

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3670

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato ZACCAGNINI

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

Presentata l'11 marzo 2016

ONOREVOLI COLLEGHI! — La presente proposta di legge mira a promuovere il rispetto dei diritti della partoriente e del neonato durante il parto ospedaliero ed extraospedaliero.

Essa nasce dalla recente dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) su « La prevenzione e l'eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto delle donne durante l'assistenza al parto nelle strutture ospedaliere ». Tale dichiarazione evidenzia quali siano i trattamenti che le donne subiscono durante l'assistenza al parto e in particolare: « l'abuso fisico diretto, la profonda umiliazione e l'abuso verbale, procedure mediche coercitive o non acconsentite (inclusa la sterilizzazione), la mancanza di riservatezza, la carenza di un consenso realmente informato, il rifiuto di offrire un'adeguata terapia per il dolore, gravi violazioni della *privacy*, il rifiuto di ricezione nelle strut-

ture ospedaliere, la trascuratezza nell'assistenza al parto con complicazioni altrimenti evitabili che mettono in pericolo la vita della donna, la detenzione delle donne e dei loro bambini nelle strutture dopo la nascita connessa all'impossibilità di pagare. Inoltre, adolescenti, donne non sposate, donne in condizioni socio-economiche sfavorevoli, donne appartenenti a minoranze etniche, o donne migranti e donne affette da HIV sono particolarmente esposte al rischio di subire trattamenti irrispettosi e abusi ».

L'OMS evidenzia che l'abuso e la mancanza di rispetto nell'assistenza al parto violano i diritti umani delle donne, quali enunciati nelle dichiarazioni universali. In particolare i maltrattamenti durante il parto violano il diritto costituzionale alla salute delle donne e dei bambini. Si ritiene che nessun obiettivo di salute, sia individuale che pubblica, possa essere raggiunto

e realizzato senza riconoscere e tutelare i fondamentali diritti della persona.

Per promuovere la salute materno-infantile a livello nazionale dobbiamo anzitutto promuovere il rispetto dei diritti della donna e ritenerla soggetto di cure e non oggetto passivo di trattamenti, troppo frequentemente realizzati senza un reale coinvolgimento della donna stessa nei processi decisionali che riguardano il suo corpo. Il consenso informato è ancora oggi una mera sottoscrizione di moduli e le donne che partoriscono negli ospedali sono costrette a subire prassi assistenziali che ledono la dignità della persona e che risultano essere, inoltre, di dubbia appropriatezza. Un'esperienza positiva di parto rafforza la salute psico-fisica della madre e genera benefici per la salute del bambino, della famiglia e, di conseguenza, di tutta la popolazione.

Nel nostro Paese negli ultimi anni si è assistito a una progressiva medicalizzazione dell'evento nascita con un incremento del tasso dei tagli cesarei non giustificato sul piano clinico e con effetti potenzialmente dannosi sulla salute a breve e a lungo termine delle madri e dei bambini, come affermato dalla più recente dichiarazione dell'OMS sul numero di tagli cesarei. L'inchiesta condotta dall'allora Ministro della salute Balduzzi, nel 2013, aveva inoltre dimostrato che l'alto numero dei tagli cesarei non era basato su criteri di appropriatezza e di effettiva necessità. Nelle conclusioni dell'inchiesta si affermava che il taglio cesareo non giustificato ledeva il diritto alla salute della donna e comportava un danno per l'erario.

Le indagini condotte dall'Istituto superiore di sanità (ISS) sui dati della mortalità materna in Italia mostrano percentuali preoccupanti. Da queste indagini e da numerose evidenze scientifiche si evince che il numero dei tagli cesarei è direttamente proporzionato all'aumento delle morti materne. I recenti casi di morti materne in Italia hanno scosso profondamente l'opinione pubblica. Dobbiamo trarre spunto da questi tragici episodi per una profonda riflessione e per un rimodellamento dell'assistenza alla maternità

che non può essere basato su provvedimenti di emergenza. Piuttosto, auspichiamo che siano condotte indagini approfondite sui fatti accaduti e che sia avviata una riflessione sistematica e sistemica sull'assistenza alla nascita nel nostro Paese, coinvolgendo tutte le istituzioni politiche e di ricerca, comprese la società civile e le famiglie colpite. Ci possono fornire un esempio i recenti accadimenti speculari nel Regno Unito, dove si sono svolte indagini approfondite e sono state formulate proposte di miglioramento provenienti « dal basso » e « dall'alto » (*Morecambe bay investigation, national maternity report*).

Alla luce di questo quadro, la presente proposta di legge, al capo I, articolo 1, promuove il rispetto dei diritti fondamentali e della dignità personale della partoriente e del neonato, nonché l'appropriatezza degli interventi al fine di ridurre il ricorso al taglio cesareo, al parto vaginale operativo e a tutte le pratiche lesive dell'integrità psico-fisica della donna, incluse le umiliazioni verbali.

Il capo II è dedicato ai diritti delle donne e al consenso informato, libero e consapevole ai trattamenti medici durante il travaglio e il parto. L'articolo 2 individua i diritti delle donne, sancendo che non vengono meno neanche durante il travaglio. In nessun caso la donna può essere privata del godimento dei diritti fondamentali e costituzionali.

I successivi articoli individuano le pratiche lesive della dignità e dell'integrità della donna e le modalità di risarcimento del danno.

È anche introdotta la fattispecie della violenza ostetrica, una tipologia di violenza contro le donne, già classificata da legislazioni di Paesi dell'America latina e che consiste nell'appropriazione del corpo e del processo riproduttivo delle donne da parte del personale medico attraverso trattamenti disumani e degradanti e la medicalizzazione del processo del travaglio e del parto. Tali abusi producono la perdita di autonomia della donna e della capacità di decidere liberamente del proprio corpo e della propria sessualità con conseguenze sulla qualità della vita.

Il capo III individua i diritti del neonato e pone il divieto di donazione del sangue del cordone ombelicale in quanto biologicamente appartenente al neonato.

Il capo IV stabilisce i compiti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano che, attraverso i rispettivi piani sanitari e sulla base delle risorse umane e finanziarie disponibili, devono fornire un'adeguata informazione, tramite le strutture sanitarie presenti nel territorio (consultori familiari), alla partorienta sul parto fisiologico e realizzare modelli assistenziali per il percorso della nascita e per il rafforzamento della tutela della salute e del benessere della madre e del neonato, nel rispetto delle finalità e dei requisiti individuati dalla legge.

L'articolo 23 sancisce per le aziende sanitarie l'obbligo di prevedere un sistema di *accountability* annuale, dei singoli ospedali e dell'azienda nell'insieme, accessibile al pubblico, redatto in modo trasparente e comunicato in formato aperto (pubblicazione *on line*, pagine *web* dedicate). Inoltre, le aziende sanitarie devono fornire all'utenza strumenti telematici e cartacei per la valutazione dell'assistenza ricevuta e per la documentazione degli esiti in termini di salute.

Le aziende sanitarie devono fornire anche agli operatori sanitari, dipendenti dell'azienda, strumenti di valutazione dell'assistenza prestata, in particolare quando si tratta di casi difficili, con esiti infausti. Per diminuire i contenziosi legali e il ricorso alla medicina difensiva, le aziende sanitarie devono utilizzare il sistema di

open disclosure, caratterizzato dall'assoluta trasparenza e comunicazione rispettosa tra le famiglie e gli operatori coinvolti negli eventi avversi. I risultati delle valutazioni dell'utenza e del personale sanitario dovranno essere pubblicati annualmente nel sito *internet* istituzionale dell'azienda sanitaria.

Le aziende sanitarie devono provvedere a fornire un modello di piano del parto alle donne che intraprendono un percorso di maternità, redatto e aggiornato nel corso della gravidanza con l'aiuto di un'ostetrica. A tale fine le aziende sanitarie possono incaricare i consultori sanitari già esistenti, valorizzando i loro servizi. La rete consultoriale deve essere rivalutata e potenziata, in particolare per quanto riguarda l'offerta di corsi di accompagnamento alla nascita, i cui esiti sono di comprovata efficacia per la salute materno-infantile (come già sancito dal decreto del Ministro della sanità 24 aprile 2000, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 131 del 7 giugno 2000, in materia di adozione del progetto obiettivo materno-infantile). Le aziende sanitarie devono altresì promuovere i rapporti con il territorio e con la comunità, in particolare valorizzando il volontariato e le madri *peer-to-peer*. A tale fine devono essere disposti tavoli multidisciplinari e inclusivi della società civile presso le aziende sanitarie con riunioni a cadenza semestrale.

L'articolo 25, infine, prevede che il Ministro della salute presenti con cadenza almeno annuale alle Camere una relazione sullo stato di attuazione della legge.

PROPOSTA DI LEGGE

CAPO I

FINALITÀ

ART. 1.

(Finalità).

1. La presente legge persegue le seguenti finalità:

a) promuovere il rispetto dei diritti fondamentali e della dignità personale della partorientente e del neonato;

b) favorire il parto fisiologico, spontaneo, eutocico, normale e naturale nonché promuovere l'appropriatezza degli interventi al fine di ridurre il ricorso al taglio cesareo, al parto vaginale operativo e a tutte le pratiche lesive dell'integrità psico-fisica della donna, inclusi l'episiotomia, la ventosa, il forcipe, la rottura artificiale delle membrane, la manovra di Kristeller, l'induzione del travaglio e ogni altra pratica a cui la donna non abbia espressamente consentito;

c) promuovere un'appropriata assistenza alla nascita assicurando la tutela dei diritti fondamentali della partorientente e del neonato, in quanto presupposti necessari per la salvaguardia della salute materno-neonatale;

d) individuare i livelli dell'assistenza ospedaliera che devono essere garantiti alla madre e al bambino;

e) promuovere un'assistenza ostetrica appropriata al parto fisiologico e al puerperio;

f) promuovere l'informazione sulla libertà di scelta dei luoghi del parto, incluso il parto extraospedaliero, in un domicilio privato o in qualunque altro luogo indicato dalla donna, nonché in case di maternità adiacenti o situate al di fuori dell'ospedale.

CAPO II

LIBERTÀ E DIGNITÀ DELLA
PARTORIENTE E DEL NEONATO

ART. 2.

(Diritti della partoriente e consenso informato, libero e consapevole).

1. La partoriente è titolare dei diritti fondamentali della persona, senza alcuna limitazione nel periodo del travaglio e del parto e, in particolare, dei seguenti diritti:

a) ricevere la più ampia informazione sullo stato di salute proprio e del bambino;

b) ricevere la più ampia informazione sui luoghi del parto e dell'assistenza al parto, al travaglio e al puerperio, inclusi i luoghi extraospedalieri;

c) redigere un piano del parto che ha carattere vincolante per la struttura ospedaliera prescelta;

d) esprimere un consenso o un dissenso informato, libero e consapevole in ordine ai trattamenti medici e farmacologici. Nessun trattamento medico o farmacologico può comunque essere somministrato senza il consenso espresso e informato della donna;

e) ricevere un secondo parere medico prima di essere sottoposta a qualsiasi intervento medico invasivo o chirurgico;

f) tutela della propria riservatezza;

g) presenza di una o più persone di sua scelta, familiari o no;

h) ricevere visite dei familiari o di persone di fiducia nel periodo successivo al parto natale;

i) rispetto dei valori e della cultura di appartenenza.

2. Il personale medico ha l'obbligo di informare la donna dei diritti di cui essa è titolare ai sensi del comma 1.

ART. 3.

(Pratiche di assistenza al parto lesive della dignità e dell'integrità psico-fisica della partoriente e del neonato).

1. È fatto espresso divieto al personale medico, ostetrico, infermieristico e paramedico di ricorrere, fatti salvi i casi di assoluta e documentata necessità medica, alle seguenti pratiche di assistenza alla nascita:

a) episiotomia: taglio chirurgico del perineo e della vagina;

b) uso della ventosa o del forcipe: estrazione forzata del neonato dal canale vaginale, di solito associata all'episiotomia;

c) rottura artificiale delle membrane: rottura del sacco amniotico da parte del medico o dell'ostetrica;

d) manovra di Kristeller manuale o strumentale: forte spinta sull'addome della donna per esercitare una pressione sul fondo uterino e accelerare l'uscita del bambino dal canale del parto;

e) manovra di Valsalva: dare ordini alla donna su come e quando spingere durante il travaglio e il parto;

f) induzione farmacologica del travaglio: somministrazione di farmaci per innescare o aumentare le contrazioni uterine;

g) ogni altra pratica lesiva dell'integrità psico-fisica della donna.

2. È fatto obbligo al personale medico e ostetrico di riportare correttamente nella cartella clinica della partoriente tutte le manovre e le pratiche realizzate sulla donna e sul neonato, inclusi il tempo del clampaggio e il taglio del cordone ombelicale, e le relative indicazioni cliniche.

3. Anche in casi di necessità e di urgenza il dissenso espresso della donna a qualsiasi trattamento deve essere rispettato.

ART. 4.

(Taglio cesareo).

1. Il taglio cesareo è un intervento chirurgico invasivo e pericoloso per la

salute della donna e del neonato e deve essere effettuato solo qualora ricorrano comprovati motivi di necessità clinica e previo espresso consenso informato, libero e consapevole della partoriente.

2. Le donne che hanno subito il taglio cesareo hanno diritto a un'adeguata assistenza nel periodo *post-operatorio*. L'abbandono e la trascuratezza dell'assistenza sono puniti con una multa pari ad euro 1.000 a prescindere dal fatto che si siano verificate conseguenze dannose, fatto salvo il diritto al risarcimento del danno in caso di lesioni personali.

3. Al fine di ridurre il numero di tagli cesarei deve essere garantita alla donna la possibilità di un parto vaginale non operativo anche in presenza di un pregresso taglio cesareo. A tale fine le strutture ospedaliere devono dotarsi di protocolli per l'assistenza al parto spontaneo dopo taglio cesareo.

4. È fatto obbligo al personale medico di informare la donna circa la possibilità di affrontare in piena sicurezza un travaglio e un parto spontaneo anche in caso di pregresso taglio cesareo.

5. La donna che fa richiesta di taglio cesareo senza indicazioni mediche ha diritto a ricevere informazioni dettagliate sulla procedura chirurgica e sui rischi e benefici di breve e lungo periodo per la salute propria e del bambino e la sua richiesta deve essere considerata senza pregiudizi. La decisione deve essere presa in accordo con il personale che ha fornito le informazioni. Le motivazioni della donna devono essere riportate nella cartella clinica. La donna ha il diritto di recedere dalla propria decisione prima dell'inizio dell'intervento chirurgico per il taglio cesareo.

ART. 5.

(Divieto di accelerare o rallentare il processo del parto e del travaglio).

1. L'induzione al travaglio deve essere effettuata solo in base a specifiche indicazioni mediche.

2. È vietato il ricorso alla rottura artificiale delle membrane e all'induzione farmacologica del travaglio quali pratiche di uso normale.

3. La donna ha il diritto di esprimere un consenso o un dissenso informato, libero e consapevole alla rottura artificiale delle membrane e all'induzione farmacologica del travaglio.

ART. 6.

(Rispetto della dignità della donna).

1. La partoriente deve essere trattata con rispetto e dignità e ha diritto a un'esperienza positiva del parto e della nascita e a mantenere la propria integrità psico-fisica.

2. È fatto divieto di rivolgere espressioni umilianti o degradanti alla donna durante il travaglio, in quanto lesive della sua dignità personale e pericolose per il parto.

3. È fatto divieto al personale sanitario, medico e paramedico di esprimere commenti o apprezzamenti sconvenienti sul corpo della donna.

4. La donna ha il diritto di rifiutare la rasatura del pube e il clistere prima del parto in quanto trattamenti degradanti e privi di giustificazione medica.

5. È vietato somministrare farmaci se non per casi specifici, previo consenso informato della donna.

6. È vietato il monitoraggio elettronico fetale prolungato se non per casi specifici.

7. È vietato costringere la donna alla posizione supina durante il travaglio e il parto.

8. La donna ha diritto di camminare durante il travaglio e di scegliere liberamente la posizione per lei più adatta al parto. Ha inoltre il diritto di mangiare e di bere durante il travaglio.

ART. 7.

(Cartella clinica della partoriente).

1. La cartella clinica della partoriente deve essere compilata con diligenza e

correttezza. La partoriente ha diritto di ricevere una copia conforme all'originale della cartella clinica al momento delle dimissioni. La partoriente ha altresì diritto di consultare e di estrarre copia della cartella clinica propria e del bambino durante tutto il periodo di degenza. La limitazione o l'ostacolo al diritto di accesso alla cartella clinica della partoriente sono puniti con una multa pari a euro 1.000, fatto salvo il diritto al risarcimento dei danni.

ART. 8.

(Parto fisiologico).

1. Si definisce parto fisiologico la modalità spontanea di evoluzione dei tempi e dei ritmi della nascita, senza interventi esterni che possano modificare, rallentare o accelerare il processo del parto.

2. Nel rispetto delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), le modalità assistenziali del parto fisiologico devono garantire:

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

b) la promozione delle tecniche e dei metodi non farmacologici 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, dell'ostetrica e di una persona 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 del Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia.

3. Durante la permanenza della donna nella sala parto e nel corso del periodo di degenza la madre e il bambino devono avere la possibilità di restare vicini e deve,

inoltre, essere consentita la permanenza del padre o di un'altra persona indicata dalla donna.

ART. 9.

(Luoghi per il parto fisiologico).

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

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

b) in case di maternità extraospedaliere o intra-ospedaliere;

c) presso il domicilio della donna o presso un luogo da lei indicato.

2. Per il parto a domicilio o extraospedaliero le regioni disciplinano le modalità e le entità dei rimborsi in base al calcolo effettivo e trasparente dell'assistenza alla maternità presso altre strutture erogata dal Servizio sanitario nazionale (SSN).

ART. 10.

(Servizio di trasporto materno e neonatale).

1. In casi di particolare gravità, segnalati al pronto soccorso, il trasporto materno e neonatale 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 di III livello, utilizzando un'unità mobile attrezzata per le cure intensive da prestare in corso di trasferimento.

2. Le case di maternità, le ostetriche libere professioniste e gli ospedali devono dotarsi di protocolli condivisi e costantemente aggiornati per il tempestivo trasferimento e ricovero della madre e del bambino nelle strutture assistenziali di II o di III livello.

ART. 11.

(Livelli essenziali delle prestazioni assistenziali).

1. L'erogazione delle prestazioni relative al parto è garantita dal SSN e costituisce componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

ART. 12.

(Divieto di prestazioni intramoenia per l'assistenza al parto fisiologico o mediante taglio cesareo).

1. È vietato applicare il regime di *intramoenia* con prestazioni a pagamento per l'assistenza al parto fisiologico o mediante taglio cesareo. Qualsiasi contratto stipulato in violazione del presente comma è nullo e comporta di diritto la restituzione delle somme eventualmente versate nonché il risarcimento del danno.

2. L'assistenza al parto e alla nascita è garantita dal SSN senza alcun onere economico a carico della donna.

ART. 13.

(Risarcimento del danno in sede civile).

1. Il medico o l'ostetrica e la struttura sanitaria sono tenuti a risarcire in solido il danno biologico, morale ed esistenziale cagionato alla donna e alla sua famiglia come conseguenza di un'assistenza durante il travaglio e il parto inappropriata, negligente, imprudente, imperita e lesiva dei diritti fondamentali.

2. Per le lesioni all'integrità psico-fisica si applicano le tabelle del danno biologico in uso presso il tribunale di Milano aumentate del 50 per cento quando il danno è cagionato durante l'assistenza al parto.

3. L'ammontare del danno biologico per i danni cagionati all'utero della donna è determinato in misura non inferiore a euro 200.000.

4. L'ammontare del danno biologico per la perdita o per l'asportazione dell'utero in età fertile è determinato in misura non inferiore a euro 400.000.

5. In caso di condanna degli operatori e della struttura sanitaria per lesioni gravi o decesso della madre, del nascituro o del neonato, il giudice condanna altresì la struttura sanitaria a pubblicare la notizia a proprie spese su almeno due quotidiani a diffusione nazionale.

6. L'ammontare del danno biologico per i danni agli organi genitali, interni o esterni, della donna, dovuti a negligenza, imprudenza o imperizia del personale sanitario ovvero a inappropriatelyzza degli interventi non può essere inferiore a euro 100.000, fatto salvo il maggior danno.

7. L'ammontare del danno biologico per i danni cagionati alla zona anale e perianale del corpo della donna dovuti a negligenza, imprudenza o imperizia del personale sanitario ovvero a inappropriatelyzza degli interventi non può essere inferiore a euro 100.000, fatto salvo il maggior danno.

8. L'organo giudicante è tenuto a comunicare all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri e al Collegio delle ostetriche di appartenenza la sentenza di condanna per lesioni gravi o per decesso della madre, del nascituro o del neonato affinché sia avviato d'ufficio il procedimento disciplinare.

9. Fatto salvo il risarcimento del danno biologico in caso di lesioni derivanti da responsabilità professionale del medico o dell'ostetrica, la violazione dei diritti fondamentali della donna, del neonato o del padre del bambino comporta sempre il risarcimento del danno morale, da valutare in via equitativa sulla base delle circostanze del caso concreto anche in assenza di un danno biologico.

10. L'ammontare del danno non patrimoniale riconosciuto ai componenti del nucleo familiare, unito da vincolo matri-

moniale o no, è determinato in misura non inferiore a euro 3.000.

11. L'azione risarcitoria in sede civile si prescrive in dieci anni tenuto conto della natura contrattuale del rapporto con il medico, con l'ostetrica e con la struttura sanitaria.

12. L'onere probatorio in ordine alla corretta e appropriata assistenza medica durante il travaglio e il parto è posto a carico del medico, dell'ostetrica e della struttura sanitaria.

ART. 14.

(Atti di violenza ostetrica).

1. Costituiscono atti di violenza ostetrica le azioni o le omissioni realizzate dal medico, dall'ostetrica o dal personale paramedico volte a espropriare la donna della sua autonomia e della sua dignità durante il parto.

2. In particolare sono atti di violenza ostetrica:

a) negare un'assistenza appropriata in caso di emergenze ostetriche;

b) obbligare la donna a partorire in posizione supina con le gambe sollevate;

c) ostacolare o impedire il contatto precoce del neonato con la madre senza giustificazione medica;

d) ostacolare o impedire il processo fisiologico del parto mediante l'uso di tecniche di accelerazione del parto senza il consenso espresso, libero, informato e consapevole della donna;

e) praticare il taglio cesareo in assenza di indicazioni mediche e senza il consenso espresso, libero, informato e consapevole della donna;

f) esporre il corpo della donna violando la sua dignità personale.

3. I responsabili di atti di violenza ostetrica sono puniti con la reclusione da due a quattro anni, salvo che il fatto costituisca più grave reato.

CAPO III

DIRITTI E DIGNITÀ DEL NEONATO

ART. 15.

(*Diritti del neonato*).

1. Il neonato è una persona e deve essere trattato con rispetto e dignità.

2. Il neonato ha il diritto alla nascita fisiologica.

3. Il neonato ha il diritto di restare con la madre ogni volta che le condizioni di entrambi lo consentono; nessun processo di osservazione della salute del neonato può giustificare la sua separazione dalla madre.

4. Il neonato ha il diritto al contatto immediato con la madre e all'allattamento al seno subito dopo la nascita.

5. Nel rispetto delle raccomandazioni dell'OMS, il neonato ha diritto a ricevere il sangue della placenta e del cordone ombelicale in quanto appartenenti al neonato stesso.

6. È vietato recidere il cordone ombelicale prima che abbia cessato di pulsare e in ogni caso prima di tre minuti dalla nascita. Il taglio del cordone ombelicale può essere ulteriormente ritardato o evitato su richiesta espressa della madre.

7. Le procedure di rianimazione possono essere effettuate con il cordone ombelicale intatto ove ne ricorrano le condizioni mediche.

ART. 16.

(*Nascita lotus*).

1. I genitori che ne fanno richiesta hanno diritto alla nascita *lotus* che consiste nella non recisione del cordone ombelicale. Le strutture ospedaliere devono dotarsi di protocolli per garantire la nascita *lotus*.

ART. 17.

(*Divieto di donazione del sangue del cordone ombelicale*).

1. È vietato donare il sangue del cordone ombelicale prima che il sangue sia

stato trasfuso nel neonato. Previo consenso dei genitori e per finalità solidaristiche può essere donato l'eventuale residuo del sangue contenuto nel cordone ombelicale e nella placenta.

ART. 18.

(Allattamento al seno).

1. È riconosciuto il diritto del neonato all'allattamento al seno.

2. Il personale sanitario è tenuto a promuovere l'allattamento al seno anche in sala parto. In caso di rifiuto dell'allattamento al seno da parte della madre, il personale sanitario è tenuto a riportare la decisione motivata della madre nella cartella clinica neonatale di cui all'articolo 20 e ad aiutare la madre a provvedere al nutrimento del bambino in modalità sostitutiva.

3. Nessuna somministrazione di latte artificiale al neonato può essere effettuata senza informare preventivamente i genitori.

ART. 19.

(Nascita tramite taglio cesareo).

1. La nascita tramite taglio cesareo è consentita solo in caso di emergenza.

ART. 20.

(Cartella clinica neonatale).

1. Per ogni nato vivo è compilata una cartella clinica personale, anche ai fini della predisposizione della scheda di dimissione ospedaliera e del certificato di assistenza al parto, contenente, oltre ai dati previsti dalle disposizioni vigenti in materia, le informazioni relative alla gravidanza, al parto, all'andamento neonatale, ai tempi del clampaggio del cordone ombelicale e all'avvio dell'allattamento al seno.

2. Entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il

Ministro della salute provvede, con proprio decreto, all'adozione di linee guida generali per la compilazione, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, della cartella clinica neonatale di cui al comma 1.

ART. 21.

(Controlli post-natali).

1. Tutti i neonati, in attesa che si completino i processi fisiologici di adattamento *post-natale*, sono sottoposti ai comuni controlli dei parametri vitali durante l'osservazione transizionale senza essere allontanati dalla madre.

2. Qualora il neonato necessiti di cure speciali che determinano il temporaneo distacco dalla madre, è 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 neonato ai sensi del comma 2, la madre, o un altro familiare in sua vece, usufruisce dei servizi di pernottamento e di vitto con oneri a carico dell'azienda sanitaria.

CAPO IV

COMPITI DELLE REGIONI, DELLE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO E DELLE AZIENDE SANITARIE

ART. 22.

(Compiti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso i rispettivi piani sanitari e sulla base delle risorse umane e finanziarie disponibili, garantiscono, per quanto di loro competenza:

a) la promozione delle tecniche e dei metodi non farmacologici e farmacologici

per la gestione del dolore durante il travaglio e il parto e nel periodo successivo al parto;

b) un'adeguata informazione, attraverso le strutture sanitarie presenti nel territorio, in particolare i consultori familiari, alle partorienti e alla loro famiglia sul parto fisiologico;

c) la realizzazione di modelli organizzativi assistenziali per il percorso della nascita e per il rafforzamento della tutela della salute e del benessere della madre e del neonato, nel rispetto delle finalità individuate dalla presente legge;

d) la predisposizione della cartella clinica della partorienti e della cartella clinica neonatale digitali, consentendo l'accesso a tali cartelle al personale sanitario e alla donna su loro richiesta.

ART. 23.

(Compiti delle aziende sanitarie).

1. Le aziende sanitarie predispongono modelli organizzativi, comprensivi dell'adeguata dotazione di personale e di materiali, atti a garantire:

a) un sistema di informazione sui servizi erogati relativi al parto, rivolto al pubblico e redatto in modo trasparente e facilmente accessibile tramite pubblicazione nel sito *internet* istituzionale;

b) sistemi di valutazione, cartacei, telematici o verbali, da parte dell'utenza circa la qualità dell'assistenza al parto ricevuta, con indicazione degli esiti in termini di salute e di benessere percepiti;

c) sistemi di valutazione, cartacei, telematici o verbali, sugli operatori sanitari dipendenti dell'azienda e sull'assistenza al parto prestata, in particolare quando si tratta di casi complessi o con esiti infausti;

d) pubblicazione di *report* annuali redatti in modalità divulgativa sulle prestazioni erogate e sui relativi esiti di salute percepiti, valutati dagli utenti e dagli operatori sanitari che hanno fornito l'assi-

stenza al parto, sui costi sostenuti e rimborsati dal SSN, dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano;

e) modelli di comunicazione trasparente e rispettosa nei confronti delle famiglie e degli operatori sanitari coinvolti in eventi infausti relativi al parto;

f) rafforzamento dei consultori familiari per l'erogazione di corsi di accompagnamento alla nascita e per l'assistenza nella redazione del piano del parto per le donne in stato di gravidanza;

g) corsi di formazione e di aggiornamento continuo per il personale medico e ostetrico volti a far acquisire competenze sulla fisiologia del parto e sulla cura rispettosa della madre e del bambino;

h) promozione e sviluppo dei rapporti con il territorio e con la comunità, valorizzando il volontariato e le madri o i padri *peer-to-peer* attraverso l'istituzione di tavoli multidisciplinari e inclusivi della società civile da realizzare presso le aziende sanitarie con riunioni a cadenza almeno semestrale.

ART. 24.

(Autorità nazionale per la garanzia dei diritti della donna e del bambino nel parto e nella nascita).

1. È istituita l'Autorità nazionale per la garanzia dei diritti della donna e del bambino nel parto e nella nascita e per la prevenzione e l'eliminazione di ogni forma di abuso e discriminazione delle donne e dei bambini nell'assistenza alla nascita, di seguito denominata « Autorità ».

2. L'Autorità ha sede a Roma e svolge i seguenti compiti:

a) monitoraggio sull'attuazione della presente legge;

b) prevenzione dell'abuso e della mancanza di rispetto delle donne e dei bambini nell'evento nascita, tramite organizzazione di corsi di formazione, pubblicazione di *report* e ogni altra attività idonea a diffondere la cultura del rispetto dei diritti umani nella nascita;

c) irrogazione di sanzioni pecuniarie in caso di accertata violazione dei diritti delle donne e dei bambini nel parto e nella nascita;

d) funzioni di ispezione e di controllo delle strutture sanitarie;

e) relazione annuale alle Camere sullo stato di avanzamento del rispetto dei diritti delle donne e dei bambini nel parto e nella nascita;

f) legittimazione attiva e passiva nei procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la violazione dei diritti delle donne e dei bambini nel parto e nella nascita;

g) funzioni di prevenzione e di deflazione del contenzioso tramite l'adozione di pareri vincolanti in sede di mediazione stragiudiziale delle controversie relative al parto e alla nascita.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, pari a 2 milioni di euro annui, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2016-2018, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2016, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

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

ART. 25.

(Relazione alle Camere).

1. Il Ministro della salute presenta con cadenza annuale alle Camere una relazione sullo stato di attuazione della presente legge.

€ 2,00



17PDL0039650