

# Capitolo 8

## Il percorso nascita

di Francesca Moccia

### 8.1. Il contesto

#### a) *Un dibattito di grande attualità*

Il tema della qualità e della sicurezza dei punti nascita nel nostro Paese e del relativo percorso assistenziale è riemerso con forza nel dibattito pubblico nel corso del 2010, a seguito di numerosi episodi di errori di diagnosi e ritardi nell'assistenza, con conseguenze anche gravi per la salute della partoriente e del neonato, riportati con molta enfasi dalla stampa e vissuti con enorme preoccupazione dai cittadini. Il clamore determinato soprattutto da alcuni casi emblematici ha determinato l'avvio di un dibattito anche al livello parlamentare<sup>26</sup> e governativo, approdato in Conferenza permanente delle Regioni, con l'Accordo del 16 dicembre 2010 sulle nuove Linee di indirizzo per il percorso nascita.<sup>27</sup> Oggetto dell'accordo è un programma nazionale di interventi nel triennio 2010-2012, articolato in 10 linee di azione, da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale (vedi box)

131

**Box 1- Percorso Nascita. Le dieci Linee di azione del programma nazionale di interventi per il triennio 2010-2012**

1. Misure di politica sanitaria
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 SNLG-ISS
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

#### b) *Una pluralità di interventi normativi*

In questo ambito dell'assistenza non sono mancati negli ultimi dieci anni interventi normativi, come:

26 Indagine conoscitiva nell'ambito dell'esame delle abbinate Proposte di legge C. 918 Marinello, C. 1513 Palumbo, C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte e C. 3303 Lucà, recanti "Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato". Camera dei deputati, Commissione XII Affari sociali, seduta di martedì 12 ottobre 2010 e di martedì 19 ottobre 2010.

27 Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "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", 16 dicembre 2010.

- il Progetto Obiettivo Materno Infantile del 2000<sup>28</sup>, nel quale sono stati delineati diversi aspetti strutturali, tecnologici e organizzativi del percorso nascita e dei consultori familiari;
- il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, che faceva riferimento alla salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza e affrontava la questione del ricorso eccessivo al taglio cesareo;
- la Raccomandazione del Ministero della salute sulla prevenzione della morte materna del 2007<sup>29</sup>;
- il recente Piano Sanitario Nazionale 2010-2012, che fa riferimento alla sicurezza e alla umanizzazione del parto, al ricorso alla parto analgesia e alla diminuzione dei tagli cesarei, alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno, alla razionalizzazione della rete dei punti nascita e delle unità operative pediatriche-neonatalogiche e delle Terapie intensive Neonatali e al trasporto materno e neonatale.

*b) Il dato di salute*

Il quadro che emerge al livello nazionale è più che buono rispetto alle percentuali di mortalità neonatale. Nel Rapporto Osservasalute 2009<sup>30</sup> si specifica che, analizzando la mortalità neonatale nel primo mese di vita, si registra per il 2006 un tasso, a livello nazionale, pari a 2,5 per 1.000 nati vivi. Il campo di variazione è compreso tra i valori minimi del Friuli-Venezia Giulia, Lombardia e Toscana (rispettivamente 1,8, 1,8 e 2,2 per 1.000 nati vivi) e quelli più elevati di Campania e Calabria (rispettivamente 3,1 e 3,7 per 1.000 nati vivi). Confrontando i tassi di mortalità neonatale negli anni del periodo 2003-2006, si osserva che il tasso di mortalità neonatale a livello nazionale si è ridotto, passando da 2,7 a 2,5 per 1.000 nati vivi; anche per le regioni del Sud, malgrado si registrino nella maggior parte dei casi livelli della mortalità neonatale più elevati della media nazionale, si riscontrano “guadagni significativi”. La tabella che segue rappresenta bene questo quadro.

Tab. 1 – Tassi di mortalità infantile e neonatale

REGIONI	TASSI DI MORTALITÀ INFANTILE				TASSI DI MORTALITÀ NEONATALE			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
PIEMONTE	3,4	2,6	2,9	3,5	2,5	2,0	2,2	2,8
VALLE D'AOSTA	6,1	2,5	3,9	0,8	3,5	1,7	3,9	0,8
LOMBARDIA	3,4	2,8	3,3	2,6	2,2	2,0	2,2	1,8
TRENTINO ALTO ADIGE	3,7	3,5	3,1	3,6	3,0	2,2	2,4	2,8
BOLZANO - BOZEN	3,6	3,5	3,6	4,4	3,2	2,2	2,6	3,4
TRENTO	3,8	3,5	2,4	2,9	2,8	2,2	2,1	2,1
VENETO	2,8	2,7	2,8	2,8	1,9	1,9	1,8	2,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	2,4	1,8	3,7	2,4	1,8	1,4	3,0	1,8
LIGURIA	3,3	2,7	2,6	3,2	2,7	2,4	2,1	2,6
EMILIA ROMAGNA	3,2	3,7	3,5	3,2	2,3	2,6	2,6	2,2
TOSCANA	2,4	3,7	2,6	2,9	1,7	2,7	1,9	2,2
UMBRIA	4,4	3,3	3,1	3,0	3,4	2,1	2,5	1,4
MARCHE	3,0	2,5	3,1	3,4	2,5	1,8	2,2	2,2
LAZIO	3,9	3,8	4,2	3,9	2,9	2,9	3,2	3,0

28 Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) adottato con DM 24 aprile 2000.

29 Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave collegata al travaglio e/o parto elaborata dal Ministero della salute nel marzo 2007.

30 Rapporto Osservasalute 2009.

REGIONI	TASSI DI MORTALITÀ INFANTILE				TASSI DI MORTALITÀ NEONATALE			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
ABRUZZO	3,4	4,7	3,4	3,9	2,6	3,9	2,7	3,0
MOLISE	2,7	4,3	2,0	2,1	2,3	2,0	1,2	1,6
CAMPANIA	4,0	4,6	4,3	4,2	2,9	3,5	3,2	3,1
PUGLIA	4,9	5,1	4,6	4,1	3,3	3,7	3,3	2,7
BASILICATA	3,8	4,5	4,7	3,5	3,0	3,0	2,9	2,4
CALABRIA	5,2	5,4	5,4	5,5	4,0	4,1	3,9	3,7
SICILIA	5,1	4,9	5,1	4,1	3,8	3,7	3,8	2,8
SARDEGNA	3,1	3,6	2,6	3,2	2,4	1,9	1,7	2,3
ITALIA	3,7	3,7	3,7	3,4	2,7	2,7	2,7	2,5

Fonte: Istat. Indagine sulle cause di morte. Anno 2009. Istat. Health For All-Italia. Anno 2008

I dati relativi alla mortalità materna sono riportati da fonte ISTAT nella Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio/parto del Ministero della Salute.

Tab. 2 – Dati relativi alla mortalità materna

	NATI VIVI	DECESI (ICD-9 630-676)	RAPPORTO DI MORTALITÀ MATERNA
ITALIA	2.638.112	69	2,62
NORD-OVEST	647.207	14	2,16
NORD-EST	473.355	10	2,11
CENTRO	478.241	15	3,14
SUD	716.527	16	2,23
ISOLE	322.782	14	4,34

Fonte: Istat

Recentemente sono state presentate delle ricerche, come ad esempio quella che ha suscitato molto clamore, promossa dall'università di Washington e pubblicata su Lancet il 12 aprile 2010, che ha fatto una classifica mondiale sulla sicurezza del parto nella quale l'Italia è risultata al primo posto (la mortalità materna nel nostro Paese risulta inferiore a quella di Svezia, Gran Bretagna e USA).

Maglia grigia per l'Italia, invece, nel 12esimo “Rapporto sullo Stato delle Madri del Mondo” promosso da Save the Children, che delinea la situazione di madri e figli a livello mondiale sulla base dell'Indice delle madri, che compara i livelli di salute materno-infantile e le condizioni di madri e bambini in 164 Paesi del mondo. Nella classifica dei Paesi stilata in base all'Indice delle madri, al primo posto c'è la Norvegia, seguita da Australia e Islanda. L'Italia è nei ranghi alti della classifica ma perde posizione, scendendo dal 17° al 21° posto, dietro Francia, Spagna, Germania e Gran Bretagna e davanti agli USA. Quest'indice si basa su vari parametri: dagli indici di mortalità infantile e materna, all'accesso delle donne alla contraccezione, dal livello di istruzione femminile e di partecipazione delle donne alla vita politica, ai tassi di iscrizione dei bambini a scuola.

Tab. 3 –Mothers' index rankings, Paesi migliori e peggiori per la maternità

2011 MOTHERS' INDEX RANKINGS			
TOP 10 BEST PLACES TO BE A MOTHER		BOTTOM 10 WORST PLACES TO BE A MOTHER	
RANK	COUNTRY	RANK	COUNTRY
1	NORWAY	155	CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
2	AUSTRALIA	156	SUDAN
3	ICELAND	157	MALI
4	SWEDEN	158	ERITREA
5	DENMARK	159	DR CONGO
6	NEW ZEALAND	160	CHAD
7	FINLAND	161	YEMEN
8	BELGIUM	162	GUINEA-BISSAU
9	NETHERLANDS	163	NIGER
10	FRANCE	164	AFGHANISTAN

Fonte: Ranking: primi 10 Paesi / ultimi 10 Paesi - 12 Rapporto sullo Stato delle Madri del Mondo, Save the Children, 2011

### c) Altri elementi strutturali e di contesto

Tuttavia, per avere un quadro completo e realistico della situazione in Italia bisogna considerare anche altri elementi di contesto<sup>31</sup>:

1. la rete ginecologica italiana è stata concepita negli anni '60, quando le nascite erano 1.200.000, mentre nel 2009 ne abbiamo registrate la metà (568.000) e sono ulteriormente in diminuzione;
2. la complessità degli interventi e dell'assistenza è aumentata, dal momento che è sempre più elevata l'età media delle donne che partoriscono (in media il primo parto avviene a 34 anni e le mamme over 40 nel 2008 sono state 32.000, mentre erano 20.000 solo alcuni anni fa);
3. in Italia si registra da anni il valore più elevato a livello europeo del numero di tagli cesarei (media europea nel 2006: 24,8%, nello stesso anno l'Italia registrava 39,3%)<sup>32</sup>;
4. i dati a disposizione dimostrano una eccessiva disomogeneità dell'assistenza e dei livelli di qualità e sicurezza, oltre che di accoglienza e umanizzazione, a seconda della Regione in cui si vive.

In questo contesto e tenendo conto delle differenze regionali, possiamo raggruppare le questioni emergenti in due aree:

- la sicurezza, che va dai tassi di mortalità materna e neonatale, al ricorso eccessivo al taglio cesareo, dalle dimensioni dei punti nascita, alla organizzazione in livelli di assistenza fino al trasporto materno e neonatale;
- l'umanizzazione, che comprende l'accoglienza nei reparti, la vicinanza di un familiare e del neonato, l'accesso alla parto analgesia, la promozione dell'allattamento al seno, ma anche l'assistenza psicologica, l'accesso a servizi di mediazione culturale, il riconoscimento di un ruolo al medico di fiducia in un sistema integrato ospedale-territorio.

31 Indagine conoscitiva nell'ambito dell'esame delle abbinate Proposte di legge C. 918 Marinello, C. 1353 Livia Turco, C. 1513 Palumbo, C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte e C. 3303 Lucà, recanti "Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato". Camera dei deputati, Commissione XII Affari sociali, seduta di martedì 12 ottobre 2010, Audizione di rappresentanti delle società scientifiche (SIGO, SIN, SIP, SIMP, AOGOI e AGUI).

32 Rapporto Osservasalute 2009.

## 8.2. Cosa emerge dall'informazione civica

I dati ufficiali dimostrano, come abbiamo visto, che siamo certamente uno dei Paesi più sicuri al mondo in cui partorire. Tuttavia, dalle segnalazioni dei cittadini e dalle risultanze dell'attività di valutazione civica – attraverso l'Audit Civico - effettuata in questo ambito dell'assistenza, emerge un quadro del mancato rispetto di alcuni diritti, e in particolare: accesso alle cure, informazione, consenso, sicurezza, qualità e dolore non necessario.

Ecco quanto emerge in sintesi dal Rapporto Pit Salute 2010:

- aumentano le segnalazioni relative alle liste d'attesa, sia per le visite specialistiche (incremento del 5,7% nel 2009 rispetto al 2008 e del 3,3% rispetto alla media storica 1996-2009), sia per le ecografie addominali (del 4,9% nel 2009 rispetto al 2008);
- si confermano i dati sul sospetto errore di diagnosi (8,2%) e di terapia (7,3%) in ambito ginecologico e ostetrico;
- aumentano le segnalazioni su presunti errori di diagnosi in ambito pediatrico del 1,6% (nel 2009 rispetto al 2008).

Anche il Rapporto Audit civico 2009 riporta tre dati interessanti:

- in meno della metà degli ospedali coinvolti si dichiara di effettuare l'analgesia epidurale per il parto indolore;
- la metà delle aziende sanitarie analizzate informa le partorienti poco o per nulla su procedure, rischi e complicanze del parto cesareo attraverso il modulo del consenso informato;
- nel 25% dei casi non si applica la raccomandazione del Ministero della salute sulla prevenzione del decesso materno.

135

Infine, dalle singole realtà regionali di Cittadinanzattiva emergono alcune segnalazioni significative, riportate in sintesi nella tabella che segue:

Tab. 4 - Le segnalazioni dei cittadini

REGIONI	ASPECTI NEGATIVI	ASPECTI POSITIVI	INIZIATIVE
ABRUZZO	Assistenza al parto e accoglienza A Chieti, con 22 posti letto in ginecologia, sembra che ci siano 46 letti (anche nei corridoi), l'alta affluenza dipende dal fatto che presso l'ospedale di Ortona manca la terapia intensiva neonatale e molte partorienti vanno direttamente a Chieti.	Assistenza medica	
BASILICATA	Carenza di corsi di preparazione al parto Molte richieste di cesareo dalle partorienti per mancanza di informazioni Difficoltà per fare assistere il papà al parto Lunghe attese per ecografia alle anche (10 mesi)	Tempi appropriati per le visite neonatologiche	Pressione forte della cittadinanza attiva per fare applicare le linee guida in seguito a casi di malasanità Costituzione di parte civile in un caso eclatante di malasanità che ha portato alla morte della partoriente
CALABRIA	Difficoltà accesso ambulatori Chiusura punto nascita di Melito senza preavviso né consultazione dei cittadini, che lamentano difficoltà viaria		Molti dibattiti scaturiti dalle proteste per la chiusura di punti nascita
LAZIO	Chiusura di punti nascita con conseguenze gravi a livello territoriale	Le Asl Roma H e Roma D si distinguono in meglio	

REGIONI	ASPECTI NEGATIVI	ASPECTI POSITIVI	INIZIATIVE
LOMBARDIA	Segnalazioni sulla neonatologia, in particolare sulle complicanze. Sarebbe da migliorare il collegamento tra ospedali e tra ospedale e territorio, da definire corsie preferenziali per chi è seguito presso un consultorio Carenza di informazione sulle modalità di fruizione delle strutture sul territorio Ciò che è previsto nelle linee guida fatica ad essere attuato sul territorio Casi emblematici: morte del neonato per ritardo nel trasporto dalla sala parto alla sala operatoria; grave disabilità di un neonato in seguito al parto (impiegati 58 minuti per fronteggiare l'urgenza, a fronte dei 15 minuti previsti dalle linee guida). Alcuni ospedali lombardi non dispongono delle attrezzature corrispondenti al livello assegnato.		
PIEMONTE	Chiusure "temporanee" di reparti per il periodo estivo (causa blocco turn-over, piano di rientro e ferie del personale), tra le proteste dei cittadini (nelle località di Carmagnola e Domodossola) Nonostante la disponibilità delle aziende al parto senza dolore, si segnala carenza di anestesisti per poterlo praticare effettivamente 24 ore su 24. Caso emblematico: anche sull'ospedale di Chieri ci sono segnalazioni, nonostante sia considerato uno dei migliori	Tutte le aziende coinvolte nell'Audit Civico 2009 adottano misure per implementare la raccomandazione del Ministero della salute sulla prevenzione del decesso materno e adottano le linee guida e hanno la disponibilità per il parto senza dolore	Raccolta di firme per contrastare la chiusura del punto nascita di Domodossola, già a rischio nel 2002 ed evitato allora grazie all'impegno del Comitato Mamme di Domodossola. A Carmagnola, in seguito alle pressioni dei cittadini, il commissario si è impegnato pubblicamente alla riapertura dell'ospedale.
SARDEGNA	Chiusura di alcuni punti nascita tra le proteste della popolazione e dei sindaci delle zone interessate, è mancata l'informazione necessaria per motivare tali decisioni La presa in carico della donna in gravidanza è ancora in fase di organizzazione e determina esami inutili e costi aggiuntivi. Le rianimazioni di neonatologia sono presenti solo a Cagliari e Sassari, spesso è necessario il trasferimento fuori Regione. Chiusura di un centro per la procreazione medicalmente assistita molto frequentato dalle coppie, con conseguente trasferimento dei medici fuori Regione e disagi (costi) per le coppie seguite	In generale buon livello dei punti nascita. Screening neonatale allargato e gratuito all'ospedale S. Gavino per la diagnosi precoce di oltre 30 malattie metaboliche congenite, prima struttura in Sardegna.	Ricerca sui punti nascita, sui percorsi e sugli screening, protocolli di intesa.
TOSCANA		Avviata sin dal 2005 una riqualificazione dei servizi di assistenza alla nascita, con l'obiettivo di garantire libertà di scelta coniugata con il massimo livello di sicurezza. Il punto di riferimento del percorso nascita è il consultorio, presso il quale spesso è possibile chiedere una visita dell'ostetrica a domicilio o partecipare a incontri di gruppo post-partum.	
TRENTINO	Si segnalano reparti con stanze con più di 4 letti e pochi bagni in alcune U.O. di ostetricia-ginecologia.		
VALLE D'AOSTA	Regole troppo rigide per allattamento materno senza adeguato supporto nella gestione del neonato sia subito dopo la nascita che dopo le dimissioni sul territorio (Consultori).	Certificazione dell'ospedale Beauregard con bollino: Ospedale amico del bambino	

Fonte: Cittadinanzattiva – Osservatorio civico sul federalismo in sanità, 2011

### 8.3. Le principali questioni e l'impegno nelle politiche regionali

Dall'analisi di studi e ricerche effettuate in questo campo emergono alcune questioni. Alcune attengono al grande tema della sicurezza del parto e della nascita; pensiamo alla questione delle dimensioni di un punto nascita, che per essere sicuro dovrebbe registrare più di 1000 parti all'anno, o all'incidenza del parto cesareo e i rischi che comporta. Oltre al tema dell'umanizzazione, sia del parto (la possibilità di chiedere un parto senza dolore o di avere diritto alla presenza di una persone di fiducia in sala parto) che dell'intero percorso nascita, dovrebbe giocare un ruolo fondamentale il consultorio familiare, in un contesto di forte presenza di donne immigrate che sempre di più partoriscono nel nostro Paese.

#### a) *Le dimensioni dei punti nascita*

Una delle questioni più dibattute sulla sicurezza dei punti nascita è quella relativa alle dimensioni delle strutture, che dovrebbero prevedere un minimo di 500 parti all'anno per essere considerate sicure. Non sono tutti d'accordo su questo standard, ed emerge il punto di vista di chi ritiene che la sicurezza sia il risultato di diversi elementi, e che si debbano prevedere grandi centri nascita territorialmente competenti in cui garantire le necessarie esperienze ostetriche, anestesiologiche e neonatologiche. L'Accordo del 16 dicembre 2010 prevede addirittura la razionalizzazione/riduzione progressiva dei Punti nascita con numero di parti inferiore a 1000 all'anno. La distribuzione regionale dei punti nascita è riportata nella tabella che segue.

Tab. 5 - Distribuzione dei punti nascita secondo la numerosità di parti effettuati e la tipologia di rapporto con il SSN – Anno 2008

REGIONE	CLASSE DI PARTI												TOTALE COMPLESSIVO	
	0-499		500-799		800-999		1.000-1.199		1.200-2.499		2.500+		TOT	di cui priv. accr.
	TOT	di cui priv. accr.	TOT	di cui priv. accr.	TOT	di cui priv. accr.	TOT	di cui priv. accr.	TOT	di cui priv. accr.	TOT	di cui priv. accr.		
PIEMONTE		3		2		7		10		2		24	0	
VALLE D'AOSTA								1				1	0	
LOMBARDIA	8	2	20	3	8	1	8	1	24	1	7	75	8	
PROV.AUT.BOLZANO	3		2				1		1			7	0	
PROV.AUT.TRENTO	4				2				1			7	0	
VENETO			2		3		5		11		5	26	0	
FRIULI VENEZIA G.	1		4		2	1	2		2			11	1	
LIGURIA	4		6				2		3			15	0	
EMILIA ROMAGNA	3	2	2		1		3		7		7	23	2	
TOSCANA	6	1	4		4				12		2	28	1	
UMBRIA	3		3				1		3			10	0	
MARCHE	4	2	5		6		1		2			18	2	
LAZIO	10	2	14	4	5		2		11	3	4	46	9	
ABRUZZO	4		6	1	1		2		2			15	1	
MOLISE	3		1		1							5	0	
CAMPANIA	22	7	18	12	11	5	5	3	15	6	1	72	33	
PUGLIA	12	7	11	1	4	1	5		9	1	1	42	10	
BASILICATA	4		1						2			7	0	
CALABRIA	15	6	7	2	2	1	2		3			29	9	
SICILIA	38	8	18	5	6	2	4	1	8		1	75	16	
SARDEGNA	14	2	4	2	1				4			23	4	
<b>ITALIA</b>	<b>158</b>	<b>39</b>	<b>131</b>	<b>30</b>	<b>59</b>	<b>11</b>	<b>50</b>	<b>5</b>	<b>131</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>559</b>	<b>96</b>

Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera 2008 risulta che in totale i Punti nascita in Italia sono 559 (96 sono in strutture private accreditate), di cui 158 punti nascita con meno di 500 parti all'anno e 190 con meno di 1000. Il più alto numero di punti nascita è concentrato in Sicilia (75, di cui 38 con meno di 500 parti all'anno) e in Lombardia (75, di cui 8 con meno di 500 parti all'anno), segue la Campania con 72 (di cui 22 con meno di 500 parti all'anno) e il Lazio con 46 (di cui 10 con meno di 500 parti all'anno).

Dall'analisi della situazione Regione per Regione<sup>33</sup> risulta che la razionalizzazione e la riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000 è stata avviata in diverse Regioni, come ad esempio in Abruzzo, Basilicata, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana e Sardegna. In Liguria in particolare si segnala che la razionalizzazione dei punti nascita è incentrata sulla volontà della Regione di avere sempre di più punti di II livello capaci di procedere a circa 1000 parti l'anno. Si sta procedendo alla concentrazione in un'unica struttura delle due esistenti nella ASL 1, mentre nella ASL 3 genovese si procederà all'accorpamento di due strutture (su sei) con un numero di parti all'anno al di sotto dei 500.

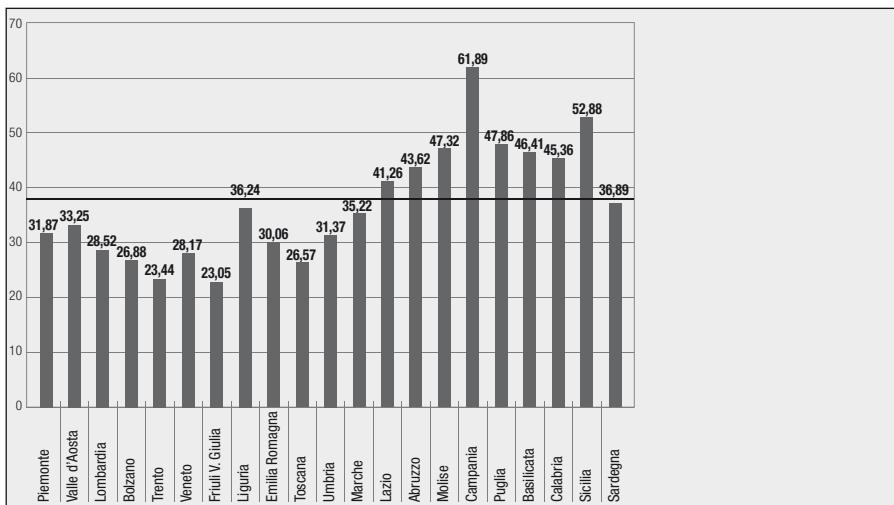
### *b) L'uso improprio del taglio cesareo*

L'Italia è al primo posto tra 26 Paesi europei per ricorso al taglio cesareo, con la percentuale media del 38%, mentre l'Organizzazione Mondiale della sanità considera fisiologico un 15-20%. Lo sostiene il Rapporto Euro-Peristat sulla salute materno-infantile presentato a dicembre 2008 su dati del 2004.

Tutti gli altri Paesi sono al di sotto del 30%, fino al 15% dell'Olanda e al 14% della Slovenia. Occorre peraltro sottolineare che in Italia nel 1980 la percentuale era del 11,2%, nel 1996 del 29,8%, e arriva al 38,4% nel 2008.

Tra le Regioni Italiane ci sono peraltro notevoli differenze, come emerge chiaramente dalla tabella che segue, frutto dell'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera 2008.

Fig. 1 - Percentuale di taglio cesareo nelle regioni italiane (SDO 2008)



Fonte: Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Ministero della Salute, 2008

33 Informazioni raccolte con le Interviste ai segretari regionali di Cittadinanzattiva, luglio 2011.

È evidente quanto sia difforme la situazione nelle Regioni e quanto siano ben al di sopra della media italiana, già lontana dalle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcune Regioni come la Campania e la Sicilia.

Per fare ulteriori confronti tra le Regioni è di estremo interesse quanto emerge dal 7º Rapporto sull'evento nascita in Italia realizzato dal Ministero della Salute, il quale contiene una analisi dei dati rilevati nel 2008 dal flusso informativo del Certificato di assistenza al parto (CeDAP). La rilevazione 2008 riguarda un numero di parti pari al 96,6% di quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Dall'analisi si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica (37,8% dei parti), e rispetto al luogo del parto si registra una elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate, in cui si registra tale procedura in circa il 60,5% dei parti contro il 34,8% negli ospedali pubblici.

Nella tabella che segue è riportata la distribuzione nelle Regioni dei parti cesarei secondo la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono. Spicca nuovamente il dato della Sicilia e della Campania.

Tab. 6 - Distribuzione dei parti cesarei secondo la tipologia di struttura ospedaliera

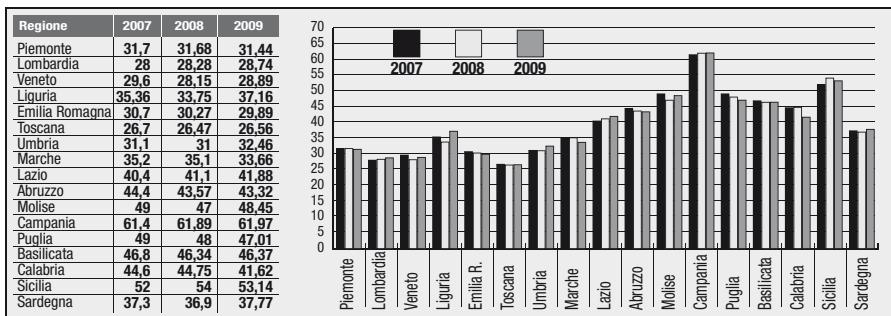
REGIONE	PUBBLICO	CASA DI CURA		TOTALE
		ACCREDITATA	PRIVATA	
PIEMONTE	31,5			31,5
VALLE D'AOSTA	25,1			25,1
LOMBARDIA	27,7	35,0	85,0	28,4
PROV. AUTON. BOLZANO	25,9		41,9	26,7
PROV. AUTON. TRENTO	24,7			24,7
VENETO	28,7			28,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	24,1	19,6		23,6
LIGURIA	36,5		75,0	36,7
EMILIA ROMAGNA	29,9	55,9		30,1
TOSCANA	23,6	46,4	48,3	23,8
UMBRIA	30,5			30,5
MARCHE	34,3	35,9		34,3
LAZIO	40,5	48,2	80,0	42,9
ABRUZZO	42,5	59,8		43,4
MOLISE	40,5			40,5
CAMPANIA	51,2	71,1	79,1	59,8
PUGLIA	47,6	52,9		48,4
BASILICATA	45,7			45,7
CALABRIA	42,4	61,2		45,2
SICILIA	47,7	75,9		53,1
SARDEGNA	37,7	44,0		38,6
<b>TOTALE</b>	<b>34,8</b>	<b>60,5</b>	<b>75,0</b>	<b>37,8</b>

Fonte: *Certificato di assistenza al parto (CeDAP), Analisi dell'evento nascita – Anno 2008. Ministero della Salute*

Il parto cesareo, secondo l'analisi, è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana (39,8% dei parti) rispetto alle donne straniere (28,4% dei parti), che partoriscono il primo figlio in media a 27 anni. Nel 2008 il 16,9% dei parti riguarda madri di cittadinanza non italiana, soprattutto al Centro-Nord. In particolare, in Emilia Romagna quasi un quarto delle nascite è riferito a madri straniere.

Sulla percentuale dei parti cesarei abbiamo anche un dato del rapporto 2009 del Ministero della Salute sul mantenimento dell'erogazione dei LEA, di seguito rappresentato.

Tab. 7 - Percentuale di parti cesarei



Fonte: Ministero della Salute, Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia LEA, Metodologia e risultati dell'anno 2009

Liguria, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna hanno una percentuale di cesarei superiore al 35% e non in diminuzione. Spicca la Liguria, unica Regione del Nord ad avere percentuali così elevate. Lazio, Puglia e Calabria pur presentando percentuali molto elevate, hanno un trend in diminuzione. Le regioni più virtuose sono Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana.

140

### c) L'accesso alla parto analgesia

L'anestesia epidurale è una tecnica di analgesia parziale del corpo che consente di ridurre al minimo le sofferenze durante il parto, permettendo alla donna di rimanere cosciente, di respirare autonomamente lasciando vigili tutte le altre sensibilità e la possibilità di muoversi<sup>34</sup>. La tecnica risulta essere sicura e indolore.

Nel 2008 il Governo ha promosso una nuova legge per introdurre il servizio di anestesia epidurale tra le procedure rimborsabili interamente dal SSN ed è stato inserito nei LEA per Decreto del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2008 (articolo 37, comma 3). Nonostante questo, non tutte le Regioni hanno fondi disponibili per erogare il servizio nelle proprie strutture ospedaliere.

Un dato: in Italia solo il 16% delle strutture ospedaliere ha la possibilità di offrire gratuitamente il servizio. Da uno studio di ONDA su 37 strutture ospedaliere premiate con 3 bollini rosa emerge che i problemi sono: l'accessibilità, ossia la facilità con cui la paziente può usufruire del servizio all'interno della struttura ospedaliera (si accede su richiesta della donna o è offerto per una scelta dell'ospedale); l'equità rispetto ai costi (servizio gratuito o a pagamento); la disponibilità del servizio (presenza di una anestesiologa dedicata in sala parto dei casi o servizio offerto 24/24). I risultati dello studio evidenziano che il servizio è accessibile, è equo ma non è disponibile, poiché solo il 35% delle strutture analizzate hanno l'anestesiologa dedicata esclusivamente alla parto analgesia.

### d) Presenza di una persona di fiducia in sala parto

Tra i fattori di umanizzazione va considerata la presenza di una persona di fiducia al momento

<sup>34</sup> OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA. Il servizi di anestesia epidurale nelle strutture d'eccellenza nella salute femminile. Programma bollini rosa. A cura di Pilar Montilla, Elisabetta Vercesi.

del parto. Dall'analisi dell'evento nascita (CeDAP 2008) emerge che nel 92,03% dei casi la donna ha accanto a sé al momento del parto il padre del bambino, nel 6,7% un familiare e nell'1,25% un'altra persona di fiducia. Tuttavia la presenza di una persona di fiducia piuttosto che di un'altra è influenzata dall'area geografica.

**Tab. 8 - Distribuzione regionale dei parti vaginali secondo la persona di fiducia della donna presente in sala parto**

REGIONE	PADRE	ALTRO FAMILIARE	PERSONA DI FIDUCIA	TOTALE	% NON INDICATO ERRATO
PIEMONTE	94,99	4,04	0,96	100	9,04
VALLE D'AOSTA	96,64	3,11	0,25	100	12,81
LOMBARDIA	95,56	3,53	0,91	100	9,76
PROV. AUTON. BOLZANO	97,53	1,96	0,51	100	7,54
PROV. AUTON. TRENTO	95,80	3,04	1,16	100	14,46
VENETO	96,76	2,37	0,87	100	14,71
FRIULI VENEZIA GIULIA	96,47	2,95	0,58	100	12,66
LIGURIA	94,83	4,09	1,08	100	9,85
EMILIA ROMAGNA	92,59	5,89	1,52	100	15,08
TOSCANA	94	4,68	1,32	100	16,68
UMBRIA	92,52	6,37	1,11	100	12,08
MARCHE	92,19	6,35	1,46	100	20,38
LAZIO					100
ABRUZZO	85,86	6,20	7,94	100	39,54
MOLISE	80		20	100	99,63
CAMPANIA	41,26	58,33	0,41	100	73,49
PUGLIA	84,25	12,85	2,90	100	58,61
BASILICATA	88,17	11,38	0,46	100	50,05
CALABRIA	70,39	28,41	1,20	100	30,17
SICILIA	87,06	11,04	1,90	100	25,61
SARDEGNA	90,66	8,05	1,30	100	27,67
<b>TOTALE</b>	<b>92,03</b>	<b>6,71</b>	<b>1,25</b>	<b>100</b>	<b>29,81</b>

*Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP), Analisi dell'evento nascita – Anno 2008. Ministero della Salute*

### e) Il ruolo dei consultori nel percorso nascita

I Consultori Familiari, istituiti con la legge n.405 nel 1975, sono strutture organizzative dei distretti, che si possono considerare come servizi socio-sanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari, determinanti per la promozione e la prevenzione nell'ambito della salute della donna e dell'età evolutiva. Negli anni successivi all'emanazione della legge nazionale, tutte le Regioni hanno recepito la norma con proprie leggi.

Alla fine del 2007 il Ministero della Salute ha realizzato una ricognizione anagrafica dei consultori in tutte le Regioni con due schede: una regionale, riguardante le normativa, e l'altra sugli aspetti strutturali, organizzativi e di attività dei singoli consultori. Dall'analisi delle schede è stato realizzato nel 2008 un Rapporto<sup>35</sup>, dal quale emergono alcuni dati interessanti per il confronto tra le diverse realtà regionali. Ad esempio solo in sei Regioni è presente in tutte le ASL un budget vincolato per l'attività dei consultori (tabella seguente).

<sup>35</sup> Organizzazione e Attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia Anno 2008. Ministero della Salute.

Tab. 9 – Presenza di budget vincolato da parte delle ASL per le attività del Consultorio

PRESENZA DI BUDGET VINCOLATO DA PARTE DELLE ASL PER LE ATTIVITÀ DEL CF		
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>		
PIEMONTE	SI	
VALLE D'AOSTA	NO	
LOMBARDIA	SI NO	PER LE PRESTAZIONI "SOCIO-SANITARIE AD ELEVATA INTEGRAZIONE SANITARIA" E LE PRESTAZIONI "SANITARIE DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE" NO PER LE FUNZIONI "PREVENZIONE ED EDUCAZIONE ALLA SALUTE" E "ACCOGLIENZA E TUTORING DELL'UTENZA" SI
BOLZANO	SI	RAPPORTO IN CONVENZIONE TRA AS DELL'ALTO ADIGE E AZIENDE SERVIZI SOCIALI, DISTRETTI E COMUNITÀ COMPRESORIALI
TRENTO	NO	
VENETO	SI	
FRIULI VENEZIA GIULIA	SI	
LIGURIA	NO	
EMILIA ROMAGNA	NO	
<b>ITALIA CENTRALE</b>		
TOSCANA	NO	
UMBRIA	NO	IL BUDGET È ASSEGNAZIONE AL DIRETTORE DEL DISTRETTO CHE PARTECIPA ALLA CONTRATTAZIONE AZIENDALE PER L'ASSEGNAZIONE DEL BUDGET AZIENDALE. IL CONSULTORIO HA COMPITI ORGANIZZATIVI, PROGETTUALI E PROGRAMMATICI E DEFINISCE GLI OBIETTIVI
MARCHE	SI	IN 4 ZONE TERRITORIALI SU 13
LAZIO	SI NO	SI: 3 ASL, NO: 8 ASL, M.I. 1 ASL
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>		
ABRUZZO	-	
MOLISE	NO	
CAMPANIA	NO	
PUGLIA	NO	
BASILICATA	NO	
CALABRIA	NO	
SICILIA	SI	
SARDEGNA	NO	

Fonte: *Organizzazione e Attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia Anno 2008. Ministero della Salute*

Tra gli aspetti organizzativi è interessante quanto emerge, inoltre, sulla qualità della sede o sulla presenza di alcune figure professionali. Ad esempio, la disponibilità di una sala per incontri di gruppo per affrontare specifiche tematiche, come il sostegno alla genitorialità, i corsi di accompagnamento alla nascita, la promozione dell'allattamento al seno, ecc., è stata rilevata solo in circa la metà la strutture, con la distribuzione tra le diverse Regioni riportata nella tabella seguente.

Tab. 10 - Presenza di una sala per incontri di gruppo

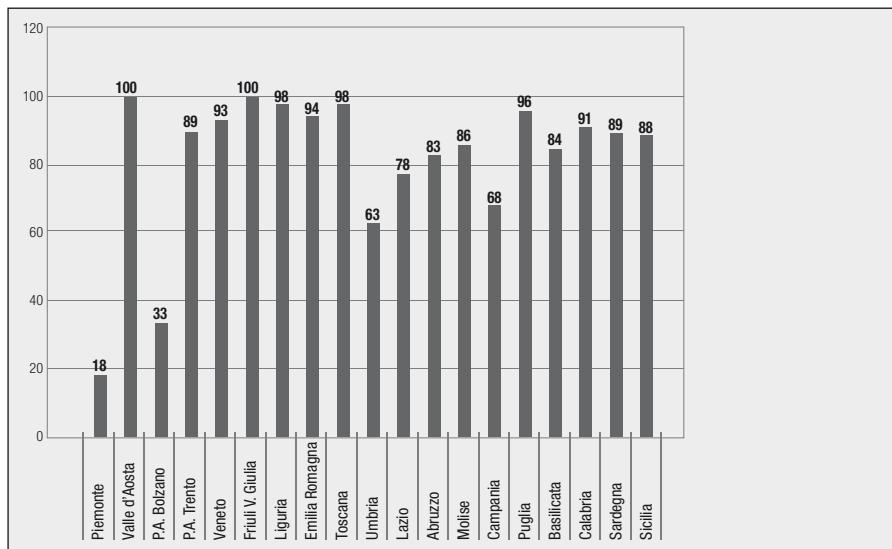
REGIONI	SALA INCONTRI SI	SALA INCONTRI NO	N.R.
PIEMONTE	48	86	5
VALLE D'AOSTA	9	8	1
BOLZANO	13	7	
TRENTO	7	4	
FRIULI VENEZIA GIULIA	14	2	1
LIGURIA	10	2	10
EMILIA ROMAGNA			34
TOSCANA	28	5	5
UMBRIA	21	2	
LAZIO	116	45	
ABRUZZO	38	32	7
MOLISE	3	2	2
CAMPANIA	33	48	29
PUGLIA	58	80	8
BASILICATA	19	25	
CALABRIA	34	25	7
SICILIA	64	55	22
SARDEGNA	41	13	6
<b>TOTALE</b>	<b>556</b>	<b>441</b>	<b>137</b>

Fonte: Organizzazione e Attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia Anno 2008. Ministero della Salute

143

Di seguito si riporta il dato, Regione per Regione, relativo alla presenza dello psicologo nei consultori.

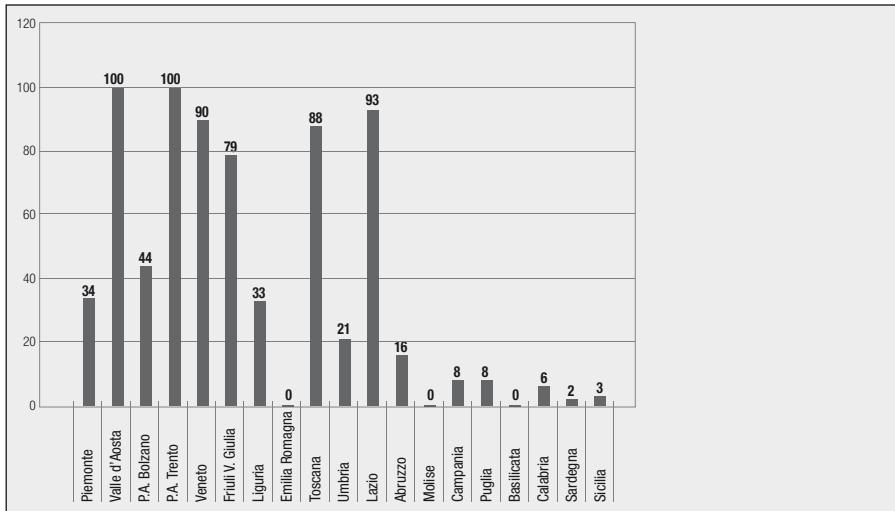
Fig 2 - % di Presenza dello psicologo nei consultori pubblici in Italia



Fonte: Organizzazione e Attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia Anno 2008. Ministero della Salute

Le figure dei consulenti maggiormente presenti sono quelle del mediatore culturale e del neuropsichiatra infantile nelle Regioni del Centro-Nord, con una media intorno al 90%. Nelle Regioni meridionali la figura del mediatore è presente con una media del 13%, troppo bassa per essere un effetto della minore presenza di donne straniere.

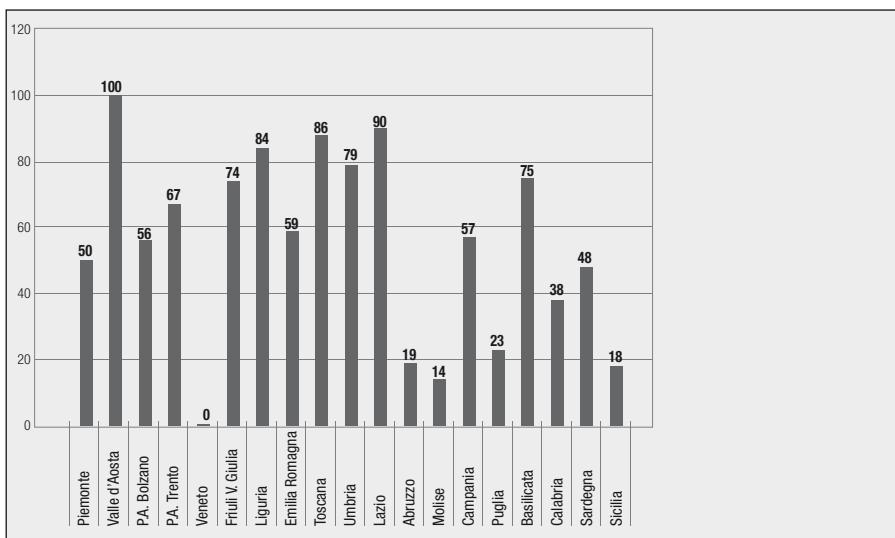
Fig. 3 - % di presenza del mediatore culturale nei consultori pubblici in Italia



144

Fonte: *Organizzazione e Attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia Anno 2008. Ministero della Salute*

Fig. 4 – Presenza di atti formali relativi a protocolli di integrazione tra consultorio e altri servizi aziendali ed extra aziendali di I, II e III livello



Fonte: *Organizzazione e Attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia Anno 2008. Ministero della Salute*

## Box 2 – Una Buona Pratica censita attraverso il Premio Alesini 2010

Il progetto NasceRE promosso dall’azienda ospedaliera e dall’azienda territoriale di Reggio Emilia discende dall’esperienza di Audit civico del 2005/6. Esso si colloca in un contesto, quello della provincia di Reggio Emilia, nel quale il tema della nascita da anni è affrontato attraverso un Programma Interaziendale Materno-Infantile, che ha sviluppato un percorso condiviso per l’accompagnamento alla nascita, intesa come periodo dal concepimento al primo anno di vita.

La Delibera della Regione Emilia-Romagna 533/2008 ha definito 11 obiettivi sul percorso nascita, di cui uno relativo all’ascolto delle donne e delle coppie che accedono ai servizi del percorso nascita.

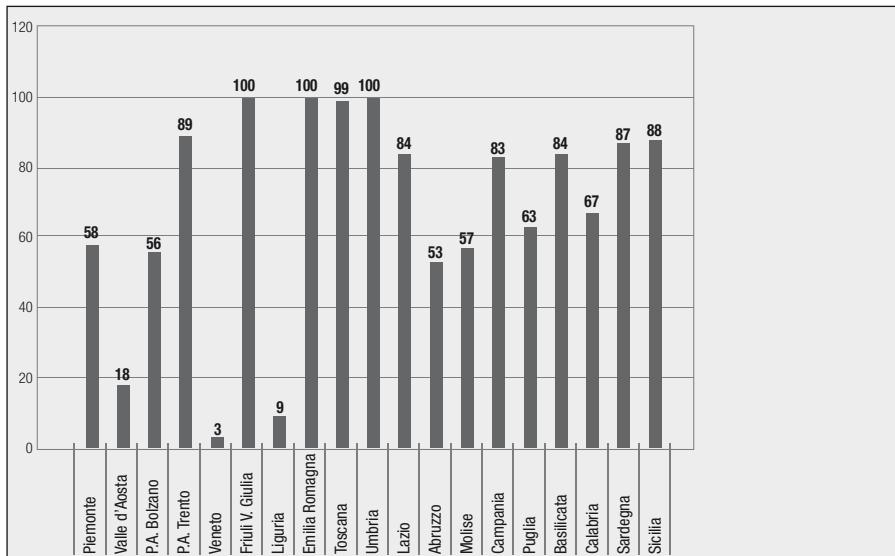
L’obiettivo che si pone il Progetto NasceRE è il miglioramento dei servizi attraverso lo sviluppo di un percorso di progettazione partecipata che coinvolga utenti, cittadini, operatori e dirigenti nella tripla prospettiva di valutazione dell’esistente, elaborazione dei problemi, produzione di orientamenti rispetto alle possibili soluzioni.

Il progetto si realizza in due fasi: una prima fase di riflessione, ampia e destrutturata, aperta a giovani donne e giovani uomini, mamme, papà, nonni, chi lavora nei servizi e tutti coloro che hanno qualcosa da dire rispetto al tema della nascita a Reggio Emilia (significati, criticità, futuri desiderabili in una società in rapido cambiamento), attraverso il metodo Open Space Technology (OST), uno strumento che permette la partecipazione attraverso l’informalità e la libertà d’azione. Un luogo dove diversi saperi si incontrano e hanno la stessa legittimità, dove la nascita dei contenuti e delle proposte è affidata ai partecipanti che, a seguito di una domanda - stimolo iniziale, propongono essi stessi temi e problematiche per le quali provano un sincero interesse. L’invito a partecipare è stato rivolto ai professionisti delle due Aziende (medici, infermieri, tecnici, ostetriche, OSS/OTA, dirigenti, amministrativi, MMG, Pediatri libera scelta, psicologi ecc.), agli operatori scolastici e del Comune di Reggio Emilia, ai mediatori culturali e a tutta la cittadinanza attraverso la pubblicizzazione sui siti internet aziendali, negli ambulatori dei MMG e PLS, negli ambulatori ospedalieri e territoriali di salute e pediatria, nei reparti ospedalieri, nelle biblioteche, nei nidi e scuole dell’infanzia comunali, statali e private, presso le associazioni di volontariato, lo spazio “latte e coccole”, il Centro per la salute della famiglia straniera, gli URP delle due aziende, nei negozi di Reggio Emilia rivolti all’infanzia e attraverso i giornali e la televisione locali.

La seconda fase, a partire da quanto emerso dall’OST, si pone come obiettivo l’individuazione di indicazioni operative/trasformative nel percorso nascita per fornire risposte vicine ai bisogni delle persone che accedono ai servizi dell’Azienda USL e dell’Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia nella realizzazione del proprio “progetto di accompagnamento alla nascita”. Gli Strumenti sono il Focus group aperto a tutti i partecipanti all’OST, con invito mirato ad alcuni (es. chi ha proposto un tema, operatori di entrambe le Aziende e di diversa professionalità) e l’Intervista ad alcuni professionisti con un ruolo chiave nel Programma Interaziendale Materno-infantile, con l’obiettivo di “accompagnare” il percorso partecipativo attraverso l’approfondimento di aspetti importanti per coloro che hanno un ruolo di responsabilità rilevante nell’attuazione del percorso nascita. La realizzazione del progetto prevede la partnership tra le due Aziende, in particolare tra l’Ufficio Qualità dell’Azienda Ospedaliera e l’Ufficio Impatto sociale dell’azione sanitaria della USL che hanno cooperato con il Programma Interaziendale Materno Infantile, mandatario e garante della realizzazione del progetto. Inoltre, l’Agenzia Sociale e Sanitaria dell’Emilia Romagna ha supportato l’iniziativa rispetto alla pianificazione di un percorso di progettazione partecipata e di strumenti metodologici adeguati; in particolare è stata coinvolta una docente esperta nella tecnica dell’Open Space.

Relativamente alla presenza di atti formali di integrazione tra consultori e altri eventuali servizi, l’indagine del Ministero individua basse percentuali in Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria, e Sicilia, oltre che nella Regione Veneto, in cui non risultano atti formalizzati di integrazione. Risulta interessante anche il confronto tra Regioni rispetto all’assistenza alla gravidanza fisiologica, riportato di seguito.

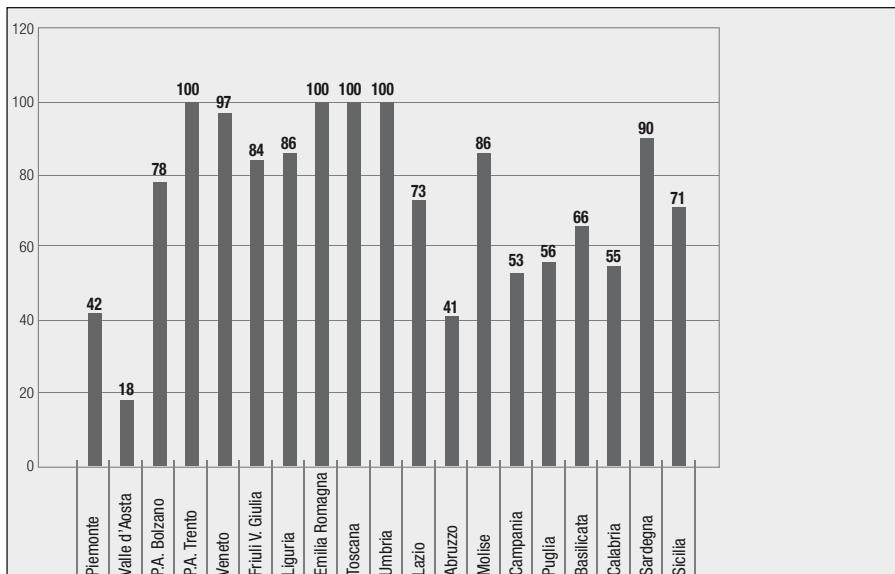
Fig. 5 - % di consultori che effettuano assistenza alla donna in gravidanza



Fonte: Organizzazione e Attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia Anno 2008. Ministero della Salute

L'umanizzazione del percorso nascita si realizza anche attraverso la promozione dei corsi di accompagnamento alla nascita che facilitano il contatto madre-bambino, la promozione del *rooming-in* e l'assistenza al puerperio. Anche su questo aspetto ci sono differenze regionali.

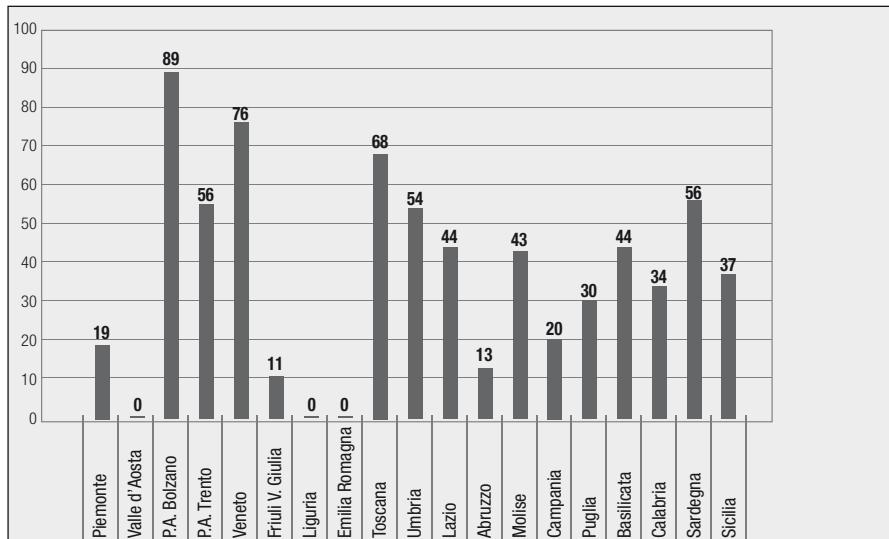
Fig. 6 - % di consultori che effettuano corsi di accompagnamento alla nascita



Fonte: Organizzazione e Attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia Anno 2008. Ministero della Salute

In coerenza con quanto indicano l'OMS e l'UNICEF, i consultori svolgono attività di promozione dell'allattamento al seno. Relativamente ai corsi si registra una buona partecipazione ad eccezione della Valle d'Aosta, della Liguria e dell'Emilia-Romagna.

Fig. 7 - % di consultori che effettuano incontri di gruppo sull'allattamento



Fonte: Organizzazione e Attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia Anno 2008. Ministero della Salute

#### 8.4. Considerazioni finali

Dall'analisi sin qui condotta emergono almeno tre principali considerazioni.

Innanzitutto, le segnalazioni raccolte da Cittadinanzattiva evidenziano in tutte le Regioni un aumento delle difficoltà di accesso a visite specialistiche e esami diagnostici connessi al percorso nascita, ma anche la persistenza di sospetti errori nella pratica medica, difficoltà di relazione, mancanza di informazione e di un serio approccio al consenso informato.

Secondariamente, lo "scossone" del 2010 provocato dai numerosi casi di errori di diagnosi, ritardi nell'assistenza e conseguenti gravi danni alla salute di mamme e neonati e il conseguente Accordo Stato-Regioni hanno dato l'avvio in quasi tutte le Regioni a una sola politica: quella volta a ridurre il numero dei punti nascita, tra le proteste dei cittadini che subiscono le scelte senza essere informati né coinvolti nelle decisioni che li riguardano (come testimoniano ad esempio i casi rilevati in Piemonte, Calabria, Sardegna, Lazio). Ben poco invece si sta facendo per ridurre il ricorso inappropriate al parto cesareo, per unificare le tariffe dei DRG per tutti i tipi di parto e non lasciare che sia più elevata quella del cesareo, e ancora di meno si sta facendo per rendere effettivamente disponibile la parto analgesia e per riconoscere il diritto delle partorienti a evitare il dolore non necessario.

Sulla base di queste considerazioni si ritiene che:

- Il nuovo impulso alle politiche regionali sul percorso nascita dovrebbe derivare dal recepimento "non meramente burocratico" delle dieci Linee di azione contenute nell'Accordo Stato-Regioni di dicembre 2010. Anche se alcune hanno da tempo avviato poli-

tiche in questo ambito<sup>36</sup> e altre hanno cominciato a farlo recependo immediatamente questo Accordo con Decreto<sup>37</sup>, nei prossimi due anni tutte dovranno occuparsene.

- b. La riduzione dei punti nascita non deve diventare una ennesima politica “dei tagli” – che peraltro non porterebbe i risultati sperati sul piano del miglioramento dell’assistenza – ma deve essere una nuova occasione di coinvolgimento dei cittadini in decisioni che li riguardano direttamente. In questo modo diventerebbe più semplice chiudere strutture che mettono a rischio la salute delle persone, e, al contrario, potenziarne delle altre quando rappresentano un vero presidio di riferimento sul territorio.
- c. Al livello nazionale è auspicabile l’approvazione della legge già in discussione alla Camera che prevede, tra le altre cose<sup>38</sup>:
  - rimodulazione dei LEA delle prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato in base a priorità quali: controllo e gestione del dolore nel travaglio-parto, garanzia di adeguata rete di emergenza per il neonato e per la gestante favorendo l’eventuale trasferimento presso un centro appropriato e specializzato; sicurezza dei punti nascita e assistenza ospedaliera articolata su più livelli, con garanzia di assistenza adeguata sin dal primo livello sia per la mamma che per il neonato;
  - promozione di Campagne informative nazionali, in particolare per diffondere la conoscenza in ordine alla scelta del luogo e delle modalità del parto nonché alla possibilità di accedere alla parto-analgésia, al fine di favorire una libera e consapevole scelta da parte delle donne;
  - unitarietà dell’assistenza durante la gravidanza, parto e puerperio con integrazione tra consultori, ospedali e servizi territoriali;
  - umanizzazione della nascita, con accesso e permanenza in sala travaglio e parto di un familiare o altra persona gradita, modelli organizzativi che consentono vicinanza del neonato alla madre anche quando il neonato necessita di cure, incoraggiamento all’allattamento materno, applicazione del protocollo OMS-UNICEF “Ospedale amico del bambino”;
  - unificazione del DRG del parto cesareo e del parto vaginale, spontaneo o operativo, tenendo conto dei costi effettivi e differenziati per l’assistenza al travaglio-parto per via vaginale o con taglio cesareo relativi sia all’impegno di personale medico e ostetrico sia alle tecnologie necessarie;
  - diritto al segreto del parto alle donne che non intendono riconoscere i loro nati;
  - informazione adeguata sulla possibilità della donazione del sangue da cordone ombelicale.

<sup>36</sup> Ad esempio la Regione Toscana, il cui Piano sanitario regionale 2005-2007 già prevedeva il progetto speciale n.5 “Nascere in Toscana”. Nel triennio 2005-2007 è stata avviata una riqualificazione dei servizi di assistenza alla nascita.

<sup>37</sup> Ad esempio la Basilicata e la Calabria.

<sup>38</sup> Nota a cura di Cittadinanzattiva-TDM, Audizione del 10 novembre 2010, XII Commissione Permanente Affari sociali della Camera dei Deputati, Indagine conoscitiva deliberata nell’ambito dell’esame delle abbinate proposte di legge C.918 Marinello, C. 1353 Livia Turco, C. 1513 Palumbo, C. 1266 Consiglio Regionale del Piemonte e C. 3303 Lucà, recanti “Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato”.