

Camera dei Deputati

**Legislatura 16
ATTO CAMERA**

Sindacato Ispettivo

INTERROGAZIONE A RISPOSTA SCRITTA : 4/08835
presentata da **D'INCECCO VITTORIA** il **30/09/2010** nella seduta numero **376**

Stato iter : **CONCLUSO**

COFIRMATARIO	GRUPPO	DATA FIRMA
BRAGA CHIARA	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
MARCHIONI ELISA	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
BELLANOVA TERESA	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
PICIERNO PINA	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
CAPANO CINZIA	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
CONCIA ANNA PAOLA	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
GNECCHI MARIALUISA	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
BARBI MARIO	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
BOCCUZZI ANTONIO	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
MISIANI ANTONIO	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
LARATTA FRANCESCO	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
BERNARDINI RITA	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
MILO ANTONIO	MISTO - NOI SUD LIBERTA' E AUTONOMIA - PARTITO LIBERALE ITALIANO	30/09/2010
MERLONI MARIA PAOLA	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
BERRETТА GIUSEPPE	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
RUBINATO SIMONETTA	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
CAUSI MARCO	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
AGOSTINI LUCIANO	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010
BACHELET GIOVANNI BATTISTA	PARTITO DEMOCRATICO	30/09/2010

Ministero destinatario :
MINISTERO DELLA SALUTE

Attuale Delegato a rispondere :
MINISTERO DELLA SALUTE , data delega **30/09/2010**

Partecipanti alle fasi dell'iter :

NOMINATIVO	GRUPPO oppure MINISTERO/CARICA	DATA evento
RISPOSTA GOVERNO		
ROCCELLA EUGENIA	SOTTOSEGRETARIO DI STATO, SALUTE	24/05/2011

Fasi dell'iter e data di svolgimento :

RISPOSTA PUBBLICATA IL 24/05/2011

CONCLUSO IL 24/05/2011

TESTO ATTO

Atto Camera

Interrogazione a risposta scritta 4-08835

presentata da

VITTORIA D'INCECCO

giovedì 30 settembre 2010, seduta n.376

D'INCECCO, BRAGA, MARCHIONI, BELLANOVA, PICIERNO, CAPANO, CONCIA, GNECCHI, BARBI, BOCCUZZI, MISIANI, LARATTA, BERNARDINI, MILO, MERLONI, BERRETTA, RUBINATO, CAUSI, AGOSTINI e BACHELET. - *Al Ministro della salute.* - Per sapere - premesso che:

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 e al momento del parto;

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

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;

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;

ricerche analoghe che arrivano dalle varie regioni confermano queste tendenze; l'azienda sanitaria locale di Pescara, attraverso il servizio di Anestesia, ha monitorato la situazione dei parti rilevando un trend di crescita dei cesarei. Questi nel 2001 sono stati 666, nel 2002, 739, nel 2003, 753, nel 2004, 764, nel 2005, 806, passando da una percentuale del 36 per cento a una percentuale che sfiora il 39 per cento;

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;

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);

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 Livelli essenziali di assistenza, voluti dall'ex Ministro della salute Livia Turco, non esistono perché «la Corte dei conti non li ha registrati -:

se e cosa il Governo intenda fare per 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;

se il Governo intenda 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;

se il Governo intenda promuovere iniziative per il parto fisiologico, per la promozione di un'appropriata assistenza alla nascita, per il potenziamento dell'attività dei consultori familiari, per 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, per 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.(4-08835)

RISPOSTA ATTO

Atto Camera

Risposta scritta pubblicata martedì 24 maggio 2011

nell'allegato B della seduta n. 477

All'Interrogazione 4-08835 presentata da

VITTORIA D'INCECCO

Risposta. - Nel nostro Paese il ricorso al taglio cesareo (TC) è in continuo aumento: si è passati dall'11 per cento del 1980 al 38,3 per cento del 2008.

Una spiccata variabilità si riscontra a livello percentuale tra punti nascita di differente tipologia amministrativa e volume di attività, con percentuali di TC nettamente superiori alla media nazionale nei reparti con basso numero di parti e nelle strutture private.

Tale variabilità è indice di un comportamento clinico-assistenziale non appropriato, riconducibile a una molteplicità di fattori indipendenti dalle condizioni di necessità clinica: carenze strutturali e organizzative, aspetti culturali che assimilano il TC a una modalità elettiva di nascita, scarsa competenza del personale sanitario nel gestire la fisiologia (TC come pratica difensiva), eccetera.

Sulla base di tali considerazioni, appare quanto meno opportuno promuovere interventi di sanità pubblica finalizzati al contenimento del fenomeno e alla diffusione di pratiche cliniche di comprovata efficacia e appropriatezza.

A tal fine, è indispensabile superare l'impostazione rivolta esclusivamente alla modalità del parto, per passare ad una che guardi all'intero percorso nascita, di cui il parto costituisce l'evento culminante.

La complessità del fenomeno considerato richiede, inoltre, una strategia molteplice di intervento, in grado di coniugare misure di programmazione sanitaria finalizzate all'incentivazione delle buone pratiche e al contenimento degli eccessi, con iniziative educazionali e formative volte a modificare l'atteggiamento degli operatori sanitari e delle donne rispetto all'uso del TC.

In questa prospettiva va, altresì, considerata l'opportunità di valorizzare il ruolo dei vari professionisti nell'assistenza alla gravidanza e al parto, in particolare quello delle ostetriche, anche attraverso l'introduzione di percorsi alternativi per il parto fisiologico e il parto a rischio.

Questo permetterebbe di contrastare la crescente medicalizzazione della gravidanza, promuovendo nel contempo processi virtuosi di «umanizzazione» dell'assistenza e di miglioramento complessivo della qualità.

In base a quanto fin qui esposto, questo Ministero ha elaborato delle «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», accolte dalla Conferenza Stato-regioni il 16 dicembre 2010 con un accordo che prevede un programma nazionale, articolato in 10 linee di azione, da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale, di seguito elencate:

1) misure di politica sanitaria e di accreditamento;

- 2) carta dei servizi per il percorso nascita;
- 3) integrazione territorio-ospedale;
- 4) sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del Sistema nazionale linee guida dell'Istituto superiore di sanità;
- 5) programma di implementazione delle linee guida;
- 6) elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita;
- 7) procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto;
- 8) formazione degli operatori;
- 9) monitoraggio e verifica delle attività;
- 10) istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita.

L'insieme di queste azioni mirate è volto a promuovere la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.

Le prime azioni da sviluppare saranno quelle relative alla definizione di un dettagliato crono programma delle 10 attività previste dall'accordo e la costituzione di un Comitato permanente per il percorso nascita (Cpnn), che avrà il compito di coordinare e monitorare le attività previste e di verificare il recepimento dell'accordo, all'interno di specifiche delibere regionali.

Inoltre, è opportuno far presente che è stato predisposto, su mandato del Ministero della salute, il documento «Linea guida sulla gravidanza fisiologica», frutto del lavoro di un gruppo multidisciplinare e multi professionale di esperti coordinato dal Sistema nazionale linee guida dell'Istituto superiore di sanità e redatto sulla base di una rigorosa e aggiornata analisi della letteratura scientifica.

Si tratta di un elemento prezioso e centrale per l'aggiornamento dei professionisti e la predisposizione di protocolli operativi dei differenti punti nascita, oltre che strumento di riferimento per la presa in carico e la continuità assistenziale della donna in gravidanza.

Nella linea guida le informazioni fondate su prove di efficacia sono organizzate per consentire, sia ai professionisti sia alle donne in buona salute, con una gravidanza singola senza complicazioni, la scelta dei trattamenti appropriati in 56 distinte circostanze. In particolare, la linea guida valuta l'accuratezza e l'efficacia degli screening per la valutazione della salute materna e fetale (malformazioni fetali, malattie infettive, problemi ematologici, diabete, depressione, nascita pro termine, eccetera) e l'appropriatezza di interventi per la valutazione dell'accrescimento del benessere fetale e per l'assistenza di particolari condizioni cliniche, come la presentazione podalica o la gravidanza a termine.

Altre sezioni sono dedicate agli stili di vita, al trattamento dei comuni sintomi e all'esame clinico della gestante.

Sia l'accordo che la linea guida sono consultabili nel sito istituzionale del Ministero della salute (www.salute.gov.it).

Il Sottosegretario di Stato per la salute: Eugenia Roccella.