

XVI LEGISLATURA
CAMERA DEI DEPUTATI N. 1353

PROPOSTA DI LEGGE
d'iniziativa del deputato LIVIA TURCO

Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato

Presentata il 20 giugno 2008

Onorevoli Colleghi! - La presente proposta di legge ripropone, con alcune modifiche, il testo unificato (atto Camera n. 589 e abbinati) che nella XV legislatura la Commissione Affari sociali della Camera dei deputati elaborò con l'aiuto di tutte le forze politiche. Tale testo, che oggi si ripresenta, è sicuramente un apprezzabile punto di equilibrio tra l'esigenza di garantire determinati diritti su tutto il territorio nazionale e le competenze legislative in materia delle regioni. L'esigenza di una proposta di legge che promuova la tutela dei diritti della partoriente, il parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato nasce dalla convinzione che la promozione della salute materno-infantile sia un obiettivo prioritario da perseguire a livello nazionale, in ragione dei riflessi positivi che è in grado di generare sulla qualità della vita della madre, del bambino e, di conseguenza, della popolazione complessiva.

Nel nostro Paese negli ultimi quaranta anni si sono verificati rilevanti cambiamenti nella dinamica demografica, cambiamenti che richiedono al legislatore statale e regionale una rinnovata attenzione verso l'area della salute riproduttiva. Le indagini condotte a livello nazionale mostrano numerosi progressi rispetto al passato - il rischio di nati-mortalità si è quasi dimezzato rispetto ai valori dei primi anni '80, la maggior parte delle donne entra in contatto con un operatore sanitario nei tempi raccomandati e riceve assistenza prenatale, la totalità dei parti è assistita da un operatore sanitario, la percentuale di nati pre-termine e sottopeso è stabile intorno al 6 per cento - ma esistono ancora nodi critici da affrontare per realizzare una piena tutela della salute materno-infantile.

La natalità è diminuita drasticamente, passando da circa un milione di nati nel 1960 a 569.000 nel 2005, ed è aumentata l'età media delle donne alla nascita del primo figlio, da 25,2 anni nel 1981 a 28,1 nel 1997. Parimenti sono aumentate le gravidanze di donne di trentacinque anni e più di età: da 65.000 (l'11,5 per cento del totale) nel 1990 a 93.000 (il 17,5 per cento del totale) nel 1997. L'aumento di età delle donne alla nascita dei figli incide sul loro comportamento nel corso della gravidanza. Tra le donne che decidono di avere un figlio in una fase avanzata della vita si registrano un più elevato livello di informazione e una maggiore capacità di autodeterminazione sulle scelte da compiere durante la gravidanza e al momento del parto. Nondimeno gli stessi fattori sono alla base di un'eccessiva medicalizzazione e di un sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche, che rischiano di trasformare gravidanza e parto da eventi naturali in eventi patologici. A questo proposito basti pensare che nel biennio 2004-2005 il numero medio di ecografie effettuate dalle donne in gravidanza è stato 5,5 e il 29 per cento delle donne ha fatto sette o più ecografie, mentre il protocollo dell'allora Ministero della salute ne raccomandava tre. La percentuale di donne che nello stesso periodo ha svolto sette o più visite è stata del 56,4 per cento. Anche i parti effettuati mediante

taglio cesareo sono in costante aumento: 11,2 per cento nel 1980, 27,9 per cento nel 1996, 29,9 per cento nel biennio 1999-2000, 35,2 per cento nel periodo 2004-2005 (con un picco del 45,4 per cento nelle regioni meridionali). Quest'ultimo, oltre ad essere il dato più alto tra i Paesi dell'Unione europea, è di due volte superiore a quello raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nel 1985 (pari al 15 per cento) ed è in contrasto con le stime che indicano il rischio di mortalità materna per cesareo da 2 a 4 volte superiore rispetto al parto vaginale.

Nel contempo si registra ancora un limitato livello di diffusione delle informazioni necessarie alla donna per vivere con piena consapevolezza la gravidanza, il parto e il puerperio. È ormai acclarata l'importanza della preparazione al parto per la salute della donna e del bambino. La percentuale di donne che ha frequentato un corso pre-parto si aggira intorno al 30 per cento, con forti differenze per area geografica (40 per cento nell'Italia centrale e settentrionale e 12,7 per cento e 14,9 per cento, rispettivamente, nell'Italia meridionale e nelle isole) e livello di istruzione (le donne laureate sono il 65,6 per cento, quelle con la licenza media il 34,2 per cento e quelle con la sola licenza elementare il 20,2 per cento), ma colpisce che a livello nazionale le donne a maggior rischio di non frequentare i corsi siano quelle meno istruite, in fasce di età estreme, che risiedono nelle regioni meridionali, le pluripare e le casalinghe.

Vi sono alcune differenze territoriali che non possono essere ignorate. Le regioni meridionali e insulari del Paese presentano dati peggiori di quelle centrali e settentrionali per quanto concerne il ricorso al parto cesareo e all'anestesia generale, il tasso di mortalità neonatale e infantile, il basso peso alla nascita e il ricorso all'allattamento al seno. Nelle stesse regioni per le donne vi sono più ridotte possibilità di frequentare corsi pre-parto e di scegliere le modalità del parto. Nel biennio 2004-2005 il 23,4 per cento delle donne nell'Italia meridionale e il 21,8 per cento nell'Italia insulare ha dichiarato di non aver partecipato a un corso di preparazione al parto, perché non organizzato dalle strutture di riferimento o non accessibile. Il 45,9 per cento delle donne nell'Italia meridionale e il 42,8 per cento in quella insulare ha dichiarato di essere stata sola al momento del parto, perché la struttura non permetteva la presenza di altre persone.

Da ultimo, è necessario ricordare che la popolazione residente in Italia cresce in buona misura grazie all'afflusso di nuovi immigrati. Il saldo naturale positivo dei cittadini stranieri già residenti in Italia compensa il saldo naturale negativo della popolazione di cittadinanza italiana, contribuendo così all'incremento della popolazione residente nel Paese: nel 2004 il saldo tra le nascite e i decessi della popolazione complessiva è stato positivo per 15.941 unità proprio grazie all'apporto dei nati stranieri. I cittadini stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2005 erano 2.402.157, di cui 1.175.445 donne (pari al 48,9 per cento), per la maggior parte in età fertile. Le indagini finora condotte sulla popolazione immigrata mostrano un maggiore tasso di nati-mortalità e di mortalità neonatale, un maggior numero di parti pre-termine e di bambini a basso peso alla nascita. Emerge altresì una maggiore difficoltà per le donne straniere di accedere ai circuiti di informazione e ai servizi socio-sanitari.

Alla luce di questo quadro, e in coerenza con gli obiettivi fissati dal progetto obiettivo materno-infantile (decreto del Ministro della sanità 24 aprile 2000, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 131 del 7 giugno 2000) e con il Piano sanitario nazionale 2006-2008 (decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 139 del 17 giugno 2006), la presente proposta di legge si propone di promuovere una maggiore tutela dei diritti della gestante e del neonato e un'appropriate assistenza all'intero percorso-nascita da parte del Servizio sanitario nazionale nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.
(Finalità).

1. La presente legge persegue le seguenti finalità:

- a) promuovere un'appropriate assistenza alla nascita, tutelando i diritti e la libera scelta della gestante;
- b) assicurare la tutela della salute materna, il benessere del nascituro e quello delle famiglie nell'esperienza della genitorialità;
- c) assicurare adeguati livelli di assistenza in tutte le situazioni di gravidanza e di parto a rischio dal punto di vista medico, psicologico e sociale;
- d) promuovere un'assistenza ostetrica appropriata alla gravidanza a basso rischio, al parto fisiologico e al puerperio;
- e) potenziare l'attività dei consultori familiari, anche nell'attività di prevenzione, mediante l'attivazione di programmi specifici per la salute preconcezionale e riproduttiva, per la tutela della maternità e del nascituro e per la promozione dell'allattamento al seno;
- f) promuovere la più ampia conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche socio-sanitarie raccomandate, con particolare riferimento agli incontri di accompagnamento alla nascita, anche al fine dell'apprendimento e dell'uso delle modalità, farmacologiche e non farmacologiche, per il controllo del dolore nel travaglio-parto, ivi comprese le tecniche che prevedono il ricorso ad anestesie locali e di tipo epidurale;
- g) favorire il parto fisiologico e promuovere l'appropriatezza degli interventi, al fine di ridurre in modo consistente il ricorso al taglio cesareo e incentivare l'allattamento al seno, secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e del Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF);
- h) rafforzare gli strumenti per la salvaguardia della salute materna e della salute del neonato;
- i) promuovere un'assistenza ostetrica appropriata alla gravidanza a basso rischio, al parto fisiologico e al puerperio;
- l) assicurare la qualità dell'assistenza ostetrica anestesiológica e pediatrico-neonatologica nel periodo perinatale da valutare con indicatori scientifici adeguati sull'impiego e sui risultati delle pratiche raccomandate sulla base delle prove scientifiche;
- m) contrastare le diseguglianze territoriali e sociali nell'accesso ai servizi per la tutela materno-infantile, anche mediante l'adozione del modello operativo basato sull'offerta attiva e migliorando la fruibilità dei servizi da parte della popolazione più svantaggiata nonché prevedendo l'attuazione di programmi di assistenza socio-sanitaria e di mediazione culturale per le donne immigrate, favorendone l'integrazione;
- n) promuovere l'informazione, l'assistenza e la consulenza alle donne che decidono di avere una gravidanza e alle gestanti, anche mediante corsi di accompagnamento alla nascita e stimolando l'impegno in tale senso dei servizi territoriali e ospedalieri, anche al fine di una consapevole scelta

del tipo di assistenza, del luogo e delle modalità del parto affinché la maternità possa essere vissuta fin dall'inizio come un evento naturale;

o) promuovere l'informazione, l'assistenza e la consulenza alle donne e alle famiglie per gli interventi efficaci nell'ambito del puerperio e della salute psico-fisica relazionale nel periodo successivo al parto;

p) promuovere la continuità assistenziale per tutta la durata della gravidanza, nel periodo della nascita e dopo la nascita,

garantendo l'integrazione tra territorio e strutture ospedaliere;

q) assicurare al neonato, durante il periodo di ospedalizzazione, la continuità del rapporto familiare-affettivo applicando il protocollo OMS-UNICEF «Ospedale amico del bambino» 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.

(Livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato).

1. Con la procedura prevista dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, si provvede alla rimodulazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato, in base alle seguenti priorità:

a) l'aggiornamento e la verifica delle prestazioni previste per l'assistenza preventiva per la salute preconcezionale e in gravidanza;

b) nel quadro di una sempre maggiore umanizzazione dell'evento nascita, il controllo e la gestione del dolore nel travaglio-parto, anche mediante il ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale;

c) l'allattamento materno precoce e il *rooming-in*;

d) la dimissione precoce, appropriata e condivisa della partoriente e del neonato nell'ambito di percorsi assistenziali specifici che comprendano risposte multidisciplinari, rivolte sia alla madre che al bambino nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio;

e) l'assistenza specialistica per la donna che presenta difficoltà di ordine psicologico, sociale o di dipendenza da sostanze;

f) la garanzia di un'adeguata rete di emergenza per il neonato e per la gestante, favorendo, ove possibile, il trasferimento della gestante presso un centro appropriato.

2. Con la medesima procedura indicata al comma 1 sono contestualmente rimodulati i livelli essenziali delle prestazioni assistenziali diverse da quelle di cui al medesimo comma 1, al fine di garantire la copertura dei maggiori oneri derivanti dall'attuazione di quanto disposto al comma 1 stesso.

Art. 3.

(Integrazione al Piano sanitario nazionale 2006-2008).

1. Su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, il Governo e le regioni, in coerenza con il Piano sanitario nazionale 2006-2008, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 139 del 17 giugno 2006, stipulano, a integrazione del Piano sanitario nazionale stesso, un'intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, finalizzata alla promozione delle attività volte a realizzare le finalità di cui alla presente legge.

2. Nell'ambito dell'intesa di cui al comma 1 del presente articolo le regioni concordano, nell'ambito dell'1,3 per cento delle risorse complessive poste in disponibilità per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, l'entità della quota da destinare all'attuazione delle finalità della presente legge, tenuto conto degli interventi già attivati con tali risorse.

3. Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 dell'intesa tra Stato, regioni e province autonome di Trento e di Bolzano 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario

alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005, individua le modalità di monitoraggio della presente legge.

Art. 4.

(Campagna di informazione).

1. Il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, promuove campagne informative nazionali per diffondere la conoscenza in ordine agli incontri di accompagnamento alla maternità e alla nascita, alla prevenzione delle gravidanze e dei parti a rischio, alla scelta del luogo e delle modalità del parto nonché alla possibilità di accedere al parto-analgesia, anche al fine di favorire una libera e consapevole scelta da parte delle donne.

2. Le regioni e le aziende sanitarie locali (ASL) determinano le modalità di partecipazione alla campagna di cui al comma 1 da parte dei consultori familiari previsti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405, e successive modificazioni, e dei medici di medicina generale.

Art. 5.

(Incontri di accompagnamento alla maternità e alla nascita).

1. Le aziende ospedaliere e le ASL, anche attraverso il personale addetto ai consultori familiari, integrato da altri operatori del SSN, coordinano appositi incontri di accompagnamento alla maternità e alla nascita, nel corso dei quali sono fornite informazioni sul percorso nascita, sui luoghi dove partorire, sulle metodiche di assistenza al travaglio-parto, comprese le tecniche per la gestione del dolore, e sull'allattamento al seno.

Art. 6.

(Assistenza alla nascita).

1. Al fine di favorire l'unitarietà dell'assistenza durante la gravidanza, il parto e il puerperio, deve essere realizzato il collegamento funzionale tra i consultori familiari, le strutture ospedaliere e i servizi territoriali extraospedalieri presenti nel territorio attraverso un'azione di coordinamento attuata dai dipartimenti materno-infantili.

2. Le ASL provvedono a garantire, anche nell'ambito delle prestazioni dei servizi consultoriali e ambulatoriali e con la dotazione del personale necessario, il potenziamento degli interventi per l'assistenza alla donna durante tutto il periodo della gravidanza e, in particolare:

a) l'utilizzazione, su scala nazionale, di una cartella ostetrica computerizzata, nella quale sono annotati tutti i dati relativi alla gravidanza; tali dati, su richiesta, devono essere messi a disposizione della donna e degli operatori che la assistono durante e dopo il parto. Il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto da emanare entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone il modello base della cartella ostetrica computerizzata, in modo da garantirne l'accessibilità a livello nazionale;

b) la realizzazione degli incontri di accompagnamento alla maternità e alla nascita, di cui all'articolo 5;

c) l'accertamento e la certificazione delle gravidanze a rischio e l'individuazione dei fattori di rischio per la gravidanza;

d) la presenza di assistenti sociali e di psicologi nei reparti di ostetricia per affrontare le situazioni a rischio di carattere psichico e sociale con interventi immediati

e prevedendo l'attivazione del rapporto con le strutture territoriali competenti.

3. L'assistenza sanitaria concernente le gravidanze a rischio è demandata, a partire dal momento dell'accertamento, alle strutture specialistiche pubbliche o private accreditate di II e III livello.

4. Le strutture specialistiche pubbliche o private accreditate favoriscono, su espresso consenso della madre, la dimissione precoce e protetta della madre e del figlio, garantendo loro la possibilità di controlli ambulatoriali e domiciliari, mediante apposite *équipe* costituite da ostetriche, da infermieri specializzati, da assistenti sociali e da uno psicologo. Tali *équipe* sono collegate, per le rispettive competenze, a un medico ginecologo-ostetrico e a un medico neonatologo o pediatra con formazione specifica, per eventuali prestazioni di carattere specialistico.

5. È favorita la presa in carico più precoce possibile del neonato da parte del medico pediatra di libera scelta.

Art. 7. (Livelli di cura).

1. A ogni madre e ad ogni nato, nell'ambito delle strutture ospedaliere, devono essere assicurate l'assistenza di personale dotato di competenze specifiche sia mediche sia infermieristiche e l'aderenza ai requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici definiti dai progetti obiettivo in materia materno-infantile, individuati dal Piano sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 11, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e nel rispetto delle disposizioni della presente legge.

2. L'assistenza ospedaliera al neonato è articolata su tre livelli di cura, secondo le indicazioni contenute nel progetto obiettivo in materia materno-infantile

3. Tutti gli ospedali pubblici e privati accreditati dotati di punto nascita, anche se privi di strutture operative complesse di

neonatologia e di terapia intensiva neonatale, devono disporre di posti letto per cure minime e intermedie, nell'ambito di unità operative di pediatria o di neonatologia.

4. Nei centri di II e III livello neonatologico devono essere assicurate una adeguata dotazione di posti letto per la gravidanza a rischio e la presenza di una struttura di terapia intensiva per l'assistenza della donna in condizioni critiche nel periodo immediatamente precedente e successivo al parto. Inoltre, nei punti nascita di II livello deve essere presente una guardia medica anestesiologicala attiva durante l'arco delle ventiquattro ore.

Art. 8.

(Requisiti organizzativi e di personale).

1. Presso ogni presidio sanitario pubblico o privato accreditato, in presenza di un'unità operativa complessa di ostetricia, sono garantiti la presenza del ginecologo, dell'ostetrica, dell'anestesista e di uno psicologo nonché i servizi di rianimazione primaria materna e neonatale.
2. Il responsabile della procedura clinica ostetrico-ginecologica per tutta la durata del travaglio e del parto è un medico ginecologo.
3. Nell'ambito della sala parto, o in un locale direttamente comunicante con essa, deve essere predisposta una zona per le prime cure e per l'eventuale intervento intensivo sul neonato, denominata «isola neonatale».
4. Responsabile dell'assistenza nell'isola neonatale è un medico neonatologo o un medico pediatra con competenze neonatologiche. Nelle strutture in cui è prevista la guardia attiva durante l'arco delle ventiquattro ore del medico neonatologo o del medico pediatra con competenze neonatologiche, essi devono garantire l'assistenza al neonato in sala parto.

Art. 9.
(Incentivi).

1. Il rimborso alle strutture sanitarie per i parti vaginali, spontanei o operativi, e per quelli con taglio cesareo deve essere stabilito attraverso un unico raggruppamento omogeneo di diagnosi e cura (DRG) da definire con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Il DRG per il parto deve tenere conto dei costi effettivi e differenziati per l'assistenza al travaglio-parto per via vaginale o con taglio cesareo relativi sia all'impegno di personale medico e ostetrico sia alle tecnologie necessarie.
2. Le ASL corrispondono, previa richiesta e presentazione delle parcelle degli onorari, una somma pari a non oltre il 70 per cento del DRG per il parto a chi ha partorito a domicilio.
3. Le unità operative che attuano la propria attività in conformità alle disposizioni della presente legge sono incentivate dalle ASL mediante la realizzazione di iniziative di formazione e di aggiornamento del loro personale, nonché mediante il finanziamento di progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla medesima legge. Ai fini del presente comma, le unità operative sono valutate dalle ASL competenti per territorio con cadenza annuale.

Art. 10.
(Formazione e aggiornamento del personale).

1. Il personale sanitario del SSN addetto all'assistenza socio-sanitaria della donna durante la gravidanza, il parto, il puerperio e l'allattamento deve essere aggiornato e riqualificato ai sensi della presente legge. Il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, individua con proprio decreto i contenuti delle

attività di formazione del personale medico e non medico addetto alle sale parto e di quello di anestesia per una corretta pratica dell'analgesia durante il travaglio. Gli operatori devono essere tra loro funzionalmente collegati in senso dipartimentale.

2. Per favorire gli scambi tra gli operatori di cui al comma 1 possono essere previsti comandi temporanei del personale dalle strutture territoriali alle strutture ospedaliere e alle strutture universitarie, e viceversa.

3. Le regioni, d'intesa con le aziende ospedaliere, con le ASL e con i servizi socio-sanitari operanti nel territorio, promuovono corsi di aggiornamento in educazione continua in medicina (ECM) per il personale di cui al comma 1 a cadenza annuale.

4. I corsi di aggiornamento e di riqualificazione del personale di cui al comma 1 perseguono i seguenti obiettivi:

a) riqualificazione del personale impiegato nei vari servizi e del personale convenzionato, in funzione di assistenza al parto;

b) aggiornamento specifico sulle tecniche e sulle metodologie ostetriche e sulle tecniche di parto-analgesia naturali e farmacologiche;

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

Art. 11.

(Parto fisiologico).

1. Nei reparti ospedalieri è garantita la possibilità di usufruire di spazi adeguati ai quali possa avere libero accesso la persona con cui la donna desidera condividere l'evento travaglio-parto-nascita. Compatibilmente con le indicazioni mediche deve essere evitata l'imposizione di procedure e

di tecniche che risultino non rispondenti alla volontà della partorientente.

2. In base alle indicazioni dell'OMS, le modalità assistenziali devono garantire:

a) il pieno rispetto delle esigenze biologiche e fisiologiche della donna e del nascituro;

b) la promozione delle tecniche e dei metodi naturali e farmacologici per la gestione del dolore durante il travaglio e il parto e nel periodo successivo al parto;

c) un ambiente confortevole e rispettoso dell'intimità;

d) la possibilità della presenza del medico di fiducia;

e) la promozione dell'allattamento al seno immediatamente dopo la nascita e nei primi mesi di vita del bambino, secondo le indicazioni dell'OMS e dell'UNICEF.

3. Durante la permanenza della donna nella sala parto e nel corso del periodo di degenza la madre e il figlio devono avere la possibilità di restare l'una accanto all'altro e deve, inoltre, essere consentita la permanenza del padre o di altra persona indicata dalla donna.

4. I servizi socio-sanitari operanti sul territorio assicurano l'assistenza domiciliare al puerperio e all'allattamento, attraverso l'individuazione di percorsi personalizzati.

Art. 12.

(Luoghi per il parto fisiologico).

1. Per garantire alla donna il diritto a vivere l'evento travaglio-parto-nascita in un contesto umanizzato e sicuro, il parto può svolgersi:

a) in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate o autorizzate;

b) in case di maternità individuate nell'ambito di eventuali progetti di ristrutturazione o di costruzione da parte delle regioni e delle ASL;

c) a domicilio.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le ASL, le aziende ospedaliere e le strutture pubbliche o private accreditate o autorizzate, individuate dalle regioni, attrezzano spazi adeguati per il parto e idonei a consentire l'effettuazione delle tecniche di parto-analgesia. Questi spazi devono consentire, successivamente al parto, in collaborazione con le unità operative neonatologiche, il contatto tra la madre e il bambino.

3. Gli spazi di cui al comma 2 sono realizzati, nell'ambito dei piani di razionalizzazione dei punti nascita definiti dalle regioni in rapporto a ottimali bacini di utenza, dalle ASL e dalle aziende ospedaliere nell'ambito dei progetti di ampliamento, di ristrutturazione e di costruzione di reparti ostetrici, pediatrici, neonatologici e anestesiológicos ovvero, in attesa della realizzazione delle nuove strutture, tramite una riorganizzazione funzionale degli esistenti reparti ostetrici, pediatrici, neonatologici e anestesiológicos.

Art. 13.

(Parto a domicilio).

1. Il parto a domicilio avviene per libera scelta della partoriente, dopo che essa è stata adeguatamente informata dei rischi e dei benefici e ha sottoscritto la dichiarazione per il consenso informato.

2. Il medico ginecologo e l'ostetrica che hanno seguito la donna valutano e certificano se le condizioni di fisiologicità della gravidanza e di salute della partoriente e del nascituro nonché la situazione logistica e igienico-sanitaria del suo domicilio siano adeguate alla richiesta di parto a domicilio.

3. L'ostetrica assicura alla donna, per almeno dieci giorni a decorrere dal momento del parto, un'adeguata assistenza al

puerperio e all'allattamento al seno. Il controllo pediatrico del neonato deve essere effettuato entro ventiquattro ore dalla nascita, salvo che condizioni cliniche di emergenza richiedano un intervento più precoce. Deve altresì essere compilata una cartella neonatale nella quale risulti l'effettuazione degli *screening* e delle profilassi obbligatori.

4. Il medico ginecologo e l'ostetrica che hanno seguito la donna la inviano, in caso di gravidanza a rischio o di patologie rilevanti ai fini dello stato di gravidanza, alle strutture competenti intraospedaliere ed extraospedaliere, garantendo la continuità dell'assistenza.

5. Le regioni possono individuare le zone sanitarie nelle quali sperimentare servizi di parto a domicilio in attuazione delle disposizioni del presente articolo individuando le strutture ospedaliere di competenza alle quali fare riferimento. La ASL competente per territorio garantisce tale servizio attraverso *équipe*, anche in regime di convenzione, di ostetriche itineranti per i giorni successivi al parto. Le *équipe* sono collegate a un medico pediatra e a un medico ginecologo reperibili per prestazioni di competenza specialistica.

6. Entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali provvede, con proprio decreto, all'adozione di linee-guida per l'assistenza al parto e al puerperio a domicilio.

Art. 14.

(Servizio di trasporto materno e neonatale).

1. Al fine del tempestivo ricovero nei punti nascita, si applicano i criteri di riconoscimento delle gravidanze, dei parti e delle condizioni neonatali a rischio individuati dall'OMS.

2. In casi di particolare gravità, il trasporto assistito deve essere effettuato da personale con competenze specifiche, mediante il servizio di trasporto d'emergenza, e deve afferire a strutture assistenziali di II o III livello, utilizzando un'unità

mobile attrezzata per le cure intensive da prestare in corso di trasferimento.

Art. 15.

(Donazione e raccolta del sangue del cordone ombelicale).

1. Lo Stato e le regioni promuovono la donazione e la raccolta del sangue del cordone ombelicale. La conservazione è consentita sia per uso autologo sia per uso allogenico per scopi terapeutici, clinici o di ricerca.

2. Le divisioni di ostetricia diffondono la cultura della donazione del sangue del cordone ombelicale informando le gestanti delle potenzialità della donazione, delle possibili utilizzazioni e dell'assoluta mancanza di ogni rischio per sé e per il neonato, e garantendo a tutte le partorienti il prelievo.

3. La conservazione del sangue del cordone ombelicale per uso autologo avviene senza oneri per lo Stato in istituti pubblici o privati accreditati dalle regioni e convenzionati con centri trasfusionali autorizzati. Sono fatti salvi i casi di conservazione autologa o destinata a consanguinei per patologia in atto o previa presentazione di motivata documentazione clinico-sanitaria.

Art. 16.

(Cartella clinica neonatale).

1. Per ogni nato vivo deve essere compilata una cartella clinica personale, anche ai fini della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, contenente, oltre ai dati previsti dalle disposizioni vigenti in materia, i rilievi sulla gravidanza, sul parto e sull'adattamento neonatale. Tale disposizione si applica anche nel caso di parto a domicilio.

2. Entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute provvede, con proprio decreto, all'adozione delle linee-guida generali per la formulazione da parte delle

regioni della cartella clinica di cui al comma 1.

Art. 17.

(Controlli post-natali).

1. Tutti i neonati, in attesa che si completino i processi fisiologici di adattamento neonatale, devono essere sottoposti ai comuni controlli dei parametri vitali durante l'osservazione transizionale.

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

3. Per tutto il periodo di ospedalizzazione del neonato ai sensi del comma 2, la madre, o un altro familiare in sua vece, deve poter usufruire dei servizi di pernottamento e di vitto a carico della competente ASL.

Art. 18.

(Interventi in favore delle gestanti per garantire il segreto del parto).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono gli interventi socio-assistenziali nei confronti delle gestanti presenti sul proprio territorio, indipendentemente dalla loro residenza anagrafica, che necessitano di specifici sostegni in ordine al riconoscimento o meno dei

loro nati e al segreto del parto. Alle gestanti e ai loro nati sono altresì garantiti gli interventi per la continuità assistenziale e per il loro reinserimento sociale.

2. Gli interventi di cui al comma 1 costituiscono livello essenziale ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione.

3. Le leggi regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano individuano, ai sensi dell'articolo 8, comma 5, della legge 8 novembre 2000, n. 328, gli

enti locali titolari degli interventi e le modalità di esercizio degli stessi.

Art. 19.

(Relazione al Parlamento).

1. Il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali presenta annualmente al Parlamento, entro il mese di giugno, una relazione sullo stato di attuazione della presente legge.

Art. 20.

(Applicazione della disciplina in materia di attività usuranti).

1. Al personale del ruolo medico dei ginecologi, anestesisti e neonatologi e dei profili professionali ostetrici e infermieristici operante nelle unità di terapia intensiva neonatale e in pronto soccorso ostetrico si applicano i benefici previsti dal decreto legislativo 11 agosto 1993, n. 374, e successive modificazioni, nonché i provvedimenti attuativi previsti dall'articolo 12 della legge 23 dicembre 1994, n. 724.

Art. 21.

(Copertura finanziaria).

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge, valutato in 800.000 euro per l'anno 2008 e in 1.000.000 di euro a decorrere dall'anno 2009, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2010, nell'ambito del fondo speciale dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.