

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVI LEGISLATURA —————

Mercoledì 10 giugno 2009

alle ore 9,30 e 16,30

219^a e 220^a Seduta Pubblica

ORDINE DEL GIORNO

I. Discussione delle mozioni n. 116, Bianconi ed altri, n. 135, Bianchi ed altri, e n. 137, Carlino ed altri, sul parto cesareo (*testi allegati*).

II. Discussione del disegno di legge:

Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee – Legge comunitaria 2008 (*Approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati*) (*Voto finale con la presenza del numero legale*). **(1078-B)**

MOZIONI SUL PARTO CESAREO

(1-00116) (2 aprile 2009)

BIANCONI, TOMASSINI, BOLDI, BUGNANO, RIZZOTTI, BAIO, D'AMBROSIO LETTIERI, SACCOMANNO, GUSTAVINO. – Il Senato, premesso che:

i recenti dati ufficiali sulle nascite con taglio cesareo in Italia (rapporto Osservasalute, 2008) indicano una percentuale nazionale del 38,3 per cento con picchi in alcune regioni fino al 60 per cento come si evince da questi dati relativi al 2005, riportati nel rapporto citato: *a)* Regione Piemonte: 31,4 per cento; *b)* Val d'Aosta: 30,4 per cento; *c)* Lombardia: 28,2 per cento; *d)* Provincia autonoma di Bolzano: 23,4 per cento; *e)* Provincia autonoma di Trento: 27,2 per cento; *f)* Veneto: 28,9 per cento; *g)* Friuli-Venezia Giulia: 23,9 per cento; *h)* Liguria: 34,8 per cento; *i)* Emilia-Romagna: 30,4 per cento; *l)* Toscana: 26,1 per cento; *m)* Umbria: 30,7 per cento; *n)* Lazio: 41,1 per cento; *o)* Abruzzo: 43,1 per cento; *p)* Molise: 48,9 per cento; *q)* Campania: 60,0 per cento; *r)* Puglia: 47,7 per cento; *s)* Basilicata: 54,4 per cento; *t)* Calabria: 43,1 per cento; *u)* Sicilia: 52,4 per cento e *v)* Sardegna: 38,9 per cento;

le recenti statistiche della UE indicano una media del 23,7 per cento e quelle degli USA del 27,5 per cento;

l'aumento di tagli cesarei in Italia – in alcune regioni – è stato anomalo e non giustificabile solo da ragioni mediche, se si considera che le percentuali erano del 10 per cento circa negli anni '80 e 20 per cento negli anni 90;

tra le ragioni evidenziate dagli esperti per un così consistente aumento vi sono il timore dei medici per eventi legati alla *malpractice*, le richieste delle donne, la carenza di informazioni sull'argomento alle donne e le forme organizzative adottate dai punti nascita senza una diffusa garanzia di applicare in tutte le strutture italiane l'anestesia epidurale per alleviare il dolore da parto naturale;

la pratica del taglio cesareo può comportare rischi non sempre conosciuti dalla donna in gravidanza;

preso atto che l'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda che i diritti umani delle donne (e primo fra tutti quello alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi) devono essere protetti tramite politiche e programmi pubblici;

rilevato che è dovere dello Stato italiano garantire la salute della popolazione secondo l'articolo 32 della Costituzione anche attraverso interventi di stimolo e informazione ai soggetti interessati a problematiche della sfera della salute;

considerato che tra le iniziative principali assunte dal Governo italiano per tutelare la salute della donna durante il parto figurano: *a)* il sup-

porto alle pratiche che agevolano, invece che contrastare, la normale fisiologia della nascita; *b*) la promozione della revisione del DRG/ROD (raggruppamento omogeneo di diagnosi) relativo al taglio cesareo; *c*) la diffusione dell'anestesia epidurale nel parto vaginale: anche se il Servizio sanitario nazionale si è fatto promotore della diffusione e dell'utilizzo delle tecniche di procedure analgesiche durante il travaglio ed il parto per via vaginale nelle proprie strutture, definendo il percorso assistenziale, le linee di responsabilità e gli indicatori per rendere più umano il percorso stesso e, soprattutto, per aumentarne la sicurezza, la responsabilità organizzativa ed amministrativa per la sua applicazione è stata lasciata alle Regioni; *d*) la riduzione della variabilità nell'erogazione di tale servizio tra le regioni includendo l'anestesia epidurale per il parto nei nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA); *e*) la promozione, come avviene per le donne italiane, anche per le donne immigrate dell'accesso alle cure ambulatoriali e presso gli ospedali del Servizio sanitario nazionale; *f*) la garanzia a tutte le donne degli interventi di prevenzione, di quelli per la tutela della maternità, dell'assistenza ai bambini, delle vaccinazioni, della diagnosi e della cura delle malattie infettive,

impegna il Governo:

a promuovere, di concerto con le Regioni e le Province autonome, un appropriato ricorso al parto con taglio cesareo, attraverso l'utilizzo di strumenti informativi adeguati a rilevare tutte le informazioni possibili legate alla fase prenatale, all'evento nascita e al monitoraggio ad un anno dalla nascita del bambino;

ad introdurre e sviluppare strumenti di *audit* e *feedback*, efficaci e adattabili alle diverse realtà regionali (in termini anche di *software* per il calcolo degli indicatori, manuali e schede per le attività di *audit*), che permettano di identificare variabili che sono importanti per controllare alcune delle cause dell'elevato ricorso al taglio cesareo (dati epidemiologici, percentuali di tagli cesarei elettivi e ripetuti, richieste di tagli cesarei da parte delle donne);

ad invitare in particolare le Regioni dove le percentuali di tagli cesarei sono maggiori a fornire consulenze e a distribuire materiale informativo alle donne in gravidanza sui corsi preparto, sui vantaggi e svantaggi del parto cesareo, sul tipo di intervento, sui rischi ed i benefici e sulle implicazioni per le gravidanze future;

ad intraprendere azioni al fine di garantire i requisiti minimi strutturali ed organizzativi nei punti nascita e la redazione di protocolli regionali vincolanti per l'assistenza neonatale;

ad intraprendere azioni al fine di promuovere l'assegnazione di maggiori risorse alle autorità sanitarie regionali e agli ospedali per garantire l'anestesia epidurale gratuita;

a promuovere misure e azioni volte a garantire a tutte le donne uguali opportunità nell'accesso a servizi completi di salute sessuale e ri-

produttiva, così come ad incrementare la loro consapevolezza sui loro diritti e sui servizi disponibili;

a promuovere la classificazione del rischio al momento del ricovero a cui devono seguire specifici «percorsi assistenziali» differenziati per la corretta valutazione del rischio della donna in occasione del primo parto che rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze;

a promuovere iniziative legislative per contenere il problema della *malpractice* riducendo così i condizionamenti dei medici al momento della scelta dei trattamenti da intraprendere.

(1-00135) (Testo 2) (9 giugno 2009)

BIANCHI, BASSOLI, BOSONE, CHIAROMONTE, COSENTINO, DI GIROLAMO Leopoldo, GUSTAVINO, MARINO Ignazio, PORETTI.

– Il Senato,

premessi che:

nel corso della XV Legislatura è stato presentato un disegno di legge, di iniziativa governativa, recante «Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato» (Atto Camera 1923), nella convinzione che la promozione della salute materna e infantile sia un obiettivo prioritario da perseguire a livello nazionale, in ragione dei riflessi positivi che è in grado di generare sulla qualità della vita della madre, del bambino e, di conseguenza, della popolazione complessiva;

nel corso degli ultimi decenni la natalità nel nostro Paese è diminuita drasticamente, passando da circa un milione di nati nel 1960 a 569.000 nel 2005, ed è aumentata l'età media delle donne alla nascita del primo figlio, così come le gravidanze di donne di 35 anni e più di età;

tra le donne che decidono di avere un figlio in una fase avanzata della vita si registrano un più elevato livello di informazione ed una maggiore capacità di autodeterminazione sulle scelte da compiere durante la gravidanza ed al momento del parto;

tuttavia gli stessi fattori che sono alla base di un'eccessiva medicalizzazione e di un sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche rischiano di trasformare gravidanza e parto da eventi naturali in eventi patologici;

a questo proposito basti pensare che nel biennio 2004-2005 il numero medio di ecografie effettuate dalle donne in gravidanza è stato 5,5 ed il 29 per cento delle donne ha fatto sette o più ecografie, mentre il protocollo del Ministero della salute ne raccomanda tre;

anche i parti effettuati mediante taglio cesareo sono in costante aumento: 11,2 per cento nel 1980, 27,9 per cento nel 1996, 29,9 per cento nel biennio 1999-2000, 35,2 per cento nel periodo 2004-2005, 38,36 per cento nel 2006. Quest'ultimo, oltre ad essere il dato più alto tra i Paesi

dell'Unione europea, è quasi di tre volte superiore a quello raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) (pari al 10-15 per cento) ed è in contrasto con le stime che indicano il rischio di mortalità materna per cesareo da 2 a 4 volte superiore rispetto al parto vaginale;

oggi in Italia più del 38 per cento delle nascite avviene con taglio cesareo: si tratta di una percentuale troppo elevata secondo le organizzazioni sanitarie, che denunciano il facile ed eccessivo ricorso a questa pratica, spesso non motivata da ragioni mediche legate alla condizione della mamma o del bambino e che comporta tutti i rischi correlati ad un intervento chirurgico;

putroppo occorre evidenziare il raggiungimento di percentuali altissime in alcune regioni: più del del 60 per cento in Campania, del 54,4 per cento in Basilicata e del 52,4 per cento in Sicilia;

ciò ha determinato la necessità di monitorare il fenomeno nel tempo al fine di adottare le opportune misure correttive. A tal fine un indicatore di appropriatezza clinica è stato introdotto nel «Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria», di cui al decreto ministeriale 12 dicembre 2001, ed il parametro di riferimento è stato stabilito in misura pari al 15-20 per cento, sulla base delle esperienze internazionali e dell'osservazione delle regioni italiane;

l'eccessivo ricorso al taglio cesareo costituisce un fenomeno complesso determinato da molteplici fattori, fra cui un «fattore organizzativo» dato dalla maggiore diffusione del taglio cesareo nelle strutture private accreditate. Da sottolineare poi che il minor ricorso all'intervento chirurgico si registra in quelle regioni dove da tempo si attuano scelte di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera e di promozione dell'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate, anche attraverso l'adozione di politiche tariffarie che prevedono meccanismi di incentivazione del parto naturale e/o disincentivazione del parto cesareo;

ai fini della scelta poi sono determinanti fattori come la variabilità del comportamento dei singoli medici, la relazione medico-paziente, il livello di informazione e preparazione che il personale sanitario fornisce alle pazienti, l'eccessiva medicalizzazione della gravidanza;

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

estreme, che risiedono nelle regioni meridionali, le pluripare e le casalinghe;

nelle regioni meridionali e insulari del Paese si registrano inoltre un maggiore ricorso all'anestesia generale, un maggiore tasso di mortalità neonatale e infantile, più casi di basso peso alla nascita, un minor ricorso all'allattamento al seno;

premessi inoltre che:

fin dalla XIV Legislatura si è avviato, nelle competenti Commissioni parlamentari ed anche in ambito ministeriale, un dibattito sulla centralità che il momento della maternità e della nascita assumono per la donna e, quindi, sull'adeguatezza dei servizi di assistenza al parto rispetto alle esigenze emergenti di una società in continuo mutamento. Gli obiettivi prioritari riguardano: la riduzione del tasso di ospedalizzazione per gravidanza e parto attraverso la valorizzazione delle strutture socio-sanitarie alternative; la riduzione della frequenza dei parti per taglio cesareo; la promozione delle strutture competenti in materia di «parto indolore»;

in un documento del Comitato nazionale di bioetica del 2001 si dedicava un intero capitolo al «dolore nel parto» e al giovamento apportato dall'utilizzo di tecniche di anestesia locale ed epidurale. Vi si sosteneva che la decisione se praticare o meno tale anestesia «deve essere riservata ad ogni singola donna sulla base di un'informazione corretta sui vantaggi, i rischi e le possibilità delle due soluzioni», e ancora si evidenziava come «il diritto della partoriente di scegliere un'anestesia efficace dovrebbe essere incluso tra quelli garantiti a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza»;

in Paesi quali la Gran Bretagna e la Francia le tecniche di anestesia epidurale sono utilizzate dal 70 per cento delle partorienti, dal 90 per cento negli Usa. In Italia gli unici dati risalgono al 2001, anno in cui un rapporto Istat fornisce anche un interessante profilo sociologico delle donne che fanno ricorso al parto senza dolore, dal quale si rileva che «Complessivamente il 63,3 per cento delle partorienti non è stato sottoposto a nessun tipo di anestesia. (...) Soltanto per l'11,2 per cento dei parti spontanei è stata fatta l'anestesia; il 7,2 per cento locale, il 3,7 per cento epidurale»;

in data 23 aprile 2008 è stato elaborato un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che stabilisce, all'articolo 37, comma 3, che «Il Servizio sanitario nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale nelle strutture individuate dalle regioni e all'interno di appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse»;

il 25 giugno 2008, il Ministro del lavoro, salute e politiche sociali, Maurizio Sacconi, nel corso di un'audizione in XII Commissione permanente (Affari sociali) della Camera dei deputati, ha riferito che i nuovi Li-

velli essenziali di assistenza, voluti dall'ex Ministro della salute Livia Turco, non esistono perchè «la Corte dei Conti non li ha registrati»;

fino a quando il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri non sarà emanato, saranno molte le donne che continueranno a partorire con dolore loro malgrado o a ricorrere, anche quando sarebbe evitabile, al parto cesareo, con costi per il Servizio sanitario nazionale ben più elevati rispetto all'espletamento di parti naturali con analgesia epidurale,

impegna il Governo:

ad adottare misure volte a monitorare e contenere l'eccessivo ricorso al taglio cesareo, anche in rapporto all'offerta di prestazioni per il sollievo dal dolore che in determinate realtà è completamente assente, a verificare i dati sulla morbilità e mortalità materne e neonatali e ad effettuare una rilevazione dei costi relativi alla pratica del taglio cesareo e ad un censimento delle strutture abilitate;

a promuovere il parto fisiologico, nonché le iniziative necessarie a favorire il ricorso all'allattamento al seno, secondo le raccomandazioni dell'OMS e dell'UNICEF;

a promuovere un'appropriata assistenza alla nascita, tutelando i diritti e la libera scelta della gestante, in modo coerente con i modelli organizzativi delle Regioni;

ad assicurare la tutela della salute materna, il benessere del nascituro e quello delle famiglie nell'esperienza della genitorialità, assicurando la qualità dell'assistenza ostetrica e pediatrico-neonatologica nel periodo perinatale;

a ridurre i fattori di rischio di malattia, *pre* e *post*-concezionali del nascituro attraverso appropriati interventi preventivi;

a potenziare l'attività dei consultori familiari, con l'attivazione di programmi specifici per la salute pre-concezionale e riproduttiva, per la tutela della maternità e per la promozione dell'allattamento al seno;

a contrastare le disparità territoriali e sociali al fine di garantire uguali opportunità di accesso ai servizi per la tutela materno-infantile anche per la popolazione immigrata, migliorando la fruibilità dei servizi da parte della popolazione più svantaggiata e prevedendo l'attuazione di programmi di assistenza socio-sanitaria e di mediazione culturale per le donne immigrate;

a promuovere l'offerta attiva di informazione e di consulenza alle donne prima della gravidanza, alle gestanti e alle puerpere, anche mediante i corsi di accompagnamento alla nascita, stimolando l'impegno in tale senso dei servizi consultoriali e ospedalieri, anche al fine di una consapevole scelta del tipo di assistenza, del luogo e delle modalità del parto;

a favorire il controllo e la gestione del dolore nelle fasi del travaglio, nel quadro di una maggiore e migliore umanizzazione dell'evento nascita, anche attraverso il ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale, in condizioni di appropriatezza e nell'ambito dei modelli organizzativi locali, inserendo le tecniche di analgesia per l'espletamento del parto naturale fra le prestazioni garantite a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza.

(1-00137) (27 maggio 2009)

CARLINO, ASTORE, BELISARIO, BUGNANO, CAFORIO, DE TONI, GIAMBRONE, LANNUTTI, LI GOTTI, MASCITELLI. – Il Senato,

premessò che:

in Italia i dati statistici ufficiali più recenti relativi alle nascite operate con taglio cesareo ricostruiscono una situazione singolare nel panorama dei Paesi occidentali; nel nostro Paese i tagli cesarei hanno raggiunto percentuali superiori al 35 per cento del totale dei parti effettuati, con percentuali vicine o superiori anche al 50 per cento del totale in alcune regioni, soprattutto del Sud Italia, quali Campania, Basilicata, Sicilia, Molise, Puglia, Abruzzo e Calabria;

dati recentissimi ed ancora parziali, relativi ai primi mesi del 2008, indicano percentuali oltre il 60 per cento nella regione Campania;

analizzando i dati relativi al Continente europeo, che peraltro registrano un fenomeno simile di netta crescita del numero di parti operati con il metodo del taglio cesareo, si evidenzia una netta differenza con le percentuali riscontrate in Italia; in Europa il dato medio ufficiale non raggiunge il 30 per cento dei casi;

anche negli Stati Uniti, pur essendo possibile riscontrare un sensibile aumento dei parti con taglio cesareo, la percentuale di questi supera di poco il 30 per cento del totale;

in diverse cliniche operanti in grandi città italiane, come Roma, le percentuali relative ai parti con taglio cesareo raggiungono valori vicini all'80 per cento del totale; al contrario, analizzando i dati relativi alle regioni settentrionali dell'Italia si scorgono valori, se pur in aumento, di gran lunga inferiori al dato medio nazionale;

premessò inoltre che:

l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha più volte reso noto che solo il 10-15 per cento delle gravidanze dovrebbe sfociare in un parto cesareo, ovvero ciò dovrebbe accadere nei casi di donne con un posizionamento dell'utero anomalo, con *herpes* genitali, o con qualsivoglia altro impedimento che giustifichi la scelta dell'operazione chirurgica sulla parte uterina ed addominale;

in circostanze di elevato rischio per le madri o per i nascituri la scienza medica non ha mai avanzato dubbi sull'utilità del parto cesareo, ma al contempo occorre ricordare che il parto vaginale è la modalità normale e più corretta per portare a termine una gravidanza;

non c'è nessuna prova scientifica che dopo un precedente parto con taglio cesareo sia necessario un ulteriore cesareo per portare a termine la gravidanza successiva; al contrario esistono studi di buona qualità e linee guida recenti che confermano come la prova di travaglio sia raccomandabile per la maggior parte delle donne con un cesareo alle spalle;

le donne che partoriscono con il cesareo devono, nella maggior parte dei casi, affrontare un ricovero più lungo, a volte più doloroso ed un rischio più alto di infezioni;

da studi recenti, non ancora con evidenza scientifica, pare che i neonati con parto cesareo abbiano una maggiore probabilità di soffrire di asma, dovuta alla mancata esposizione ai batteri della mamma, che accadrebbe invece nel parto naturale e che provoca lo sviluppo di difese immunitarie più forti;

considerato che:

la tendenza a preferire il parto con taglio cesareo si va affermando sempre più non per indicazioni cliniche ma per esigenze organizzative dei medici e delle stesse donne;

molti medici optano per il taglio cesareo in ragione del fatto che l'operazione e l'anestesia siano di fatto diventate più sicure che in passato, sebbene non vi sia prova che indichi che la gravidanza ed il parto vaginale siano più pericolosi che qualche decennio addietro;

diversi medici propongono il parto cesareo alle donne oltre che per comodità di programmazione dell'evento anche perché applicano una sorta di medicina difensiva da eventuali denunce o più in generale da accuse relative a complicanze non classificabili come errori;

la maggior informazione dell'opinione pubblica a riguardo ed il timore di contenziosi agiscono da alimentatori di questo fenomeno;

considerato inoltre che:

dai pochi dati ufficiali disponibili circa i costi dei parti, non risulterebbero dei vantaggi economici per gli operatori sanitari ad ogni livello dalla scelta del parto cesareo in luogo di quello vaginale;

dal 2007 in poi molte strutture d'avanguardia in Italia hanno ridotto il numero dei parti cesarei grazie all'offerta sempre più ampia di anestesia epidurale;

in assenza di complicazioni di tipo medico, per la donna come per il nascituro, il parto vaginale è quello che garantisce una miglior ripresa dopo il parto stesso, permettendo successivi parti in tempi ristretti;

analizzando i dati dei parti cesarei programmati prima della trentanovesima settimana, si notano alte percentuali di rischio di problemi respiratori per il neonato;

è compito dello Stato, ai sensi dell'articolo 32 della nostra Costituzione, garantire la salute della popolazione ed inoltre l'Organizzazione mondiale della Sanità raccomanda da sempre la protezione del diritto alla salute tramite politiche pubbliche di attenta programmazione,

impegna il Governo:

a promuovere, di concerto con le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, soprattutto nelle Regioni in cui i dati hanno evidenziato un aumento spropositato dei parti con taglio cesareo, campagne informative volte a render più consapevoli delle proprie scelte le donne che optano per il parto cesareo;

ad eliminare eventuali tendenze dei medici a favorire il tipo di parto più remunerato in luogo di quello naturale o comunque più indicato per il benessere della donna e del neonato;

a promuovere iniziative legislative per limitare il fenomeno del condizionamento dei medici, dovuto ai rischi penali connessi allo svolgimento del proprio lavoro, nella scelta dei trattamenti da intraprendere;

ad emanare linee-guida contenenti indicazioni specifiche sull'opportunità di:

a) preferire il parto naturale, quando non pericoloso per la salute della madre o del bambino;

b) promuovere l'inizio immediato dell'allattamento, favorendo un'educazione della madre nel periodo pre-parto;

c) assicurare, per il benessere psicologico della donna partoriente, la presenza di una persona, familiare o non, di sua scelta durante il parto;

d) promuovere e garantire l'anestesia epidurale gratuita.