

Gli psicologi nella legge per la tutela delle partorienti e dei neonati

Iniziativa legislativa del governo che apre importanti spazi per la nostra categoria

Riceviamo dal prof. Cancrini il testo aggiornato del disegno di legge del governo riguardante ***“Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato”***.

Il testo, che unifica disegni di legge diversi e recepisce alcuni emendamenti cruciali proposti dallo stesso Cancrini (parti in neretto), contiene in diversi punti l'indicazione di interventi che finalmente considerano con il giusto rilievo la figura professionale e l'attività degli Psicologi creando ampi spazi per il nostro intervento professionale.

Il fatto che il disegno di legge sia presentato dal governo ed abbia recepito progetti provenienti anche dall'opposizione fa ben sperare in una sua rapida approvazione.

La Redazione

Bozza

Testo unico

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

Art. 1.

(Finalità).

1. La presente legge persegue le seguenti finalità:

a) promuovere un'appropriata 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 parto a rischio dal punto di vista medico, psicologico e sociale;

d) ridurre i fattori di rischio di malattia pre e *post*-concezionali del nascituro attraverso specifici interventi preventivi;

e) potenziare l'attività dei consultori familiari con l'attivazione di programmi specifici per la salute preconcezionale e riproduttiva, per la tutela della maternità 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 ai corsi di accompagnamento alla nascita, anche al fine dell'apprendimento e dell'uso delle modalità, farmacologiche e non, 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 le modalità per l'appropriatezza degli interventi, al fine di ridurre la percentuale dei tagli cesarei e aumentare la prevalenza dell'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 anestesiologicala e pediatrico-neonatologica nel periodo perinatale da valutare con indicatori adeguati sull'impiego e sui risultati delle pratiche raccomandate sulla base delle

prove scientifiche;

m) contrastare le diseguità 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 e la consulenza alle donne che decidono di avere una gravidanza e alle gestanti, anche mediante i 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 *post-partum*;

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 partorientente e del neonato).

1. Con le procedure previste 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, tenendo presenti le 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 maggiore e migliore umanizzazione dell'evento nascita, il controllo e la gestione del dolore nel travaglio-parto, anche mediante ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale.

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

d) la dimissione precoce e appropriata 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) la consulenza specialistica per la donna che presenta difficoltà di ordine psicologico, sociale o di dipendenza da sostanze psicotrope

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

2. Con le medesime procedure indicate 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 da quanto disposto al comma 1 stesso.

Art. 3.

(Integrazione al Piano sanitario nazionale 2006-2008).

1. Su proposta del Ministro della salute, 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, una 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. Con la medesima intesa di cui al comma 1 le regioni convengono, nell'ambito dell'1,3 per cento delle risorse complessive poste in disponibilità per il Servizio sanitario nazionale e vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, l'entità della quota da destinare per le 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 della salute, di 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 sulla libera e consapevole scelta da parte delle donne in ordine ai corsi di accompagnamento alla nascita, all'attività di 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.**

2. Le regioni e le aziende sanitarie locali 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.

(Accompagnamento alla maternità e alla nascita).

1. **Le aziende ospedaliere, le ASL**, attraverso il personale addetto ai consultori, integrato da altri operatori del Servizio sanitario nazionale (SSN), coordina appositi incontri di accompagnamento alla maternità e alla nascita. Gli incontri, nei quali deve essere prevista la figura dell'ostetrica, del ginecologo, del neonatologo e dell'anestesista ed dello psicologo sono rivolti, fin dall'inizio della gravidanza, alla donna, alla coppia e alla famiglia.

2. Gli incontri di cui al comma 1 sono finalizzati al potenziamento delle competenze della donna e del neonato e forniscono informazioni sul percorso nascita, sui luoghi dove partorire, sulle metodiche per l'espletamento del parto, compresi le tecniche e gli strumenti a disposizione nella gestione del dolore e sull'allattamento al seno.

3. Le partorienti devono essere messe in grado di conoscere le tecniche, le metodologie e i protocolli ostetrici in uso presso le singole strutture ospedaliere, ambulatoriali e consultoriali.

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

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, le strutture ospedaliere e i servizi territoriali *extra-ospedalieri* presenti nel territorio attraverso un'azione di coordinamento attuata dai dipartimenti materno-infantili.

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'utilizzazione di un'idonea 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 l'assistono durante e dopo il parto. Il Ministro della salute, sentito il parere di una apposita commissione di esperti, con proprio decreto da emanare entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone le linee di guida generali per la formulazione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano della cartella clinica di cui sopra.

b) i corsi di accompagnamento alla nascita, di cui all'articolo 4, rivolti, fin dall'inizio della gravidanza, alla donna ed alla coppia, onde fornire le conoscenze relative alla sequenza di eventi gravidanza-parto-nascita-puerperio-allattamento ed alle metodiche per l'espletamento del parto, comprese le tecniche per il controllo del dolore da parto;

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

d) la presenza significativa di assistenti sociali e psicologi nei reparti di ostetricia per affrontare le situazioni a rischio di carattere psichico e sociale con interventi immediati e con l'attivazione del rapporto con le strutture territoriali competenti.

3. In ogni caso, l'assistenza sanitaria delle gravidanze a rischio è demandata, a partire dal momento dell'accertamento, alle strutture specialistiche pubbliche o private accreditate.

4. Le strutture specialistiche pubbliche o private accreditate favoriscono, compatibilmente con le condizioni

fisiche della puerpera e del neonato, su espresso consenso della madre, la dimissione precoce, protetta ed appropriata della madre e del figlio, garantendo la possibilità di controlli ambulatoriali ripetuti, nonché l'assistenza domiciliare integrata alla madre e al neonato nei giorni successivi al rientro al domicilio mediante equipe itineranti di ostetriche, di infermieri specializzati nell'assistenza al neonato per il controllo del puerperio fisiologico, del neonato, per il sostegno dell'allattamento al seno, di assistenti sociali e, qualora fosse necessario dello psicologo.

5. La durata e le modalità dell'assistenza al puerperio devono essere adeguate allo stato fisico, psicologico e sociale della donna e del bambino. È favorita la presa in carico più precoce possibile del neonato da parte del pediatra di libera scelta.

6. Le *équipe* di cui al comma 3 sono collegate, per le rispettive competenze, ad un medico ginecologo-ostetrico e ad un medico neonatologo o pediatra con formazione specifica, per eventuali prestazioni di competenza specialistica, in attesa che il neonato possa accedere al medico pediatra di base. L'azienda sanitaria locale competente per territorio promuove appositi corsi di formazione professionale di tipo teorico-pratico, finalizzati alla selezione di figure professionali idonee alla individuazione delle patologie ostetriche e neonatali ad esordiotardivo.

7. Tutti gli operatori addetti all'assistenza durante la gravidanza, il parto ed il puerperio, nonché nel periodo immediatamente postnatale, sia quelli appartenenti a strutture territoriali che ospedaliere, anche se autonome, sono tra loro funzionalmente collegati nell'ambito del dipartimento materno-infantile.

8 . Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute adegua la legislazione statale vigente al Codice internazionale dell'OMS sulla commercializzazione dei sucedanei del latte materno, di cui alla raccomandazione della 34^a Assemblea dell'OMS del

maggio 1981 e alle successive risoluzioni dell'Assemblea dell'OMS

Art.7.

(Livelli di cura e bacini di utenza).

1. Ad ogni madre e ad ogni nato, nell'ambito delle strutture ospedaliere, devono essere assicurate 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 successive modificazioni, e nel rispetto delle disposizioni del presente capo.

2. L'assistenza ospedaliera al neonato è articolata su tre livelli di cura:

a) cure di I livello per neonati sani, con una disponibilità di quindici posti letto per mille nati vivi;

b) cure di II livello, con una disponibilità di 4,5 posti letto per mille nati vivi, oltre a quelli destinati ai neonati sani;

c) cure di III livello, con una disponibilità di un posto letto per settecentocinquanta nati vivi, per le cure intensive, e di due posti letto per ogni posto letto di terapia intensiva, per le cure subintensive, oltre alla disponibilità di posti letto adeguati all'utenza bisognosa di cure di I e II livello e di posti letto supplementari per i neonati bisognosi di chirurgia neonatale rapportati all'utenza.

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 ed intermedie, nell'ambito di unità operative di pediatria o neonatologia.

4. Di norma le unità operative di ostetricia e le unità

operative di neonatologia-patologia neonatale e di pediatria con assistenza neonatale devono operare a livello corrispondente, e un livello superiore deve erogare, oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle di livello inferiore.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche in base alla valutazione della situazione orogeografica, della rete viaria, della consistenza e della localizzazione delle strutture esistenti, definiscono per le unità operative neonatologiche adibite ai compiti di cui al presente articolo, bacini di utenza atti ad assicurare l'acquisizione di competenze specifiche e di un livello tecnico adeguato alle cure prestate, anche in relazione al numero dei pazienti trattati.

6. Nelle aree ad alta densità di popolazione o metropolitane i vincoli quantitativi, riferiti ai bacini di utenza che orientano la programmazione regionale del numero delle unità di terapia intensiva neonatale, possono non tradursi in una precisa delimitazione dei bacini, al fine di privilegiare il diritto di scelta dei genitori e la competitività delle aziende che insistono nel medesimo territorio.

7. Per quanto attiene al trattamento delle patologie della gravidanza e ai centri di II e III livello neonatologico deve corrispondere una adeguata dotazione di posti letto per la gravidanza a rischio. Deve essere presente nella struttura una Terapia Intensiva per adulti atta a ricevere la madre in condizioni critiche nel peripartum. Inoltre, nei punti nascita di II livello deve essere presente una guardia anestesiologicala durante tutto l'arco delle 24 e nei punti nascita di III livello deve essere presente una guardia anestesiologicala dedicata per tutto l'arco delle 24 ore.

Art. 8.

(Requisiti organizzativi e di personale).

1. Presso ogni presidio sanitario pubblico o privato

accreditato in presenza di una UOC di Ostetricia sono garantiti la presenza del ginecologo, dell'ostetrica, dell'anestesta ed 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 il 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 l'eventuale intervento intensivo sul neonato, denominata «isola neonatale», provvista di spazio ed attrezzature adeguate allo scopo.

4. Responsabile dell'assistenza nell'isola neonatale è un neonatologo o un pediatra con competenze neonatologiche. Nelle strutture di cui è prevista la guardia attiva ventiquattro ore su ventiquattro del neonatologo o del pediatra con competenze neonatologiche, essi devono garantire l'assistenza al neonato in sala parto.

5. Per adeguare le competenze in assistenza intensiva neonatale nei punti nascita in cui non esista la figura del neonatologo o del pediatra con competenze neonatologiche, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rianimazione primaria ed assistenza neonatale dedicati a tutto il personale che deve prendersi cura del neonato.

6. La gestione dei corsi di cui al comma 3 è affidata, di norma, ai centri di terapia intensiva neonatale e ai servizi di anestesia nel cui territorio ricadono i punti nascita, al fine di favorire una corretta collaborazione e integrazione tra centro di riferimento e rete ospedaliera periferica.

7. Presso ogni presidio sanitario pubblico o privato accreditato in presenza di UOC d'ostetricia è assicurata la presenza di un assistente sociale e di uno psicologo.

Art. 9.

(Incentivi).

1. In considerazione dei maggiori costi derivanti dall'assistenza al travaglio e al parto per via vaginale, sia in termini di impegno di personale medico e ostetrico, sia di tecnologie, il rimborso alle strutture sanitarie relativo ai parti vaginali, sia spontanei che operativi, è equiparato a quello previsto dalla normativa vigente per i tagli cesarei.

2. Le ASL corrispondono, su richiesta e presentazione di parcelle di onorari, una somma corrispondente al raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG) del 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 con iniziative di formazione e di aggiornamento, nonché con il finanziamento di progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla 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 medico ginecologo, anestesista, neonatologo e non medico 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 della salute, di intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le provincie di Trento e Bolzano, individua con 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 della analgesia in 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**, le ASL e con i servizi socio-sanitari operanti nel territorio, promuovono corsi di aggiornamento in educazione continua in medicina (ECM) 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 al presente articolo.

4. La formazione ECM degli operatori del percorso nascita prevede l'acquisizione obbligatoria di almeno il 50 per cento dei crediti formativi su temi specifici, includendo in forma prioritaria la formazione sulle pratiche appropriate di assistenza alla nascita e le tecniche di gestione del dolore in travaglio per gli operatori dei punti nascita, e la formazione sulla gestione dei percorsi di accompagnamento alla maternità e alla nascita nonché sulla promozione, sulla protezione e sul sostegno dell'allattamento al seno per tutti gli operatori del percorso nascita, ospedalieri e territoriali.

5. I corsi di aggiornamento e di riqualificazione del personale perseguono i seguenti obiettivi:

a) riqualificazione del personale impiegato nei vari servizi e del personale convenzionato, in funzione dell'attuazione del parto a domicilio;

b) aggiornamento specifico su tecniche e su metodologie ostetriche e sulle tecniche di parto-analgesia naturali e farmacologiche, che tengono conto della revisione critica in atto a livello internazionale sulla reale validità scientifica e sull'efficacia delle procedure mediche e chirurgiche in uso e comunemente utilizzate in ostetricia;

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;

d) riqualificazione del personale impiegato nei vari

settori e del personale convenzionato, in funzione dell'attuazione del parto a domicilio.

Art. 11.

(Parto fisiologico).

1. Si definisce parto fisiologico la spontanea modalità di evoluzione dei tempi e dei ritmi della nascita.

2. 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 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, che tengono conto della revisione critica in atto a livello internazionale sulla reale validità scientifica e sull'efficacia delle procedure, deve essere, altresì, evitata l'imposizione di procedure e di tecniche che risultino non rispondenti alla volontà della partoriente. La donna deve essere messa in condizione di scegliere le posizioni da assumere durante il travaglio e il parto, limitando l'uso di interventi medici, tra cui la cardiocotografia in continua, ai soli casi di reale necessità

3. 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) l'assecondamento dei ritmi fisiologici del travaglio e l'eliminazione di ogni pratica routinaria non supportata da precise indicazioni cliniche, per ognuna delle quali deve essere fornita una corretta informazione al fine di favorire decisioni consapevoli da parte della partoriente;

c) la promozione e la diffusione di diversi metodi e tecniche naturali e farmacologiche per la gestione del dolore in travaglio, parto e *post partum* operativo.

L'uso di farmaci analgesici deve essere garantito in forma

gratuita alle donne che lo scelgono come metodo di gestione del dolore, essendo state adeguatamente informate su benefici e rischi

d) modalità di assistenza che assicurino un ambiente confortevole e rispettoso dell'intimità;

e) la possibilità di avere accanto il sanitario di fiducia, nel rispetto della continuità dell'assistenza e per il potenziamento dell'integrazione assistenziale;

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

4. 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.

5. 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; deve, inoltre, essere consentita, senza limite di orario, la permanenza del padre o di altra persona.

6. Il personale sanitario medico e non medico 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.

7. Durante il periodo di degenza devono essere promossi incontri informativi con gli operatori di pediatria e di ostetricia sui temi dell'allattamento, della puericultura e dell'igiene del puerperio, nonché incontri con il personale dei servizi territoriali, le associazioni di auto-aiuto e altre risorse presenti nel territorio.

8. I servizi territoriali offrono attivamente l'assistenza domiciliare al puerperio e all'allattamento, nelle modalità concordate con le donne e attraverso l'individuazione di percorsi *ad hoc*.

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 in eventuali progetti di ristrutturazione o costruzione da parte delle aziende sanitarie locali;

c) a domicilio.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e le strutture pubbliche o private accreditate o autorizzate attrezzano spazi adeguati per il parto fisiologico nonché per la possibilità di 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 mediante la pratica di tenere il neonato in camera con la madre, nonché la presenza del padre senza vincoli di orari ove richiesto dalla madre

3. Gli spazi di cui al comma 1 sono realizzati dalle aziende sanitarie nell'ambito dei propri progetti di ampliamento, di ristrutturazione e di costruzione di reparti ostetrici, pediatrici, neonatologici ed anestesiologicali ovvero, in attesa della realizzazione delle nuove strutture, tramite una riorganizzazione funzionale degli esistenti reparti ostetrici, pediatrici, neonatologici ed anestesiologicali.

Art.13

(Parto a domicilio).

1. Il parto a domicilio avviene per libera scelta della partoriente essendo stata adeguatamente informata dei rischi e

dei benefici.

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

3. All'insorgenza del travaglio l'*équipe* ostetrica avverte in ogni caso l'ospedale più vicino, che deve garantire la tempestiva ospedalizzazione della donna e del bambino in caso di eventi patologici sopravvenuti, anche mediante il supporto di unità mobili.

4. 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 fatte salvo condizioni cliniche emergenti.

5. Il ginecologo e l'ostetrica che hanno seguito la donna 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 garantendo la continuità dell'assistenza.

6. 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 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.

7. Entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute provvede 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 secondo o di terzo livello, utilizzando un'unità mobile attrezzata per le cure intensive da prestare in corso di trasferimento.

Art. 15.

(Donazione e raccolta del sangue cordonale).

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

2. Le divisioni di ostetricia diffondono la cultura della donazione del sangue cordonale informando le perpuere delle potenzialità della donazione, delle possibili utilizzazioni, dell'assoluta mancanza di ogni rischio per sé e per il neonato.

3. la conservazione per uso autologo avviene senza oneri per lo Stato in istituti pubblici o privati accreditati dalle Regioni e convenzionati con centri trasfusionali autorizzati.

4. E' facoltà per le donne che scelgano la conservazione per uso autologo del cordone ombelicale, disporre in ogni momento il trasferimento al centro trasfusionale convenzionato che lo richieda. E' in ogni caso espressamente vietata la cessione dietro compenso ovvero la vendita o lo scambio di qualsiasi tipo.

5. gli istituti di cui al comma 3, anche per la raccolta autologa, si attengono alle "linee guida in tema di raccolta, manipolazione e impiego clinico delle cellule staminali

emopoietiche individuate dall'Accordo tra Ministero della salute e Conferenza Stato Regioni del 10 luglio 2003, ivi comprese le procedure per la raccolta, tipizzazione HLA, manipolazione, conservazione e inserimento sui registri internazionali per eventuale donazione futura. Sarà responsabilità del Centro Nazionale Trapianti, attraverso opportuno *counseling*, gestire l'eventuale richiesta e utilizzo per il trapianto allogenico del sangue placentale raccolto originariamente per uso autologo.

6. Gli istituti di cui al comma 3 destinano un contributo per ogni cordone conservato per uso autologo ad un fondo per finanziare campagne di sensibilizzazione alla donazione del cordone ombelicale o progetti di ricerca sulle cellule staminali adulte, secondo modalità definite dal Ministero della Salute.

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 vigenti disposizioni in materia, i rilievi sulla gravidanza, sul parto e sull'adattamento neonatale utili per la valutazione dell'efficienza dei servizi perinatali e dell'efficacia delle cure prestate all'atto della nascita.

2. Il Ministro della salute, sentito il parere di una apposita commissione di esperti, con proprio decreto da emanare entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone le linee di guida generali per la formulazione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano 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 postnatale, nelle ore successive alla nascita, devono usufruire dei 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, per quanto possibile, 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 figlio ai sensi del comma 2 la madre, o un altro familiare in sua vece, deve poter usufruire dei servizi ospedalieri, per quanto concerne il pernottamento ed il vitto.

Art. 18.

(Continuità delle cure al neonato)

. Al fine di assicurare la dovuta continuità di indirizzo nelle cure prestate, ogni bambino, il quale in epoca post-natale debba essere nuovamente ospedalizzato per patologie connesse alla nascita e per cui è stato già in trattamento nelle unità operative di neonatologia o di patologia neonatale ovvero di terapia intensiva neonatale, può fruire di cure, sia in regime di *day-hospital*, sia di ricovero ordinario, presso la stessa unità operativa, indipendentemente dal superamento dell'età strettamente neonatale.

Art 19

(Relazione al Parlamento).

1. Il Ministro della salute presenta annualmente al Parlamento una relazione sullo stato di attuazione della presente legge evidenziando in particolare i dati relativi a:

a) morbilità e mortalità perinatali e neonatali tardive;

b) morbilità e mortalità materne;

c) modalità di espletamento dei parti e, in

particolare, dei parti strumentali;

d) complicanze in gravidanza;

e) uso di ossitocici, antispastici, analgesici, anestetici, altri farmaci e altri metodi non farmacologici di contenimento del dolore durante il travaglio e specificazione delle relative caratteristiche;

f) frequenza e modalità dell'allattamento al seno alla dimissione, e successive dopo 3, 6, 9 e 12 mesi;

g) gravidanze fisiologiche seguite dall'ostetrica;

h) percorsi nascita seguiti in regime di continuità assistenziale;

i) frequenza ai percorsi di accompagnamento alla maternità e alla nascita;

l) frequenza agli incontri in puerperio.

2. Le relazioni di cui al comma 1 contengono altresì dati statistici relativi a:

a) popolazione assistita, distinta per età, classe sociale di appartenenza, rischio sanitario e in base ad altri eventuali criteri ritenuti utili per la valutazione della qualità delle cure;

b) livelli di assistenza neonatale;

c) nati pretermine, nati morti e malformati.

3. Il Ministro della Salute d'intesa con le regioni definisce le modalità di raccolta e di trasmissione dei dati relativi all'applicazione della presente legge

Art. 20.

(Applicazione della disciplina in materia di attività usuranti).

1. Al personale del ruolo medico ginecologi, anestesisti, neonatologi e dei profili professionali ostetrici e infermieristici operante nelle unità di terapia intensiva neonatale, in pronto soccorso ostetrico, in sala parto e in sala operatoria si applicano i benefici previste dal decreto

legislativo 11 agosto 1993, n. 374, e successive modificazioni
nonché i provvedimenti attuativi previsiti di quanto previsto
dall'articolo 12 della legge 23 dicembre 1994, n. 724