

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1630

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

VALPIANA, TURCO, NARDINI, BONSANTI, BOLOGNESI, PROCACCI, BELLEI TRENTI, COMMISSO, MORONI, PISTONE, LENTI, CARAZZI, BONFIETTI, MARIANI, BARTOLICH, GRIGNAFFINI, BOGHETTA, SAIA, MATTIOLI, PERINEI, GUERZONI, LA CERRA, TANZARELLA, LUMIA, TURRONI, GALLETTI, DE MURTAS

Diritti della partoriente e del nuovo nato

Presentata il 16 novembre 1994

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 di patologia.

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 delle comunità, di cui donna e bambino erano i

protagonisti, si è progressivamente trasformata in un evento avulso dalla quotidianità, relegato 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; questo non sem-

pre ha consentito di rispettare i fondamentali diritti dei soggetti 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 del luogo per la nascita.

Questa situazione, protraendosi per decenni, ha ormai 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 nella 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 istituti ospedalieri [ad esempio Zevio (Verona); Poggibonsi (Siena); Gavado (Brescia), Villaggio della madre e del fanciullo di Milano] hanno cercato di agire in modo da restituire attenzione e umanità alla nascita, modificando le loro pratiche routinarie di assistenza, rendendo centralità ai soggetti della nascita e limitando allo stretto necessario gli interventi sanitari, farmacologici, tecnici (e gli interventi non strettamente necessari, l'applicazione di tecnologie non appropriate alla situazione, spesso si trasformano in potenzialmente dannosi). Consulitori, associazioni culturali, movimenti di opinione, gruppi di volontariato e cooperative ormai da diversi anni lavorano e si impegnano su questo terreno.

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, ancora nel 1985, approvava le raccomandazioni « Tecnologie appropriate per la nascita » e nel 1986 le « Tecnologie appropriate per il dopoparto », 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.

La presente proposta di legge intende innanzitutto 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 volontario di alcuni operatori del settore, promuovendo un'ostetricia che « opera con scienza ed intelletto d'amore » (Maria Montessori).

La pratica del parto nonviolento è già una realtà in molti Paesi del mondo.

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. Da alcuni anni anche in Italia si stanno facendo scelte concrete: nelle regioni Lombardia, Lazio e Basilicata si è già legiferato in questo senso, così come nelle province autonome di Trento e di Bolzano, mentre in Piemonte il parto a domicilio è rimborsato dalle unità sanitarie locali.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. La presente legge ha le seguenti finalità:

a) soddisfare i bisogni di benessere psicofisico 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, perché la maternità possa essere vissuta, fin dall'inizio, come 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 per ridurre 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 ai genitori l'informazione necessaria sullo stato di salute del neonato e sui modi di garantirla.

ART. 2

1. È compito delle unità sanitarie locali 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 gravidanza, il parto e il puerperio deve essere rea-

lizzato il collegamento funzionale tra i consultori, le strutture ospedaliere e i servizi territoriali extra-ospedalieri presenti nel territorio.

2. Le unità sanitarie locali 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-pediatria, 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;

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 partire 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 della donna dall'ospedale.

ART. 4.

1. Il personale addetto ai consultori, integrato da altri operatori del Servizio sanitario nazionale, 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-allatta-

mento, 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 tutto quanto necessario per preparare il seno ad un efficace allattamento.

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 all'interno della unità sanitaria locale.

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.

ART. 5.

1. Al fine del graduale superamento della ospedalizzazione generalizzata, su richiesta della donna, che deve essere, altresì, 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. L'unità sanitaria locale 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 a un pediatra e a un ginecologo reperibili per prestazioni di competenza specialistica. L'unità sanitaria locale competente seleziona tali figure professionali sulla base di un concorso successivo all'espletamento di appositi corsi di forma-

zione professionale. Le ostetriche domiciliari inviano le donne con gravidanza a rischio o nelle quali si manifestino stati patologici 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 dall'unità sanitaria locale 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, 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 ausiliario paramedico e dirigenziale selezionato dall'unità sanitaria locale competente. L'assistenza sanitaria nonché 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 alla donna nell'espletamento del parto, nei reparti ospedalieri è garantita alla donna la possibilità di occupare uno spazio individuale al quale possano avere libero accesso le persone con cui essa desidera condividere l'evento. Deve essere, altresì, evitata l'imposizione di ritmi e posizioni non confacenti alla donna, oltre che di analgesici non indispensabili o non richiesti, di interventi intempestivi, informando senza indugio la donna medesima e il padre del nascituro dell'eventuale necessità di qualsivoglia procedura o intervento operativo. Dopo il parto, il neonato sano deve poter essere affidato alla madre nello stesso luogo del travaglio e del parto per tutto il tempo di stretto controllo *post-partum*.

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, non misto e a 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, dalle ore 6 alle ore 24, 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 decentrato 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 unità sanitarie locali prevedono i programmi degli interventi necessari all'attuazione della presente legge.

2. I programmi di cui al comma 1 devono prevedere 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;

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 Servizio sanitario nazionale attualmente addetto all'assistenza socio-sanitaria della donna durante la gravidanza, il parto, il puerperio e l'allattamento deve essere aggiornato e riqualificato ai sensi delle disposizioni e ai fini dell'attuazione della presente legge. Gli operatori debbono essere tra loro funzionalmente collegati in senso dipartimentale.

2. Le regioni, d'intesa con le unità sanitarie locali e con i servizi sociali operanti nel territorio, promuovono corsi di

aggiornamento per il personale a cadenza annuale, articolati in due livelli, di cui il primo, generale, uguale per tutti gli operatori, il secondo, specialistico, adeguato alle rispettive competenze, programmati secondo le modalità di cui all'articolo 9.

3. Possono essere previsti, per favorire gli scambi tra gli operatori, comandi temporanei dalle strutture territoriali a quelle ospedaliere e viceversa.

ART. 9.

1. I corsi di cui all'articolo 8, aventi per oggetto i temi previsti nella tabella A allegata alla presente legge, perseguono i seguenti obiettivi:

a) riutilizzazione e riqualificazione di tutto il personale attualmente impiegato nei vari servizi e del personale convenzionato ai sensi dell'articolo 5 in funzione dell'attuazione del parto a domicilio e nelle case di maternità;

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 usate in ostetricia e comunemente accettate;

c) formazione pluridisciplinare degli operatori rispetto alle caratteristiche culturali e non solo mediche dell'evento nascita.

ART. 10.

1. I direttori generali delle unità sanitarie locali 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;

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

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 degli interventi di taglio cesareo;

4) la frequenza e tipologia di eventuali malformazioni ed *handicap* nei nati.

TABELLA A.

(v. articolo 9)

TEMI DEI CORSI DI AGGIORNAMENTO E RIQUALIFICAZIONE

- a) Epidemiologia ostetrica:
- 1) fertilità e fecondità;
 - 2) bilanci di popolazione ed indici di natalità;
 - 3) aborto spontaneo;
 - 4) crescita fetale: fattori biologici e ambientali che l'influenzano; sue relazioni con la mortalità, morbilità e sviluppo post-natale;
 - 5) mortalità perinatale;
 - 6) mortalità materna;
 - 7) morbilità perinatale ed esiti;
 - 8) aborto tardivo e parto prematuro;
- b) assistenza prenatale:
- 1) quantità e qualità dei controlli;
 - 2) strumenti e tecniche per il riconoscimento precoce e la diagnosi di patologie e rischi;
 - 3) uso appropriato delle tecnologie comunemente utilizzate in gravidanza;
 - 4) igiene in gravidanza (alimentazione, fumo, alcool, sessualità, igiene, preparazione del seno all'allattamento materno);
 - 5) esami;
 - 6) terapie;
 - 7) modalità di selezione delle partorienti a rischio;
- c) assistenza al parto domiciliare, in casa di maternità, in ospedale:
- 1) assistenza al travaglio fisiologico;
 - 2) assistenza al periodo espulsivo;
 - 3) assistenza al secondamento;
 - 4) assistenza alla madre e al neonato nei primi giorni di vita;
 - 5) puerperio, allattamento;
- d) riconoscimento della patologia iniziale materna e fetale nei vari stadi del travaglio di parto; farmacologia d'urgenza;
- e) assistenza al neonato: tecniche di rianimazione, indici di vitalità, riconoscimento precoce delle patologie;
- f) aspetti culturali, sociali e psicologici della gravidanza, del parto e del periodo post-natale nella relazione tra madre, padre e bambino;
- g) tecniche di preparazione al parto, informazioni in gravidanza alla donna e alla coppia.

