

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1093

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa della deputata ZANELLA

Disposizioni in materia di cura, assistenza e formazione per la gravidanza e il parto

Presentata il 13 aprile 2023

ONOREVOLI COLLEGHI! — Le donne hanno affermato il principio di autodeterminazione nella società e lo hanno fatto parlando del corpo, della sessualità, delle relazioni e della maternità come scelta e non più come destino.

Questa titolarità di scelta, che ha implicazioni in tutti gli aspetti della salute riproduttiva delle donne, deve essere rispettata e affermata con la garanzia di accesso alla contraccezione, all'interruzione volontaria della gravidanza, alla maternità come scelta consapevole e a un percorso di gravidanza, parto e puerperio assistito nel rispetto della naturalità dell'evento della nascita e della sua sicurezza.

In Europa si considerano i diritti sessuali e riproduttivi (*sexual and reproductive health and rights* — SRHR) come parte integrante delle politiche per la salute. In questo contesto assume particolare valore l'evento della nascita, sul quale appare per-

tanto opportuno focalizzare politiche pubbliche innovative.

A partire dalla fine degli anni cinquanta abbiamo assistito alla progressiva concentrazione dell'evento della nascita presso le strutture ospedaliere. Le motivazioni sanitarie alla base di questa scelta, in una prima fase comprensibili per le precarie condizioni di vita, igieniche, sanitarie, abitative, sociali ed economiche, hanno però continuato a prevalere anche in anni successivi, oscurando altri aspetti importanti del parto e della nascita.

La nascita è infatti un momento di arricchimento per la donna e per la coppia, che non può e non deve ridursi solo a un evento medico da affrontare con protocolli definiti a priori e con una forte interferenza tecnologica, ma che deve essere pensato, oggi più che mai, con modalità flessibili e adattabili caso per caso alla soggettività della donna.

L'idea che i servizi di maternità debbano essere basati sulla donna, impegnandosi a soddisfare le sue scelte e i suoi bisogni, è un'idea semplice ma difficile da mettere in pratica, richiedendo un profondo cambiamento nella cultura dell'assistenza e nell'organizzazione delle strutture.

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) approvava, già nel 1985, le raccomandazioni « Tecnologie appropriate per la nascita », e molte altre raccomandazioni negli anni successivi, fino ad arrivare alle più recenti, del 2018, « *WHO recommendations: intrapartum care for positive birth experience* », che rivedono la maggior parte delle pratiche ostetriche e pediatriche oggi comunemente accettate, proponendo – tra l'altro – migliori livelli di assistenza con minor utilizzo di tecnologie e maggior sostegno alle competenze materne legate all'esperienza delle donne.

Attualmente i servizi di maternità sono ancora troppo centrati sulle strutture ospedaliere; il ricorso al taglio cesareo è ancora frequente (tanto che il nostro Paese è, tra quelli europei, quello con il più elevato tasso di tagli cesarei) e l'assistenza è squilibrata tra ospedale e territorio e tra regione e regione.

In Italia si nasce quasi esclusivamente in ospedale, diversamente da quanto accade in altri Paesi europei dove sono prese in considerazione anche altre modalità di gestione dei parti fisiologici, come le case di maternità, o nei quali si pratica anche il parto a domicilio.

L'ospedale è il luogo di cura della malattia e inevitabilmente la gestione sanitaria prevale sugli altri aspetti del parto e della nascita, quali l'emotività, l'affettività, l'intimità della relazione tra la madre e il bambino e il rispetto delle scelte personali.

Il privilegiare l'aspetto tecnico-sanitario non sempre ha consentito di rispettare le scelte personali e i ritmi naturali del corpo della donna, della gravidanza e del parto; il diritto alla scelta della donna circa i luoghi dove partorire; il diritto alla vicinanza tra madre e figlio nell'immediato dopo parto; il diritto alla presenza di persone care.

Non può comunque non rilevarsi come, nell'ambito della nascita, già da tempo co-

mincia a imporsi la tendenza verso una maggiore « umanizzazione » del parto. Sempre più donne e operatori dei servizi materno-infantili chiedono e cercano di dare alla maternità caratteristiche qualitative tali da poterla vivere come scelta consapevole e nell'ambito delle proprie convinzioni personali.

L'alto livello tecnologico raggiunto e, per contro, la richiesta crescente di umanizzazione della nascita richiedono quindi una legislazione nel campo ostetrico che affermi e renda praticabile il contemporaneo rispetto delle esigenze della donna e quello ineludibile della sicurezza delle cure.

In tale ottica, la presente proposta di legge si pone in primo luogo l'obiettivo di soddisfare i bisogni di benessere psicofisico della donna e del neonato durante la gravidanza, il parto e la nascita, introducendo possibili alternative all'ospedalizzazione, favorendo la libertà di scelta da parte della donna circa le modalità e il luogo dove partorire, nonché favorendo la partecipazione attiva da parte della donna e della coppia.

Si vogliono rendere concrete e accessibili a tutti scelte e strutture e percorsi che attualmente sono presenti a macchia di leopardo in alcune regioni grazie alla lungimiranza e all'impegno personale di alcuni operatori del settore, e che rappresentano esempi virtuosi ed esperienze positive.

La salute sessuale e riproduttiva come parte integrante delle politiche per la salute.

L'articolo 1 della presente proposta di legge individua le finalità della legge, che possono essere sintetizzate nel « garantire la libertà di scelta delle donne in materia di: sessualità, contraccezione, genitorialità responsabile, procreazione medicalmente assistita, gravidanza, interruzione volontaria della gravidanza, parto e sue modalità ». Si specifica, inoltre, che le norme si applicano a tutte le donne presenti sul territorio nazionale, anche se prive della cittadinanza italiana.

L'articolo 2 prevede che il Patto per la salute debba individuare le misure, gli strumenti e i modelli organizzativi assistenziali per l'attuazione della legge. Si prevede inol-

tre che siano « premiate » le strutture sanitarie più virtuose che operano in conformità alle finalità previste dall'articolo 1.

Rilancio dell'attività dei consultori familiari.

L'articolo 3, al fine di favorire una libera e consapevole scelta da parte delle donne, prevede che siano favorite la conoscenza e l'informazione, per fare del « percorso nascita » un reale esempio di continuità delle cure.

Una prima presa in carico sul territorio è da identificare nei consultori familiari, oggi altamente depotenziati, che potrebbero al contrario costituire i presidi dove ricevere indicazioni e assistenza di primo livello (prevenzione e promozione della salute in gravidanza, nel puerperio e nella fase 0-3 anni di vita del bambino). Tali attività saranno nello specifico svolte di concerto con il Ministero della salute.

Indicazioni ed azioni per migliorare la qualità delle cure alla nascita e per una esperienza positiva del parto.

Gli articoli 4, 6 e 7 affrontano la questione dei luoghi del parto e, al fine di un graduale superamento, con particolare riferimento alle gravidanze a basso rischio, dell'ospedalizzazione generalizzata, stabiliscono norme per l'istituzione e il mantenimento dei Centri nascita intraospedalieri attualmente esistenti nel Paese, delle case di maternità e dell'assistenza al parto a domicilio.

A favore di ciò citiamo esperienze e letteratura sull'assistenza alla nascita in luoghi simili alla propria casa, i cui risultati positivi sono stati supportati anche da studi

su interventi architettonici, che sottolineano quanto la costruzione di strutture ad *hoc* influenzi positivamente sia l'evento nascita che il lavoro degli operatori.

L'articolo 5 reca misure per una maggiore « umanizzazione » del travaglio, del parto e della nascita e per favorire la partecipazione attiva della donna all'evento del parto nelle strutture sanitarie pubbliche o private accreditate o autorizzate.

A questo proposito il comma 8 prevede che le donne possano segnalare, in forma non anonima, eventuali criticità ed esprimere valutazioni circa la propria esperienza vissuta durante il parto, l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e assistenziali ricevute, il loro coinvolgimento nelle decisioni e nelle scelte relative alle modalità con cui è avvenuto il parto.

Gli articoli 8 e 9 intervengono al fine di garantire la massima sicurezza alla gestante e al nascituro.

In particolare, l'articolo 9 prevede che le strutture sanitarie pubbliche, private e private accreditate dotate di un punto nascita, anche se prive di strutture operative complesse di neonatologia e di terapia intensiva neonatale, devono disporre di posti letto per cure minime e intermedie, nell'ambito delle unità operative di pediatria o di neonatologia. Si dispone inoltre che i punti nascita debbano garantire, ventiquattro ore su ventiquattro, l'immediata disponibilità di un anestesista rianimatore.

L'articolo 10 reca la copertura finanziaria. In particolare il comma 1 prevede che, nell'ambito degli specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale una quota vincolata del Fondo sanitario nazionale sia destinata all'attuazione della legge.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. La presente legge persegue le seguenti finalità:

a) garantire la libertà di scelta delle donne in materia di: sessualità, contraccezione, genitorialità responsabile, procreazione medicalmente assistita, gravidanza, interruzione volontaria della gravidanza, parto e sue modalità;

b) rimuovere le diseguaglianze territoriali e sociali nell'accesso ai servizi per la salute riproduttiva, anche mediante l'adozione di un modello operativo basato sull'offerta attiva;

c) garantire la fruibilità dei servizi da parte dei soggetti più svantaggiati nonché l'attuazione di programmi di assistenza socio-sanitaria e di mediazione culturale per le donne immigrate;

d) rimuovere gli ostacoli che impediscono o riducono fortemente l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza, di cui alla legge 22 maggio 1978, n. 194, anche favorendo a tale fine l'accesso al metodo farmacologico in regime di *day hospital* e, ove possibile, in regime ambulatoriale, come previsto dall'articolo 8, comma 1, della medesima legge n. 194 del 1978;

e) riconoscere il diritto alla salute psico-fisica della donna in gravidanza, riducendo l'eccessiva medicalizzazione dei processi fisiologici e favorendo il ricorso ai servizi territoriali, quali i consultori familiari, per le gravidanze a basso rischio;

f) garantire un percorso ospedaliero facilitato e l'accesso a servizi specialistici multidisciplinari per le gravidanze patologiche o ad alto rischio di patologia;

g) garantire ai consultori familiari un ruolo centrale nell'ambito della rete di sostegno alla salute riproduttiva e alla geni-

torialità responsabile, quali soggetti erogatori di servizi per la preservazione della fertilità, la diagnostica preconcezionale e i controlli durante il corso della gravidanza, nonché per lo svolgimento di corsi di accompagnamento alla nascita, per la promozione dell'allattamento al seno e per il puerperio;

h) assicurare un'assistenza ostetrica appropriata, in particolare nel caso di gravidanze a basso rischio, valorizzando il ruolo dell'ostetrica in conformità al profilo professionale delineato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 740;

i) garantire l'omogeneità e la gratuità dell'assistenza alla donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio, favorendo l'integrazione e il collegamento funzionale tra i consultori familiari, le strutture ospedaliere e i servizi *extra*-ospedalieri presenti nel territorio;

l) favorire il parto fisiologico, promuovendo l'appropriatezza delle prestazioni e degli interventi sanitari anche al fine di ridurre in modo consistente il ricorso al taglio cesareo e incentivare l'allattamento al seno, nel rispetto delle raccomandazioni dell'organizzazione mondiale della sanità (OMS) e del Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF);

m) garantire l'informazione, l'assistenza e la consulenza alle donne durante la gravidanza affinché possano scegliere consapevolmente, nel rispetto delle loro necessità e delle loro aspettative, il luogo e le modalità del parto, nonché il tipo di assistenza da richiedere per tale evento;

n) promuovere l'informazione, l'assistenza e la consulenza alle donne e alle famiglie in materia di parto e di tutela della salute psico-fisica e relazionale durante il puerperio;

o) promuovere la conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche sanitarie in uso presso ogni punto nascita, tenuto conto delle raccomandazioni dell'OMS in materia di tecnologie appropriate alla nascita;

p) prevedere modalità di verifica dei livelli di assistenza prestati nei punti nascita e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e assistenziali ricevute, anche in relazione al coinvolgimento della donna nelle decisioni e nelle scelte relative alle modalità con cui è avvenuto il parto.

2. Le disposizioni della presente legge, in attuazione del principio della libera scelta di maternità quale diritto universale, si applicano a tutte le donne presenti sul territorio nazionale, anche se prive della cittadinanza italiana.

3. Il Ministero della salute, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, adegua alle disposizioni di cui alla presente legge le Linee guida sulla gravidanza fisiologica, adottate nell'ambito del Sistema nazionale per le linee guida, istituito ai sensi dell'articolo 5, comma 3, della legge 8 marzo 2017, n. 24.

Art. 2.

(Compiti dello Stato, delle regioni e delle province autonome)

1. Nell'ambito del Patto per la salute, stipulato tramite specifica intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le misure, gli strumenti e i modelli organizzativi assistenziali per l'attuazione della presente legge, a valere sulle risorse stanziare ai sensi dell'articolo 10.

2. Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005, stabilisce le modalità di monitoraggio dell'attuazione delle disposizioni della presente legge.

3. Le strutture sanitarie e i punti nascita che operano in conformità alle finalità di

cui all'articolo 1 sono incentivati dalle aziende sanitarie competenti per territorio, mediante la realizzazione di iniziative di formazione e di aggiornamento del personale, nonché mediante il finanziamento di progetti finalizzati al raggiungimento delle citate finalità.

4. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge sono individuati, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, i criteri e le modalità di incentivazione di cui al comma 3 del presente articolo, tenendo anche conto delle valutazioni espresse ai sensi del comma 8 dell'articolo 5, nonché dei punti nascita più virtuosi e delle esperienze più avanzate nell'attuazione delle disposizioni della presente legge.

Art. 3.

(Informazione e percorsi di accompagnamento alla maternità e alla nascita)

1. Il Ministro della salute, 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 della consulenza e della diagnostica prenatale, della prevenzione delle patologie della gravidanza, della scelta del luogo e delle modalità del parto, delle tecniche per il controllo del dolore nonché dell'allattamento al seno, al fine di favorire una libera e consapevole scelta da parte delle donne.

2. Le regioni e le aziende sanitarie locali determinano le modalità di partecipazione alle campagne informative di cui al comma 1 da parte dei consultori familiari e dei medici di medicina generale.

3. I consultori familiari, in coordinamento con le strutture ospedaliere presenti nel territorio e con i servizi territoriali *extra*-ospedalieri, attivano appositi incontri di accompagnamento alla maternità e alla nascita per le finalità di cui al comma 1.

4. Con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza perma-

nente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è istituita la cartella clinica elettronica della gravidanza, della quale è garantita l'accessibilità a livello nazionale, anche da parte dei medici specialisti privati non convenzionati, al fine di assicurare alle donne un trattamento il più possibile omogeneo.

Art. 4.

(Parto fisiologico e luoghi del parto fisiologico)

1. In base alle indicazioni dell'OMS, le modalità di assistenza al parto devono garantire in ogni caso:

a) il pieno rispetto della soggettività della donna;

b) la promozione delle tecniche e dei metodi naturali e farmacologici per il controllo del dolore durante il travaglio, il parto e il *post partum*;

c) un ambiente confortevole e rispettoso dell'intimità;

d) la possibilità della presenza del medico o dell'ostetrica di fiducia;

e) la promozione dell'allattamento al seno.

2. Per garantire alla donna il diritto di vivere il travaglio, il parto e la nascita in un contesto umanizzato e sicuro, il parto può svolgersi:

a) in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate o autorizzate o private non accreditate che abbiano i necessari requisiti;

b) in centri nascita intraospedalieri;

c) in case di maternità da individuare a livello regionale, anche nell'ambito di progetti di ristrutturazione o di costruzione di immobili idonei;

d) a domicilio.

3. Al fine di giungere al graduale superamento dell'ospedalizzazione generalizzata, con particolare riferimento alle gravidanze a basso rischio, le regioni predispongono strutture e servizi per l'assistenza al parto nelle case di maternità e a domicilio, di cui, rispettivamente, agli articoli 6 e 7, da realizzare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, in coerenza con le raccomandazioni del Ministero della salute « Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO) ». Le cure offerte nell'ambito della gravidanza e della nascita a basso rischio possono essere erogate dal personale medico o ostetrico dei consultori familiari, dei poliambulatori, degli ospedali di primo livello nonché delle strutture private convenzionate.

Art. 5.

(Diritti della donna partoriente in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate o autorizzate)

1. Nei reparti ospedalieri è garantita la possibilità di usufruire di uno spazio riservato al quale possono avere libero accesso le persone con cui la donna desidera condividere il travaglio, il parto e la nascita.

2. Durante la degenza presso le strutture sanitarie pubbliche o private accreditate o autorizzate, la donna è informata e consultata tempestivamente relativamente a tutte le procedure cui viene sottoposta, alle loro utilità, efficacia e necessità e alle condizioni di salute proprie e del neonato. È evitata l'adozione delle procedure non rispondenti alla volontà della partoriente, che deve essere opportunamente riportata e motivata nella cartella clinica.

3. Durante la permanenza della donna nella sala parto e nel corso del periodo di degenza è garantita alla donna la possibilità di tenere con sé il neonato sano per tutto il tempo che desidera. È inoltre consentita, di norma, la permanenza del padre o di un'altra persona indicata dalla donna, senza limiti di orario.

4. In caso di ricovero nei reparti di patologia neonatale, è garantita, di norma, la continuità del rapporto tra genitori e bambini ricoverati. La presenza dei genitori è favorita e, per quanto possibile, non soggetta a restrizioni anche durante le procedure mediche.

5. La scelta del tipo di alimentazione del neonato spetta alla donna. L'allattamento al seno è, di norma, immediato, precoce e a orario libero, in base alle esigenze della madre e del bambino. È favorita una tecnica di sostegno che prevede sia il supporto 24 ore su 24 del personale dedicato, sia il contatto precoce alla nascita (*bonding*) e la possibilità di permanenza costante del neonato nella stanza ove è ricoverata la madre (*rooming in*).

6. Durante il periodo di degenza sono promossi incontri con il personale dei consultori familiari e dei servizi territoriali, in rete con le associazioni presenti sul territorio.

7. Salvo motivate necessità, la degenza della donna e del neonato nella struttura ospedaliera è limitata a 48 ore; i consultori familiari e i servizi territoriali socio-sanitari offrono l'assistenza domiciliare al puerperio e all'allattamento e l'assistenza al neonato attraverso l'individuazione di percorsi personalizzati.

8. Presso ciascun punto nascita è istituito un servizio al quale le donne possono segnalare, in forma non anonima, eventuali criticità ed esprimere valutazioni sull'esperienza vissuta nell'evento nascita, sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e assistenziali ricevute e sul grado di coinvolgimento nelle decisioni e nelle scelte relative alle modalità con cui è avvenuto il parto. Tale servizio è coordinato a livello di azienda sanitaria che provvede, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, a raccogliere le suddette segnalazioni e a pubblicare annualmente i relativi dati. Con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definiti i criteri e le modalità di attuazione del presente comma.

Art. 6.

(Casa di maternità)

1. La casa di maternità è una struttura extraospedaliera, collocata a non più di trenta minuti di distanza dall'ospedale più vicino e collegata ad esso tramite il servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza. La casa di maternità:

a) offre un ambiente protetto per l'assistenza al parto e al puerperio a basso rischio;

b) è strutturata in spazi individuali, ove sono ospitate la partoriente e le altre persone da lei scelte, e da locali comuni debitamente attrezzati per le esigenze di assistenza al parto o per le attività culturali continuative per le donne;

c) è gestita, di norma, da ostetriche, ed è dotata di proprio personale sanitario, ausiliario e amministrativo, selezionato dall'azienda sanitaria locale competente.

2. La casa di maternità di cui al comma 1 eroga un servizio di cure e assistenza alla nascita a livello territoriale e, come tale, può collocarsi o meno all'interno delle Case della comunità di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77.

3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, con proprio decreto, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, emana linee guida per la definizione delle caratteristiche delle strutture, degli *standard* e delle condizioni minime che devono essere rispettate nelle case di maternità di cui al comma 1, nonché delle figure professionali ivi operanti.

4. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni individuano:

a) i *partner* istituzionali o associativi con cui costruire percorsi formativi interdisciplinari appositamente dedicati alle nuove culture della nascita e al sostegno delle esperienze e competenze procreative delle donne, disciplinandone le modalità e

la frequenza di introduzione e diffusione nei corsi di laurea e in tutti gli ambiti di professionalizzazione dell'aiuto alla nascita;

b) le strutture nelle quali sperimentare la casa di maternità, disciplinandone l'assetto gestionale e strutturale in attuazione delle disposizioni del presente articolo sulla base delle linee guida di cui al comma 3 del presente articolo.

5. L'assistenza sanitaria e la tempestiva ospedalizzazione in caso di eventi patologici sopravvenuti sono garantite dalla struttura ospedaliera più vicina, che lavora in stretto contatto con la casa di maternità.

Art. 7.

(Parto a domicilio)

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

2. La valutazione di gravidanza a basso rischio, che consente alla donna di scegliere il parto a domicilio, è effettuata dal personale di riferimento o dall'*équipe* che ha seguito la donna durante la gravidanza. Le ostetriche domiciliari sono selezionate dall'azienda sanitaria locale competente sulla base di un concorso da svolgersi successivamente alla frequenza e al superamento di appositi corsi di formazione professionale. All'insorgenza del travaglio l'*équipe* ostetrica avverte in ogni caso l'ospedale più vicino, che deve garantire, anche con il supporto di unità mobili, la tempestiva ospedalizzazione della donna e del bambino in caso di eventi patologici sopravvenuti.

3. In caso di gravidanza a rischio o di patologie rilevanti ai fini della gravidanza, le ostetriche domiciliari inviano le partoriententi alle strutture competenti *intra* ed *extra* ospedaliera.

4. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni individuano le zone sanitarie nelle quali spe-

rimentare servizi di parto a domicilio in attuazione delle disposizioni del presente articolo. L'azienda sanitaria locale competente garantisce il servizio di assistenza al puerperio attraverso *équipe* di ostetriche itineranti, anche in regime di convenzione, per i giorni successivi al parto. Le ostetriche domiciliari itineranti sono collegate a un medico pediatra e a un medico ginecologo reperibili per prestazioni di competenza specialistica.

5. L'ostetrica domiciliare 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 è comunque effettuato entro ventiquattro ore dalla nascita.

6. Entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, con proprio decreto, emana linee guida per l'assistenza al parto e al puerperio a domicilio.

Art. 8.

(Servizio di trasporto materno e neonatale)

1. I criteri di riconoscimento delle gravidanze, dei parti e delle condizioni neonatali a rischio, al fine del tempestivo ricovero nei punti nascita, sono individuati sulla base delle evidenze internazionali e delle raccomandazioni dell'OMS.

2. In casi di particolare gravità, il trasporto assistito è effettuato da personale con competenze specifiche, mediante il servizio di trasporto d'emergenza e urgenza, e afferisce a strutture assistenziali di secondo livello, utilizzando un'unità mobile attrezzata per le cure intensive da prestare in corso di trasferimento.

Art. 9.

(Livelli di cura e di sicurezza)

1. Le strutture sanitarie pubbliche, private e private accreditate dotate di un punto nascita, anche se prive di strutture operative complesse di neonatologia e di terapia intensiva neonatale, dispongono di posti

letto per cure minime e intermedie, nell'ambito delle unità operative di pediatria o di neonatologia.

2. Al fine di garantire una maggiore sicurezza durante il parto, i punti nascita di cui al comma 1 devono garantire l'ininterrotta e immediata disponibilità di un medico anestesista rianimatore.

Art. 10.

(Copertura finanziaria)

1. Per l'attuazione della presente legge, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è incrementato di 30 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2023 al 2027. Nell'ambito degli specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, il Ministero della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, individua i criteri e le modalità di destinazione delle risorse di cui al primo periodo, quale quota vincolata del Fondo sanitario nazionale.

2. Agli oneri di cui al comma 1, pari a 30 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2023 al 2027, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica, di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307.

PAGINA BIANCA



19PDL0033060