « ... il fanciullo deve beneficiare di una speciale protezione... che gli consenta di nascere in modo sano e normale sul piano fisico, intellettuale, morale, spirituale e sociale... Siano assicurati a lui e alla madre le cure mediche e la protezione sociale adeguata, specialmente nel periodo precedente e seguente la nascita » e ribaditi nel rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità del 1976 dove si afferma che il bambino ha bisogni di ordine fisico, affettivo e sociale e che non si può sviluppare se tali bisogni non vengono soddisfatti in modo globale.

Con la legge n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale, la cui finalità dichiarata consiste nella promozione e tutela del pieno benessere fisico, psichico e sociale dell'individuo, si sono determinati la premessa e lo strumento per un salto qualitativo nella organizzazione di un migliore sistema di sicurezza sociale, pur in mancanza della legge di riforma della assistenza. Vi sono le condizioni per realizzare un corretto servizio sanitario rispettoso del bambino e della sua realtà indivisibile cogliendo la stretta interdipendenza tra realtà fisico-biologica, psico-affettiva e cognitiva.

La stessa pressione esercitata dai genitori, dai familiari, esperienze di avanguardia e contemporaneamente il permanere di tragiche chiusure nei confronti del bambino ricoverato tendenti al suo isolamento, con i conseguenti traumi che lasciano segni indelebili sulla sua giovane personalità, ci hanno convinto dell'urgenza di operare anche con strumenti legislativi affinché una nuova cultura della salute del bam-

VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

bino diventi patrimonio diffuso, per me i operatori, le istituzioni, la società.

Per il conseguimento di questo obiettivo riteniamo indispensabile prevedere la presenza, in tutto l'arco delle 24 ore, di un genitore o chi per esso, durante il periodo di degenza ospedaliera del bambino e, anche al fine di ricreare un ambiente simile a quello familiare, la possibilità che fratellini o sorelline o amici possano, in determinate ore della giornata, compatibilmente con la gravità della malattia e con le indicazioni del medico, essere presenti. Proponiamo inoltre che al bambino ospedalizzato sia garantito il diritto al gioco ed allo studio, e a tal fine le Regioni devono emanare disposizioni per il coordinamento tra il servizio ospedaliero, i servizi sociali e la scuola, curando anche la formazione di operatori sociali qualificati.

È necessario quindi che i servizi pediatrici, e quelli che accolgono bambini in età pediatrica, siano adeguatamente riorganizzati per consentire la presenza continua del genitore o di una persona di fiducia.

Prevediamo inoltre che le unità sanitarie locali, nell'ambito dei programmi di educazione sanitaria, assumano iniziative rivolte ai bambini delle scuole dell'infanzia e dell'obbligo al fine di rimuovere paure e diffidenze del bambino nei confronti della malattia e del servizio sanitario.

Infine, sempre per garantire il diritto al rapporto costante del bambino con i genitori, prevediamo che, nei casi di gravissime affezioni con prognosi infausta o superiore a dodici mesi, sia consentito ad uno dei genitori di assentarsi dal lavoro mantenendo il solo diritto alla conservazione del posto di lavoro senza alcun onere per il datore di lavoro e per lo Stato.

Siamo consapevoli del fatto che la legge non può essere risoltrice da sola di una problematica tanto ampia e complessa; servirà da punto di riferimento, da sostegno per migliorare quanto si è già fatto in alcune regioni e da invito e stimolo all'azione legislativa e programmatica per quelle che ancora non hanno legiferato in merito.

Siamo fiduciosi anche perché non partiamo da zero ma siamo sorretti, e invitati ad emanare una legge-quadro, dalle notevoli e qualificanti esperienze venute avanti grazie alla passione, sensibilità e capacità di operatori ed amministratori.

Onorevoli colleghi, confidiamo in una rapida approvazione della presente proposta di legge che si propone di sollecitare una risposta omogenea ad alcune esigenze insopprimibili di civiltà e di solidarietà umana e sociale; non un « lusso » che ci si può permettere in tempi di espansione economica ma l'affermazione del diritto inalienabile alla salute.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

Le regioni, al fine di concorrere al mantenimento delle migliori condizioni fisiche e psichiche delle donne partorienti e dei bambini durante il loro ricovero in strutture ospedaliere pubbliche e private emanano norme concernenti le modalità organizzative della degenza ospedaliera e l'attuazione dei trattamenti terapeutici tenendo conto delle esigenze psicologiche, affettive e relazionali delle madri e dei bambini.

ART. 2.

Le norme regionali di cui al precedente articolo garantiscono in particolare:

a) lo sviluppo e l'applicazione di tecniche che favoriscono il parto fisiologico e la nascita non violenta;

b) la partecipazione attiva della donna a tutte le fasi del travaglio e del parto;

c) l'accesso e la permanenza di un familiare o di una persona di fiducia della donna, a richiesta della stessa, durante la fase del travaglio, del parto eutocico e in quella immediatamente successiva, nonché durante l'interruzione spontanea o volontaria di gravidanza, dal momento del ricovero a quello della dimissione, anche nei presidi ambulatoriali pubblici di cui all'articolo 8, settimo comma, della legge 22 maggio 1978, n. 194;

d) l'adozione di misure che favoriscono l'allattamento materno;

e) la vicinanza del neonato alla madre e la possibilità di accesso per il padre anche al di fuori degli orari stabiliti per i visitatori.

ART. 3.

I bambini fino all'età di 12 anni, ricoverati in strutture ospedaliere, hanno diritto ad usufruire dell'assistenza di almeno uno dei genitori o di una persona da essi indicata, che ha la facoltà di accedere e di permanere nel reparto di ricovero nell'intero arco delle 24 ore giornaliere.

Il limite di età di cui al precedente comma può essere superato per i portatori di *handicaps* e in presenza di casi clinici particolari.

L'assistenza può essere altresì fornita, previo accordo con i genitori o con gli esercenti la potestà parentale, da personale volontario convenzionato con la unità sanitaria locale, ai sensi dell'articolo 45 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Le unità sanitarie locali adottano opportune misure organizzative atte ad agevolare la permanenza del familiare del bambino ricoverato, sia nelle ore notturne che diurne.

ART. 4.

I piani sanitari regionali indicano in particolare:

a) le modalità e i tempi per il graduale superamento delle *nurseries* al fine di consentire la permanenza del neonato accanto alla madre;

b) gli *standards* strutturali ed organizzativi dei reparti di degenza e degli spazi per lo studio e il gioco dei bambini ospedalizzati.

ART. 5.

Per assicurare il diritto allo studio ed alle attività ricreative dei bambini ospedalizzati le Regioni, d'intesa con le autorità scolastiche competenti per territorio, stabiliscono le forme di collaborazione e di coordinamento tra i servizi ospedalieri,

i servizi sociali e la scuola e promuovono, a tal fine, corsi di formazione e di aggiornamento del personale.

ART. 6.

Nell'ambito delle funzioni e delle attività di informazione e di educazione sanitaria le unità sanitarie locali assumono iniziative rivolte ai bambini, particolarmente attraverso la scuola, al fine di rimuovere paure e diffidenze nei confronti della malattia e dei servizi sanitari.

ART. 7.

I medici, oltre ad informare i genitori del bambino ricoverato sulla natura e sull'andamento della malattia, forniscono le opportune informazioni sugli atti medici cui sarà sottoposto il bambino, sui relativi tempi di esecuzione e sul loro significato diagnostico e terapeutico.

Uno dei genitori, o la persona da essi indicata, ha facoltà di assistere il bambino durante le visite mediche, all'atto dei prelievi per esami di laboratorio, durante la effettuazione di accertamenti diagnostici radiologici, durante le medicazioni ed in ogni altra occasione richiedente prestazioni di carattere sanitario.

In deroga a quanto previsto dal comma precedente, per atti medici la cui complessità di esecuzione suggerisca l'adozione di cautele o limitazioni alla presenza di uno dei genitori o di una persona da essi indicata, tra i sanitari e i genitori verrà concordata l'opportunità e l'eventuale modalità di detta presenza.

Le disposizioni del presente articolo, in quanto applicabili, valgono anche per l'attività ambulatoriale dei presidi diagnostici e terapeutici extraospedalieri.

ART. 8.

Ai bambini accompagnati è consentito l'accesso ai reparti di degenza negli orari stabiliti per i visitatori.

ART. 9.

Uno dei genitori, naturali o adottivi, di bambini di età inferiore ai 12 anni colpiti da una delle affezioni gravissime di cui al successivo comma, può — a richiesta — assentarsi dal lavoro durante la malattia del bambino, dietro presentazione di certificato medico.

A tali fini sono considerate gravissime le affezioni per le quali, secondo la scienza medica, la prognosi è infausta o superiore a 12 mesi.

Entro due mesi dalla pubblicazione della presente legge, il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, determina con decreto l'elenco delle affezioni gravissime ai fini dell'applicazione del comma precedente.

Il genitore che si avvale della facoltà di cui al presente articolo ha diritto alla conservazione del posto di lavoro senza retribuzione e senza alcun altro onere a carico del datore di lavoro.

Il periodo di astensione dal lavoro non è computato nell'anzianità di servizio né agli effetti relativi alle ferie ed alla progressione di carriera.

Per lo stesso periodo ai fini dell'assicurazione obbligatoria presso il Servizio sanitario nazionale si applica il disposto dell'articolo 63 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modifiche e norme attuative.

Al genitore, iscritto all'assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti, che usufruisce della facoltà di cui ai commi precedenti, è riconosciuto, su richiesta da presentarsi entro sei mesi dalla ripresa del lavoro, il diritto a proseguire volontariamente il versamento dei contributi nell'assicurazione generale obbligatoria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 dicembre 1972, n. 1432.