

CAMERA DEI DEPUTATI N. 638

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**LUCCHESI, CIRO ALFANO, EMERENZIO BARBIERI, DORINA BIANCHI,
DI GIANDOMENICO, FILIPPO DRAGO, GIUSEPPE DRAGO, ANNA MARIA
LEONE, LIOTTA, MAZZONI, PERETTI, TUCCI**

Norme per l'assistenza alla nascita e la tutela della salute del neonato

Presentata il 7 giugno 2001

ONOREVOLI COLLEGHI! — La presente proposta di legge mira a garantire al neo cittadino, appena nato, il rispetto della dignità sociale che gli compete, il rispetto delle aspettative di vita e di salute compatibili con il suo potenziale genetico e ad assicurare un indirizzo unitario nella garanzia dell'uguaglianza dei diritti fondamentali del cittadino: diritto alla salute, diritto alla famiglia. Infatti il neonato italiano, in tema di assistenza ospedaliera, è discriminato rispetto ad ogni altro cittadino, pagando ancora, in parte, il retaggio di una cultura arcaica che lo considera alla stessa stregua di una appendice della madre, dandogli la stessa dignità di una placenta.

Di fatto il neonato, pur essendo al momento della nascita — con l'inizio della prima funzione vitale autonoma, la respirazione — divenuto soggetto di diritto, destinatario cioè delle norme elaborate dall'ordinamento giuridico in funzione protettiva, e pur avendo, appena nato,

acquisito la capacità giuridica, ai sensi del primo comma dell'articolo 1 del codice civile, non viene allo stato attuale debitamente tutelato.

Per il neonato « sano » sono previsti interventi di prevenzione, di diagnosi e di cura (decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, e decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni), che si realizzano con l'assistenza pediatrica-neonatologica in sala parto, la visita medica giornaliera, i ripetuti controlli clinici, strumentali e di laboratorio subito dopo la nascita e durante la permanenza in ospedale. Vengono, altresì, erogate prestazioni medico-infermieristiche (pulizia periodica, alimentazione, cura del moncone ombelicale, profilassi oculare, somministrazione di vitamina K, verifica regolare del peso, monitoraggio della bilirubinemia, vaccinazione anti-HBV, *screening* di legge, ecce-

tera), le quali, ove indicato, vengono integrate da procedure diagnostico-assistenziali più complesse.

Nonostante l'erogazione delle prestazioni citate, permane una situazione ambigua, che vede il neonato « sano » da una parte considerato alla stregua di ogni altro paziente o utente del Servizio sanitario nazionale e, dall'altra parte, ignorato nella sua individualità e specificità. Infatti permane il paradosso per cui il neonato « sano », pur avendo assegnato un codice di raggruppamento omogeneo di diagnosi (ROD) — decreto del Ministro della sanità 15 aprile 1994, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 107 del 10 maggio 1994, è stato, successivamente, escluso dal rimborso della tariffa di permanenza nel presidio del Servizio sanitario nazionale (decreto del Ministro della sanità 14 dicembre 1994, recante « Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera », pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 300 del 24 dicembre 1994).

Corre obbligo, inoltre, evidenziare che i parametri di cui all'articolo 2 della presente proposta di legge sono in linea con quanto contenuto nella pubblicazione

« *Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza perinatale in Italia* » edita a cura della Società italiana di medicina perinatale, seconda edizione 1990.

L'esigenza dell'elaborazione di un testo legislativo unitario nasce anche dalla necessità di porre chiarezza in materia di assistenza al neonato, raccordando in un testo completo ed organico tutte le disposizioni legislative, relative alla materia, vigenti e contenenti norme che a volte sono in stridente contrasto con la realtà operativa dei singoli presidi ospedalieri e con le esigenze di una assistenza corretta ed in linea con le moderne acquisizioni scientifiche.

Fatte queste premesse, essenziali alla lettura della presente proposta di legge, che ha come obiettivo primario di perseguire il mantenimento dello stato di salute del nuovo nato e la prevenzione delle complicanze connesse alla nascita, ci auguriamo che essa possa trovare nella presente legislatura la massima attenzione, essendo il presupposto per una univoca razionalizzazione ed uniformazione di indirizzo nell'assistenza al neonato, e per la garanzia, ovunque egli nasca, della tutela dei suoi diritti.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. Il neonato è tutelato attraverso la notifica del ricovero presso i presidi ospedalieri, pubblici e privati, e la compilazione della cartella clinica e attraverso le modalità che le singole regioni e province autonome di Trento e di Bolzano adottano nell'ambito di programmi di attivazione ed attuazione del parto a domicilio o in casa di parto.

ART. 2.

1. Ad ogni nato, nell'ambito della struttura ospedaliera, devono essere assicurate competenze specifiche mediche ed infermieristiche nonché l'aderenza ai requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici stabiliti dal progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, di cui al decreto del Ministro della sanità 24 aprile 2000, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 131 del 7 giugno 2000, di seguito denominato « progetto ».

2. L'assistenza ospedaliera al neonato deve essere articolata su tre livelli di cura, nel rispetto di quanto previsto dal percorso nascita del progetto:

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 alle culle destinate ai neonati sani;

c) cure di III° livello, definite cure intensive, con una disponibilità di un posto letto per settecentocinquanta nati vivi, e cure subintensive con una disponibilità di due posti letto per ogni posto letto di terapia intensiva neonatale, oltre alla disponibilità di posti letto adeguati al-

l'utenza bisognosa di cure del I° e II° livello di cure, e di posti letto supplementari per i neonati bisognosi di chirurgia neonatale rapportati all'utenza.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in base ai criteri ed ai requisiti stabiliti negli allegati annessi al progetto, comprese le valutazioni della situazione orogeografica e della rete viaria, nonché la consistenza e la 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, che non può prescindere dal numero dei pazienti trattati.

4. Tutti gli ospedali pubblici e privati accreditati dotati di punto nascita, anche se privi di unità operative autonome di neonatologia e di terapia intensiva neonatale, devono disporre di posti letto per cure minime ed intermedie, nell'ambito delle unità operative di pediatria o neonatologia. 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 alla prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle di livello inferiore.

5. I parametri e i requisiti essenziali per definire i tre livelli di cura di cui al comma 2 sono stabiliti in conformità ai criteri fissati dal progetto.

6. Nelle aree ad alta densità di popolazione o metropolitane i vincoli quantitativi, riferiti ai bacini di utenza determinanti ai fini della programmazione regionale del numero delle unità di terapia intensiva neonatale, possono essere derogati, allo scopo di privilegiare il diritto alla scelta dei genitori e la competitività delle aziende sanitarie locali che insistono nel medesimo territorio.

ART. 3.

1. Requisito organizzativo e funzionale essenziale di ogni punto nascita, ai sensi

del progetto, è assicurare l'assistenza in sala parto garantendo la rianimazione primaria neonatale. Responsabile dell'assistenza neonatale nell'isola annessa alla sala parto, di cui al comma 4, è un medico neonatologo o pediatra. Nelle strutture in cui è prevista la guardia attiva ventiquattro ore su ventiquattro del medico neonatologo o del medico pediatra con competenze neonatologiche, quest'ultimo deve garantire l'assistenza al neonato in sala parto.

2. Al fine di adeguare le competenze in rianimazione neonatale nei punti nascita in cui non è prevista la figura del medico neonatologo o del medico pediatra con competenze neonatologiche, è fatto obbligo alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano di istituire corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rianimazione primaria ed assistenza neonatale destinati al personale che deve prendersi cura del neonato.

3. La gestione dei corsi di cui al comma 2 deve essere affidata, di preferenza, ai centri di terapia intensiva neonatale nel cui territorio ricadono i punti nascita, al fine di consentire una adeguata collaborazione ed integrazione tra il centro di riferimento e la rete ospedaliera periferica.

4. 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 rianimatorio sul neonato, denominata « isola neonatale », provvista di spazio ed attrezzature adeguati alle esigenze rianimatorie, in conformità a quanto previsto dal progetto.

ART. 4.

1. Tutti i nati apparentemente sani, 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. Tale osservazione, compatibilmente con le capacità organizzative e strutturali del re-

parto ospedaliero, deve essere attuata in culla presso il letto della madre.

ART. 5.

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 sanità, 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. 6.

1. Al fine di consentire un costante processo di umanizzazione della nascita, l'assistenza ospedaliera deve garantire la possibilità di accessi e di permanenza in sala travaglio e in sala parto di un familiare o di altra persona gradita dalla partoriente, qualora la medesima ne faccia esplicita richiesta.

2. Al fine di facilitare l'instaurarsi di un corretto rapporto relazionale con i genitori ed assicurare la continuità del rapporto psico-affettivo, i presidi ospedalieri pubblici e privati devono prevedere modelli organizzativi che consentano la vicinanza del neonato alla madre e la presenza del padre.

3. Deve essere, altresì, favorita, compatibilmente con le condizioni fisiche della puerpera e del neonato e su espresso consenso della stessa, la dimissione precoce, protetta ed appropriata della madre e del figlio dall'ospedale e devono essere garantite la possibilità di controlli ambu-

latoriali ripetuti nonché, se necessarie, l'assistenza domiciliare integrata alla madre e al neonato nei giorni successivi al rientro al domicilio, realizzata mediante *équipe* itineranti di ostetriche, di infermieri specializzati nell'assistenza al neonato ed assistenti sociali. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attivano apposite iniziative e percorsi mirati a favorire la presa in carico più precoce possibile del neonato da parte del medico pediatra di base del Servizio sanitario nazionale.

4. 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 esordio tardivo.

5. 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.

ART. 7.

1. Considerato il ruolo preminente dell'allattamento materno nel contribuire al soddisfacimento del desiderio naturale della nutrice, al miglioramento del rapporto tra madre e bambino e alla salute psico-fisica del neonato, esso deve essere incoraggiato con ogni mezzo, favorendo la vicinanza della madre al neonato nell'ambito delle strutture ospedaliere.

2. Al fine di cui al comma 1, le aziende sanitarie locali, anche in corso di ristrutturazione dei reparti, devono individuare spazi e soluzioni logistiche atti ad ospitare

accanto alle puerpere le culle dei neonati. Le camere di puerperio devono essere dotate di adeguati servizi igienici. Esse devono, altresì, essere adiacenti al nido al fine di favorire un facile accesso al neonato, accudito da personale competente. Sulle madri non devono gravare compiti assistenziali, ma le medesime devono poter usufruire di sostegno nell'accudimento del proprio figlio. Nelle situazioni in cui è possibile garantire subito dopo la nascita la possibilità di scelta da parte dei genitori del medico pediatra di base e la sua immediata presa in carico del bambino, deve essere favorito l'accesso del medesimo in ospedale.

3. Durante la degenza devono essere promossi incontri formativi ed educazionali con gli operatori sanitari sui temi dell'allattamento, della cura del neonato e dell'igiene del puerperio.

ART. 8.

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

2. Per tutto il periodo di ospedalizzazione del figlio ai sensi del comma 1 la madre, o un altro familiare in sua vece, deve poter usufruire dei servizi ospedalieri, per quanto concerne il pernottamento ed il vitto.

ART. 9.

1. In conformità a quanto disposto dagli articoli 6, 7 e 8, nelle more dell'attuazione di quanto previsto al comma 2 del presente articolo, deve essere attuata una riorganizzazione funzionale dei reparti ostetrici, pediatrici e neonatologici, tale da consentire la presenza contemporanea nello stesso ambiente o in un ambiente attiguo della madre e del neonato che necessita di cure minime.

2. I progetti di ampliamento, di ristrutturazione o di costruzione di reparti di cui al comma 1 del presente articolo, devono essere redatti in conformità alle disposizioni di cui agli articoli 6, 7 e 8.

ART. 10.

1. In conformità alle indicazioni del percorso nascita e del trasporto materno e neonatale stabilite dal progetto, le gravidanze a rischio individuate ai sensi del comma 2 devono essere tempestivamente avviate ad un centro dotato di livello assistenziale adeguato ai bisogni della madre, del feto e del neonato.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano appositi criteri di riconoscimento delle gravidanze a rischio al fine della loro precoce identificazione e dell'accesso ai livelli superiori delle cure.

3. I punti nascita, nei casi nei quali non sia possibile prestare cure adeguate ai bisogni assistenziali del neonato, devono prontamente attivarsi per il trasferimento del neonato stesso al centro specializzato più vicino, in grado di offrire garanzie adeguate per l'immediato ricovero e per l'erogazione del livello di cure necessarie.

4. Di fronte a situazioni di elevato rischio identificate all'atto della nascita, il trasporto neonatale deve essere effettuato da personale con competenze specifiche, afferente a strutture assistenziali di III° livello, a mezzo di unità mobile attrezzata per le cure intensive da prestare durante il trasferimento alla unità operativa di patologia neonatale o di terapia intensiva neonatale.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, tenuto conto delle condizioni ambientali e del razionale utilizzo delle strutture esistenti, all'omogenea organizzazione di una adeguata rete di trasporto assistito ai sensi di quanto stabilito dal progetto e dal comma 4.

ART. 11.

1. 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.

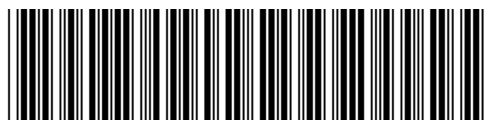
ART. 12.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in conformità a quanto previsto dal progetto, nell'ambito delle relative competenze in materia sanitaria, considerano prioritaria l'attuazione di interventi e programmi di prevenzione, educazione ed informazione per la tutela della gestante e del neonato.

ART. 13.

1. Al personale del ruolo medico e dei profili professionali infermieristici operante in unità di terapia intensiva neonatale si applicano le agevolazioni ed i benefici previsti dal decreto legislativo 11 agosto 1993, n. 374, e successive modificazioni, e dal decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 17 aprile 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 114 del 18 maggio 2001.

Lire 500 = € 0,26



14PDL0011380