

(1-00116) (testo 3) (10 giugno 2009)

Approvata

BIANCONI, TOMASSINI, BOLDI, BUGNANO, RIZZOTTI, BAIO, D'AMBROSIO LETTIERI, SACCOMANNO, GUSTAVINO. - Il Senato,

premessi 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 supporto 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;

a promuovere l'introduzione e lo sviluppo degli 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 parto, sui vantaggi e svantaggi del parto cesareo, sul tipo di intervento, sui rischi ed i benefici e sulle implicazioni per le gravidanze future;

a promuovere l'appropriatezza del percorso nascita e della pratica clinica, tramite un'adeguata offerta dei punti nascita, rispondente ai requisiti minimi strutturali ed organizzativi e la promozione dei protocolli per l'assistenza neonatale;

ad intraprendere azioni al fine di garantire le procedure analgesiche nel corso del travaglio del parto vaginale nelle strutture individuate dalle Regioni all'interno di appositi programmi;

a promuovere misure e azioni volte a garantire a tutte le donne uguali opportunità nell'accesso alla salute materna e infantile, 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

Approvazione delle mozioni nn. 116 (testo 3), 135 (testo 4) e 137 (testo 2)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione delle mozioni [1-00116](#), presentata dalla senatrice Bianconi e da altri senatori, [1-00135](#) (testo 2), presentata dalla senatrice Bianchi e da altri senatori, e [1-00137](#), presentata dalla senatrice Carlino e da altri senatori, sul parto cesareo.

Ciascun Gruppo avrà a disposizione 20 minuti, comprensivi degli interventi in discussione e in dichiarazione di voto. Gli illustratori potranno intervenire per 10 minuti ciascuno.

Ha facoltà di parlare la senatrice Bianconi per illustrare la mozione n. 116.

BIANCONI (PdL). Signor Presidente, signora Sottosegretario, colleghe e colleghi, migliorare la salute e la protezione della mamma e del suo bimbo è uno degli otto obiettivi della campagna delle Nazioni Unite per eliminare la povertà estrema entro il 2015. L'Organizzazione mondiale della sanità, tramite la *partnership* per la salute materno-infantile, ha organizzato una serie di iniziative volte a ricercare fondi per finanziare azioni capaci di migliorare la salute materna nel mondo, tutto questo lavorando, ovviamente, con i Governi sia dei Paesi in via sviluppo, che dei Paesi più avanzati, e ieri abbiamo in quest'Aula analizzato molto bene che cosa significa intervenire direttamente e lo scopo utile per intervenire rispetto ai Paesi in via di sviluppo.

Per questo il 23 gennaio - lo ricordavamo anche ieri - l'Organizzazione mondiale della sanità ha organizzato con l'associazione Osservatorio nazionale sulla salute della donna una riunione a Ginevra per discutere insieme gli obiettivi e le prospettive della salute materno-infantile anche in Italia, così come gli aspetti della politica estera, in merito a questo tema (di cui abbiamo parlato appunto ieri) e voglio ricordare anche oggi che la delegazione delle parlamentari era formata dalle senatrici Boldi, Bianchi, Bianconi, Baio, Bugnano e Rizzotti e dalle onorevoli De Camillis e Paola Binetti. Tra l'altro, in quell'occasione l'Organizzazione mondiale della sanità ha insignito queste parlamentari del ruolo di consigliere temporaneo e questo, da una parte, è un grande onore, ma, dall'altra, anche una grande responsabilità.

Attualmente la salute materno-infantile è ben presente nelle agende politiche delle Nazioni, ma c'è ancora molto da fare e la mozione di oggi indica anche quali sono le preoccupazioni e i punti di debolezza in Italia. Il tasso di mortalità materna è considerato come principale strumento per valutare lo stato di assistenza socio-sanitaria ed anche un indice importante per valutare il grado di sviluppo raggiunto da un Paese. Infatti, i 10 milioni di morti ogni anno legati al parto e alla prima infanzia nel mondo, che si potrebbero tutti prevenire, non sono certamente un dato confortante. In Italia, grazie alla nostra rete di protezione formata da professionisti e strutture adeguate possiamo fortunatamente non vivere questi drammi, ma i recenti dati ufficiali sulle nascite con taglio cesareo (rapporto Osservasalute del 2008) indicano una percentuale nazionale pari al 38,3 per cento, con picchi in alcune Regioni fino al 60 per cento. Questa percentuale nazionale è purtroppo molto aumentata negli ultimi cinque anni, infatti siamo passati dal 29,9 per cento al 38,3 per cento testato. Le recenti statistiche dell'Unione europea indicano una media dell'Europa, ma per Nazioni, pari al 23,7 per cento: quindi, registriamo circa 15 punti in più rispetto alla media europea. Quelli degli Stati Uniti sono leggermente più alti perché si attestano intorno al 27,5 per cento. Su questi dati una riflessione va svolta su diversi campi.

Intanto, esistono diversi fattori per spiegare questo fenomeno. Sono fattori clinici, perché il taglio cesareo andrebbe praticato solo in determinate circostanze. Anche per questo motivo, vi sono indicazioni molto precise e linee guida che andrebbero sicuramente tenute più presenti. Esistono poi fattori sociali. Uno dei fattori che potrebbe spiegare l'elevato tasso di parti cesarei è la richiesta da parte delle donne di utilizzare maggiormente questa modalità, sia per motivi di lavoro che di età. In alcuni casi questa domanda proviene dalle donne con età superiore ai 35 anni, che potrebbero quindi presentare anche gravidanze più rischiose. Ancora, questa domanda potrebbe provenire da donne che lavorano e che hanno bisogno di programmare il parto secondo i loro impegni.

Su questa motivazione sorvolo perché, comunque, il taglio cesareo è sempre un intervento chirurgico e comporta sempre dei rischi. Quindi, visto che il parto dovrebbe essere un evento assolutamente fisiologico, nella normalità e soprattutto in situazioni non di patologia né per la madre né per il figlio, sorvolo sull'aspetto di programmare la nascita del proprio figlio in base ai propri impegni lavorativi.

Esistono poi anche fattori sanitari. Il tasso di parti cesarei in Italia mostra una grande variabilità interregionale: passiamo dai dati della Campania, che sono vicini al 60 per cento, a quelli della Sicilia con il 50 per cento, del Molise con il 49 per cento, della Puglia con il 45 per cento. Quindi, sono dati superiori addirittura alla media nazionale; il tasso invece cala nelle strutture del Nord: in Friuli Venezia Giulia esso si attesta al 23 per cento. È innegabile che esista una correlazione tra questi tassi elevati e la non sufficiente osservazione da parte delle Regioni nei confronti delle strutture sanitarie che presentano una situazione così elevata di parti cesarei. Voglio ancora una volta ricordare che il taglio cesareo è un'operazione chirurgica, con annessi e connessi, e quindi da contemplare assolutamente con grande attenzione.

I dati ISTAT del 2006 rivelano poi che nelle strutture private vi è la maggiore diffusione del taglio cesareo, che si aggira intorno al 56,9, mentre il dato delle strutture pubbliche si attesta intorno al 33 per cento. In tal senso - e devo dirlo per una attestazione di realtà, perché su queste tematiche non esiste centrodestra o centrosinistra - i Governi che si sono susseguiti hanno sicuramente messo in campo azioni molto importanti, attuando alcuni interventi sui quali il sottosegretario Roccella sarà sicuramente più precisa di me. Il Governo ha cominciato a promuovere la naturalità del parto fisiologico, cercando di ridurre il parto cesareo anche attraverso la revisione del DRG relativo al taglio cesareo. Questo, normalmente, è sempre il grande spauracchio delle Regioni e delle ASL.

Il Comitato nazionale di bioetica ha stabilito nel 2001 che tutte le partorienti hanno diritto alla conoscenza delle tecniche per contrastare il dolore e nel 2006 è stato approvato l'inserimento dell'anestesia epidurale del parto tra le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale offre a tutte le donne.

Il piano d'azione continua con la programmazione dell'allattamento al seno per promuovere la salute della donna, con un piano di vaccinazione contro l'HPV (che è gratuita per le dodicenni), con una campagna informativa sulle sette azioni molto raccomandabili per incidere sulle cause principali di mortalità nel primo anno di vita del bambino, con il piano di prevenzione di odontoiatria infantile, con il percorso nascita, con tavoli interregionali sulle tematiche materno-infantili, per la tutela della maternità, dell'assistenza ai bambini, della vaccinazione, della diagnosi e della cura delle malattie infettive.

Alla luce di tutto ciò, in maniera veramente unanime, si chiede al Governo di assumere diversi impegni in materia e se lei, signor Presidente, me lo permette, nell'illustrarli elencherò anche le brevi modifiche formali che, dopo una rapida consultazione con il Sottosegretario, sono state apportate al corpo del dispositivo ed il cui testo consegnerò a breve alla Presidenza.

Innanzitutto, con la mozione in discussione si chiede al Governo di 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. Poiché tutto ciò che chiediamo è poi demandato alle Regioni, intendiamo apportare al secondo capoverso una prima correzione con la quale si impegna il Governo a promuovere l'introduzione e lo sviluppo di strumenti di *audit* e *feedback*, efficaci e adattabili alle diverse realtà regionali, in termini anche di *software* per il calcolo degli indicatori. È questo un elemento assolutamente fondamentale perché ci fornisce la fotografia nazionale. Con il terzo capoverso si invitano poi le Regioni in cui si rilevano alte percentuali di tagli cesarei a rivedere e a rimodulare con attenzione tutti i corsi parto.

Abbiamo poi modificato il quarto capoverso chiedendo di promuovere l'appropriatezza del percorso nascita e della pratica clinica, tramite un'adeguata offerta dei punti nascita rispondenti a requisiti minimi strutturali e organizzativi per la promozione di protocolli per l'assistenza neonatale. Vogliamo, infatti, parlare assolutamente lo stesso linguaggio sia delle Regioni che del Ministero.

I successivi capoversi presentano tutta una serie di ulteriori richieste molto dettagliate che rimando alla lettura dei senatori. Inoltre, sempre per la stessa logica, il sesto capoverso viene modificato impegnando il Governo a promuovere misure e azioni volte a garantire a tutte le donne uguali opportunità nell'accesso alla salute materno-infantile, così da incrementare la loro consapevolezza sui diritti e sui servizi disponibili.

Signor Presidente, quest'anno l'Italia ospita il G8. Sarebbe quindi molto importante che con il voto unanime di quest'Aula anche su questa tematica così delicata si chiedano impegni vincolanti non solo al Governo italiano attraverso il Sottosegretario per quel che riguarda il nostro Paese, ma anche a tutti gli altri Stati, perché i loro Governi possano promuovere sempre più una protezione, una valorizzazione ed una conoscenza dei percorsi della salute materno-infantile in Italia e nel mondo. *(Applausi dai Gruppi PdL e PD).*

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare la senatrice Bassoli per illustrare la mozione n. 135 (testo 2).

BASSOLI (PD). Signor Presidente, veniva ricordato dalla senatrice Bianconi come l'Organizzazione mondiale della sanità raccomandi che i diritti umani delle donne, soprattutto quello alla salute, e i diritti sessuali ed alla riproduttività debbano essere protetti tramite politiche e programmi pubblici. Con la mozione n. 135 vogliamo rimettere al centro del nostro dibattito e, ci auguriamo, dell'iniziativa del Governo un tema molto trascurato nel nostro Paese di cui, invece, visto il basso livello di natalità, dovremmo occuparci attivamente; mi riferisco alle modalità del parto ed alla salute della madre e del bambino.

Vorrei soffermarmi, in particolare, sulla questione del dolore del parto, sulla quale pudicamente facciamo sempre un po' troppo silenzio e di cui non si prende atto per un costume atavico; dolore che poi, naturalmente, viene sublimato dalla gioia della nascita. Questa rimozione rischia di nascondere e di favorire una delle cause - se non la principale, comunque tra le principali - dell'aumento dei parti cesarei, naturalmente correlata ad altre problematiche legate all'età più avanzata delle partorienti ed a questioni di carattere organizzativo delle nostre strutture sanitarie. Occorre che prendiamo atto una volta per tutte del disagio avvertito soprattutto tra le giovani donne, perché nel nostro Paese si continua a vivere il travaglio e il parto esattamente come nei secoli precedenti. In Europa la situazione è differente: i dati indicano che in Paesi come Francia e Gran Bretagna il 70 per cento delle partorienti utilizza le tecniche dell'epidurale per ridurre il dolore e negli Stati Uniti si arriva addirittura al 90 per cento. In Italia i dati ISTAT (che però non sono recenti, giacché risalgono al 2001) indicano che il 63 per cento delle partorienti non è stato sottoposto ad alcuna anestesia e che solo l'11 per cento ha potuto accedere all'anestesia locale o all'epidurale.

Negli ultimi anni si è fatta strada anche nel nostro Paese l'idea dell'umanizzazione della cura e dell'ospedale senza dolore. È evidente che la lotta al dolore non può essere limitata solo ad alcune malattie particolarmente gravi, perché la filosofia che sottende all'eliminazione del dolore è legata al rispetto della persona e al valore del benessere come stato generale. La preoccupazione che vogliamo esprimere nasce dal fatto che, mentre non combattiamo con sufficiente decisione il dolore del travaglio e del parto, avanza a grandi passi una forma di medicalizzazione spinta della gravidanza, che rende la nascita un evento sempre più tecnologizzato. Cito alcuni dati a supporto di questa tesi: il numero medio delle ecografie effettuato durante la gravidanza è 5,5, quando il protocollo del Ministero della salute ne raccomanda al massimo tre; i parti effettuati mediante il taglio cesareo sono passati dall'11,2 per cento del 1980 al 38,36 per cento del 2006. Vorrei ricordare che l'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda di rimanere tra il 10 ed il 15 per cento del numero dei parti totali, anche perché il conseguente aumento del numero dei parti cesarei significa anche un aumento da due a quattro volte del rischio di mortalità materna. In alcune Regioni del nostro Paese il numero dei parti cesarei ha raggiunto livelli non facilmente giustificabili: il 60 per cento in Campania, il 54,4 per cento in Basilicata ed il 52,4 per cento in Sicilia.

Incidono alcuni fattori come quello geografico, visto che si registra il maggior numero di parti cesarei nelle Regioni del Sud; quello organizzativo, giacché il ricorso al parto cesareo appare più diffuso nelle strutture private; quello comportamentale, proprio per la diversità dei comportamenti del personale sanitario, che evidentemente non è in rapporto ai livelli di appropriatezza che dovrebbero essere ampiamente condivisi. Inoltre manca quello dell'informazione, necessaria per consentire alle donne di vivere in piena consapevolezza la gravidanza ed il parto. È molto limitata infatti la possibilità di frequentare i corsi di preparazione al parto e, anche in questo caso, vi sono forti differenze geografiche: il 40 per cento delle donne dell'Italia settentrionale e centrale frequenta i corsi di preparazione al parto, a fronte del 14,9 per cento delle donne dell'Italia meridionale ed insulare. La preparazione al parto è uno dei fattori decisivi per affrontare in modo informato e corretto la maternità e anche per favorire la salute della madre e del bambino, ma serve anche per rafforzare il senso della genitorialità, della maternità e della paternità condivisa.

C'è, quindi, una forte disparità di opportunità nel nostro Paese, che è anche diversa da Regione a Regione. Mi riferisco, ad esempio, all'insufficienza dei servizi: negli ultimi anni abbiamo assistito ad una costante riduzione della rete dei consultori e delle loro funzioni, in particolare in alcune Regioni; c'è anche un evidente parallelismo tra la minore presenza di questi servizi materni ed infantili nel Sud e nelle isole ed un maggiore tasso di mortalità neonatale ed infantile; in queste Regioni, poi, sono più numerosi i bambini che nascono sotto peso e si ricorre molto meno all'allattamento al seno. Sono tutti fattori che incidono negativamente sulla salute delle madri e dei bambini.

Nella precedente legislatura, con il Governo Prodi, era stato presentato alla Camera un disegno di legge di iniziativa governativa, il n. 1923, che aveva per titolo «Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato» e che tuttavia non ha potuto essere approvato a causa dell'interruzione della legislatura stessa. Inoltre, si era aperto un dibattito tra le componenti delle Commissioni parlamentari sulla inadeguatezza dei servizi di assistenza al parto. Nell'aprile del 2008, con decreto dell'allora Presidente del Consiglio dei ministri, sono stati presentati gli aggiornamenti ai LEA e, all'articolo 37, comma 3, è previsto che il Servizio sanitario nazionale garantisca procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto, nelle strutture individuate dalle Regioni all'interno di appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse. Nel giugno 2008 c'è però stato riferito dal ministro Sacconi che questi livelli essenziali di assistenza, non essendo finanziati, non sono applicabili e sappiamo che su una modifica dei LEA si è aperto un tavolo con le Regioni. Una cosa è chiara: se i LEA non saranno finanziati, le donne continueranno a partorire con dolore e 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 l'utilizzo dell'epidurale.

Ciò che chiediamo al Governo, signor Presidente, è prima di tutto di 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 materna e neonatale e ad effettuare una rilevazione dei costi relativi a tale pratica e un censimento delle strutture abilitate; a promuovere campagne informative volte a rendere più consapevoli delle proprie scelte le donne che ricorrono al parto cesareo; a promuovere un'appropriate assistenza alla nascita, tutelando i diritti e la libera scelta della gestante; ad assicurare la tutela della salute materna, il benessere del nascituro e quello delle famiglie nell'esperienza della genitorialità; a ridurre i fattori di rischio di malattia pre e postconcezionali del nascituro attraverso appropriati interventi preventivi; a potenziare l'attività dei consultori familiari, ad assicurare la qualità dell'assistenza ostetrica e pediatrico-neonatologica nel periodo perinatale; a contrastare le disparità territoriali e sociali in ordine all'accesso ai servizi per la tutela materno-infantile, anche per la popolazione immigrata - a questo proposito vorrei chiedere di prevedere 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 corsi di accompagnamento alla nascita; 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.

Signor Presidente, queste sono le questioni che chiediamo di porre al centro del nostro dibattito, ma anche di una politica precisa da parte di questo Governo che dia una risposta vera alle esigenze delle donne del nostro tempo. *(Applausi dai Gruppi PD e PdL).*

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare la senatrice Carlino per illustrare la mozione n. 137.

CARLINO *(IdV)*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, illustro sinteticamente la mozione presentata dal mio Gruppo sul tema del parto cesareo. 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 infatti i tagli cesarei hanno raggiunto percentuali superiori al 35 per cento del totale, con una percentuale vicina o superiore anche al 50 per cento in alcune Regioni, soprattutto nel Sud Italia, quali Campania, Basilicata, Sicilia, Molise, Puglia, Abruzzo e Calabria. Inoltre, 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, si scorgono valori, seppur in aumento, di gran lunga inferiori al dato medio nazionale.

Analizzando i dati relativi al Continente europeo si registra un fenomeno simile di forte crescita, ma si evidenzia una netta differenza con le percentuali riscontrate in Italia; in Europa, infatti, il dato medio ufficiale non raggiunge il 30 per cento dei casi. 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, anche perché nella maggior parte dei casi le donne che partoriscono con il cesareo devono affrontare un ricovero più lungo, a volte più doloroso ed un rischio più alto di infezioni.

Sembra inoltre, da studi recenti non ancora con evidenza scientifica, che i bambini nati con parto cesareo abbiano una maggiore probabilità di soffrire di asma, dovuta alla mancata esposizione ai batteri della mamma, cosa che accadrebbe, invece, nel parto naturale e che provoca lo sviluppo di difese immunitarie più forti. Infatti, analizzando i dati dei parti cesarei programmati prima della trentanovesima settimana, si notano alte percentuali di rischio di problemi respiratori per il neonato.

Purtroppo, spesso la tendenza a preferire il parto con taglio cesareo non avviene per particolari 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 sono 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, o anche perché applicano una sorta di medicina difensiva da eventuali denunce o più in generale da accuse relative a complicanze non classificabili come errori. 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. 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.

Poiché è compito dello Stato, ai sensi dell'articolo 32 della nostra Costituzione, garantire la salute della popolazione e, inoltre, l'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda da sempre la protezione del diritto alla salute tramite politiche pubbliche di attenta programmazione, la mozione 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 rendere 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 preferire il parto naturale, quando non pericoloso per la salute della madre o del bambino; promuovere l'inizio immediato dell'allattamento, favorendo un'educazione della madre nel periodo preparto; assicurare, per il benessere psicologico della donna partorienti, la presenza di una persona, familiare o non, di sua scelta durante il parto; infine, promuovere e garantire l'anestesia epidurale gratuita.

Vi ringrazio, esprimendo l'augurio che la mozione venga accolta. *(Applausi dal Gruppo IdV).*

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione.

È iscritto a parlare il senatore Ignazio Marino. Ne ha facoltà.

MARINO Ignazio (PD). Signor Presidente, onorevoli senatrici, senatori, onorevole sottosegretario Roccella, le linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità in materia di gravidanza e parto informano che non c'è alcuna giustificazione, in nessuna regione geografica del mondo, per avere più del 10-15 per cento di parti cesarei.

In ogni luogo l'Organizzazione mondiale della sanità afferma che non c'è alcuna prova avvalorata scientificamente che dopo un primo cesareo sia necessario un ulteriore cesareo per la gravidanza successiva. Sono nozioni che appartengono ad un'altra epoca, quella in cui io studiavo medicina all'università, gli anni Settanta, in cui la regola che si sosteneva era «una volta fatto un cesareo, sempre cesareo». Oggi i dati della letteratura scientifica dicono che la probabilità di rottura dell'utero in donne con una singola incisione trasversa del segmento inferiore dell'utero è del tutto sovrapponibile a quella di donne con utero integro. Dunque, i parti vaginali dopo un cesareo dovrebbero essere incoraggiati e se guardiamo a ciò che accade in altri Paesi, ad esempio negli Stati Uniti, la percentuale di parti naturali in donne che avevano avuto un cesareo alla prima gravidanza è aumentata del 30 per cento dagli anni Ottanta agli anni Novanta.

La realtà nel nostro Paese va purtroppo nella direzione opposta. In Italia si registra il più alto numero di cesarei in Europa e vantiamo il secondo posto nel pianeta, dopo il Brasile. Va tuttavia sottolineata una differenza marcata tra le varie Regioni con situazioni davvero difficili da giustificare: in Campania si ricorre al cesareo nel 60 per cento dei parti, in Basilicata nel 54,4 per cento, in Sicilia nel 52,4 per cento. Non possono essere solo le motivazioni mediche a giustificare

questi numeri, ma ormai la prassi è talmente consolidata e radicata anche sotto il profilo culturale che molte donne preferiscono il taglio cesareo; addirittura lo chiedono perché sono convinte erroneamente che si tratti di un parto più sicuro. Sono credenze che non hanno alcun fondamento, dato che il rischio di mortalità materna per cesareo è di tre-quattro volte superiore rispetto al parto vaginale: chi mi ha preceduto ha sottolineato molto bene che si tratta di un intervento chirurgico. Inoltre, non è nemmeno paragonabile il tempo di recupero dopo il parto per una donna che ha subito un taglio chirurgico, che spesso non riesce ad alzarsi dal letto prima di ventiquattr'ore e a tenere in braccio il proprio bambino. La degenza media è infatti superiore e la donna deve rimanere in ospedale tre o quattro giorni invece di tornare a casa con il suo bambino nel giro di quarantott'ore.

Spesso sono gli stessi medici che assecondano le richieste delle donne e optano per la soluzione chirurgica più per comodità, per evitare le complicanze o la lunga durata di un travaglio naturale, che per una reale esigenza di tipo clinico. Infatti, fino a qualche anno fa si poteva trovare scritto in cartella clinica «parto cesareo per desiderio della donna». Il fenomeno è noto, ma fino a questo momento non vi è stata alcuna politica di intervento efficace per tentare di ridurre il numero dei cesarei, perlomeno nelle Regioni del Meridione. Si parla di fattore geografico e di fattore organizzativo. Questo significa che si ricorre maggiormente al cesareo nelle Regioni del Sud, dove ci si rivolge frequentemente alle strutture private accreditate. E va da sé che per queste strutture sia economicamente più interessante optare per il cesareo: sono interventi programmabili, non c'è bisogno di personale disponibile per i turni di notte e nei giorni festivi, inoltre, il rimborso da parte del Servizio sanitario regionale per il cesareo è nettamente superiore rispetto al parto naturale. Che non si tratti di una decisione basata solo su valutazioni cliniche è confermato dal fatto che negli ultimi anni in Italia i parti naturali sono aumentati significativamente nelle Regioni che hanno introdotto dei meccanismi di incentivazione per i parti naturali e di disincentivo per i cesarei.

Appare ormai urgente intervenire in maniera incisiva per imporre un'inversione di tendenza. Il primo passo, indispensabile nell'ottica di un cambiamento, riguarda una maggiore informazione rivolta alle donne in gravidanza rispetto al parto e ai diritti che si possono esercitare. Il cesareo non è quasi mai la prima opzione per una donna, ma una soluzione accettata nel momento in cui il medico la prospetta come migliore e più sicura. È invece importante che la donna abbia la consapevolezza che il parto naturale è sempre l'opzione migliore, così come lo è l'allattamento al seno e la presenza del bambino nella stanza con la mamma dal momento del parto e per tutta la durata della permanenza in ospedale o nella clinica.

Spesso nella richiesta da parte delle donne di sottoporsi al taglio cesareo vi è anche una seconda componente psicologica molto comprensibile, che riguarda la paura del dolore nella fase del travaglio. Questo aspetto potrebbe essere facilmente affrontato con risposte concrete, se solo si fornissero su tutto il territorio nazionale le risorse necessarie ad un parto indolore. Le tecniche esistono e sono ormai largamente diffuse e consolidate. Vengono usate, per esempio, in Paesi come la Gran Bretagna e la Francia nel 70 per cento dei parti e negli Stati Uniti la percentuale arriva al 90 per cento; in Italia purtroppo siamo fermi, con i dati del 2001, al 3,7 per cento. In alcune Regioni per poter eseguire il parto con l'epidurale ci si deve allontanare di centinaia di chilometri e in altre il servizio viene assicurato solo a pagamento.

Per concludere, vorrei sottolineare che con la mozione che presentiamo oggi, illustrata dalla senatrice Bassoli, chiediamo che il Governo si impegni a fare un serio e costante monitoraggio dei parti cesarei, a promuovere il ricorso al parto naturale e a rendere effettivo il servizio del parto senza dolore su tutto il territorio nazionale. *(Applausi dal Gruppo PD e delle senatrici Bianconi e Boldi).*

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Bugnano. Ne ha facoltà.

BUGNANO (IdV). Signor Presidente, onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghi, a partire dalla fine degli anni Cinquanta abbiamo assistito indubbiamente ad un progressivo aumento dei parti cesarei e quindi ad una progressiva confluenza dell'evento nascita verso le strutture ospedaliere. La nascita per secoli, storicamente, è stata una presenza quotidiana nella vita sociale, un momento impegnativo, ma che era vissuto da intere famiglie in modo unitario e con una *affectio* particolare. Tutti erano protagonisti al momento della nascita di un bambino, non solo la mamma e il bambino ma intere famiglie.

Il progressivo aumento dei parti cesarei è un dato oggettivo, come è stato ricordato in tutti gli interventi precedenti. In alcune Regioni il dato è ancora più importante, in altre un po' meno, però indubbiamente il dato nazionale indica che ormai da tanti anni è aumentato il ricorso al parto cesareo, al parto medicalizzato. Ebbene, questo incremento del parto cesareo ha portato sicuramente a dimenticare le sensibilità del neonato e della partoriente ed a far sì che la donna svolga poco più che un ruolo passivo nella nascita del proprio figlio. Le motivazioni sanitarie che forse vi erano qualche tempo fa e che erano sostanzialmente legate a precarie condizioni igienico-

sanitarie ormai, forse tranne che in rarissimi casi, sono superate. Quindi oggi le motivazioni che portano una donna ad usufruire del parto cesareo anziché procreare naturalmente sono legate sostanzialmente all'età della donna, che molto spesso ha posticipato il momento in cui decide di avere un figlio, e anche a un'esigenza di tranquillità nel momento della nascita del figlio, cioè al fatto che il figlio non rischi nulla nel momento in cui nasce.

La nascita, di fatto, è diventata anziché un evento come quello che ho descritto prima, un evento sostanzialmente medico. L'idea di queste mozioni, una delle quali è stata presentata dal Gruppo dell'Italia dei Valori ed illustrata poco fa dalla senatrice Carlino, è far sì che i servizi di maternità (quindi riguardanti il periodo prenatale e postnatale e il momento del parto) accompagnino la donna in un percorso facilitato verso la nascita, ma lasciando intatti tutti gli aspetti affettivi, importanti nella venuta al mondo di un bambino e che invece, con il parto cesareo, scemano.

È fondamentale promuovere un cambiamento, soprattutto e innanzi tutto nella cultura delle donne, degli uomini e anche dei medici, se mi permettete di aggiungerlo, perché anche questi ed il personale infermieristico specializzato devono sostenere la donna, invogliandola verso un parto naturale - ovviamente là dove non vi siano controindicazioni di tipo medico - e non verso percorsi di tipo diverso.

Possiamo dire tutti che il parto è l'esperienza più alta della vita della donna e sicuramente anche del padre, quindi dell'uomo: pertanto non va sprecata, ponendo attenzione a tutti i momenti che la compongono (dal parto al parto, al postparto).

C'è un'ultima considerazione che vorrei fare, relativamente ad uno degli altri temi proposti dalle mozioni presentate e illustrate, ossia la sofferenza della donna nel parto naturale, che molte donne non si sentono di affrontare: l'anestesia peridurale. Per facilitare parti fisiologici e nello stesso tempo venire incontro alle esigenze di quelle donne che hanno una soglia di sofferenza più bassa o non si sentono di affrontare il dolore nel momento del parto, credo sia una buona cosa consentire loro di usufruire dell'anestesia peridurale, inserendola nei livelli essenziali di assistenza e facendola rientrare nell'offerta del servizio sanitario nazionale. Ciò permetterebbe di contemperare l'esigenza di favorire il parto fisiologico di cui ho parlato con quella di non spaventare donne che temono il dolore di quel momento (anche se in fondo esso è piacevole, in quanto finalizzato alla nascita di un bambino). In questo modo, si potrebbero dunque contemperare le due esigenze. (*Applausi dai Gruppi IdV e PD*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Poretti. Ne ha facoltà.

PORETTI (PD). Signor Presidente, mi deprime intervenire oggi su questa tematica: la depressione non sarà una categoria politica, ma esprime il senso di disagio di una donna italiana che nel 2009 deve affrontare il tema dell'essere donna in Italia. Evidentemente c'è qualcosa che non va.

Non è un caso che siamo le ultime in Europa quanto ad accesso al mondo del lavoro; non riusciamo neppure a lasciare il nostro cognome ai figli, se non attraverso *escamotage* incredibili; abbiamo le leggi più violente che entrano nel nostro corpo, come la n. 40 del 2004, sulla procreazione medicalmente assistita; stiamo negando perfino l'accesso all'aborto farmacologico, perché solo quello chirurgico può criminalizzarci meglio; e stendiamo un velo pietoso sull'aborto terapeutico.

Siamo ancora qua, con alcune mozioni, ad affrontare temi come quello dell'abuso del ricorso al taglio cesareo, che va ovviamente in coppia ed è una conseguenza della negazione del parto senza dolore. Troppo facile il richiamo al rispetto letterale del precetto biblico «partorirai con dolore»: troppo facile e semplice. Non basta, e c'è di più. C'è una società maschilista e patriarcale che produce effetti devastanti sul corpo delle donne. Certo, tra i fattori socio-culturali non possono non influire quelli della religione cattolica, prevalente in Italia, che è sicuramente maschilista.

Che spiegazione si può dare ai dati che abbiamo davanti e che sono stati ricordati fino ad ora? Intanto dobbiamo riferirci a dati dell'ISTAT del 2001, che rilevano che solo il 3,7 per cento di donne ha fatto ricorso all'epidurale, quindi ad un parto senza dolore, contro le percentuali nemmeno paragonabili degli altri Paesi: il 70 per cento in Francia e Gran Bretagna, il 90 per cento negli Stati Uniti. Siamo forse diverse noi, donne italiane? Vogliamo patire durante il parto e, invece, le altre donne del mondo europeo e del mondo no? C'è qualcosa che non va ed è abbastanza evidente.

Alla fine del 2008 è stata condotta un'indagine nei reparti di ostetricia italiani, come rileva la rivista scientifica «Acta anaesthesiologica italica», che infatti conferma che solo nel 16 per cento dei punti nascita in Italia l'analgesia epidurale durante il travaglio da parto è offerta 24 ore su 24 e senza costi per l'utenza: ripeto, solo nel 16 per cento delle strutture. Nel 27 per cento degli ospedali l'epidurale viene applicata saltuariamente e con limiti organizzativi. Ad esempio, a Firenze, l'epidurale è praticata in un solo ospedale, con limiti enormi.

Ebbene, noi siamo ancora qui ad affrontare il problema, così come hanno fatto il Comitato nazionale di bioetica nel 2001 e la Camera dei deputati nel 2004 con alcune mozioni e nel 2008 con la legge sul parto e i LEA (poi scomparsi).

E allora torno, per concludere, alla mia depressione politica e personale di donna italiana che, solo grazie ad un amico anestesista, letteralmente buttato giù dal letto con una telefonata alle 2 di notte, non ha partorito nel dolore e ha rischiato il parto cesareo, in quanto non in grado di sopportare quel dolore (in quelle condizioni, il cesareo era per me l'unica alternativa). Soltanto grazie ad un amico ho potuto vivere con serenità e tranquillità il momento in cui ho visto mia figlia per la prima volta. Nel frattempo tutte le altre donne, anche in quell'unico ospedale dove in qualche modo l'epidurale è garantita, urlavano e molte ancora oggi continuano ad urlare e a vedere per la prima volta il loro figlio in un bagno di lacrime che spesso le fa desistere dall'avere un secondo figlio. *(Applausi dal Gruppo PD)*.

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Boldi. Ne ha facoltà.

BOLDI (LNP). Signor Presidente, colleghi, onorevole Sottosegretario, l'Italia effettivamente detiene oggi quasi il primato di parti cesarei nel mondo occidentale, con il 38,3 per cento. Non solo, ma negli ultimi anni i cesarei sono triplicati, attestandosi su percentuali del 50-60 per cento. Di questi la maggior parte - è stato già ricordato da altri colleghi - si registra nel Sud dell'Italia e soprattutto nelle cliniche private, dove 6 bambini su 10 nascono con il parto cesareo. Ciò che fa veramente specie è che, almeno nel 50 per cento di quei casi (è testimonianza delle partorienti), non viene nemmeno spiegato chiaramente il motivo per cui si ricorre al parto cesareo. Questo naturalmente quando, come è stato già illustrato da altri colleghi, non è la donna stessa che chiede il cesareo per svariati motivi: la paura di un parto naturale, il fatto di voler programmare la nascita o di ritenere che il bambino corra meno rischi. In realtà, credo sia abbastanza ingiusto allontanare le donne dal parto naturale anche perché nel tempo vi è il rischio assoluto di aumentare ulteriormente nelle donne la paura del parto.

Ci sono tre ordini di problemi per quanto riguarda la scelta dei parti cesarei, soprattutto nel nostro Paese. Intanto vi è un problema culturale e di educazione delle donne e delle partorienti. Partirei quindi da un ragionamento precedente: ho l'impressione che ultimamente sia passato il concetto che la gravidanza non sia un fatto naturale ma uno stato di malattia, cosa che non è nel modo più assoluto. Questo lo si nota perché nel Paese abbiamo una percentuale di gravidanze considerate minacciose che non credo corrisponda al vero. Le vere gravidanze a rischio, in realtà, sono molto ridotte percentualmente rispetto alla quantità totale delle gravidanze. Chiaramente dalla gravidanza a rischio si passa alla necessità del parto cesareo. Questo è un non senso perché sappiamo invece che il parto cesareo ha delle indicazioni molto precise e a quelle ci si dovrebbe attenere.

Ricordava poco fa il senatore Marino nel suo intervento che una delle indicazioni che fino a poco tempo fa era da tutti osservata - vale a dire che se il primo parto fosse stato cesareo necessariamente doveva esserlo anche il secondo - si è dimostrata non corretta successivamente: caso per caso vanno valutate la situazione e la condizione di ogni donna. Senza contare poi che il parto cesareo è a tutti gli effetti un intervento chirurgico, con tutto quello che qualunque intervento chirurgico porta con sé. Quindi, potremmo accettare l'idea che il parto cesareo dia maggiori garanzie per la salute del feto, ma sapendo che pone molto più a rischio la salute della madre. Dovrebbe esserci un cambiamento nell'educazione delle nostre ragazze, delle nostre donne, per arrivare più consapevoli alla gravidanza e al parto.

Il secondo problema reale, sul quale potremo invece incidere più facilmente, riguarda gli ospedali, la diffusione di punti nascita e strutture nelle quali tutto il percorso che ruota intorno al parto possa essere fruibile dalle donne, laddove la situazione appare invece a macchia di leopardo nelle diverse Regioni italiane. Se vogliamo darci una spiegazione del motivo per cui in alcune Regioni meridionali, come la Campania e la Calabria, il ricorso al parto cesareo è maggiore, questa va ricercata anche nella non efficienza di molte strutture sanitarie ostetriche e ginecologiche nel Sud dell'Italia. È già stato citato il problema dei DRG. Questo darebbe anche una spiegazione del motivo per cui, soprattutto nelle strutture private, si preferisce il ricorso al parto cesareo. Fino a quando ci sarà un rimborso economico maggiore per il parto cesareo che per quello fisiologico, infatti, dobbiamo tenere in conto la tentazione di spostarsi sul primo per fare maggiore cassa.

Ancora, abbiamo il problema della diffusione dell'epidurale e la necessità di prevedere questo tipo di anestesia nei livelli essenziali di assistenza. Questo ha un costo molto alto, non tanto se consideriamo il numero di epidurali che possono essere fatte, ma perché, come si evinceva da quanto diceva la senatrice Poretti, introdurre tale tecnica dappertutto significa prevedere un'assistenza 24 ore su 24 con disponibilità 24 ore su 24 di medici ed anestesisti in tutti i punti nascita. Non dobbiamo però nasconderci e tirarci indietro rispetto al problema di dover poi necessariamente individuare delle strutture di riferimento in ogni Regione; se ci basiamo su questo concetto, non può più esistere il piccolo ospedale zonale. Non è cioè pensabile disporre dappertutto di un servizio; andrà pertanto svolta una riflessione molto approfondita su questo aspetto.

Il terzo ordine di problemi riguarda i medici, e mi riferisco a una medicina difensiva. Apparentemente il medico rischia di più in caso di parto vaginale, ma quando effettivamente rischia

di più? Credo rischi di più quando, per qualche motivo, non ha fatto, come doveva, tutte le valutazioni necessarie prima di arrivare al parto. Ad esempio, nelle nostre cliniche universitarie di ostetricia e ginecologia non si insegna più a fare la valutazione del rapporto feto-pelvico, che non necessita di alcuno strumento particolare, ma semplicemente di un esame di tipo semeiologico. Non si insegnano più tantissime cose che prima si insegnavano e, dirò di più, si insegnavano addirittura ai medici generici, neanche agli ostetrici e ai ginecologi specialisti: ricordiamoci che in Italia per tantissimo tempo c'erano i medici condotti che erano in grado, benissimo, di far partorire le donne. Ora è giusto che non si segua più questa strada, però cerchiamo almeno di preparare degli specialisti in grado di fare tutto ciò che devono. Anche su questo aspetto va fatta una riflessione; quando avremo affrontato tutti questi argomenti potremo rivolgere al Governo tutte le richieste contenute nella mozione.

Deve esserci un grosso impegno da parte delle Regioni, che sono a questo punto le responsabili dell'assistenza sanitaria, ma anche - lo ripeto - un importante e corale impegno di tipo culturale. Questo è il motivo per cui credo sia molto significativo parlare di questi temi anche in un'Aula parlamentare. Infatti, anche dall'approvazione di queste mozioni, nonché dalla collaborazione con l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, con la *partnership* dell'OMS, da cui è nata la nostra mozione, potrà venire un contributo per migliorare la situazione non solo italiana, ma mondiale della salute delle donne, specialmente in rapporto al percorso dal parto alla nascita. *(Applausi dal Gruppo PdL)*.

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Carloni. Ne ha facoltà.

CARLONI (PD). Signor Presidente, sempre più spesso Senato e Camera discutono e approvano mozioni che fanno riferimento alla salute delle donne spingendo all'assunzione di un punto di vista di genere nella pratica medica e nell'organizzazione della sanità pubblica e sempre più spesso tali mozioni incontrano e sollecitano un interesse che supera ogni logica di parte e che insiste sulla necessità di innovazione, sia scientifica sia gestionale, perseguendo il benessere delle persone, in questo caso delle donne e dei nuovi nati.

È il caso delle mozioni che oggi stiamo discutendo, che parlano tutte lo stesso linguaggio. Con riferimento particolare alla mozione che vede come prima firmataria la senatrice Bianconi, vorrei esprimere il mio apprezzamento e la speranza che il Governo, conseguentemente, assuma le indicazioni proposte, a cominciare appunto dalla diffusione del sistema analgesico peridurale di cui tanto si è discusso.

La mia Regione, la Campania, ha in Italia il primato negativo del ricorso al parto cesareo. Tutti i dati in nostro possesso fanno registrare un eccesso di medicalizzazione dell'evento nascita. La percentuale di nati con taglio cesareo, pari al 63 per cento, non è certo spiegabile con specifiche caratteristiche delle partorienti o dei neonati napoletani. Inoltre, il ricorso al taglio cesareo è meno frequente nelle strutture pubbliche, come è stato qui detto, rispetto a quelle private. Nel caso campano, però, e nel caso delle private il dato è pari al 72,6 per cento e qui, paradossalmente, si concentra la maggioranza dei parti a più basso rischio.

Le caratteristiche di questa vera e propria epidemia, che ha visto una crescita esponenziale del fenomeno (passato dal 20 per cento del 1990 al 61,5 per cento del 2006), sono tali da avere sollecitato allarme e reazione a vari livelli, a cominciare dalle *élites* femminili più consapevoli e dagli operatori sanitari più responsabili. In questi anni è cresciuta una forte volontà di contrasto, che ha trovato il suo centro propulsore nell'attività della dirigenza femminile della Regione Campania e nelle iniziative della giunta. Ora, per il secondo anno consecutivo, rileviamo una lieve riduzione della proporzione, pari all'1 per cento, di nati con taglio cesareo. Si tratta di una riduzione di entità molto modesta e certamente ancora non significativa al fine di aggredire e abbattere una *malpractice* di proporzioni così importanti.

Tuttavia, mi interessa portare all'attenzione un fatto reale e cioè che, finalmente, l'azione di contrasto da parte del governo regionale è sistematica, coerente e determinata e che si è almeno interrotto un ciclo di crescita esponenziale. Quanto accade è che, almeno una volta all'anno, in occasione della pubblicazione del rapporto sulla natalità e nati-mortalità in Campania per iniziativa della Regione, il tema è portato all'attenzione della pubblica opinione sottoponendo l'azione degli amministratori pubblici a verifiche stringenti nel raggiungimento degli obiettivi definiti nelle linee guida regionali. Infatti, dal dicembre 2007, la Giunta si è dotata di un atto di indirizzo per la promozione del parto fisiologico che migliorava e rafforzava precedenti linee guida per la riduzione dell'incidenza del parto cesareo, anche alla luce di un pronunciamento di sospensiva del TAR Campania sulle metodologie sanzionatorie di regressione tariffaria adottate in precedenza dalla Regione per quelle prestazioni di ricovero per parto cesareo che più clamorosamente si scostavano dagli standard nazionali.

Il nuovo atto assume, diversamente, un sistema di disincentivi più appropriato sulla base di indicatori e codici di rischio ampiamente validati. Se però è vero che misure di disincentivo

economico sono importanti, tuttavia abbiamo ben chiaro che da sole esse non fanno una strategia vincente. Infatti, l'epidemia campana non è riconducibile esclusivamente al sistema dei DRG, ai rimborsi ed alla fame di cassa. È ovvio che questi interventi dall'alto non bastano a risolvere un problema che è anche culturale e che si lega alle carenze organizzative e strutturali note. Occorre quindi intervenire prioritariamente per dare alle donne un'informazione corretta.

A questo proposito, un dato critico molto significativo è quello che vede solo una gestante su dieci partecipare ai corsi preparto. L'informazione alle donne, l'impegno di tutti gli operatori nei centri nascita (a cominciare dalle ostetriche oltre che dai ginecologi), la discussione, la valutazione e la diffusione di pratiche efficaci, l'apertura di case di maternità (cui si sta provvedendo), il ruolo dei consultori, il potenziamento del sistema informativo sulla natalità e una strategia integrata in tal senso costituiscono le chiavi di volta di una realtà certamente grave, che domanda l'impegno di tutti, ciascuno in proporzione al suo livello di responsabilità e di potere. *(Applausi dal Gruppo PD e delle senatrici Bianconi e Boldi).*

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Rizzotti. Ne ha facoltà.

RIZZOTTI (PdL). Signor Presidente, onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghe e colleghi, come è già stato detto, l'Italia è il Paese con il più alto numero di parti con taglio cesareo dell'Unione europea. I risultati delle indagini confermano un incremento dei numeri relativi alla quota dei cesarei che, pure aumentando in modo generalizzato su tutto il territorio, raggiunge livelli particolarmente elevati nell'Italia meridionale e insulare.

L'incidenza di parti cesarei, come è stato già detto, è particolarmente alta nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche. Fondamentali per ridurre il ricorso improprio al taglio cesareo sono una corretta valutazione del rischio e la promozione di specifici percorsi assistenziali differenziati per il profilo di rischio.

La tutela della maternità va affrontata attraverso l'adozione di tutti i provvedimenti che garantiscano alle donne di essere salvaguardate sia nel momento in cui affrontano la gravidanza, sia quando affrontano i problemi connessi al parto.

Occorre contrastare le diseguità territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno-infantile anche per la popolazione immigrata attraverso l'adozione di modelli basati sull'offerta attiva, migliorando la fruibilità dei servizi da parte della popolazione più svantaggiata e prevedendo l'attuazione di programmi di assistenza socio-sanitaria di mediazione culturale per le donne immigrate e una specifica intesa con le Regioni.

La corretta valutazione dei rischi in cui incorre la donna nel corso della gravidanza ed in occasione del parto rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze. Pertanto, occorre provvedere alla classificazione del rischio al momento del ricovero a cui devono conseguire specifici percorsi assistenziali differenziati per profilo di rischio.

La valutazione del profilo deve essere effettuata sulla base di criteri (fattori biologici, sociali, psicologici) condivisi dall'*équipe* assistenziale (ostetrico, ginecologo, neonatologo, anestesista ed eventuali altri specialisti coinvolti nell'assistenza della gestante) e accuratamente riportati nella documentazione clinica. Deve, inoltre, essere caratterizzata da un processo di rivalutazione continuo e dinamico che non può in ogni caso sostituire un'adeguata e continuativa sorveglianza della donna e del feto nel corso del travaglio.

L'eccessivo ricorso al taglio cesareo costituisce tuttavia un fenomeno complesso e richiamerò in modo schematico alcuni fattori esplicativi.

Con riferimento ai fattori clinici, valori così elevati non sembrano giustificati da una maggiore frequenza delle condizioni cliniche (ritardo di crescita intrauterina, patologie della placenta, sproporzione feto-pelvica, gravidanze multiple ed altro) che, correttamente, possono rappresentare un'indicazione ad assistere il parto con taglio cesareo.

Importante è poi il contesto sociale, culturale e sanitario nel quale la donna vive la sua esperienza riproduttiva. L'aumento di età delle donne alla nascita dei figli incide sul loro comportamento nel corso della gravidanza. Tra le donne che decidono di avere un figlio in una fase avanzata della vita si registra un più elevato livello di informazione e una maggiore capacità di autodeterminazione sulle scelte da compiere durante la gravidanza e al momento del parto. Non di meno, gli stessi fattori sono alla base di un'eccessiva medicalizzazione e di un sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche, che rischiano di trasformare gravidanza e parto da eventi naturali in eventi patologici.

Esiste, inoltre, un evidente fattore geografico per cui si registra una maggiore intensità del fenomeno in molte Regioni del Centro e ancora di più del Sud, in cui l'eccesso si riscontra sia nelle strutture pubbliche, che in quelle private accreditate. Le Regioni meridionali e insulari presentano dati peggiori di quelle centrali e settentrionali per quanto concerne il ricorso al parto cesareo e

all'anestesia generale, il tasso di mortalità neonatale e infantile, il basso peso alla nascita, il ricorso all'allattamento al seno.

Nell'ambito di tale concentrazione geografica, si evidenzia tuttavia un fattore organizzativo costituito dalla maggiore diffusione del taglio cesareo nelle strutture private accreditate con particolare criticità in quelle della Campania.

Altrettanto importanti sono poi i fattori sanitari costituiti dalla variabilità del comportamento dei singoli medici anche operanti in simili condizioni organizzative o, a volte, nella stessa struttura sanitaria; dalla relazione medico-paziente-*équipe* sanitaria; dalla completa informazione e preparazione che il personale sanitario fornisce alle pazienti; dalla eccessiva medicalizzazione del percorso nascita.

Non tutti gli ospedali possono fornire un livello di sicurezza e non tutto il personale ostetrico è disponibile ad affrontare un aumento del rischio. Dato che la maggior parte degli ospedali non tutelano il medico in caso di complicazioni, i medici preferiscono il cesareo per evitare problemi legali nel caso si verificasse qualche complicazione e inconveniente durante il parto. Potrebbe esistere una correlazione tra i tassi elevati e l'inadeguatezza delle strutture sanitarie nelle Regioni.

Il primo cesareo rende più a rischio la donna che incorre nella seconda gravidanza, secondo un pensiero ormai largamente abbandonato, costringendola per i parti successivi ad altrettanti cesarei. C'è comunque un incremento della richiesta materna di taglio cesareo, nonché un incremento di gravidanze da tecniche di procreazione medicalmente assistita che, di conseguenza, porta un incremento di gravidanze multiple. La gravidanza multipla implica, comunque, un'indicazione al taglio cesareo. Non ultimo, le assicurazioni private rimborsano il parto con taglio cesareo ma non le spese di parto naturale.

La realtà è che il parto, a differenza della gravidanza, fa un po' più paura a tutte le donne, sia a quelle che partoriscono per la prima volta che a quelle che sono già mamme. Mentre la gravidanza rientra tra quei fenomeni vissuti in modo soggettivo da ciascuna donna, il parto per alcune può diventare un pensiero fisso per tutto il tempo della gravidanza e in questo caso poter utilizzare l'anestesia peridurale renderebbe sicuramente le donne più serene. Un clima di maggiore serenità indurrebbe qualsiasi futura mamma ad evitare condizionamenti da racconti altrui o retoriche da copertina. Un parto naturale, a differenza di un cesareo, consentirebbe di proseguire il normale corso della natura non solo nella gestazione ma soprattutto fino alla sua conclusione e, quindi, alla nascita, ove possibile naturalmente, quando non ci sono motivi e criteri che dettano veramente l'intervento chirurgico. Infatti, il parto cesareo è un evento traumatico come qualsiasi altro intervento chirurgico e, come tale, andrebbe evitato se non strettamente necessario. Il cesareo dovrebbe essere consigliato e adottato solo per motivi di necessità e urgenza o all'insorgere di complicazioni.

Pertanto, credo che il Parlamento ed il Governo abbiano il dovere di intervenire presso le Regioni per cercare di arginare questa tendenza delle donne italiane al ricorso al parto cesareo, informandole anche su altre tecniche che inducono il parto naturale e presentando tutti gli aspetti determinanti nella scelta che ogni gestante è chiamata a fare al momento del parto, fornendo ogni elemento utile a valutare bene e soprattutto capire quando il cesareo è davvero necessario e quando invece è meglio addirittura evitarlo. Dopo una corretta informazione e una seria assistenza alle donne, le stesse donne, sentiti i consigli e i suggerimenti di quanti le assistono, potranno liberamente e più serenamente scegliere come partorire, fatti salvi, ovviamente, i casi di urgenza e di necessità o l'insorgenza di complicanze in cui tale libera scelta non può essere attuata.

Perciò, proprio per consentire al Governo di adottare tutti i provvedimenti che possono garantire alle donne di essere salvaguardate, sia quando affrontano la gravidanza sia quando devono tutelare il loro diritto alla vita e ad una maternità serena e responsabile, ritengo assolutamente inderogabile convenire con i richiami contenuti nelle mozioni che stiamo esaminando.

Tutte le donne andrebbero preservate da implicazioni o rischi che possono intervenire in prossimità del parto e ciò dovrebbe avvenire in maniera non difforme sul territorio nazionale, senza differenziazioni tra diverse aree del Paese. Dovremmo riuscire a divulgare le tecniche e le tradizioni migliori laddove ancora non ci sono, anche in tema di preparazione al parto. Allo stesso modo i medici dovrebbero avere tutti la stessa sensibilità, al Nord, al Sud, come al Centro e nelle Isole, ed essere in grado di praticare uniformemente in Italia, e non di meno eticamente ed efficacemente, le stesse pratiche diagnostiche e terapeutiche di documentata efficacia e di estrema attualità per la sanità pubblica, per la salute delle donne e quella dei neonati. Non è più tollerabile, infatti, che una donna, a parità di condizioni cliniche, possa ricevere cure differenti e partorire in maniera differente a seconda del luogo presso il quale viene assistita. Occorre contrastare fortemente le diseguità territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno-infantile per tutte le donne italiane ma anche per le donne immigrate, per garantire a tutte l'adozione dei medesimi modelli assistenziali.

In conclusione, per ridurre il ricorso improprio al cesareo, sarebbe necessario costituire un gruppo multidisciplinare composto da ostetrici, ginecologi e ricercatori in sanità pubblica e, secondo la guida del Ministero del lavoro, salute e politiche sociali, predisporre linee guida cliniche italiane migliorative rispetto a quelle già esistenti sul parto cesareo, linee guida cliniche al parto spontaneo, materiale informativo per le donne in stato interessante su vantaggi e svantaggi riportanti le diverse modalità di parto naturale, da distribuire presso consultori, ambulatori pubblici e privati, corsi preparto e quant'altro.

Sono infatti convinta che un buon livello di informazione, oggi ancora limitato, non potrà non indurre ciascuna donna in stato di maternità a fare le scelte migliori per sé e per il suo bambino. (*Applausi dal Gruppo PdL e della senatrice Carloni*).

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.

Ha facoltà di parlare la rappresentante del Governo, alla quale chiedo di esprimere il parere sulle mozioni presentate.

ROCCELLA, *sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali*. Signor Presidente, vorrei innanzi tutto ringraziare le senatrici e i senatori che hanno proposto le mozioni all'ordine del giorno, perché tra ieri e oggi abbiamo finalmente portato in quest'Aula temi, come quello della maternità, che raramente vengono affrontati nelle Aule parlamentari e che invece dovrebbero essere senz'altro esaminati. Infatti, se vogliamo dare concretezza all'idea del valore sociale della maternità, non possiamo tenerli lontani dal cuore della politica.

La tutela della maternità e la promozione dell'appropriatezza del percorso nascita costituiscono per il nostro Ministero un impegno di valenza strategica, che si è già concretizzato in numerose iniziative. Tra le cause della crescita esponenziale del ricorso al parto cesareo negli ultimi 15 anni vanno certamente comprese l'eccessiva medicalizzazione della gravidanza e la sovrautilizzazione delle prestazioni diagnostiche nella gravidanza fisiologica come conseguenza indiretta dell'impoverimento dei saperi femminili e della competenza materna. Penso, ad esempio, alla difficoltà con cui si è tornati all'allattamento al seno, oggi raccomandato da tutti gli organismi internazionali, dopo che negli anni Cinquanta era stato fortemente promosso dalla classe medica l'allattamento artificiale; penso anche ad una visione dell'emancipazione femminile non come valorizzazione della differenza, ma come un appiattimento sul modello maschile e quindi sul modello di un corpo che non genera.

Tra le cause dell'aumento del ricorso ai parti cesarei vi è anche la carenza di informazioni e di consapevolezza tra le donne con un ridotto livello di istruzione, soprattutto tra quelle residenti al Sud, come si può rilevare dalla scarsa frequenza ai corsi di preparazione alla nascita, con notevoli differenze per area geografica; la parcellizzazione dei punti nascita (ve ne sono troppi sotto i 500 parti, anche qui soprattutto al Sud). L'aumento del ricorso al taglio cesareo si registra soprattutto tra le donne di età avanzata e tra quelle che partoriscono nelle strutture sanitarie private.

In merito all'eccessivo ricorso a prestazioni diagnostiche in gravidanza, presso questo Ministero è attualmente operante un tavolo tecnico, istituito al fine di verificare l'applicazione del decreto del Ministro della sanità 10 settembre 1998, di aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995. Nell'ambito dei lavori sono state formulate anche alcune proposte di modifica degli allegati A e B del medesimo decreto ministeriale 10 settembre 1998 (riguardanti gli accertamenti in gravidanza esenti da ticket), che seguono le più recenti evidenze scientifiche, in sintonia con le linee guida sulla gravidanza fisiologica che stanno per essere predisposte da un *panel* di lavoro presso l'Istituto superiore di sanità (dovrebbero uscire ad ottobre).

L'approccio ad un problema di natura così complessa prevede quindi interventi multipli, con una sinergia tra diversi attori istituzionali e professionali, allo scopo di promuovere interventi di sanità pubblica finalizzati al contenimento del fenomeno e al recupero dell'appropriatezza della pratica clinica. Al riguardo è in corso di predisposizione presso questo Ministero, in attuazione dell'articolo 79 del decreto-legge n. 112 del 25 giugno 2008, convertito con modificazioni dalla legge n. 133 del 6 agosto 2008, un decreto ministeriale finalizzato all'individualizzazione da parte delle Regioni delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza.

È fondamentale ricordare l'accordo del 25 marzo 2009 sancito da Governo e Regioni che definisce gli obiettivi del Piano sanitario nazionale 2009, con cui si promuove l'appropriatezza del percorso nascita favorendo il parto naturale, con la garanzia per ogni parto dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza ostetrica e pediatrica-neonatologica e della massima corrispondenza tra necessità assistenziali della singola persona, appropriatezza ed efficacia delle cure erogate e l'offerta dei servizi ostetrici e pediatrici-neonatologici nella rete regionale.

Il secondo punto dell'accordo prevede l'umanizzazione dell'evento nascita per effetto del miglioramento dell'assistenza ostetrico e pediatrica-neonatologica, l'espletamento del parto indolore, l'allattamento materno precoce e il *rooming-in*.

La Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza ha predisposto il documento "Controllo del dolore durante il travaglio ed il parto vaginale tramite procedure analgesiche", con il quale si sono volute definire le modalità operative per praticare l'analgesia nel quadro di un articolato programma di assistenza alla gravidanza, in accordo con i principi espressi nell'ambito del Piano sanitario nazionale 2006-2008.

E' fondamentale, quindi, individuare e condividere, a livello nazionale e regionale, le regole con le quali le diverse professionalità operanti nel sistema si possono confrontare, sulla base delle rispettive competenze. Il dolore fisiologico del parto va inteso come condizione dolorosa diversa da quella conseguente a condizioni patologiche. La gravidanza - è stato ricordato anche in quest'Aula - non è una condizione patologica. L'analgesia, come peraltro ogni preparazione al parto, dovrebbe far parte di un programma di assistenza alla gravidanza, inteso come globalità del nascere, e non piuttosto come evento isolato, spesso oggetto di scarsa informazione, proposta solo in sala parto.

Vorrei ricordare che non sempre l'analgesia epidurale è l'intervento di controllo del dolore più appropriato. Fra l'altro, ha effetti sull'allattamento al seno. Pensiamo che la cosa migliore sia privilegiare sempre il criterio dell'appropriatezza, anche nella lotta al dolore, e quindi il controllo del dolore si può espletare anche attraverso diverse tecniche. Penso, per esempio, ad un Paese come l'Olanda, uno dei più avanzati da questo punto di vista, che ha un'alta percentuale di parti fisiologici e persino di parti a domicilio.

Lo stesso accordo prevede la riduzione della mortalità neonatale e materna, ottimizzando il numero dei reparti pediatrici e dei punti nascita (con la riduzione del numero di punti nascita con meno di 500 parti l'anno), concentrando le gravidanze a rischio, programmando per tempo l'ingresso della partoriente in una struttura di terzo livello e prevedendo inoltre nei punti nascita una guardia medico-ostetrica e pediatrico-neonatologica, attiva 24 ore su 24.

In tutto il percorso assistenziale un'attenzione particolare deve essere posta alla sempre maggiore presenza di donne straniere, soprattutto extracomunitarie, alle quali deve essere garantita la comunicazione interculturale e l'assistenza specialistica per i soggetti affetti da mutilazioni genitali.

Il quarto punto dell'accordo già citato prevede che debba essere favorito il trasporto neonatale, quale componente essenziale di un piano di regionalizzazione delle cure perinatali. Il Ministero intende inoltre prevedere la sperimentazione di un progetto sull'implementazione di percorsi clinico-organizzativi integrati per la promozione dell'appropriatezza nel percorso nascita e la riduzione della pratica del taglio cesareo.

Per quanto riguarda la salute dei bambini fin dai primi mesi di vita, si segnala che questa è stata più volte oggetto di iniziative di informazione e sensibilizzazione da parte di questo Ministero. Ci si riferisce in particolare alla campagna «Genitori più» (realizzata in collaborazione con la Regione Veneto, la Federazione italiana dei medici pediatri e l'UNICEF), avente la finalità di portare a conoscenza dei genitori alcune semplici azioni, da attuare autonomamente, di dimostrata efficacia per prevenire malattie, malformazioni, infezioni, traumi, incidenti, ma anche difficoltà cognitive e relazionali del nascituro. Inoltre, per promuovere l'allattamento al seno, il 6 aprile 2009 si è insediato presso il nostro Ministero il Comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento al seno.

Va però sottolineato che la maggior parte delle misure proposte nelle mozioni in esame appartengono alla diretta competenza regionale, come previsto dall'attuale quadro normativo di livello costituzionale, e pertanto l'azione del Governo può espletarsi solo con la forma dell'invito e del sollecito agli organi regionali competenti. Inoltre, le maggiori risorse da destinare all'implementazione dell'anestesia epidurale negli ospedali dovrebbero derivare da interventi di razionalizzazione ed efficientamento delle attività ospedaliere, i quali devono essere realizzati dalle autorità regionali, in particolare mediante la riconversione dei punti nascita sotto i 500 parti.

Il Governo è favorevole alle tre mozioni presentate, a condizione che vengano apportate alcune modifiche.

Per quanto riguarda la mozione n. 116 (testo 2), di cui è prima firmataria la senatrice Bianconi, al quinto capoverso del dispositivo, il Governo chiede di sostituire le parole: «ad intraprendere azioni al fine di promuovere l'assegnazione» con le seguenti: «ad intraprendere azioni al fine di garantire le procedure analgesiche nel corso del travaglio del parto vaginale nelle strutture individuate dalle Regioni all'interno di apposito programma». Questo in coerenza con la formulazione adoperata nei nuovi LEA e condivisa con le Regioni.

Con riferimento alla mozione n. 135 (testo 2), di cui è prima firmataria la senatrice Bianchi, sempre per motivi riguardanti le competenze regionali, al primo capoverso del dispositivo chiediamo di sostituire le parole: «ad adottare» con le seguenti: «a promuovere».

Al sesto capoverso del dispositivo, chiediamo di sostituire le parole: «a potenziare l'attività dei consultori familiari» con le seguenti: «a promuovere il potenziamento dei consultori familiari».

Al settimo capoverso del dispositivo, chiediamo di sostituire le parole: «a contrastare le disparità territoriali», con le seguenti: «a promuovere azioni volte a contrastare le disparità territoriali».

Infine, all'ultimo alinea della mozione, quando si accenna alle tecniche di analgesia per l'espletamento del parto naturale da inserire fra le prestazioni garantite a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza, chiediamo che la dizione «prestazioni garantite» sia sostituita dalla seguente: «prestazioni offerte».

Con riferimento alla mozione n. 137, di cui è prima firmataria la senatrice Carlino, il Governo chiede di modificare il secondo capoverso del dispositivo, sostituendo le parole: «ad eliminare eventuali tendenze dei medici a favorire il tipo di parto più remunerato», con le seguenti: «a promuovere iniziative atte a contrastare eventuali tendenze dei medici a favorire il tipo di parto più remunerato». Inoltre, il Governo chiede di modificare la lettera d) dell'ultimo capoverso del dispositivo, nel senso di eliminare le parole «e garantire».

PRESIDENTE. Chiedo alle presentatrici delle mozioni se concordano con le proposte di modifica avanzate dalla rappresentante del Governo.

CARLINO (IdV). Signor Presidente, sono d'accordo.

BIANCONI (PdL). Signor Presidente, accetto le modifiche proposte dal Governo.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, accettiamo le modifiche proposte dal Governo perché, nello spirito in cui si è svolta la discussione questa mattina, non vogliamo portare un elemento di rottura nel percorso che ci auguriamo si svolga secondo quanto auspicato in tutti gli intervenuti.

Ci preoccupa però la modifica proposta dalla Sottosegretario alla nostra mozione con cui, relativamente alle tecniche di analgesia per l'espletamento del parto naturale da inserire fra le prestazioni garantite a titolo gratuito nei LEA, si chiede di sostituire la parola «garantite» con «offerte». Intendiamo sottolineare tale aspetto.

PORETTI (PD). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PORETTI (PD). Signor Presidente, ritiro la firma dalla mozione n. 135 e mi dichiaro veramente scandalizzata dalla posizione assunta dal Governo, che avanza la proposta di «promuovere» l'epidurale. Grazie! Se non la garantisce la può pure promuovere! Tutto questo quando la sua maggioranza è assente dall'Aula e a garantire un minimo di presenza a questo dibattito c'è solo l'opposizione. Mi chiedo davvero che brutto gioco sia: è proprio una brutta richiesta di modifica.

PRESIDENTE. Senatrice Poretti, la Presidenza prende atto del ritiro della sua firma.

Prima di passare alla votazione delle mozioni, avverto gli onorevoli colleghi che, in linea con una prassi consolidata, le mozioni saranno poste ai voti secondo l'ordine di presentazione e per le parti non precluse né assorbite da precedenti votazioni.

Passiamo dunque alla votazione delle mozioni.

FOSSON (UDC-SVP-Aut). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FOSSON (UDC-SVP-Aut). Signor Presidente, signori membri del Governo, colleghi, intervengo per sostenere queste mozioni e per dichiarare il mio voto favorevole su di esse.

Ringrazio chi si è occupato della questione e ha portato alla discussione in Aula la problematica dell'aumento a dismisura dei parti cesarei. Il parto cesareo dovrebbe essere una soluzione quando non può espletarsi un parto fisiologico, ma non è più così. L'argomento che voglio sottolineare con il mio intervento è che il parto è un evento fisiologico e a tale dimensione dobbiamo tutti ricondurre la nostra azione: se il parto non è un evento fisiologico, si dà spazio alla medicalizzazione e all'aumento dei parti cesarei.

Perché è aumentato oltre i limiti ragionevoli il ricorso al parto cesareo? Perché questa disparità tra le varie Regioni? Molto è stato detto e non voglio riprendere tutti gli argomenti, ma vorrei sottolineare alla rappresentante del Governo due aspetti.

Il primo è la necessità di definire un percorso-parto cui sottoporsi che non sia un percorso solo medicalizzato (e lo dice un medico). Forse, chi arriva di notte a richiedere una epidurale o una analgesia non si è mai avvicinata a questa possibilità, che viene ormai offerta in tutte le Regioni. In tal senso, sottolineo l'importanza dell'ostetrica: nelle mie valli, per tanti anni, proprio perché il parto era un evento fisiologico, veniva effettuato a domicilio da un'ostetrica. Adesso non è più possibile, ma nella mia Regione, in Valle d'Aosta, abbiamo istituito da alcuni anni un ambulatorio del parto fisiologico, gestito soltanto dalle ostetriche. Spesso il confronto e l'alternanza tra le due figure dell'ostetrica e del medico porta ad una visione errata della dimensione del parto fisiologico; peraltro, l'analgesia, che vi deve essere e deve essere effettuata da un medico, pone la necessità di una definizione più precisa di questi due ruoli.

Il secondo aspetto che voglio sottolineare è il numero di contenziosi sul parto e sul parto cesareo. Forse il provvedimento che stiamo esaminando in Commissione sanità sul rischio professionale potrebbe limitare il ricorso alla medicina cosiddetta difensiva, che forse è anche alla base dell'aumento del ricorso al parto cesareo.

Vorrei concludere dicendo che bisogna riportare il parto nella dimensione di un evento fisiologico e lavorare per questo. Laddove, invece, questa realtà viene medicalizzata diventa facilmente utilizzata in modo diverso e soprattutto esce da un percorso pubblico per entrare in uno privato. In proposito, non è stato detto, ma forse il ruolo dei consultori deve essere rivitalizzato ed essi devono assumere nuova importanza proprio per questi percorsi-parto in cui l'ostetrica è la figura centrale. *(Applausi dei senatori Peterlini e Rizzotti).*

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Carlino. Ne ha facoltà.

CARLINO (IdV). Signor Presidente, colleghi, onorevole sottosegretario Roccella, sul tema della maternità e del parto ci sono tante differenti posizioni e teorie, dalla difesa del parto come evento primordiale e naturale, e quindi tale da non richiedere alcuna interferenza esterna, a quello del parto ipermedicalizzato, il cesareo programmato, anche quando la salute della mamma e del bambino non lo richiedano, praticato e diffuso soprattutto nelle cliniche private, spesso con l'unico scopo di un maggiore guadagno.

Su una cosa penso però che oggi, nel 2009, dobbiamo essere tutti d'accordo, e cioè nel riconoscere alle donne, in questo momento particolare della loro vita, una serie di diritti irrinunciabili, tra cui quello fondamentale di poter scegliere consapevolmente come far venire al mondo il proprio figlio. Ma perché questo sia possibile è necessario che alle donne siano dati tutti gli strumenti per poter scegliere: tutte le informazioni sul parto naturale e i vari tipi di parto naturale, sulle eventuali pratiche analgesiche disponibili e le loro conseguenze, sul parto cesareo e gli eventuali rischi conseguenti per la mamma e il bambino.

L'eccessiva medicalizzazione della maternità ha portato la società a vedere nel parto una patologia da curare e nella donna in stato di gravidanza un malato da monitorare. Per questo si sono moltiplicate le analisi di diagnosi prenatale con strumenti sempre più sofisticati, che spesso superano di gran lunga il numero consigliato, e i parti cesari. Tutto ciò ha tolto alle donne il ruolo centrale che invece hanno in questo evento, anche perché non c'è nascita senza un'accoglienza da parte della donna e senza una simbiosi madre-bambino.

Presidenza del vice presidente NANIA (ore 11,30)

(Segue CARLINO). Le statistiche indicano che le donne più consapevoli e più informate sono in grado di non farsi influenzare troppo dalla pratica medica e dall'ambiente e sanno far valere la propria volontà nel gestire le cure, limitando gli eccessi, in sintonia con le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità. Allora direi che è importante ridare alla donna e al suo senso di responsabilità l'ultima parola.

L'articolo 32 della Costituzione - come ho già sottolineato durante il dibattito - sancisce che è compito dello Stato garantire la salute della popolazione. Una sanità pubblica degna di un Paese che si dice civile deve fare in modo che a tutte le donne, indipendentemente dalle condizioni sociali, vengano dati uguali diritti: diritto alla salute della madre e del bambino, diritto ad un parto consapevole nel rispetto dei propri tempi e delle proprie necessità, diritto all'assistenza psicofisica *pre e post partum*, diritto ad avere tutte le informazioni sui rischi e le conseguenze del parto di cui la donna sarà protagonista.

Visto che siamo nel terzo millennio, cerchiamo di evitare che la frase biblica «tu donna partorirai nel dolore» diventi una condanna, ma che sia eventualmente una scelta, e di fare in modo che l'epidurale, per coloro che vogliono farne uso, sia garantita e gratuita; facciamo in modo che non siano calcoli meramente economici a dettare i tempi e i modi della maternità e del parto.

Se vogliamo realmente difendere la famiglia e se - come dice l'Organizzazione mondiale della sanità - la venuta alla luce di un bambino in una famiglia, nucleare o estesa, è la fase di estensione del ciclo vitale della stessa, è dalla salvaguardia di questo primo nucleo che dobbiamo partire.

Quindi concludo invitando le colleghe e i colleghi a votare a favore della mozione n. 137, da noi presentata, e annuncio, da parte del Gruppo dell'Italia dei Valori, il voto favorevole sulle mozioni nn. 116 e 135, inerenti lo stesso argomento. *(Applausi dal Gruppo IdV e delle senatrici Bianconi e Boldi).*