

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 1151

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**SPORTIELLO, SARLI, MAMMÌ, D'ARRANDO, LAPIA, LATTANZIO, NAPPI,  
NESCI, SAPIA, TROIANO**

Disposizioni per la promozione del parto naturale e la riduzione del ricorso al parto cesareo mediante lo svolgimento di iniziative di informazione e la formazione del personale medico e sanitario

*Presentata l'11 settembre 2018*

ONOREVOLI COLLEGHI! L'Italia ha il triste primato di essere il Paese europeo con il maggior numero di parti cesarei: degli oltre 464.000 parti che avvengono ogni anno, più di 162.000 sono portati a termine con il taglio cesareo. Recenti stime dimostrano che il parto cesareo presenta un fattore di rischio di mortalità della madre da due a quattro volte superiore rispetto al parto naturale, ma, nonostante ciò, i parti effettuati mediante taglio cesareo risultano in costante aumento nel nostro Paese.

Stando ai dati attuali, nessuna regione italiana sembra rispettare i parametri dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), secondo la quale il limite massimo della percentuale dei cesarei, rispetto alla totalità dei parti, non dovrebbe essere superiore al 20 per cento. Quando il numero

di parti cesarei supera il 20 per cento significa che all'interno del sistema sanitario vi sono dei problemi o delle inefficienze.

Secondo i dati del *report* dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) su « Gravidanza, parto e allattamento al seno », in Italia la percentuale di parti cesarei è stata del 36,3 per cento nel 2013, oltre il doppio di quella raccomandata dall'OMS, e superiore di quasi 10 punti percentuali rispetto alla media dell'Unione europea pari al 27 per cento (al 26,7 per cento nel 2011). La quota più elevata di parti cesarei nel 2016 si è registrata in Campania (59 per cento), seguita dal Molise (44 per cento), Puglia (43,6 per cento), Sicilia (41,9 per cento), Lazio (37 per cento) e Abruzzo (34,9 per cento). La maggioranza dei parti cesarei è

programmata (62,2 per cento). L'ISTAT rileva come continui a variare l'età media al parto: da 30,6 anni del 2000 a 32 anni nel 2013, a 31,8 anni nel 2016, mentre per le straniere l'età media è di 29,6 anni.

La Campania ha innalzato la sua percentuale di parti cesarei a partire dal 1992, anno in cui sono stati introdotti i raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD) con i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993. Nel 2013 in Campania il tasso di parti cesarei era del 61,45 per cento, in Sicilia del 44,84 per cento e in Puglia del 44,59 per cento. In Lombardia, nel 2005, mediante un'educazione al parto molto accurata, una buona assistenza ostetrica e un reparto di patologia neonatale adiacente alla sala parto, si sono ottenuti buoni risultati, portando la media dei parti cesarei a livello delle medie europee. Ciò è stato possibile anche modificando il *Diagnosis related group*, ossia il tariffario che stabilisce i rimborsi alla struttura sanitaria da parte del Servizio sanitario nazionale. La modifica ha consentito di pagare il parto cesareo quanto un parto naturale (mentre normalmente in Italia il primo costa molto di più del secondo). A questo proposito diversi studi hanno evidenziato possibili comportamenti opportunistici da parte delle aziende sanitarie finalizzati ad ottenere, a parità di risultato clinico, rimborsi più elevati mediante l'uso di protocolli alternativi. Alla luce di ciò e del fatto che nel nostro Paese il numero di parti cesarei è elevato, si può addirittura ipotizzare il reato di truffa nei confronti dello Stato quando una struttura ospedaliera o convenzionata pratica un parto cesareo non necessario, ottenendo rimborsi per circa 2.457 euro, invece dei 1.139 euro previsti per un parto naturale.

Pertanto, sarebbe opportuno monitorare la frequenza dei parti effettuati con taglio cesareo e ridurre le forti differenze esistenti tra le regioni.

Al fine di contenere l'eccessivo ricorso ai parti effettuati mediante taglio cesareo, il Ministero della salute ha emanato le linee guida per l'umanizzazione del parto e per promuovere il parto naturale « Taglio cesareo: una scelta appropriata e consape-

vole »; tuttavia queste raccomandazioni non bastano; è necessaria, piuttosto, una revisione complessiva del sistema, un approccio integrato in cui le misure di programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale sappiano coniugarsi con lo sviluppo di iniziative di educazione e di protocolli clinico-organizzativi a livello locale.

È opportuno attivarsi immediatamente per introdurre misure volte a incentivare, in tutte le regioni, l'equiparazione del costo del parto cesareo con quello naturale e realizzare l'approccio integrato fra misure di programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale.

La diminuzione delle nascite e l'età sempre più avanzata delle gestanti hanno determinato negli anni un impoverimento dei saperi femminili, della consapevolezza e della competenza in tema di maternità da parte delle donne. I corsi di preparazione alla nascita, in questo senso, svolgono un importante ruolo formativo e, pertanto, dovrebbero essere incentivati.

La gravidanza non è una condizione patologica e il dolore durante il parto va inteso come condizione fisiologica diversa da quella conseguente a condizioni patologiche. Il controllo del dolore si può esercitare attraverso diverse tecniche (respirazione, yoga, movimento dolce, *stretching*, eccetera), che devono essere trasmesse alla partoriente per affrontare l'evento della nascita con maggiore consapevolezza e minore ansia. L'analgesia, come peraltro ogni preparazione al parto, dovrebbe far parte di un programma di assistenza alla gravidanza, intesa come globalità del nascere e non come evento isolato, spesso oggetto di scarsa informazione e proposta solo in sala parto.

L'eccessiva medicalizzazione della gravidanza fisiologica e dell'evento del parto ha dato alle mamme poco o nessun potere decisionale. Inoltre, nonostante l'OMS abbia raccomandato l'uso di determinate pratiche solo in casi particolari e non sistematicamente, secondo i dati dell'ISTAT nel 2013, riportati nello studio « La salute riproduttiva della donna » del 2017, il 72,7 per cento delle donne ha riferito di avere avuto un parto spontaneo ma non naturale,

cioè non privo di qualsiasi intervento medico. Le donne che hanno avuto un parto spontaneo riferiscono di aver subito la rottura artificiale delle acque (32,1 per cento) e l'episiotomia in un terzo dei casi (34,6 per cento), il monitoraggio cardiaco fetale continuo nel 45,2 per cento dei casi e le pressioni sul ventre in fase espulsiva (tra cui la manovra di Kristeller) nel 22,1 per cento dei casi. La somministrazione di ossitocina (farmaco che aumenta la frequenza e l'intensità delle contrazioni) viene dichiarata dal 22,3 per cento delle donne.

Per riappropriarsi delle decisioni riguardo alla nascita, sempre quando questo sia possibile e non ci siano particolari emergenze, sarebbe opportuno rendere obbligatoria la buona pratica di redigere un piano del parto, ovvero un accordo scritto e firmato tra la gestante e la struttura in cui si è deciso di partorire, nel quale si espongono le preferenze della donna riguardo al parto, al *post partum* e alle cure neonatali. Una donna che partorisce in maniera naturale deve potersi rivolgere a una struttura sanitaria, pubblica o privata, adatta ad affrontare situazioni di emergenza, dove eventuali tagli cesarei sono concepiti solo come una necessità in caso di impossibilità a effettuare un parto naturale.

A tal fine è necessario assicurare strutture sanitarie adeguate, realizzando e mantenendo i presidi attivi sul territorio. Ciò non può essere considerato uno spreco di denaro pubblico, poiché il benessere e la salute dei cittadini sono di primaria importanza e lo Stato non dovrebbe mai operare tagli ai servizi sanitari nazionali, ma incrementarli. Sarebbe opportuno, invece, intervenire sugli evidenti sprechi ai danni dei cittadini, che si protraggono da anni.

È doveroso muoversi al fine di incentivare il parto naturale anche quando la donna è stata sottoposta ad un primo parto avvenuto per via chirurgica. VBAC è un acronimo inglese che sta per *vaginal birth after cesarean*, ovvero parto vaginale dopo un cesareo. Come si legge in *American Pregnancy*, il 90 per cento delle donne che hanno subito parti cesarei può scegliere di ricorrere al VBAC. Secondo le statistiche, il 60-80 per cento (tre o quattro donne su

cinque) delle donne che hanno già subito un parto cesareo partorisce con successo in modo naturale per la seconda gravidanza; qualora una donna scelga di ricorrere al parto vaginale dopo il parto cesareo, può scegliere di fare il cosiddetto travaglio di prova (*trial of labor*), per verificare la possibilità di un parto vaginale.

La scelta deve essere ponderata con il ginecologo tenendo conto della storia clinica della paziente. La complicazione più temuta consiste nella rottura dell'utero a livello della cicatrice. Il rischio esiste, ma recenti studi hanno dimostrato che la percentuale di casi di rottura di un utero operato è molto vicina a quella di un utero privo di incisioni pregresse. Anche se i casi sono comunque rari, è consigliabile, in caso di ricorso al parto VBAC, rivolgersi a strutture idonee a fare fronte alle situazioni di emergenza. Il parto naturale, quando è possibile, è sempre preferibile a quello chirurgico per una serie di meccanismi fisiologici di cui beneficiano la madre e il nascituro. E non è da sottovalutare l'importanza dei benefici psicologici della madre derivanti dalla sperimentazione del dolore e la gestione del travaglio. Per quanto riguarda il bambino, il passaggio attraverso il canale del parto migliora la funzionalità polmonare dovuta alla fuoriuscita del liquido polmonare dalla gabbia toracica. Inoltre, il travaglio mette in circolo ormoni che aiutano il piccolo ad adattarsi meglio alla vita extrauterina, fra cui le catecolamine, che condizionano positivamente il sistema cardiocircolatorio e nervoso del piccolo e inducono la sintesi di surfactante, una sostanza che consente la maturazione polmonare.

Le linee guida sul taglio cesareo dell'Istituto superiore di sanità, emanate il 30 gennaio 2012, evidenziano che sottoporre la donna a ripetuti tagli cesarei aumenta la possibilità di complicazioni e di mortalità materna e del neonato. Si raccomanda, quindi, di offrire a tutte le donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo la possibilità di effettuare il travaglio e di partorire per via vaginale. In conformità alle linee guida dell'OMS e applicando concretamente le citate linee guida nazionali

sul taglio cesareo, è opportuno incoraggiare il ricorso al VBAC, in modo uniforme in tutto il territorio nazionale, partendo da un'accurata e adeguata formazione professionale del personale sanitario.

L'obiettivo generale della proposta di legge è quindi quello di favorire il benessere psico-fisico della gestante e del feto, garantendo la sicurezza di tutto il percorso della nascita secondo modalità di assistenza aggiornate e validate, riconoscendo nel contempo la naturalità dell'evento e rispettandone la fisiologicità. Obiettivi specifici sono: garantire l'appropriatezza degli interventi in relazione al decorso della gravidanza e al grado di rischio prevedibile, senza ricorrere alla chiusura dei punti na-

scita dislocati nel territorio; promuovere l'umanizzazione dell'evento nascita nel rispetto della fisiologia della gravidanza, del parto e del puerperio; favorire la consapevolezza e la competenza della coppia sul percorso nascita, anche attraverso corsi di preparazione alla nascita; attivare un monitoraggio e una verifica costanti dell'intero percorso nascita; promuovere il ricorso al VBAC, compatibilmente con le indicazioni mediche, e promuovere la possibilità di ricorrere all'analgesia, nel rispetto della volontà della donna. Per tali finalità è opportuno un approccio integrato fra le misure di programmazione sanitaria, a livello nazionale e regionale.

## PROPOSTA DI LEGGE

### Art. 1.

#### *(Principi generali)*

1. Lo Stato, ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione, tutela il benessere psico-fisico della madre e del bambino, garantendo la sicurezza di tutto il percorso della nascita attraverso modalità di assistenza che riconoscono la naturalità dell'evento e ne rispettano il carattere fisiologico.

### Art. 2.

#### *(Finalità)*

1. La presente legge persegue le seguenti finalità:

*a)* promuovere il benessere psico-fisico della madre e del bambino e stabilire la sua priorità rispetto a ogni altra esigenza, prevedendo che le strutture, pubbliche e private, garantiscano la sicurezza di tutto il percorso della nascita secondo i principi di cui all'articolo 1;

*b)* realizzare l'approccio integrato fra misure di programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale per contenere l'eccessivo ricorso ai parti chirurgici, anche mediante l'equiparazione del costo del parto cesareo con quello naturale;

*c)* favorire la consapevolezza della donna e accrescere la competenza dei genitori;

*d)* demedicalizzare il parto;

*e)* introdurre misure volte a incoraggiare il ricorso al parto vaginale dopo un parto cesareo (VBAC), compatibilmente con le indicazioni ostetriche e ginecologiche.

### Art. 3.

#### *(Formazione del personale e della coppia)*

1. Il percorso di formazione del medico specializzato in ostetricia e ginecologia e

della figura sanitaria dell'ostetrica prevede l'aumento delle ore di tirocinio relativo all'assistenza a parti naturali e spontanei nonché la frequenza, ogni due anni, di un corso specifico di aggiornamento sul ricorso al parto vaginale dopo un parto cesareo (VBAC).

2. Le aziende sanitarie locali (ASL), le aziende ospedaliere e le cliniche private e convenzionate o accreditate promuovono e coordinano corsi gratuiti di preparazione alla nascita e di sensibilizzazione sulle diverse tipologie di parto e di assistenza alla gravidanza per rafforzare la consapevolezza della donna e per accrescere la competenza della coppia sulla genitorialità, anche al fine di informare la coppia sulle procedure amministrative e sulle pratiche socio-sanitarie raccomandate, farmacologiche e no. Le gestanti, in particolare, sono informate sui metodi di controllo del dolore durante il travaglio e il parto naturale attraverso tecniche naturali e farmacologiche. Le informazioni di cui al presente comma sono finalizzate ad affrontare l'evento della nascita con maggiore consapevolezza.

3. Le regioni, in conformità ai livelli essenziali di assistenza, individuano risorse, modalità e criteri per la realizzazione dei corsi di cui ai commi 1 e 2.

#### Art. 4.

##### *(Promozione del parto naturale)*

1. Quando le condizioni di salute della gestante e del nascituro non comportano oggettivo rischio è promosso il ricorso al parto naturale mediante iniziative volte a contenere il ricorso al parto cesareo e a informare le coppie in merito ai vantaggi per la madre e per il nascituro di ricorrere al parto naturale ovvero al parto vaginale dopo un parto cesareo (VBAC).

2. Ai fini di cui al comma 1 nonché per equiparare i costi del parto naturale e del parto cesareo, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono

stabiliti incentivi per l'applicazione della tecnica dell'analgesia e per la promozione di una campagna informativa sul parto naturale rivolta alle donne che hanno fatto ricorso al taglio cesareo nonché interventi per garantire un approccio integrato fra le misure di programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale.

3. Le strutture sanitarie pubbliche, convenzionate o private con un tasso annuale di parti naturali superiore al 30 per cento e che promuovono il parto naturale demedicalizzando l'evento della nascita, tutelando i diritti e la libera scelta della donna e dando priorità al benessere del nascituro e della famiglia hanno diritto a un contributo da parte della regione a valere sul fondo sanitario regionale stabilito con apposito provvedimento della regione stessa.

4. Le strutture sanitarie pubbliche, convenzionate o private con un tasso annuale di parti cesarei superiore al 30 per cento non hanno diritto ad alcuna forma di rimborso da parte delle regioni per la copertura degli oneri relativi a tali interventi.

5. Le strutture sanitarie pubbliche, convenzionate o private devono essere dotate di un punto nascita, assicurare elevati livelli di assistenza in caso di gravidanza, essere dotate di un centro trasfusionale per assistere la madre in caso di emergenza dovuta alla rottura dell'utero e di un reparto di terapia intensiva neonatale, nonché disporre di posti letto per cure pediatriche e neonatali minime e intermedie. L'assistenza neonatale è prestata da personale dotato di competenze specifiche mediche e infermieristiche. Le attività di cui al presente comma sono prestate, per quanto compatibile con le prescrizioni mediche, tenendo conto della volontà della gestante.

#### Art. 5.

##### *(Piano del parto)*

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, è obbligatoria la redazione di un piano del parto, definito ai sensi del comma 2.

2. Per piano del parto si intende l'accordo sottoscritto fra la struttura sanitaria

presso cui ha luogo il parto e la gestante, con il quale si stabiliscono le preferenze rispetto alle modalità con cui si intendono affrontare il travaglio, il parto, il *post partum* e le cure neonatali.

3. Al termine della degenza sono consegnati alla madre le cartelle cliniche e il piano del parto nonché, ove il personale sanitario non abbia potuto rispettare il piano del parto o le scelte della donna, una relazione dettagliata sottoscritta dal responsabile della struttura sanitaria contenente le relative motivazioni.

4. Ogni anno le strutture sanitarie pubbliche, convenzionate o private pubblicano nel proprio sito *internet* istituzionale e in quello della regione competente la percentuale annuale di parti naturali e cesarei. Le regioni provvedono a elaborare tali dati e a pubblicarli nel proprio sito *internet* istituzionale suddivisi in base alle province del rispettivo territorio.

#### Art. 6.

##### *(Clausola di invarianza finanziaria)*

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

