



Assemblea

RESOCONTO SOMMARIO  
RESOCONTO STENOGRAFICO  
ALLEGATI

**ASSEMBLEA**

219<sup>a</sup> seduta pubblica (antimeridiana)  
mercoledì 10 giugno 2009

Presidenza del vice presidente Chiti,  
indi del vice presidente Nania

**INDICE GENERALE**

<i>RESOCONTO SOMMARIO</i> . . . . .	Pag. V-XIV
<i>RESOCONTO STENOGRAFICO</i> . . . . .	1-41
<i>ALLEGATO A (contiene i testi esaminati nel corso della seduta)</i> . . . . .	43-65
<i>ALLEGATO B (contiene i testi eventualmente consegnati alla Presidenza dagli oratori, i prospetti delle votazioni qualificate, le comunicazioni all'Assemblea non lette in Aula e gli atti di indirizzo e di controllo)</i> . . . . .	67-81

## I N D I C E

<i>RESOCONTO SOMMARIO</i>		<b>SULLA COSTITUZIONE DI UN FONDO PER LE VITTIME DELL'AMIANTO</b>	
<i>RESOCONTO STENOGRAFICO</i>		CASSON (PD) . . . . .	Pag. 33
<b>SUL PROCESSO VERBALE</b>		<b>MOZIONI</b>	
PRESIDENTE . . . . .	Pag. 1	<b>Ripresa della discussione delle mozioni 1-00116, 1-00135 (testo 2) e 1-00137:</b>	
PEDICA (IdV) . . . . .	1	BOLDI (LNP) . . . . .	34
<b>PREANNUNZIO DI VOTAZIONI ME- DIANTE PROCEDIMENTO ELETTRO- NICO</b> . . . . .	2	GUSTAVINO (PD) . . . . .	34, 35
<b>SULL'INTERVENTO DEL LEADER LI- BICO GHEDDAFI NELL'AULA DEL SENATO</b>		BIANCONI (PdL) . . . . .	35
PRESIDENTE . . . . .	2, 3, 4 e <i>passim</i>	ROCCELLA, <i>sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali</i> . . . . .	36, 37
PEDICA (IdV) . . . . .	2, 3, 5	BIANCHI (PD) . . . . .	37
GIARETTA (PD) . . . . .	3	PERDUCA (PD) . . . . .	37
BORNACIN (PdL) . . . . .	4	PORETTI (PD) . . . . .	38
LONGO (PdL) . . . . .	2, 3, 4 e <i>passim</i>	<b>SULL'INTERVENTO DEL LEADER LI- BICO GHEDDAFI NELL'AULA DEL SENATO</b>	
CARLONI (PD) . . . . .	5	PERDUCA (PD) . . . . .	38
PORETTI (PD) . . . . .	6	PORETTI (PD) . . . . .	39
<b>MOZIONI</b>		PEDICA (IdV) . . . . .	39
<b>Discussione delle mozioni 1-00116, 1-00135 (testo 2) e 1-00137 sul parto cesareo</b>		<b>SUL RISPETTO DEI DIRITTI UMANI NEL DELTA DEL NIGER</b>	
<b>Approvazione delle mozioni 1-00116 (testo 3), 1-00135 (testo 4) e 1-00137 (testo 2):</b>		LANNUTTI (IdV) . . . . .	40
PRESIDENTE . . . . .	7, 11, 13 e <i>passim</i>	<i>ALLEGATO A</i>	
BIANCONI (PdL) . . . . .	8, 30	<b>MOZIONI</b>	
BASSOLI (PD) . . . . .	11, 30	Mozioni sul parto cesareo nn. 1-00116 (testo 3), 1-00135 (testo 4) e 1-00137 (testo 2) . . .	43
CARLINO (IdV) . . . . .	13, 30, 32	<i>ALLEGATO B</i>	
MARINO Ignazio (PD) . . . . .	15	<b>CONGEDI E MISSIONI</b> . . . . .	67
BUGNANO (IdV) . . . . .	17	<b>INTERROGAZIONI</b>	
PORETTI (PD) . . . . .	18, 30	Annunzio . . . . .	41
BOLDI (LNP) . . . . .	19	Annunzio di risposte scritte . . . . .	68
CARLONI (PD) . . . . .	21	Interrogazioni . . . . .	69
RIZZOTTI (PdL) . . . . .	23		
ROCCELLA, <i>sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali</i> . . . . .	26		
FOSSON (UDC-SVP-Aut) . . . . .	31		

*N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP e Autonomie: UDC-SVP-Aut; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per l'Autonomia: Misto-MPA.*



## RESOCONTO SOMMARIO

### Presidenza del vice presidente CHITI

*La seduta inizia alle ore 9,34.*

*Il Senato approva il processo verbale della seduta del 27 maggio.*

### Comunicazioni della Presidenza

PRESIDENTE. L'elenco dei senatori in congedo e assenti per incarico ricevuto dal Senato nonché ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicati nell'allegato B al Resoconto della seduta odierna.

### Preannuncio di votazioni mediante procedimento elettronico

PRESIDENTE. Avverte che dalle ore 9,37 decorre il termine regolamentare di preavviso per eventuali votazioni mediante procedimento elettronico.

### Sull'intervento del leader libico Gheddafi nell'Aula del Senato

PEDICA (*IdV*). La decisione assunta dalla Conferenza dei Capi-gruppo di dare al leader libico Gheddafi la possibilità di intervenire nell'Aula del Senato è inaccettabile in quanto il leader libico è un dittatore criminale che disconosce i diritti fondamentali dell'uomo. Nel chiedere che l'Assemblea si pronunci sulla vicenda attraverso un dibattito nel corso della seduta pomeridiana, assicura che l'Italia dei Valori farà il possibile affinché non passi inosservata all'opinione pubblica la vergogna, assai inopportuna sostenuta dal presidente Gasparri, che si intende realizzare nell'Aula del Senato. (*Commenti del senatore Longo. Repliche del senatore Pedica. Il Presidente richiama due volte all'ordine il senatore Pedica e dispone l'iscrizione dei richiami nel processo verbale*).

GIARETTA (*PD*). Anche a nome del collega Morando, manifesta la più profonda indignazione per il previsto intervento in Senato del leader libico Gheddafi: pur condividendo l'esigenza di promuovere il dialogo con Tripoli, appare infatti del tutto inappropriato accogliere il dittatore nella sede che rappresenta la democrazia, le libertà e i diritti dei cittadini. (*Applausi dai Gruppi PD e IdV*).

BORNACIN (*PdL*). Nell'invitare il senatore Pedica ad un maggior rispetto per il senatore Gasparri e per tutti i colleghi, osserva che le parole di condanna dell'opposizione nei confronti dell'imminente visita del leader Gheddafi sono il frutto di una mera speculazione politica, dal momento che il centrosinistra ha sempre favorito rapporti di amicizia e cooperazione per esempio con la Cina e la Bielorussia, Paesi anch'essi in cui i diritti umani risultano violati. (*Applausi dal Gruppo PdL. Commenti dai banchi dell'opposizione*).

LONGO (*PdL*). Il comportamento del senatore Pedica è illogico e contraddittorio in quanto taccia di antidemocraticità il leader libico Gheddafi preannunciando però al contempo l'intenzione di impedirgli di parlare nell'Aula del Senato. È invece utile ed opportuno favorire la visita del Capo di Stato di un Paese che, pur dovendo ancora percorrere molta strada lungo la via della democrazia, ha però già compiuto alcuni significativi passi. (*Applausi dal Gruppo PdL. Commenti dei senatori Belisario e Pedica*).

CARLONI (*PD*). L'intervento del leader libico in Senato desta sconcerto e preoccupazione, anche tenuto conto del fatto che in passato l'ingresso nell'Aula del Senato è stato consentito solamente a personalità di alta levatura morale ed etica, quali re Juan Carlos di Spagna e Kofi Annan. Nel rinnovare alla Presidenza la richiesta di rendere note le ragioni poste alla base della decisione assunta dalla Conferenza dei Capigruppo, sollecita un dibattito parlamentare sulla vicenda affinché l'Aula possa esprimersi sull'opportunità dell'imminente visita. (*Applausi dal Gruppo PD*).

PORETTI (*PD*). La decisione di far intervenire Gheddafi nell'Aula del Senato è stata assunta dalla Conferenza dei Capigruppo in modo assai discutibile, stanti le numerose perplessità espresse dal Gruppo del Partito Democratico e posto che era noto che la presidente Bonino avrebbe manifestato la più totale contrarietà se fosse stata presente. Invita quindi la Presidenza a consentire lo svolgimento di un dibattito in Aula sulla vicenda nel corso della seduta pomeridiana.

PRESIDENTE. Assume l'impegno a riferire al Presidente del Senato in ordine al contenuto degli interventi svolti e delle proposte avanzate, anche al fine di verificare l'opportunità di una nuova riunione della Conferenza dei Capigruppo. Nel dare conferma della piena correttezza circa le

modalità di svolgimento della seduta della Conferenza dei Capigruppo della giornata di ieri, auspica che le divergenze politiche sulla visita di Gheddafi non inficino l'importante lavoro fino ad oggi svolto dal Senato in tema di tutela e salvaguardia dei diritti umani nel mondo.

### **Discussione delle mozioni nn. 116, 135 (testo 2) e 137 sul parto cesareo**

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

BIANCONI (*PdL*). I dati ufficiali sulle nascite con taglio cesareo indicano una percentuale nazionale pari al 38,3 per cento, superiore a quella della media europea e degli Stati Uniti: ciò impone una riflessione in ordine ai fattori che spiegano tale fenomeno e che devono essere rinvenuti in campo clinico, sociale e sanitario, dovendosi altresì considerare l'esistenza nel Paese di una grande variabilità interregionale, con un picco di circa il 60 per cento in Campania e una percentuale del 23 per cento in Friuli Venezia Giulia. Il Governo ha già cominciato a promuovere la naturalità del parto fisiologico e il Comitato nazionale di bioetica ha stabilito che tutte le partorienti hanno diritto alla conoscenza delle tecniche per contrastare il dolore. Nel dare conto delle principali modifiche apportate al dispositivo della mozione 116 (*v. testo 2 nell'Allegato A*), illustra quindi gli impegni cui si intende vincolare il Governo, nell'ottica di promuovere un appropriato ricorso al parto con taglio cesareo, eventualmente anche invitando le Regioni dove le percentuali di tagli cesarei sono maggiori a fornire consulenze e a distribuire materiale informativo alle donne in gravidanza sui corsi preparto e sui vantaggi e gli svantaggi del parto cesareo. (*Applausi dai Gruppi PdL e PD*).

BASSOLI (*PD*). La mozione n. 135 (testo 2) richiama l'attenzione sui temi del parto e della salute della donna e del bambino che, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, dovrebbe essere tutelata tramite politiche pubbliche di attenta programmazione. La tendenza a rimuovere il dolore connesso al parto, insieme alla più avanzata età delle partorienti e a motivi di organizzazione delle strutture sanitarie private, spiega perché in Italia, e soprattutto nel Mezzogiorno, la gravidanza sia eccessivamente medicalizzata e i parti effettuati con taglio cesareo siano in costante aumento, nonostante presentino un rischio di mortalità superiore rispetto al parto vaginale. L'interruzione anticipata della precedente legislatura ha impedito peraltro di approvare un disegno di legge per la tutela dei diritti della partorienti che affrontava anche uno dei fattori dell'eccessivo ricorso al cesareo, la scarsa informazione delle donne, che accedono con difficoltà ai corsi di preparazione. Considerato che le tecniche analgesiche legate al parto naturale dovrebbero rientrare fra le prestazioni garantite a titolo gratuito dal Servizio sanitario nazionale, la mozione impegna il Governo a monitorare l'eccessivo ricorso al taglio cesareo, che presenta peraltro costi più elevati del parto naturale; a promuovere un'appropriata assistenza alla nascita; a potenziare l'attività dei consultori femminili e a contrastare di-

sparità territoriali e sociali al fine di garantire uguali opportunità di accesso ai servizi per la tutela materno-infantile anche per la popolazione immigrata; a favorire il controllo e la gestione del dolore nel quadro di una maggiore umanizzazione dell'evento nascita attraverso il ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale. (*Applausi dai Gruppi PD e PdL*).

CARLINO (*IdV*). Nell'illustrare la mozione n. 137 sottolinea che, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, soltanto il dieci per cento dei parti dovrebbe avvenire tramite operazione chirurgica; l'elevata percentuale di tagli cesarei effettuati in Italia rappresenta quindi un'anomalia nel quadro europeo. Il parto vaginale è infatti la modalità più corretta di portare a termine una gravidanza, le donne che partoriscono con il cesareo devono affrontare un ricovero più lungo e rischioso e la tendenza a preferire il parto cesareo dipende da esigenze organizzative dei medici o delle stesse donne. Alla luce dell'articolo 32 della Costituzione, che obbliga la Repubblica a garantire il diritto alla salute, la mozione impegna il Governo a promuovere campagne informative per rendere più consapevoli le donne che optano per il cesareo; a contrastare le tendenze dei medici a favorire il tipo di parto più remunerato o più garantito sotto il profilo di eventuali denunce; ad emanare linee-guida per promuovere il parto naturale, l'inizio immediato dell'allattamento, il benessere della partoriente e l'anestesia epidurale gratuita. (*Applausi dal gruppo IdV*).

PRESIDENTE. Dichiara aperta la discussione sulle mozioni.

MARINO Ignazio (*PD*). Secondo la letteratura scientifica e l'Organizzazione mondiale della sanità si dovrebbe ricorrere al parto cesareo in una limitata percentuale di casi. In Italia si registra invece una percentuale di tagli cesarei che non ha riscontro nei Paesi occidentali e tale prassi consolidata non dipende da motivi clinici bensì dalla paura del dolore, dall'erronea convinzione delle donne che si tratti di una tecnica meno rischiosa del parto naturale e dalla tendenza dei medici ad assecondare tale preferenza per motivi di comodità. In particolare nelle strutture sanitarie private, il parto cesareo è privilegiato perché è programmabile ed è rimborsato in misura maggiore. Per contrastare una pratica diffusa che non giova alla salute delle donne, la mozione del PD impegna il Governo a monitorare il fenomeno e a promuovere, con adeguate politiche, il parto naturale e indolore. (*Applausi dal Gruppo PD e delle senatrici Bianconi e Boldi*).

BUGNANO (*IdV*). Il ricorso sempre più frequente al taglio cesareo ha trasformato la nascita in un evento medico, che esclude i familiari e pone la donna in una condizione passiva. Le ragioni per cui si opta per il parto cesareo dipendono dall'età della partoriente ma anche dalla paura del dolore e dalla tranquillità del personale medico. Per produrre un'inversione di tendenza e incentivare il parto naturale occorre, dunque, inserire

l'anestesia epidurale tra i livelli essenziali di assistenza e promuovere una diversa consapevolezza femminile attraverso corsi di accompagnamento alla nascita. (*Applausi dai Gruppi IdV e PD*).

PORETTI (*PD*). È deprimente dover affrontare ancora una volta nel 2009 il tema della difesa della dignità della donna in Italia, dove persiste una società maschilista e fortemente intrisa di valori cattolici che nega diritti essenziali, come dimostrano anche alcuni recenti provvedimenti sulla procreazione medicalmente assistita o sull'accesso all'aborto farmacologico. Non meno grave è il fatto che venga negato alle donne il diritto a partorire senza dolore, dal momento che l'anestesia epidurale in Italia è praticata in percentuale minima (il 3,7 sul totale dei parti nel 2001) a confronto con altre realtà come Francia, Germania o Stati Uniti, in cui vi si ricorre nel 70 e fino al 90 per cento dei casi. Appare evidente come l'abuso del ricorso al taglio cesareo in Italia sia una diretta conseguenza della negazione dell'analgesia epidurale e del fatto che mancano nel Paese strutture sanitarie e punti nascita adeguatamente attrezzati a fornire assistenza continuativa e senza costi per l'utenza. (*Applausi dal Gruppo PD*).

BOLDI (*LNP*). Alla base del primato italiano nel ricorso al parto cesareo, con una maggiore incidenza nell'Italia meridionale e insulare e più frequentemente nelle cliniche private, vi è sicuramente un problema di natura culturale e di inadeguata informazione delle donne, che non sono in grado di autodeterminarsi al momento del parto. Il parto cesareo rappresenta a tutti gli effetti un intervento chirurgico con tutti i rischi connessi e quando non sono esigenze di salvaguardia della partoriente a richiederlo, occorre sempre prediligere il parto naturale, abbandonando obsoleti modelli sanitari, fornendo alle donne indicazioni corrette lungo tutto il percorso della gravidanza e dotando uniformemente a livello nazionale le strutture sanitarie di personale preparato. A ciò si aggiunge la necessità di diffondere l'anestesia epidurale gratuita in tutto il Paese, ma per non far gravare costi enormi sul Sistema sanitario nazionale sarà necessario individuare strutture di riferimento regionali dove concentrare la strumentazione e il personale medico specializzato. Bisogna anche promuovere percorsi assistenziali differenziati per una corretta valutazione del rischio al momento del ricovero, per individuare precocemente potenziali complicanze e ridurre i condizionamenti che pesano sul medico al momento della scelta del trattamento da intraprendere. (*Applausi dal Gruppo PdL*).

CARLONI (*PD*). Nell'obiettivo di salvaguardare il benessere delle donne in gravidanza e dei neonati, con le mozioni in esame si superano le logiche di parte e si perseguono scopi comuni, come la diffusione del sistema analgesico epidurale gratuito in tutto il Paese. In Campania, ove si detiene il primato negativo quanto al ricorso al parto con taglio cesareo, soprattutto nelle cliniche private, la dirigenza femminile della Regione tenta di contrastare con vari strumenti e atti di indirizzo questa eccessiva tendenza alla medicalizzazione dell'evento parto. Si è già regi-

strata negli ultimi due anni una lieve riduzione nella percentuale delle nascite con taglio cesareo, ad indicare, sebbene in misura ancora troppo modesta, una positiva controtendenza come risultato dell'azione di contrasto del Governo regionale. Tuttavia, le verifiche e le misure sanzionatorie poste in essere dalla Giunta devono essere sistematiche e più stringenti, come il nuovo sistema di disincentivi economici, e per realizzare una strategia vincente occorre promuovere al contempo una corretta campagna di informazione e potenziare l'attività dei consultori familiari per assistere le gestanti e la loro libera scelta al momento del parto. (*Applausi dal Gruppo PD e delle senatrici Bianconi e Boldi*).

RIZZOTTI (*PdL*). Al fine di contenere il ricorso al parto con taglio cesareo e promuovere una corretta valutazione del rischio al momento del ricovero, invita il Governo ad adottare tutti i provvedimenti necessari a tutela della salute delle donne con programmi di assistenza e mediazione culturale anche per la popolazione immigrata. Concorrono a determinare tale fenomeno diversi fattori critici di natura clinica, legati al contesto socioculturale e geografico in cui avviene il parto o all'età della donna partoriente, che assume maggiore consapevolezza in età più adulta. È stato posto in evidenza come più alta sia l'incidenza del fenomeno al Sud e come maggiore sia anche il tasso di mortalità neonatale: influiscono in tali stime negative anche fattori organizzativi propri del servizio sanitario locale o la variabilità del comportamento dei singoli medici nelle scelte da operare, anche in considerazione del diverso grado di tutela offerta al personale sanitario dalle strutture ospedaliere. Incidono inoltre nella scelta del parto cesareo anche fattori economici, visto che, in caso di parto naturale il rimborso dalle assicurazioni private sui costi non viene praticato, oltre che il mancato riconoscimento tra i livelli essenziali di assistenza dell'anestesia epidurale. Il Governo deve intervenire per arginare questa preoccupante tendenza e fornire tutti gli elementi di informazione necessari, ma la divulgazione delle tecniche diagnostiche e terapeutiche deve essere uniforme sul territorio nazionale e sarebbe all'uopo utile costituire un gruppo multidisciplinare composto da ostetrici, ginecologi e ricercatori in sanità pubblica, e predisporre linee guida cliniche italiane migliorative sul parto cesareo e sul parto spontaneo. (*Applausi dal Gruppo PdL e della senatrice Carloni*).

PRESIDENTE. Dichiara chiusa la discussione.

ROCCELLA, *sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali*. Una perdita di consapevolezza e di protagonismo femminile nell'esperienza della maternità e una scarsa informazione sull'argomento hanno ingenerato la tendenza alla eccessiva medicalizzazione del percorso nascita, ad esempio con un incremento dell'allattamento artificiale anche quando questo non sia inevitabile e con il ricorso ad esami diagnostici prenatali superflui (un fenomeno quest'ultimo che il Governo, attraverso il Ministero della sanità, sta tentando di contenere). In tale tendenza si in-

serisce l'aumento dei casi di ricorso inappropriato al parto cesareo, affrontato anche dal recente accordo sancito fra Governo e Regioni per la definizione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale 2009, volto a promuovere il parto naturale, a garantire adeguata assistenza alle partorienti ed al neonato e contrastare il dolore mediante opportune procedure analgesiche espletate da professionisti. L'accordo si prefigge di agire anche a livello logistico, attraverso una ottimizzazione dei punti nascita ed una loro più razionale organizzazione, grazie alla quale si potrà garantire assistenza adeguata ai parti a rischio con una riduzione anche della mortalità neonatale e materna. Il Ministero ha promosso inoltre iniziative di formazione genitoriale volta a prevenire rischi di malattie ed incidenti che possano colpire il bambino nei primi mesi di vita. Gli interventi proposti nelle mozioni in esame, fra cui il reperimento di maggiori risorse per l'implementazione dell'anestesia epidurale, ricadono per lo più nella competenza delle Regioni, per cui il Governo potrà esplicare una mera azione di indirizzo e sollecito nei confronti delle stesse. Per questo motivo, il parere sulle mozioni sarà positivo a condizione che vengano apportate alcune riformulazioni testuali tese soprattutto ad attribuire al Governo un ruolo di promozione e non di garanzia degli interventi proposti.

CARLINO (*IdV*). Accetta le modifiche proposta dalla rappresentante del Governo alla mozione n. 137 (*v. testo 2 nell'Allegato A*).

BIANCONI (*PdL*). Accoglie le modifiche proposte alla mozione n. 116 (testo 2) (*v. testo 3 nell'Allegato A*).

BASSOLI (*PD*). Pur esprimendo preoccupazione per il potenziale effetto attenuativo che potrebbe comportare la riformulazione proposta dal Governo alla mozione n. 135 (testo 2), la accoglie (*v. testo 3 nell'Allegato A*), anche al fine di non inficiare il proficuo percorso intrapreso.

PORETTI (*PD*). Ritira la firma dalla mozione n. 135 (testo 3), ritenendo impropria la sfumatura proposta dalla Sottosegretario, che sostituendo alla garanzia delle pratiche analgesiche durante il parto una mera offerta delle stesse, indebolisce il senso della misura proposta.

PRESIDENTE. Avvertendo 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, passa alla votazione delle stesse.

FOSSON (*UDC-SVP-Aut*). Esprime il voto favorevole a nome del proprio Gruppo sulle mozioni in esame, le quali hanno il pregio di ricondurre l'esperienza del parto alla propria dimensione fisiologica. Occorre combattere l'eccessiva medicalizzazione del percorso nascita, in particolare il ricorso indiscriminato al parto cesareo, attraverso la valorizzazione della figura dell'ostetrica, precisandone il ruolo rispetto a quello del me-

dico, che è invece l'unico competente a somministrare le pratiche anestetiche che devono essere garantite. È auspicabile, inoltre, implementare le strutture pubbliche come i consultori al fine di invertire la tendenza delle gestanti a rivolgersi sempre più spesso alle cliniche private. (*Applausi dei senatori Peterlini e Rizzotti*).

CARLINO (*IdV*). L'ipermedicalizzazione del parto è una tendenza dovuta spesso a motivi economici che nulla hanno a che fare con le reali necessità fisiologiche della partorientente. Per favorire un reale mutamento di approccio, alle donne devono essere garantite le opportune informazioni sui rischi e sulle conseguenze del parto con taglio cesareo, nonché adeguate pratiche analgesiche gratuite in caso di parto naturale. Lo Stato, nell'assolvere al proprio dovere costituzionale di garanzia della salute pubblica, ha l'obbligo di fornire assistenza fisica e psicologica alle madri in tutte le fasi legate alla nascita di un figlio, anche nell'ottica della promozione della centralità della famiglia come nucleo fondamentale della società. Auspicando l'approvazione della mozione n. 137 (testo 2), della quale è presentatrice insieme ad altre senatrici, annuncia, da parte del Gruppo dell'Italia dei Valori, il voto favorevole sulle mozioni nn. 116 (testo 3) e 135 (testo 3). (*Applausi dal Gruppo IdV e delle senatrici Bianconi e Boldi*).

## **Presidenza del vice presidente NANIA**

### **Sulla costituzione di un Fondo per le vittime dell'amianto**

CASSON (*PD*). A fronte della mancata attivazione del Fondo per le vittime dell'amianto previsto nella legge finanziaria per il 2008 ed a seguito delle reiterate richieste di chiarimenti in merito da parte dei lavoratori affetti da gravissime patologie a seguito dell'esposizione all'amianto, sollecita il Governo a fornire adeguate risposte e ad adoperarsi per la celere attivazione del Fondo.

ROCCELLA, *sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali*. Si riserva di rispondere in merito in altra occasione. (*Commenti del senatore Casson*).

### **Ripresa della discussione delle mozioni nn. 116, 135 (testo 2) e 137**

BOLDI (*LNP*). In considerazione della devoluzione di gran parte delle competenze sanitarie alle Regioni in ragione della modifica del Ti-

tolo V della Costituzione, è chiaro che, rispetto agli interventi contenuti nelle mozioni presentate che implicino delle spese, il Governo può esercitare solamente un controllo ed un indirizzo nei confronti delle Regioni. Preannuncia il voto favorevole del Gruppo della Lega Nord a tutte le mozioni presentate.

GUSTAVINO (*PD*). Nell'esprimere il voto favorevole del Gruppo sulle mozioni presentate, pone in evidenza le tematiche centrali in esse contenute: la valutazione caso per caso della appropriatezza del ricorso al parto con taglio cesareo, l'importanza della competenza delle strutture e dei professionisti, le cui prestazioni devono essere ispirate al principio della sicurezza delle madri e dei neonati e non alla necessità di evitare futuri contenziosi. È indispensabile, inoltre, procedere ad una più razionale organizzazione dei centri nascita. Se, infine, il riassetto delle competenze importato dalla riforma del Titolo V della Costituzione fa sì che il Governo debba rimettere alle Regioni le azioni concrete in materia, il Governo non può però sottrarsi alle proprie responsabilità per esempio per quanto riguarda l'inserimento del parto indolore tra i livelli essenziali di assistenza. (*Applausi dal Gruppo PD e del senatore Fosson*).

BIANCONI (*PdL*). Nell'esprimere soddisfazione per il dibattito costruttivo svoltosi in Aula, ritiene opportuno rimarcare che le riformulazioni proposte dal Governo non devono suscitare preoccupazione circa una possibile sottrazione dell'Esecutivo alle proprie responsabilità, ma sono motivate dalla allocazione delle competenze in campo sanitario alle Regioni, le quali sole possono decidere in merito alla fornitura gratuita dell'anestesia epidurale ed alla individuazione delle strutture presso le quali praticarla. Dispiace che alcuni senatori, con atteggiamento pretestuosamente polemico, abbiano gettato delle ombre su un dibattito altrimenti proficuo e sereno su un tema delicato e vitale come quello della maternità e della salute delle donne e dei bambini. (*Applausi dal Gruppo PdL*).

ROCCELLA, *sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali*. Nell'ottica di promuovere le migliori pratiche per il controllo del dolore nel parto ed in risposta ai dubbi espressi dalla senatrice Poretti, propone una ulteriore riformulazione della mozione n. 135 (testo 3), mantenendo il riferimento a prestazioni garantite a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza, in strutture individuate dalle Regioni all'interno di appositi programmi.

BIANCHI (*PD*). Accoglie favorevolmente il ripensamento del Governo, che rende giustizia del lavoro comune compiuto nella stesura della mozione n. 135 (*v. testo 4 nell'Allegato A*).

PERDUCA (*PD*). Annuncia la propria astensione dal voto sulle mozioni in esame, delle quali non si capisce l'utilità, dal momento che si è

più volte sottolineato il loro carattere non impegnativo nei confronti del Governo.

PORETTI (*PD*). A fronte delle ulteriori modifiche introdotte nella riformulazione proposta dal Governo, con le quali si reintroduce il principio di garanzia delle pratiche analgesiche durante il parto, chiede di aggiungere nuovamente la propria firma alla mozione n. 135 (testo 4).

*Il Senato approva le mozioni nn. 116 (testo 3), 135 (testo 4) e 137 (testo 2).*

### **Sull'intervento del leader libico Gheddafi nell'Aula del Senato**

PERDUCA (*PD*). Annuncia uno sciopero della fame per protesta contro la mancata risposta della Presidenza alle istanze dei senatori che hanno chiesto un riesame della decisione, assunta non all'unanimità dalla Conferenza dei Capigruppo, di far intervenire il leader libico Gheddafi nell'Aula del Senato nella giornata di domani, un onore ad oggi riservato a poche eccellenti personalità, che non può essere tributato ad un dittatore.

PORETTI (*PD*). Annuncia di avere iniziato, come il senatore Perduca, uno sciopero della fame per protestare contro la imbarazzante presenza di Gheddafi in Senato, per la quale è stato persino modificato il calendario dei lavori dell'Assemblea. Chiede inoltre chiarimenti sullo svolgimento dell'incontro e sulle personalità che saranno autorizzate a parteciparvi.

PEDICA (*IdV*). L'invito rivolto dal Governo italiano al leader Gheddafi porrà l'Italia in una posizione imbarazzante agli occhi dell'opinione pubblica internazionale e la presenza del dittatore nell'Aula del Senato, voluta dal PdL contro l'opinione dell'opposizione, rischia di creare un incidente diplomatico.

### **Sul rispetto dei diritti umani nel Delta del Niger**

LANNUTTI (*IdV*). Richiama l'attenzione dell'Aula sulla violazione dei diritti umani e sui gravissimi danni ambientali nel Delta del Niger, di cui sono responsabili le compagnie petrolifere internazionali, incluse l'ENI, l'AGIP e la SNAM-rete gas; la compagnia Shell ha addirittura accettato di pagare 15,5 milioni di dollari per evitare di comparire nel processo per la morte di alcuni attivisti che si battevano contro la miseria e l'arretratezza cui il Governo nigeriano condanna il suo popolo. (*Applausi dal Gruppo IdV*).

PRESIDENTE. Dà annuncio degli atti di indirizzo e di sindacato ispettivo pervenuti alla Presidenza (*v. Allegato B*) e toglie la seduta.

*La seduta termina alle ore 11,55.*

## RESOCONTO STENOGRAFICO

### Presidenza del vice presidente CHITI

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 9,34*).  
Si dia lettura del processo verbale.

MALAN, *segretario*, dà lettura del processo verbale della seduta del 27 maggio.

#### Sul processo verbale

PEDICA (*IdV*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PEDICA (*IdV*). Signor Presidente, vorrei richiamare l'attenzione sul numero dei presenti e, anche in considerazione di un eventuale dibattito sulla presenza in quest'Aula, domani, di un criminale, chiedere la votazione del processo verbale previa verifica del numero legale.

PRESIDENTE. Invito il senatore Segretario a verificare se la richiesta risulta appoggiata dal prescritto numero di senatori, mediante procedimento elettronico.

*(La richiesta non risulta appoggiata). (Commenti del senatore Longo).*

Metto ai voti il processo verbale.

**È approvato.**

#### Comunicazioni della Presidenza

PRESIDENTE. L'elenco dei senatori in congedo e assenti per incarico ricevuto dal Senato, nonché ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicati nell'allegato B al Resoconto della seduta odierna.

### **Preannunzio di votazioni mediante procedimento elettronico**

PRESIDENTE. Avverto che nel corso della seduta odierna potranno essere effettuate votazioni qualificate mediante il procedimento elettronico.

Pertanto decorre da questo momento il termine di venti minuti dal preavviso previsto dall'articolo 119, comma 1, del Regolamento (*ore 9,37*).

### **Sull'intervento del leader libico Gheddafi nell'Aula del Senato**

PEDICA (*IdV*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PEDICA (*IdV*). Signor Presidente, intervengo sempre in merito alla decisione dei Capigruppo, credo confermata anche questa mattina, circa la presenza del *leader* Gheddafi. Non credo si tratti di un tema da sottovalutare e rinviare a fine seduta. Stiamo parlando infatti di un dittatore, di un criminale, la cui presenza domani in quest'Aula, per quanto ci riguarda, è pari a quella di Totò Riina.

Cercheremo con tutte le forze e con le dovute maniere di far capire all'Assemblea l'importanza di svolgere il dibattito parlamentare, come anche il senatore Divina ha chiesto. La decisione dei Capigruppo di far parlare una persona che di diritti umani non sa nulla è una vergogna nazionale, come il Presidente del nostro Gruppo in Senato, Belisario, ha chiarito anche oggi. È una notizia che ci ha fatto veramente raccapricciare, specialmente gli italiani esuli dalla Libia, cacciati vent'anni fa in modo ignobile.

Credo sia un errore far parlare una persona che ha cacciato i nostri connazionali, in primo luogo un errore di chi ieri lo ha voluto in Senato, e cioè Gasparri. Non so cosa gli abbia detto la testa a quest'uomo, ma sicuramente non lo ha voluto Fini, il suo capo, che ha dimostrato molta più intelligenza alla Camera di Gasparri, che solo per notizia o per *gossip* (perché qui si va avanti a *gossip*) vuol far entrare – e lo ripeto – un criminale in quest'Aula.

È una vergogna per l'Italia. È una vergogna che non faremo passare inosservata!

LONGO (*PdL*). Bravo!!

PEDICA (*IdV*). Signor Presidente, la invito a promuovere di nuovo la convocazione della Conferenza dei Capigruppo e a fissare un dibattito in Aula oggi, perché così non andremo avanti, sia per le votazioni che per gli altri argomenti all'ordine del giorno.

Cercheremo di fare tutto quanto è nelle nostre possibilità per far capire all'Italia che un partito, per bocca del signor Gasparri, chiede a un criminale di parlare nell'Aula del Senato. È una vergogna che – lo ripeto – non faremo passare in silenzio! E io, come ho detto ieri, paragonandolo a Totò Riina, non lo farò parlare!

LONGO (*PdL*). Bravo! (*Vivaci commenti del senatore Pedica*).

PRESIDENTE. Senatore Pedica, la richiamo e tale richiamo verrà messo a verbale. (*Scambio di battute tra il senatore Pedica e il senatore Longo. Commenti dai banchi dell'opposizione*).

PEDICA (*IdV*). Ricordatevelo: avete la vergogna addosso! (*Commenti del senatore Longo*).

PRESIDENTE. Senatore Pedica, la richiamo per la seconda volta. Lei ha parlato e non può impedirlo agli altri. E che questi due richiami siano messi a verbale, perché una cosa è manifestare le proprie opinioni, altro è impedire in modo intollerante ad altri di svolgere il proprio intervento e a quest'Aula di lavorare.

GIARETTA (*PD*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GIARETTA (*PD*). Signor Presidente, parlo a titolo personale; al massimo posso interpretare il pensiero del senatore Morando, che è seduto vicino a me.

Desidero manifestare il senso della mia indignazione per questa decisione dei Capi-gruppo. Penso che il Parlamento sia il luogo sacro della democrazia rappresentativa, in cui vengono anche simbolicamente rappresentati i grandi valori dei diritti umani, della democrazia, del rispetto di quei concetti che sono qui scolpiti nella nostra Aula: «Il 2 giugno 1946 per suffragio di popolo a presidio di pubbliche libertà e a certezza del progresso civile fu proclamata la Repubblica italiana».

Faccio parte, assieme ad altri colleghi, della delegazione parlamentare italiana presso l'Assemblea del Consiglio d'Europa, la cui finalità è quella di vigilare e lavorare perché i diritti umani siano rispettati e perché le Assemblee rappresentative siano il luogo in cui si promuove il rispetto di tali diritti. Certamente sono favorevole al dialogo e ritengo che l'affermazione dei diritti dei popoli abbia bisogno di un dialogo, un dialogo tra Governi, tra personalità, ma non è possibile che nel luogo cardine della democrazia si faccia parlare un Capo di Stato che nel proprio Paese non garantisce quei diritti che la nostra Costituzione assicura. Quale lezione potrà darci il Capo di Stato della Libia? Quali indicazioni potremo ascoltare in silenzio, senza parlare anche a nome di quelle persone che in tutto il mondo vedono negati i loro diritti?

Invito i Capigruppo a riflettere davvero su una decisione che ritengo sia stata avventata. Naturalmente ci sono altre sedi in cui è possibile mantenere aperti questi canali di dialogo, ma vi prego di non metterci nell'imbarazzo di dover assumere comportamenti che manifestino, anche in occasione della visita del leader libico, il nostro profondo dissenso. (*Applausi dai Gruppi PD e IdV*).

BORNACIN (*PdL*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BORNACIN (*PdL*). Signor Presidente, colleghi, innanzitutto vorrei invitare il senatore Pedica, se non gli dispiace, a portare rispetto nel momento in cui parla dei colleghi, perché o siamo tutti signori o siamo tutti parlamentari. (*Cenni di dissenso del senatore Pedica*). Non ho alcuna difficoltà a farmi chiamare signore, ma credo che il collega Gasparri, a cui mi unisce un'amicizia politica e personale da tanti anni, sia un senatore come lei, senatore Pedica. (*Applausi dal Gruppo PdL. Commenti del senatore Pedica*). In caso contrario, mi vedrò costretto a chiamarla signor Pedica, perché credo che lei in quest'Aula qualche sceneggiata meno degna di un senatore l'abbia fatta. (*Commenti del senatore Pedica*).

A parte tutto ciò, indubbiamente in Libia ci sono problemi di diritti umani. Vorrei vedere questa indignazione a telecomando quando si parla della Cina, sulla quale nessuno ha il coraggio di parlare. (*Commenti dai banchi dell'opposizione*). Avrei voluto vedere questa indignazione a telecomando quando, qualche tempo fa, è stato ricevuto il dittatore bielorusso, che, con l'ausilio del Governo Prodi, ha fatto deportare una bambina (che è mia cugina), al quale naturalmente tutti quanti non avete avuto nulla da dire! (*Applausi dal Gruppo PdL. Commenti dei senatori Giaretta e Morando*). Questa indignazione sui diritti umani a senso unico dice soltanto che è una speculazione politica! (*Applausi dal Gruppo PdL*).

LONGO (*PdL*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LONGO (*PdL*). Signor Presidente, ammiro molto la coerenza del senatore Pedica, il quale, dopo avere tacciato un ospite in visita ufficiale in Italia di essere un criminale, ha aggiunto che «con le dovute maniere» gli sarà impedito di parlare, secondo la proiezione finalistica dello stesso senatore Pedica. Non so se egli abbia parlato a titolo personale o a nome dell'Italia dei Valori; diciamo a titolo personale, cosicché ciascuno di noi si assume le proprie responsabilità. Dunque, il senatore Pedica dice che Gheddafi è un criminale, ma sarà trattato «con le dovute maniere». Ecco il tempio della democrazia.

Se il tempio della democrazia, come dice il senatore Giaretta, è forte – come è forte oggi in Italia, nonostante i tentativi dell'Italia dei Valori di

dire «con le dovute maniere» che Berlusconi mira ad una dittatura – non abbiamo nessuna difficoltà ad ascoltare un Capo di Stato, che certamente può essere invisibile a molti, che ha molta strada da percorrere, ma che ha già percorso una piccola strada verso una forma di democrazia in un Paese, la Libia, che, come sa il senatore Pedica, fu provincia d'Italia e non soltanto, tanto è vero che credo che Gheddafi sia nato italiano.

Domani verrà Gheddafi. Domani saremo, credo, educati; credo, silenti. (*Cenni di dissenso del senatore Pedica*). No, il senatore Pedica non vuole essere educato. Ciò è certamente nel suo diritto.

PEDICA (*IdV*). Difendo l'Italia!

LONGO (*PdL*). Sì, lui da solo difende l'Italia.

PRESIDENTE. Senatore Pedica, la prego. Lei ha avuto due richiami. Non mi costringa ad espellerla dall'Aula! (*Proteste del senatore Belisario*). No, presidente Belisario.

BELISARIO (*IdV*). Ci interrompono sempre!

PRESIDENTE. Presidente Belisario, lei non può difendere i comportamenti scorretti dei senatori del suo Gruppo. Lei deve aiutare la Presidenza a tutelare il diritto di tutti ad intervenire in quest'Aula, senza intolleranze e senza interferenze. (*Applausi dal Gruppo PdL. Reiterate proteste del senatore Belisario*).

Concluda, senatore Longo.

LONGO (*PdL*). Grazie, signor Presidente, concludo senz'altro.

L'Italia dei Valori si prospetta in quest'Aula ancora in piena campagna elettorale. (*Commenti dal Gruppo IdV*). Sì, ci sono ancora le elezioni in corso. Lo fa criticando violentemente la decisione della Conferenza dei Capigruppo, con un sistema che, da colui che dice essere portatore di una democrazia così convinta da essere indignato dalla presenza di Gheddafi, la dice lunga sull'obbedienza che si deve alle regole.

Credo di aver finito. In realtà, per gran parte non ho capito perché, per fortuna mia, strutturale e culturale, certe cose dell'Italia dei Valori non le capisco e spero di non capirle mai a fondo. (*Applausi dal Gruppo PdL*).

CARLONI (*PD*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CARLONI (*PD*). Signor Presidente, ieri avevo chiesto alla Presidenza di conoscere quali fossero le motivazioni che avevano supportato la decisione della Conferenza dei Capigruppo, nonché i precedenti, ovverossia in

quali altre occasioni l'Aula del Senato ha ospitato Capi di Stato e autorità di livello internazionale. Non ho ricevuto risposta.

Secondo mie ricerche personali, sicuramente suscettibili di imprecisioni, i precedenti si riferiscono a re Juan Carlos di Spagna e a Kofi Annan, Segretario generale dell'ONU. In entrambi i casi si tratta di personalità che hanno concorso con la loro opera all'affermazione della democrazia, della pace e del rispetto dei diritti umani. Nella passata legislatura il Senato ospitò un'autorità morale di indubbio rilievo, come il Dalai Lama, certamente non nell'Aula del Senato, ma in altro luogo.

Guardiamo con preoccupazione alla decisione della Conferenza dei Capigruppo e della Presidenza, una decisione che indubbiamente mette molti senatori in difficoltà. Chiedo di considerare l'appropriatezza della scelta dell'Aula del Senato per ospitare un Capo di Stato controverso per quanto riguarda il rispetto dei diritti umani, come appunto il colonnello Gheddafi. (*Applausi dal Gruppo PD*).

PORETTI (*PD*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Faccio presente, colleghi, che questo sarà l'ultimo intervento. In considerazione del rilievo dell'argomento, ho consentito di svolgere più di un intervento per Gruppo, però non posso consentire che numerosi appartenenti allo stesso Gruppo parlamentare intervengano sullo stesso tema.

Senatrice Poretti, ha facoltà di parlare.

PORETTI (*PD*). Signor Presidente, desidero solo sottolineare che la decisione assunta ieri dalla Conferenza dei Capigruppo è stata presa in maniera molto discutibile. Sapevano tutti che Emma Bonino, Vice presidente del Senato, avrebbe espresso la sua contrarietà ed erano comunque state espresse delle perplessità da parte del Gruppo del PD. In maniera improvvisata è stata presa quella decisione con quelle modalità.

Ribadisco la necessità che questa Assemblea affronti tale questione. Capisco che forse non sarà alle 9,30 del mattino il momento giusto, però nell'arco della giornata credo che l'Assemblea del Senato debba occuparsi di una decisione di un certo tipo, presa con quei metodi, annullando una seduta del Senato già prevista.

Oggi Roma è blindata, non c'è neanche un autobus. Si annunciano interventi di un dittatore da balconi molto vicini ad una piazza che ha visto altri interventi di altri dittatori purtroppo appartenenti alla nostra storia. Mi chiedo se davvero qua siamo tutti impazziti, e dal fascino del Governo forte si è passati a quello dell'uomo forte, e forse prendiamo il leader libico come esempio. La scorsa settimana il Senato ha visto altre delegazioni bloccare completamente via della Dogana Vecchia, prendendo spunto da quei metodi sui sistemi di sicurezza. Ora siamo qui a discutere di questo e credo che l'Assemblea se ne debba occupare.

PRESIDENTE. Prendo atto degli interventi fatti, precisando che, visto il rilievo dell'argomento, ne ho permesso lo svolgimento al di fuori della prassi che normalmente prevede che si possa prendere la parola sull'ordine dei lavori al termine della seduta.

Prendo atto altresì della richiesta, avanzata da diversi senatori intervenuti, di una nuova convocazione della Conferenza dei Capigruppo. In merito riferirò al presidente Schifani, a cui spetta la decisione; parlerò con lui per valutare l'opportunità di una nuova riunione della Conferenza dei Capigruppo.

Per quanto riguarda la riunione della Conferenza dei Capigruppo svoltasi ieri sera, al di là del merito della decisione, su cui si può o no concordare, essa si è svolta in termini del tutto corretti: erano presenti i Presidenti dei Gruppi parlamentari, compreso il Gruppo a cui fa riferimento la senatrice Poretti. Quindi la decisione è stata assunta correttamente e io non devo esprimere qui una valutazione personale rispetto a tale decisione o a come ad essa si è addivenuti. I precedenti sono quelli che lei, senatrice Carloni, richiamava: in Aula hanno parlato re Juan Carlos e il Segretario generale dell'ONU.

La seduta di domani è stata sconvocata, quindi non si tratterà di una seduta dell'Assemblea del Senato: questa è la decisione assunta ieri sera. Ma, ripeto, riferirò al presidente Schifani delle perplessità e delle valutazioni che qui sono state espresse.

Circa i diritti umani, spesso il Senato si è trovato unito, assumendo posizioni che hanno registrato l'unanimità al di là degli schieramenti di appartenenza. Penso che su questo tema e su come farlo pesare nella politica internazionale dei vari Paesi, dell'Italia come dell'Unione europea, ci sia da compiere insieme un lavoro giusto e positivo. Tuttavia, in considerazione della divergenza registrata sulla giornata di domani, non vorrei si gettassero alle ortiche anche le comuni impostazioni che su questo tema si sono registrate.

In conclusione, riferirò al presidente Schifani sia della richiesta di convocare una nuova riunione della Conferenza dei Capigruppo specifica su questo tema, sia della richiesta avanzata da alcuni senatori di poter svolgere nella giornata odierna una discussione in Aula oltre agli argomenti che già sono previsti all'ordine del giorno.

#### **Discussione delle mozioni nn. 116, 135 (testo 2) e 137 sul parto cesareo (ore 9,55)**

#### **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 legger-

mente 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 preparto.

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 per-

corsi 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 rac-

comanda 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 partorientente, 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'appropriata 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 superiore 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 ita-

liane, 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 cesa-

reo, 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 partoriente, 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 per-

ché 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

gna 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 na-

scita, 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 spreca, ponendo attenzione a tutti i momenti che la compongono (dal parto al parto, al parto).

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 europee 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 italiana», 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'averne 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 parto-

rienti), 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 tutto 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 parto 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 vo-

gliamo 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'analgia nel quadro di un articolato programma di assistenza alla gravidanza, in accordo con i principi espressi nell'ambito del Piano sanitario nazionale 2006-2008.

È 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'analgia, 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'analgia 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 di-

verso 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*).

### **Sulla costituzione di un Fondo per le vittime dell'amianto**

CASSON (*PD*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CASSON (*PD*). Signor Presidente, colgo l'occasione della presenza del Sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali per sollecitare un atto governativo in materia di tutela dei lavoratori esposti all'amianto.

Sappiamo che la situazione è molto grave: ogni anno ci sono in Italia 1.000 casi di mesotelioma e circa 3.000 carcinomi polmonari, nonché centinaia di casi di asbestosi. Nella passata legislatura avevamo approvato, con la legge finanziaria, la costituzione di un Fondo per le vittime dell'amianto ed era previsto che, entro 90 giorni dall'entrata in vigore, il Ministro del lavoro avrebbe emanato un decreto per dare attuazione a questo fondo a tutela dei lavoratori. Purtroppo quel termine è scaduto da un anno e non abbiamo avuto risposta, nonostante un'interrogazione che abbiamo presentato con la collega Fontana ed altri senatori il 9 dicembre 2008, sollecitata il 10 marzo 2009.

Io stesso alcune settimane fa, prima delle elezioni, ho parlato in quest'Aula con il ministro Sacconi, il quale mi aveva risposto che non sapeva assolutamente nulla né del Fondo e della questione amianto, né delle interrogazioni e del sollecito, dicendo che aveva delegato tutto ai Sottosegretari o al Vice ministro della salute.

Poiché arrivano richieste al Ministero del lavoro e della salute per avere notizie sul Fondo per le vittime dell'amianto e queste richieste vengono continuamente dirottate dalla segreteria del Ministro alla Direzione generale per le politiche previdenziali, alla Direzione generale tecnologia e comunicazione, alla Direzione generale tutela delle condizioni del lavoro, credo che sarebbe buona cosa per il Governo dare risposta alle esigenze dei lavoratori che hanno subito gravissime patologie da amianto e non prenderli in giro.

Sono passati oltre sei mesi, è scaduto un termine da un anno ed i lavoratori colpiti dall'amianto stanno aspettando una risposta da questo Governo e dai Sottosegretari interessati alle questioni relative alla salute.

PRESIDENTE. Domando all'onorevole Sottosegretario se vuole rispondere subito o in altra occasione.

ROCELLA, *sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali*. In altra occasione, signor Presidente.

CASSON (*PD*). Quando? Tra un anno?

**Ripresa della discussione delle mozioni  
nn. 116, 135 (testo 2) e 137 (ore 11,34)**

BOLDI (*LNP*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BOLDI (*LNP*). Signor Presidente, sarò molto breve perché credo che non ci sia molto da aggiungere a quanto detto in discussione generale.

Ho ascoltato con attenzione tutti gli interventi dei colleghi e ricordo che, per quanto riguarda i dispositivi delle mozioni, non dobbiamo mai dimenticarci che la parte preponderante della responsabilità della politica sanitaria è ormai stata devoluta alle Regioni. Per quanto concerne quindi impegni che determinino grosse spese per queste ultime, è chiaro che quella del Governo può essere soltanto un'azione di controllo e d'indirizzo, ma non può essere impegnativa per le Regioni stesse.

Detto questo, il voto del Gruppo della Lega Nord è favorevole a tutte le mozioni presentate.

GUSTAVINO (*PD*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GUSTAVINO (*PD*). Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole Sottosegretario, il mattino è stato gravido – per usare una terminologia adeguata – di buone cose. Le tre mozioni hanno portato in Aula un tema di grande interesse, con un linguaggio comune, com'è stato rilevato. Vorrei soltanto trattenere per me, allo scopo di sottolinearle in una dichiarazione di voto, naturalmente favorevole, per le tre mozioni, le parole chiave delle 12 azioni che sono richieste al Governo.

La parola «appropriatezza» mi sembra essenziale: basterebbe andare a guardarne la definizione non su un testo di ostetricia o ginecologia, ma sul sito di Wikipedia, per sapere quali sono le indicazioni per un parto cesareo e quali no.

Trattengo poi il termine «competenza», perché ce n'è una relativa alla formazione dei professionisti e c'è un problema di competenza delle strutture: nelle strutture competenti, la competenza dei professionisti può essere più sicura e certa e problemi riferiti alla medicina difensiva e al contenzioso vengono meno. Basti ricordare che negli Stati Uniti, che sono la patria del contenzioso e della medicina difensiva, la percentuale dei parti cesarei è di gran lunga inferiore alla nostra.

La terza parola che trattengo per me è «dati»: i dati non sono pochi né assenti, ma devono essere utilizzati in maniera intelligente. Esiste una medicina basata sull'evidenza, perciò dovrebbe esistere anche un'organizzazione basata sull'evidenza.

Poiché dal conciliabolo che vedo svolgersi intorno ai banchi del Governo, dove siede il Sottosegretario, mi pare che il parto in questo caso presenti elementi di distocia e rischi di finire in un taglio cesareo, rilevo sempre che il dato più significativo è che il Governo ha chiesto di tradurre alcune azioni che venivano richieste in intenzioni. Vi sono sicuramente motivi che riguardano l'assetto federale della sanità del nostro Paese: in questo, credo si possa riscontrare anche un limite, ma il Governo non dovrebbe tuttavia sottrarsi alla responsabilità di assumere per sé quel che deve. L'inserimento nei LEA del parto indolore è un'azione che compete al Governo.

Con tutto ciò, nonostante non abbia notizie di quel che avviene in sala parto, preannuncio che esprimeremo voto favorevole a tutte e tre le mozioni. (*Applausi dal Gruppo PD e del senatore Fosson*).

BIANCONI (*PdL*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BIANCONI (*PdL*). Signor Presidente, devo dire che sono molto soddisfatta dell'andamento dei lavori, di tutte le considerazioni intelligenti, pacate e costruttive che sono state fatte in questa discussione nell'analisi delle tre mozioni. Il Popolo della Libertà ha già dichiarato di votare convintamente a favore di tutte e tre le mozioni.

Stavo ulteriormente ragionando con il Sottosegretario che, relativamente alla analgesia per il parto naturale, la preoccupazione dell'offrire e del garantire è assolutamente inserita nell'alveo di una programmazione con le Regioni. È ovvio che ogni Regione deciderà dove allocare i punti di riferimento nei quali si garantirà la prestazione. Ciò è stato deciso sul tavolo Stato-Regioni ed è assolutamente fondamentale ribadirlo, anche perché l'allocazione degli anestesisti nelle diverse strutture che garantiscano ventiquattro ore su ventiquattro l'epidurale può essere predisposta solo da una programmazione regionale.

Mi dispiace ribadire a chi in questo momento si sta sbracciando per dire no, che il Titolo V della Costituzione alloca la responsabilità alle Regioni per poter programmare i servizi territoriali; affidiamo perciò in capo ad esse la discrezionalità e la programmazione circa il luogo dove la prestazione dell'epidurale verrà fornita a titolo gratuito e garantita. Ciò non si può fare, chiaramente, in tutti gli ospedali italiani.

Mi dispiace molto – lo devo dire al termine della mia dichiarazione di voto – che una collega che reputo intelligente e soprattutto molto preparata, in questo momento di ricerca di passi in avanti abbia descritto in quest'Aula scenari veramente foschi e molto allarmanti. Mi dispiace perché soltanto con il ragionamento, la pacatezza, la volontà propositiva, con un intendimento continuo e costante, soprattutto da parte delle donne (perché spesso e volentieri sono proprio le donne che creano i più grandi ostacoli a se stesse), si possono fare dei passi avanti.

Vi chiedo quindi di ritrovare su questo provvedimento, che rappresenta un'inversione di tipo culturale, medico-professionale e organizzativa, da parte della maggioranza e di tutta l'Aula una maggiore tranquillità e capacità di essere propositivi, così come abbiamo dimostrato oggi, per rendere ancora più positiva l'azione nei confronti delle donne su tutto il nostro territorio nazionale.

Il sottosegretario Roccella ha sottolineato che fare delle scelte non oculate, gridate o non ben scientificamente tarate significa poi avere grandissime difficoltà nel recupero. Il Sottosegretario ha fatto riferimento alla questione dell'allattamento al seno: tempo fa per una moda, un dato non scientifico, una comodità, una questione economica si dissuadevano le donne all'allattamento al seno; oggi che questa visione viene invece ribaltata sappiamo che è un percorso estremamente difficile e complesso.

Cerchiamo pertanto di non commettere errori, ma di andare tutti insieme verso una direzione estremamente positiva perché garantirà sicuramente un miglioramento all'interno delle nostre strutture sanitarie, soprattutto nel percorso che devono compiere le donne e i nati. (*Applausi dal Gruppo PdL*).

ROCCELLA, *sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali*. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROCCELLA, *sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali*. Signor Presidente, a testimonianza del fatto che c'è una volontà comune di promuovere e garantire, laddove è possibile, le migliori pratiche per il controllo del dolore nel parto e per assicurare le senatrici che hanno espresso alcuni dubbi sulla riformulazione richiesta alla mozione 1-00135 (testo 2), vorrei presentare una modifica alla proposta precedente. Nell'ultimo capoverso, che avevamo già chiesto di modificare, chiedo di mantenere «le prestazioni garantite a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza», aggiungendo la formulazione, che abbiamo condiviso con le Regioni nei nuovi LEA, «nelle strutture individuate dalle Regioni all'interno di appositi programmi».

PRESIDENTE. Chiedo alla senatrice Bianchi se intende accettare la riformulazione proposta dalla rappresentante del Governo.

BIANCHI (*PD*). Sì, signor Presidente. Credo che la modifica proposta, condivisa anche dai firmatari della mozione, sia assolutamente positiva proprio perché, come da ieri sta avvenendo in Aula, le mozioni sul parto cesareo e sulla salute materno-infantile sono nate da un lavoro comune e trasversale delle senatrici e delle deputate che hanno partecipato al dibattito su questo problema così importante.

Quindi, accogliamo favorevolmente la proposta di modifica presentata dal sottosegretario Roccella, che ringraziamo per avere reintrodotta nell'ultimo capoverso del dispositivo la parola «garantite», che ci sembra molto importante.

PERDUCA (*PD*). Domando di parlare per dichiarazione di voto in dissenso dal mio Gruppo.

PRESIDENTE. Ne prendo atto e le do la parola.

PERDUCA (*PD*). Signor Presidente, mi astengo non partecipando al voto. Se non fosse stato per l'intervento della senatrice Poretti tutto ciò non sarebbe accaduto. Quindi credo che, per una volta, il dibattito in Aula abbia portato effettivamente a qualche risultato.

Non parteciperò al voto perché è stato detto che le mozioni non impegnano il Governo. Va bene che impegnano le nostre ore in attesa del *rais* che viene a parlare domani mattina, ma non si riesce a capire a cosa servono le mozioni se nel dispositivo non si impegna il Governo. Visto e considerato che questa settimana si caratterizza esclusivamente per le mozioni e avrebbe dovuto comprendere anche l'esame del provvedimento sull'etichettatura, cerchiamo di etichettare il nostro lavoro di parlamentari per quello che è.

Poiché si fanno dei ragionamenti politici e si chiede un impegno al Governo – fortunatamente se ne è recuperato uno, sostituendo il semplice auspicio – almeno non ci venga detto da parte dell'Esecutivo e della maggioranza che questi atti non impegnano l'attività del Governo. Altrimenti

si fanno dei bei comunicati stampa e si risolve il problema. Quindi, ripeto, non parteciperò al voto.

PORETTI (*PD*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PORETTI (*PD*). Intendo aggiungere la mia firma al nuovo testo della mozione n. 135, che a questo punto è tornata ad assumere il suo significato originale di impegno al Governo.

PRESIDENTE. La Presidenza ne prende atto.

Metto ai voti la mozione n. 116 (testo 3), presentata dalla senatrice Bianconi e da altri senatori.

**È approvata.**

Metto ai voti la mozione n. 135 (testo 4), presentata dalla senatrice Bianchi e da altri senatori.

**È approvata.**

Metto ai voti la mozione n. 137 (testo 2), presentata dalla senatrice Carlino e da altri senatori.

**È approvata.**

### **Sull'intervento del leader libico Gheddafi nell'Aula del Senato**

PERDUCA (*PD*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PERDUCA (*PD*). Signor Presidente, nella fase conclusiva dei nostri lavori di ieri era stato avanzato l'auspicio da parte del senatore Divina che si riprendesse in considerazione la decisione della Conferenza dei Capigruppo relativamente alla concessione dell'Aula del Senato domani mattina per l'intervento del colonnello Gheddafi a nome dell'Unione Africana. Non è stata data risposta. So che i Gruppi comunque si riuniranno. Ho iniziato un digiuno di dialogo con la Presidenza del Senato affinché si prenda in considerazione l'opportunità di dare questo palco – ricordo ancora una volta – concesso esclusivamente al re Juan Carlos e a Kofi Annan per far parlare qualcuno che non conosce né pratica la democrazia.

Se si ritiene assolutamente fondamentale concedere quest'Aula, visto e considerato che anche nella Conferenza dei Capigruppo non vi è stata l'unanimità, grazie all'opposizione del Gruppo dell'Italia dei Valori – Emma Bonino assente perché impegnata in una conferenza contro la pena di morte nella Repubblica democratica del Congo – almeno, in aper-

tura dei lavori della seduta pomeridiana, se ne possa discutere ed arrivare ad un voto.

Concedere un'Aula quando non vi è unanimità, soprattutto a chi non conosce, né riconosce le libertà individuali, credo non faccia onore al nostro Senato.

PORETTI (*PD*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PORETTI (*PD*). Signor Presidente, anch'io intendo annunciare lo sciopero della fame come forma non di protesta, ma di proposta e di dialogo con la Presidenza del Senato.

Tengo a sottolineare la situazione imbarazzante che si sta venendo a creare: l'istituzione Senato sconvoca una seduta dell'Assemblea per ospitare l'intervento del Presidente dell'Unione Africana domani mattina. Vorrei avere ulteriori chiarimenti anche dall'Ufficio del cerimoniale in merito a chi siederà su questi scranni. È garantita a tutti i senatori la possibilità di partecipare o parteciperà anche qualcun altro? Vorrei anche sapere se qualcuno si può accreditare e secondo quali modalità, visto che domani in quest'Aula non avrà luogo una seduta dell'Assemblea e, in teoria, visto che si ospita un intervento esterno, saremo una sorta di sala congressi.

La situazione imbarazzante è che il Senato invita il Presidente dell'Unione Africana e una parte di senatori – mi sembra evidente, perché è da ieri che ne stiamo discutendo – non gradisce questa visita e questo intervento. La situazione potrebbe degenerare e divenire ancora più imbarazzante se si vedessero questi scranni vuoti oppure occupati da striscioni o da una forma di contestazione o, comunque, di assunzione di responsabilità per contrastare una presenza evidentemente in parte non gradita a questi senatori.

PEDICA (*IdV*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PEDICA (*IdV*). Signor Presidente, sempre in riferimento alla visita del dittatore Gheddafi, ho letto oggi alcune agenzie che sono ancora più raccapriccianti di quelle passate. Il rettore dell'università «La Sapienza» Frati ha affermato che la protesta degli studenti non ha significato politico perché sono «quattro gatti». Dato che questi «quattro gatti» rappresentano la libertà di parola, credo che l'offesa arrecata dal rettore sia un atto gravissimo. C'è da considerare anche il fatto che una persona come Frati, che dice di non essere un talebano, sicuramente non si comporta come un talebano, ma come un dittatore che vuole togliere la parola agli studenti con queste parole gravissime.

Occorre poi considerare che almeno un gesto è stato compiuto: il premier Berlusconi ha inventato la solita scusa per non andare a Ciampino ad

accogliere Gheddafi. Forse è il primo passo con il quale mostra di avere capito che è stato compiuto un errore madornale, che porterà domani, come diceva la collega Poretti, ad un incidente internazionale se Gheddafi verrà in quest'Aula.

Un piccolo inciso: non abbiamo fatto parlare in quest'Aula il Dalai Lama, Nobel per la pace, e vi facciamo entrare – mi auguro di no – il Nobel per il terrorismo Gheddafi.

Mi rivolgo ai parlamentari: credo si tratti davvero di un autogol che il PdL poteva risparmiarsi e che sta creando imbarazzo in Italia, cari colleghi e caro Presidente. È un imbarazzo rilevante e sentito da tutto il Paese. Credo che un passo del genere comporti una rottura dei rapporti – se ce ne sono stati, ma credo pochissimi – con questo Governo, considerato che un dittatore invita un altro dittatore, e questo ancora non glielo permettiamo.

### **Sul rispetto dei diritti umani nel Delta del Niger**

LANNUTTI (*IdV*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LANNUTTI (*IdV*). Signor Presidente, non parlerò di Gheddafi, ma del saccheggio che subisce il popolo degli Ogoni nel Delta del Niger.

Domenica scorsa la trasmissione televisiva «Report» ha documentato la violazione dei diritti umani e i gravissimi danni ambientali di cui sono responsabili le compagnie petrolifere, incluse ENI, AGIP e SNAM Rete Gas, nel Delta del Niger. La responsabilità di tali compagnie nelle violazioni dei diritti umani e nei dissesti ambientali è dimostrata proprio per loro diretta ammissione.

Ieri un dispaccio dell'agenzia di stampa APCOM ci ha informato che la Shell ha accettato di pagare 15,5 milioni di dollari per evitare di comparire in un clamoroso processo per la morte di Ken Saro-Wiwa, ucciso il 10 dicembre 1995 insieme ad altri otto attivisti. Voglio ricordare che Ken Saro-Wiwa e questi otto attivisti, che furono uccisi al termine di un processo farsa, si battevano contro i danni ambientali causati dalle attività petrolifere della Shell e delle altre multinazionali nel Delta del Niger e contro la miseria e l'arretratezza a cui il Governo nigeriano condannava il suo popolo.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, per noi del Gruppo dell'Italia dei Valori è doveroso ricordare nelle istituzioni quegli uomini che si battono contro la violenza delle multinazionali e dei grandi potentati per liberare i loro popoli dall'oppressione e affrancarli dalla miseria. (*Applausi dal Gruppo IdV*).

**Interrogazioni, annunzio**

PRESIDENTE. Comunico che sono pervenute alla Presidenza interrogazioni, pubblicate nell'allegato B al Resoconto della seduta odierna.

Ricordo che il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica oggi, alle ore 16,30, con l'ordine del giorno già stampato e distribuito.

La seduta è tolta (*ore 11,55*).



Allegato A**MOZIONI****Mozioni sul parto cesareo**

(1-00116) (2 aprile 2009)

**V. testo 2**

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

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

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

l'aumento di tagli cesarei in Italia – in alcune regioni – è stato anormale 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;

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

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

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

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

rantire a tutte le donne uguali opportunità nell'accesso a servizi completi di salute sessuale e riproduttiva, così come ad incrementare la loro consapevolezza sui loro diritti e sui servizi disponibili;

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

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

(1-00116) (testo 2) (10 giugno 2009)

#### **V. testo 3**

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

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

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

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

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

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

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

rilevato che è dovere dello Stato italiano garantire la salute della popolazione secondo l'articolo 32 della Costituzione anche attraverso interventi di stimolo e informazione ai soggetti interessati a problematiche della sfera della salute; considerato che tra le iniziative principali assunte dal Governo italiano per tutelare la salute della donna durante il parto figurano: *a)* il 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 preparto, 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 requi-

siti minimi strutturali ed organizzativi e la promozione dei protocolli per l'assistenza neonatale;

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

a promuovere misure e azioni volte a garantire a tutte le donne uguali opportunità nell'accesso 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.

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

### **Approvata**

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

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

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

l'aumento di tagli cesarei in Italia – in alcune regioni – è stato anormale 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 informa-

tivo 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.

(1-00135) (testo 2) (09 giugno 2009)

**V. testo 3**

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

premessi che:

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

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

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

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

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

anche i parti effettuati mediante taglio cesareo sono in costante aumento: 11,2 per cento nel 1980, 27,9 per cento nel 1996, 29,9 per cento nel biennio 1999-2000, 35,2 per cento nel periodo 2004-2005, 38,36 per cento nel 2006. Quest'ultimo, oltre ad essere il dato più alto tra i Paesi dell'Unione europea, è quasi di tre volte superiore a quello raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) (pari al 10-15 per cento) ed è in contrasto con le stime che indicano il rischio di mortalità materna per cesareo da 2 a 4 volte superiore rispetto al parto vaginale;

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

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

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

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

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

nel contempo si registra ancora un limitato livello di diffusione delle informazioni necessarie alla donna per vivere con piena consapevolezza la gravidanza, il parto e il puerperio. È ormai acclarata l'importanza

della preparazione al parto per la salute della donna e del bambino. La percentuale di donne che ha frequentato un corso pre-parto si aggira intorno al 30 per cento, con forti differenze per area geografica (40 per cento nell'Italia centrale e settentrionale e 12,7 per cento e 14,9 per cento, rispettivamente, nell'Italia meridionale e nelle isole) e livello di istruzione (le donne laureate sono il 65,6 per cento, quelle con la licenza media il 34,2 per cento e quelle con la sola licenza elementare il 20,2 per cento). Occorre sottolineare come a livello nazionale le donne a maggior rischio di non frequentare i corsi siano quelle meno istruite, in fasce di età estreme, che risiedono nelle regioni meridionali, le pluripare e le casalinghe;

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

premessi inoltre che:

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

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

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

in data 23 aprile 2008 è stato elaborato un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che stabilisce, all'articolo 37, comma 3, che «Il Servizio sanitario nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del trava-

glio e del parto vaginale nelle strutture individuate dalle regioni e all'interno di appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse»;

il 25 giugno 2008, il Ministro del lavoro, salute e politiche sociali, Maurizio Sacconi, nel corso di un'audizione in XII Commissione permanente (Affari sociali) della Camera dei deputati, ha riferito che i nuovi Livelli essenziali di assistenza, voluti dall'ex Ministro della salute Livia Turco, non esistono perchè «la Corte dei Conti non li ha registrati»;

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

impegna il Governo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(1-00135) (testo 3) (10 giugno 2009)

**V. testo 4**

BIANCHI, BASSOLI, BOSONE, CHIAROMONTE, COSENTINO, DI GIROLAMO Leopoldo, GUSTAVINO, MARINO Ignazio, PORETTI (\*). – Il Senato,

premessi che:

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

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

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

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

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

anche i parti effettuati mediante taglio cesareo sono in costante aumento: 11,2 per cento nel 1980, 27,9 per cento nel 1996, 29,9 per cento nel biennio 1999-2000, 35,2 per cento nel periodo 2004-2005, 38,36 per cento nel 2006. Quest'ultimo, oltre ad essere il dato più alto tra i Paesi dell'Unione europea, è quasi di tre volte superiore a quello raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) (pari al 10-15 per cento) ed è in contrasto con le stime che indicano il rischio di mortalità materna per cesareo da 2 a 4 volte superiore rispetto al parto vaginale;

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

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

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

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

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

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

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

premessi inoltre che:

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

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

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

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

il 25 giugno 2008, il Ministro del lavoro, salute e politiche sociali, Maurizio Sacconi, nel corso di un'audizione in XII Commissione permanente (Affari sociali) della Camera dei deputati, ha riferito che i nuovi Livelli essenziali di assistenza, voluti dall'ex Ministro della salute Livia Turco, non esistono perchè «la Corte dei Conti non li ha registrati»;

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

impegna il Governo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

(\*) Firma ritirata in corso di seduta.

(1-00135) (testo 4) (10 giugno 2009)

**Approvata**

BIANCHI, BASSOLI, BOSONE, CHIAROMONTE, COSENTINO, DI GIROLAMO Leopoldo, GUSTAVINO, MARINO Ignazio, PORETTI (\*). – Il Senato,

premessi che:

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

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

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

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

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

anche i parti effettuati mediante taglio cesareo sono in costante aumento: 11,2 per cento nel 1980, 27,9 per cento nel 1996, 29,9 per cento nel biennio 1999-2000, 35,2 per cento nel periodo 2004-2005, 38,36 per cento nel 2006. Quest'ultimo, oltre ad essere il dato più alto tra i Paesi dell'Unione europea, è quasi di tre volte superiore a quello raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) (pari al 10-15 per cento) ed è in contrasto con le stime che indicano il rischio di mortalità materna per cesareo da 2 a 4 volte superiore rispetto al parto vaginale;

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

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

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

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

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

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

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

premesso inoltre che:

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

rie alternative; la riduzione della frequenza dei parti per taglio cesareo; la promozione delle strutture competenti in materia di «parto indolore»;

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

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

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

il 25 giugno 2008, il Ministro del lavoro, salute e politiche sociali, Maurizio Sacconi, nel corso di un'audizione in XII Commissione permanente (Affari sociali) della Camera dei deputati, ha riferito che i nuovi Livelli essenziali di assistenza, voluti dall'ex Ministro della salute Livia Turco, non esistono perchè «la Corte dei Conti non li ha registrati»;

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

impegna il Governo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

(\*) Firma aggiunta in corso di seduta.

(1-00137) (27 maggio 2009)

**V. testo 2**

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

premesso che:

in Italia i dati statistici ufficiali più recenti relativi alle nascite operate con taglio cesareo ricostruiscono una situazione singolare nel panorama dei Paesi occidentali; nel nostro Paese i tagli cesarei hanno raggiunto percentuali superiori al 35 per cento del totale dei parti effettuati, con percentuali vicine o superiori anche al 50 per cento del totale in alcune re-

gioni, soprattutto del Sud Italia, quali Campania, Basilicata, Sicilia, Molise, Puglia, Abruzzo e Calabria;

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

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

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

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

premesso inoltre che:

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

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

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

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

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

considerato che:

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

molti medici optano per il taglio cesareo in ragione del fatto che l'operazione e l'anestesia siano di fatto diventate più sicure che in passato,

sebbene non vi sia prova che indichi che la gravidanza ed il parto vaginale siano più pericolosi che qualche decennio addietro;

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

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

considerato inoltre che:

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

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

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

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

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

impegna il Governo:

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

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

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

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

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

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

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

d) promuovere e garantire l'anestesia epidurale gratuita.

(1-00137) (testo 2) (10 giugno 2009)

### **Approvata**

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

premessò che:

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

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

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

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

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

premessò inoltre che:

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

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

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

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

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

considerato che:

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

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

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

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

considerato inoltre che:

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

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

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

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

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

impegna il Governo:

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

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

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

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

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

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

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

*d)* promuovere l'anestesia epidurale gratuita.



## Allegato B

### **Congedi e missioni**

Sono in congedo i senatori: Alberti Casellati, Caliendo, Castelli, Ciampi, Davico, De Castro, Alberto Filippi, Massimo Garavaglia, Giovannardi, Mantica, Mantovani, Maraventano, Palma, Pera e Viespoli.

Sono assenti per incarico avuto dal Senato i senatori: Mauro, per attività di rappresentanza del Senato; Bonino, per partecipare ad una Conferenza internazionale; Cantoni, Carrara, Del Vecchio, Pinotti e Scarabosio, per attività della 4<sup>a</sup> Commissione permanente; Menardi e Musi, per partecipare a un incontro internazionale.

## RISPOSTE SCRITTE AD INTERROGAZIONI

(Pervenute dal 26 maggio al 9 giugno 2009)

### SOMMARIO DEL FASCICOLO N. 42

AMORUSO: sulla pena di morte in Bielorussia (4-01359) (risp. MANTICA, *sottosegretario di Stato per gli affari esteri*)

ASTORE ed altri: su una gara per la fornitura di assistenza protesica bandita da una ASL dell'Umbria (4-01552) (risp. MARTINI, *sottosegretario di Stato per il lavoro, salute e politiche sociali*)

BARBOLINI, BASTICO: sullo stoccaggio di gas naturale presso il comune di San Felice sul Panaro (Modena) (4-01235) (risp. PRESTIGIACOMO, *ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare*)

BUTTI: sul taglio dei fondi destinati alla Gestione governativa per il lago Maggiore, di Como e dei Garda (4-01132) (risp. MATTEOLI, *ministro delle infrastrutture e trasporti*)

COSTA: sul crollo di alcuni edifici nel comune di Castro (Lecce) (4-01070) (risp. VITO, *ministro per i rapporti con il Parlamento*)

DELLA SETA: sull'apposizione del segreto di Stato su impianti civili per la produzione di energia (4-00002) (risp. VITO, *ministro per i rapporti con il Parlamento*)

FILIPPI Marco: sulla cessione di un ramo di Autostrade per l'Italia alla società Telepass SpA (4-00759) (risp. MATTEOLI, *ministro delle infrastrutture e trasporti*)

sulla Convenzione unica fra ANAS e ASPI del 2007 (4-00976) (risp. MATTEOLI, *ministro delle infrastrutture e trasporti*)

FLERES: sul degrado del Monumento ai caduti di tutte le guerre nel comune di Catania (4-00051) (risp. VITO, *ministro per i rapporti con il Parlamento*)

PETERLINI: sul potenziamento dei collegamenti ferroviari con Bolzano (4-00948) (risp. MATTEOLI, *ministro delle infrastrutture e trasporti*)

PINZGER: sulle differenti tariffe aeree praticate da Alitalia e AirOne nei rispettivi siti Internet (4-01061) (risp. MATTEOLI, *ministro delle infrastrutture e trasporti*)

PORETTI, PERDUCA: sul conferimento della cittadinanza russa al criminale di guerra serbo Kadujevic (4-00639) (risp. MANTICA, *sottosegretario di Stato per gli affari esteri*)

sulla duplicazione di banche dati relative all'intestazione dei veicoli (4-01155) (risp. MATTEOLI, *ministro delle infrastrutture e trasporti*)

sull'attività di monitoraggio dei fenomeni sismici (4-01366) (risp. VITO, *ministro per i rapporti con il Parlamento*)

RIZZOTTI ed altri: sulla disciplina relativa al noleggio con conducente (4-01157) (risp. MATTEOLI, *ministro delle infrastrutture e trasporti*)

STRADIOTTO: sulla realizzazione di un elettrodotto in Veneto (4-01373) (risp. MATTEOLI, ministro delle infrastrutture e trasporti)

VILLARI: sulla presenza di metalli pesanti in prodotti alimentari di larga diffusione (4-01556) (risp. MARTINI, sottosegretario di Stato per il lavoro, salute e politiche sociali)

### Interrogazioni

VITA, MARCUCCI, RUSCONI, GARAVAGLIA Mariapia, GRANAIOLO. – *Ai Ministri dell'istruzione, dell'università e della ricerca e degli affari esteri.* – Premesso che:

nel corrente anno 2009 l'Italia ha assunto la Presidenza del G8 e la prassi prevede che ogni Ministero organizzi una specifica riunione con i rappresentanti degli altri Paesi membri o invitati;

il G8 della scienza tra tutti i Ministri della ricerca interessati dovrebbe svolgersi a Monza nei giorni 23 e 24 giugno 2009, a seguito della revisione della precedente scelta della città di Lucca per la quale erano stati già previsti specifici finanziamenti,

si chiede di sapere:

se corrisponda al vero che i lavori preparatori della manifestazione siano stati condotti con tale imperizia ed approssimazione da produrre un serio ritardo e da rischiare addirittura un annullamento della data, prevista con uno svolgimento in parallelo del G8 de L'Aquila;

se sia vero che il Consigliere diplomatico del Ministro dell'istruzione, università e ricerca abbia informalmente scritto, in una comunicazione precedente di pochi giorni la riunione preparatoria con i suoi omologhi di ben 16 Paesi invitati, tenutasi il 31 marzo, di non essere stato in grado di fornire la traduzione dei documenti che indicavano le proposte italiane «perché il Ministero non era stato in grado di mantenere i tempi e lui era 'nuovo' nel mestiere e nella carica» provocando profonde perplessità a livello internazionale e detrimento all'immagine del suo stesso Ministro;

se, stanti la situazione ed i ritardi accumulati, si sia reso necessario integrare il gruppo che avrebbe dovuto occuparsi della preparazione della documentazione e dell'incontro con personale esterno al Ministero proveniente, tra l'altro, anche dall'Agenzia spaziale italiana (ASI), dall'Agenzia spaziale europea (ESA) e dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, al fine di tamponare le carenze evidenti di chi aveva la responsabilità dell'iniziativa;

quali provvedimenti concreti siano stati adottati per superare tale situazione, nota a tutti e divenuta imbarazzante sul piano internazionale e quali iniziative concrete siano state assunte per cercare di portare al successo il G8 della scienza, così male avviato nella sua preparazione e nella gestione corrente;

se non sia il caso di valutare la necessità di attuare un avvicendamento del richiamato Consigliere diplomatico del Ministero al fine di evi-

tare ulteriori cattive figure a livello internazionale, non consone al ruolo che l'Italia dovrebbe ricoprire nella comunità scientifica; ciò soprattutto se l'evento dovesse essere rimandato rispetto alla data prevista e notificata agli altri Paesi del G8.

(3-00797)

*Interrogazioni con richiesta di risposta scritta*

FLERES. – *Al Ministro della giustizia.* – Premesso che:

il problema del sovraffollamento nelle carceri italiane è ormai giunto ad una situazione di emergenza;

il numero dei detenuti presenti negli istituti di pena è di 62.473 (a fronte di un limite regolamentare di 43.201 e una tollerabilità di 63.702);

l'obiettivo di ridurre l'alto numero di reclusi che, a suo tempo aveva determinato la scelta politica dell'indulto come strumento di spopolamento delle carceri, nel corso degli anni, non è stato raggiunto, tanto che la popolazione carceraria è nuovamente in sovrannumero;

considerato che:

tra la popolazione carceraria è consistente il numero dei detenuti tossicodipendenti e, in conseguenza, è alto il rischio di trasmissione di malattie virali, ivi compreso l'AIDS;

detti detenuti sono responsabili di reati collegati allo stato di tossicodipendenza, per il quale risulta l'esecuzione del reato;

in Italia operano molte comunità per il recupero dei tossicodipendenti che riescono, con grande difficoltà, a svolgere il proprio lavoro grazie al sostegno del volontariato e ai finanziamenti dei privati;

alcune comunità ospitano tossicodipendenti in regime di privazione della libertà personale, in stato di detenzione o in condizione di espiazione di pene alternative, oltre ad ex detenuti;

preso atto che:

lo Stato italiano per ogni detenuto sostiene una spesa media di 100.000 euro l'anno (più di 270 euro al giorno);

lo Stato concede alle comunità di recupero che ospitano detenuti tossicodipendenti il pagamento di 34,07 euro al giorno per ciascun detenuto in regime di arresti domiciliari e di 45 euro al giorno per ciascun recluso che abbia avuto una sentenza di condanna;

lo Stato potrebbe avere almeno tre vantaggi affidando alle comunità di recupero i detenuti tossicodipendenti: il risparmio di 4-5 volte sul costo della detenzione, il recupero del recluso e l'allontanamento dei predetti detenuti tossicodipendenti dalle carceri;

una situazione analoga riguarda i detenuti affetti da patologie mentali i quali, se fossero ricoverati presso strutture specializzate, graverebbero in misura minore sul bilancio dello Stato;

ritenuto che:

sembrirebbe che il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, istituito presso il Ministero della giustizia, da due anni e mezzo sia

inadempiente nei confronti delle comunità per il recupero dei tossicodipendenti che hanno accolto sia detenuti in condizione di arresti domiciliari che detenuti con sentenza definitiva;

per questo motivo, a quanto risulta all'interrogante, molte comunità terapeutiche avrebbero deciso di non accogliere più persone in stato di detenzione;

considerato, infine, che le comunità di recupero dei tossicodipendenti svolgono un'attività di sostegno valida ai fini sia del recupero che del reinserimento sociale del reo, che potrebbe rappresentare un'alternativa alla detenzione coerente con le finalità indicate dal terzo comma dell'articolo 27 della Costituzione – il quale recita: «Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato» – e dal primo comma dell'articolo 32 della Costituzione – «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»,

l'interrogante chiede di sapere:

se risulti al Ministro in indirizzo che vi sia un ritardo nei pagamenti alle comunità di recupero;

se corrisponda al vero che tale insolvenza abbia indotto dette comunità a ritirare la propria disponibilità ad ospitare i detenuti tossicodipendenti;

se e in che modo ritenga opportuno intervenire al fine di sanare dette insolvenze e riannodare i fili della collaborazione con le comunità di recupero;

inoltre, se il Ministro ritenga che il ricorso al ricovero di reclusi con patologie mentali presso strutture abilitate possa rappresentare un'alternativa più dignitosa ai fini della reclusione di detti detenuti;

se e quali iniziative ulteriori intenda intraprendere per garantire il rispetto degli articoli 27, terzo comma, e 32, primo comma, della Costituzione.

(4-01583)

GIAMBRONE. – *Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai Ministri dello sviluppo economico e del lavoro, della salute e delle politiche sociali.* – Premesso che:

la situazione di grave crisi in cui versa la FIAT auto rischia di vedere materializzarsi lo spettro della chiusura di impianti in Italia e in Europa;

negli ultimi otto mesi molti operai FIAT sarebbero rimasti in cassa integrazione per un periodo complessivo di circa cinque mesi percependo 750 euro al mese con serie ripercussioni sulla propria situazione economica;

risulta da notizie di stampa che mentre il Governo avrebbe espresso la necessità di mantenere i cinque stabilimenti in Italia alla fine delle trattative tra FIAT e Opel, un rapporto presentato da Marchionne al governo tedesco prevedrebbe la chiusura degli stabilimenti di

Pomigliano d'Arco (Napoli), Termini Imerese (Palermo) e S. Giorgio Canavese (Torino);

negli ultimi giorni, migliaia di lavoratori FIAT e delle aziende dell'indotto hanno scioperato e dato vita ad una serie di manifestazioni che hanno visto la partecipazione unitaria di quasi tutte le sigle sindacali (FIM, FIOM, UILM, FISMIC, UGL);

in particolare, a Termini Imerese centinaia di lavoratori dello stabilimento FIAT e delle aziende dell'indotto hanno manifestato il 23 maggio davanti ai cancelli della fabbrica (presenti il sindaco della città e altri 13 sindaci dei Comuni limitrofi) e per due ore la stessa cittadina si è fermata in maniera spontanea in segno di solidarietà con i lavoratori;

considerato che:

l'eventuale chiusura dello stabilimento di Termini Imerese avrebbe pesanti e gravissime ricadute sull'occupazione non solo nell'ambito del comprensorio cittadino ma anche in tutto il territorio delle Madonie;

l'incertezza delle notizie circa la sorte dello stabilimento sta provocando gravi preoccupazioni in tutto il tessuto sociale e grande apprensione nelle famiglie, dal momento che non è dato conoscere soluzioni che in prospettiva possano garantire il futuro dei lavoratori,

si chiede di sapere:

quali provvedimenti il Governo intenda adottare al fine di far fronte alla grave condizione di crisi della FIAT auto;

in particolare, per quanto riguarda lo stabilimento di Termini Imerese, quali iniziative a tutela dei livelli occupazionali si intendano assumere al fine di salvaguardare migliaia di posti lavoro ed una realtà economica importante la cui scomparsa, in un momento di grave crisi quale quello in corso, avrebbe pesanti ripercussioni sul piano sociale.

(4-01584)

GIAMBRONE. – *Al Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali.* – Premesso che:

nel 2002 Telecom Italia crea un ramo denominato «logistica» a cui assegna 400 dipendenti, i quali, tuttavia, vengono scelti prescindendo dal loro effettivo impiego nel settore, appunto, della logistica;

a marzo 2003 Telecom «esternalizza» il ramo logistica, ovvero lo cede alla TNT logistics, e in tal modo i lavoratori del ramo (già ridotti nel frattempo da 400 a 338 unità) continuano a lavorare all'interno delle strutture di Telecom pur essendo diventati dipendenti di un'altra azienda;

per quanto risulta all'interrogante, alcuni lavoratori «esternalizzati» presentano ricorso presso il giudice del lavoro e numerose pronunce giurisdizionali riconoscono l'illegittimità della cessione del ramo «logistica» da Telecom a TNT, e dunque stabiliscono l'obbligo di reintegro dei lavoratori in Telecom;

successivamente, nonostante le pronunce dei giudici, TNT a sua volta cede le attività all'interno della Telecom, e, dunque, anche i dipendenti da essa acquisiti (ridotti ulteriormente nel numero grazie a politiche di incentivo all'esodo volontario), a CEVA SpA (poi CEVA Srl);

all'inizio del 2009 CEVA, sulla base di dati che apparirebbero tutt'altro che chiari, dichiara lo stato di crisi e presenta formale richiesta di poter usufruire della cassa integrazione guadagni straordinaria (CIGS) per 117 lavoratori, tutti provenienti dall'ex ramo «logistica» di Telecom;

tuttavia, la maggior parte di questi lavoratori, come già rilevato, in base alle sentenze sarebbero tuttora dipendenti Telecom e dunque sottoposti al contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto telecomunicazioni, il quale non prevede la possibilità di ricorso alla CIGS ma solo alla cassa integrazione guadagni ordinaria (CIGO);

considerato che quanto illustrato in premessa rientra nel quadro di una politica generale di drastica riduzione del personale attraverso esternalizzazioni e mobilità che caratterizza da lungo tempo Telecom Italia, la quale solo nell'ultimo anno avrebbe operato ben 3.700 esuberanti e starebbe procedendo (nonostante gli accordi sottoscritti con i sindacati per un'attuazione graduale delle procedure di mobilità) al licenziamento di altri 470 lavoratori del ramo «directory assistance»,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia al corrente di quanto illustrato in premessa;

in caso affermativo, quali azioni concrete di competenza intenda operare al fine di attuare quanto già riconosciuto a tutela dei lavoratori dagli organi giudiziari competenti;

quale sia ad oggi la situazione occupazionale in Telecom Italia e quali azioni concrete siano state approntate da parte del Governo al fine di ridurre l'impatto sociale dei pesanti tagli decisi da tale azienda, che andrebbero ad aggravare un quadro generale dell'occupazione già seriamente compromesso dall'attuale crisi economica;

sulla base di quali elementi sia stata valutata la richiesta di ricorso alla CIGS da parte di CEVA Srl e, in generale, quali strumenti siano stati approntati al fine di evitare abusi nelle richieste di ricorso alla CIGS.

(4-01585)

LANNUTTI. – *Ai Ministri del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare.* – Premesso che:

si apprende da notizie di stampa che in data 26 maggio 2008 tre operai sono morti e altri due sono rimasti feriti all'interno degli impianti della raffineria petrolifera Saras SpA, a Sarroch (Cagliari), mentre stavano procedendo alla pulizia di una cisterna in un impianto di desolfurazione;

i tre operai morti erano dipendenti della Comesa, una ditta esterna che lavora per la Saras e che avrebbe in appalto alcuni lavori all'interno della raffineria, tra cui interventi di manutenzione programmata che stava svolgendo in queste settimane;

considerato che:

la raffineria Saras, sorta nei primi anni '60 del secolo scorso e di proprietà della famiglia Moratti, era stata oggetto di un documentario cinematografico (realizzato dal regista Massimiliano Mazzotta), presentato a

Cagliari il 20 febbraio 2008, nel quale si denunciavano le condizioni al limite della sicurezza in cui lavorerebbero gli operai, i gravi danni ambientali e la crescita dei casi di tumore nelle zone circostanti gli stabilimenti, e che aveva portato all'apertura di un'inchiesta da parte della Procura di Cagliari;

la raffineria, la più grande del Mediterraneo (un'estensione originaria di 180 ettari, che nel tempo si è estesa sino ad assorbire la quasi totalità del territorio comunale con oltre 800 ettari di stabilimenti vari), come riportato dall'European pollutant emission register (EPER), rilascerebbe in atmosfera notevoli quantità di cromo e composti di cromo, PM10, ossidi di azoto e benzene a cui andrebbero aggiunti gli inquinanti contenuti negli scarichi delle acque (rame, arsenico, benzene, cianuri, cadmio, cromo, nickel) con un impatto ambientale devastante per le persone e l'ecosistema delle zone circostanti nelle quali sarebbe altissimo il numero di patologie tumorali e affezioni croniche dell'apparato respiratorio rispetto alla media nazionale;

per quanto riguarda le condizioni di lavoro, il frequente ricorso ad appalti a ditte esterne, al fine di ottenere alta produttività a basso costo, metterebbe quotidianamente a repentaglio la vita dei lavoratori a cui verrebbe richiesta un'accelerazione in ore di lavoro (10/12 ore di cantiere al giorno) e prestazioni svolte spesso in assenza di rispetto delle condizioni di sicurezza necessarie,

si chiede di sapere:

quali provvedimenti urgenti il Governo intenda assumere a tutela della salute, dell'ambiente e della qualità dell'aria nei territori interessati dalle raffinerie Saras;

come intenda, in particolare, intervenire al fine di compiere opportune indagini epidemiologiche nonché monitorare i livelli delle emissioni atmosferiche di materiali inquinanti;

se non ritenga necessario adottare tempestive iniziative affinché incidenti gravissimi come quelli esposti in premessa non abbiano più a ripetersi, garantendo un maggiore impegno in tema di sicurezza e ambiente di lavoro;

quali azioni concrete intenda porre in essere al fine di realizzare un costante monitoraggio tra aziende, istituzioni, enti competenti e organizzazioni sindacali per arrivare ad una corretta applicazione della legislazione già esistente in materia e affinché si prosegua con ulteriori interventi, controlli, investimenti e procedure adeguate nella difesa della sicurezza e della salute in tutti i luoghi di lavoro.

(4-01586)

LANNUTTI. – *Ai Ministri dell'economia e delle finanze e del lavoro, della salute e delle politiche sociali.* – Premesso che:

la legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria per il 2008), ha stabilito l'abrogazione, a decorrere dal 1° gennaio 2009, delle disposizioni che sancivano l'esenzione dall'IVA delle prestazioni di servizi di carattere ausiliario effettuate da società facenti parte di gruppi bancari in fa-

vore di società appartenenti ai gruppi medesimi, disposizioni introdotte sulla base di quanto disposto in ambito comunitario dalla sesta direttiva del Consiglio n. 77/388/CEE del 17 maggio 1977 (in materia di armonizzazione delle legislazioni degli Stati membri relative alle imposte sulla cifra di affari. Sistema comune di imposta sul valore aggiunto: base imponibile uniforme);

contestualmente, il comma 33 dell'articolo 1 della legge finanziaria per il 2008 ha modificato il decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, introducendo un regime di esenzione fiscale per le prestazioni effettuate nei confronti dei consorziati da parte di consorzi, società consortili e società cooperative con funzioni consortili;

il Governo tuttavia non ha recepito l'istituto del cosiddetto «gruppo IVA» previsto dall'articolo 11 della direttiva 2006/112/CE (relativa al sistema comune d'imposta sul valore aggiunto), che consente di considerare non rilevanti ai fini IVA tutte le operazioni effettuate all'interno del medesimo gruppo societario;

risulta all'interrogante che sia tuttora all'esame del Parlamento europeo una proposta di direttiva del Consiglio vota ad apportare modifiche alla direttiva 2006/112/CE in particolare dirette a: *a)* introdurre un nuovo concetto di territorialità del gruppo, per cui gli Stati membri esentano le prestazioni di servizi effettuate da un gruppo di soggetti passivi nei confronti dei membri del gruppo se il gruppo stesso è stabilito nella Comunità; *b)* prevedere che dal 1° gennaio 2012 i gruppi bancari e assicurativi negozieranno con i Governi, caso per caso, quale tipo di servizio fornire al consumatore finale assoggettandolo ad IVA ottenendone in cambio la possibilità di portare in deduzione l'IVA stessa sugli acquisti inerenti alla produzione di quel servizio;

considerato che:

il gruppo Intesa-SanPaolo avrebbe intenzione di conferire le attività di servizio di gruppo a una società consortile al fine di risparmiare il pagamento dell'IVA sulle prestazioni di servizi infra-gruppo, su cui il Governo ha cancellato l'esenzione a partire dal 1° gennaio 2009;

la costituzione della nuova società consortile del gruppo Intesa-SanPaolo starebbe creando forti preoccupazioni tra i lavoratori, i quali temono, anche alla luce della notizia della costruzione da parte dello stesso istituto bancario di due nuove sedi a Brasov, in Romania, che i motivi dell'operazione non siano puramente fiscali ma che si tratti in realtà di un'operazione di delocalizzazione delle attività attualmente svolte in Italia presso sedi istituite in Paesi esteri, dove sono in vigore contratti collettivi maggiormente favorevoli per le aziende,

si chiede di sapere:

quali siano i motivi per cui il Governo non ha ancora recepito la direttiva comunitaria 2006/112/CE;

come il Governo intenda tutelare i lavoratori che, a causa delle riorganizzazioni aziendali motivate da esigenze di carattere fiscale, potrebbero in futuro rischiare di perdere il proprio posto di lavoro per politiche di delocalizzazione;

come intenda, inoltre, tutelare i lavoratori che, qualora la sede della società consortile venga spostata all'estero, potrebbero perdere il foro italiano di competenza in caso di cause giudiziarie nei confronti della stessa.

(4-01587)

LANNUTTI, MASCITELLI. – *Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai Ministri dell'economia e delle finanze, dello sviluppo economico e del lavoro, della salute e delle politiche sociali.* – Premesso che:

sono più di 1.000 i lavoratori precari dello stabilimento Sevel, gruppo Fiat, in Val di Sangro, licenziati negli ultimi mesi, nonostante un precedente accordo siglato tra azienda e sindacati ne sancisse l'assorbimento, inoltre, considerando le aziende di altri comparti presenti in zona, risultano alcune altre migliaia di lavoratori in cassa integrazione;

la Sevel nasce nel 1981 da una *joint-venture* tra Fiat e PSA (Peugeot e Citroen) e lo stabilimento di contrada Saletti di Atessa è il più grande d'Europa per la produzione di veicoli commerciali leggeri, ed in particolare di furgoni «Ducato». La Sevel produce 900 furgoni al giorno, grazie al lavoro di 5.250 operai, al 95 per cento abruzzesi, ai quali devono aggiungersi altri 2.000 operai dell'indotto. Lo stabilimento Sevel è sempre stato il fiore all'occhiello dell'azienda, che, dal lancio della prima versione del «Fiat Ducato» ad oggi, ha raggiunto il traguardo di 3.200.000 esemplari prodotti;

nello stabilimento Sevel e in tutte le fabbriche dell'indotto, dall'inizio del mese di dicembre 2008 ad oggi, la produzione è andata avanti a ritmi di una settimana di lavoro e tre settimane di cassa integrazione, con la perdita di circa 3.000 posti di lavoro;

è di pochi giorni fa la notizia che i vertici aziendali avrebbero deciso un nuovo blocco alla produzione del furgone Ducato, comunicando alle organizzazioni sindacali territoriali ed ai rappresentanti di fabbrica che dal 22 al 28 giugno 2009 si aggiungerà, per i lavoratori, una settimana di cassa integrazione;

appare paradossale la situazione che vede, da una parte, la decisione della cassa integrazione nei confronti degli operai su tutto il territorio nazionale, e dall'altra grandi operazioni a livello internazionale che, a quanto si dice, porterebbero alla creazione del secondo gruppo mondiale del settore, senza tuttavia comunicare quali siano le reali intenzioni in relazione all'assetto dell'azienda in Italia;

per sensibilizzare l'azienda sui gravi problemi occupazionali i lavoratori e le rispettive associazioni sindacali hanno indetto dall'autunno 2008 ad oggi alcuni scioperi, da ultimo quello del 12 maggio 2009 nei pressi dei capannoni Fiat, che ha registrato una grandissima partecipazione. Le preoccupazioni di lavoratori e sindacati, sono soprattutto relative alla difficile situazione del mercato dei veicoli da lavoro che sta conoscendo, così come accade anche per il mercato dell'auto in genere, una contrazione della domanda senza precedenti, conseguenza diretta della drammatica crisi in atto;

la crisi dello stabilimento di Val di Sangro ha evidenziato soprattutto la rilevanza dell'industria dell'auto nell'economia regionale abruzzese, in termini sia strettamente economici sia occupazionali;

considerato che:

il destino di tutti gli stabilimenti del gruppo Fiat in Italia è ignoto anche agli stessi sindacati che non ricevono comunicazioni dai vertici della casa torinese;

tre sono gli aspetti più preoccupanti che coinvolgono la prima industria d'Abruzzo: *a)* la crisi delle aziende dell'indotto, che vivono una doppia difficoltà in quanto, da una parte, non possono programmare direttamente perché sono legate alle decisioni della casa madre e, dall'altra, trovano maggiore difficoltà a reperire credito presso le banche; *b)* il crollo delle tante attività commerciali collaterali, sorte attorno alla Sevel e alle altre aziende, quali ad esempio gli esercizi di ristorazione, bar, pizzerie, *self-service*, officine e negozi, che attualmente sono in grave sofferenza, a seguito dei lunghi periodi di cassa integrazione delle aziende industriali; *c)* la possibilità di un ridimensionamento futuro della stessa Sevel, in seguito alla decisione della Fiat di puntare su altri *partner* internazionali, come la Opel, mettendo da parte le strategie maturate insieme a PSA Peugeot-Citroën, con cui produce il furgone «Ducato», negli stabilimenti di Val di Sangro,

si chiede di sapere:

quali iniziative urgenti di competenza il Governo intenda assumere al fine di far fronte alla grave crisi che investe la Fiat auto e, in particolare, per salvaguardare le migliaia di posti di lavoro dello stabilimento Sevel, espressione di una realtà economica regionale che, qualora cessasse, inciderebbe pesantemente con gravi ripercussioni sia sull'economia locale che nazionale;

se non si ritenga opportuno intervenire, negli ambiti di propria competenza, presso i soggetti interessati, a tutela dei diritti e della dignità dei lavoratori, anche prevedendo la convocazione di un tavolo di trattativa tra le parti, utile a garantire gli attuali livelli occupazionali e monitorare altresì ciò che avviene nelle piccole e medie aziende dell'indotto;

se il Governo non ritenga che sia necessario affrontare in maniera più ampia ed esaustiva ogni problematica legata alle politiche industriali per lo sviluppo del settore dell'auto, andando al di là delle misure d'urgenza adottate per il sostegno alla domanda di mercato ed adottando politiche strutturali per il radicamento territoriale dell'industria della componentistica automobilistica, della sua crescita dimensionale e della sua qualificazione produttiva, con un'attenzione specifica per le economie meridionali;

se non si intenda intervenire al fine di prevedere misure specificamente mirate alla particolare tipologia di acquirenti dei veicoli commerciali, come gli operatori professionali, per esempio intervenendo sul problema dell'accesso al credito.

(4-01588)

LANNUTTI. – *Al Ministro delle infrastrutture e dei trasporti.* – Premesso che:

in data 28 maggio 2009, presso la stazione di Bologna, il capotreno in servizio sull'Eurostarcity 9779 (Torino-Bari) veniva ferito dall'improvvisa chiusura di una porta automatica riportando lesioni al braccio ed alla gamba e allo stesso modo, durante la sosta nella stazione di Piacenza, veniva ferito un viaggiatore il quale era poi costretto a ricorrere a cure mediche presso il vicino pronto soccorso;

negli ultimi due mesi, secondo il personale della stazione di Bologna, si sarebbero verificati 8 infortuni, ad altrettanti viaggiatori, su convogli di categoria Eurostar (ETR 463), Eurostarcity, Intercity, Intercityplus ed Espresso, mentre sarebbero circa 800 gli infortuni registrati da Trenitalia negli ultimi due anni a causa del malfunzionamento delle porte dei vagoni;

i lavoratori e i delegati sindacali da anni chiedono che sia introdotto su tutti i treni il cosiddetto «controllo porte chiuse», una semplice luce spia collegata a tutte le porte, in modo che il macchinista, dalla cabina possa sempre verificarne la regolarità della chiusura,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti sopra esposti;

se non ritenga urgente intervenire nelle opportune sedi affinché Trenitalia si faccia carico al più presto dell'introduzione degli opportuni dispositivi volti ad assicurare la sicurezza per gli utenti e per i lavoratori presenti su tutti i convogli.

(4-01589)

LANNUTTI. – *Al Ministro dell'economia e delle finanze.* – Premesso che risulta da notizie di stampa che, la Procura della Repubblica di Milano avrebbe provveduto a sequestrare circa 400 milioni di euro di presunti profitti degli istituti bancari UBS, Deutsche Bank, JP Morgan, Depfa e Unicredit nel corso di un'inchiesta avente ad oggetto: *a)* la collocazione di prodotti finanziari cosiddetti «derivati» da parte di menzionati istituti presso il Comune di Milano nell'anno 2005; *b)* l'accertamento dell'eventuale dolo di taluni dirigenti bancari nel collocare prodotti finanziari già in origine non convenienti per l'ente pubblico, dolo che risulterebbe dalle registrazioni di alcune conversazioni telefoniche ora depositate presso il competente Tribunale del riesame;

considerato che:

nonostante la gravità del contenuto delle conversazioni telefoniche menzionate, non risulterebbe che l'istituto bancario interessato abbia provveduto, quanto meno, a prendere provvedimenti cautelari nei confronti delle persone coinvolte;

il Comune di Milano avrebbe subito, dall'operazione indicata in premessa, una perdita di circa 100 milioni di euro, la quale ricadrà inevitabilmente sui contribuenti milanesi;

numerosi altri Comuni italiani hanno subito gravissime perdite finanziarie in seguito alla sottoscrizione di prodotti finanziari «derivati»,

si chiede di sapere se al Governo risulti che siano emerse eventuali responsabilità con riferimento all'attività di vigilanza svolta dagli organismi ad essa preposti relativamente ai fatti richiamati nelle premesse.

(4-01590)

LANNUTTI. – *Ai Ministri per la pubblica amministrazione e l'innovazione e del lavoro, della salute e delle politiche sociali.* – Premesso che:

la Consulenza tecnica e accertamento rischi e prevenzione (ConTARP) è un organismo dell'INAIL composto da circa 50 tecnici, le cui attività vanno dalla valutazione tecnica delle lavorazioni svolte dalle aziende per fornire l'esatta classificazione del rischio assicurato alle consulenze di vario tipo per le sedi, le avvocature, le Direzioni regionali e generale all'esecuzione di indagini ambientali strumentali, analisi di laboratorio su campioni di polvere e di sostanze chimiche, costruzione di mappe di rischio;

in data 31 dicembre 2008, è stato nominato responsabile della ConTARP l'ingegner Giuseppe Spada;

secondo quanto segnalato anche da alcune organizzazioni sindacali alla Direzione centrale risorse umane dell'INAIL, l'ingegner Spada sarebbe titolare fin dal 2004 (con quota del 75 per cento), della società Betapi, la quale si occuperebbe delle stesse attività svolte istituzionalmente dalla ConTARP (prevenzione, consulenza, assistenza e formazione in varie materie tra cui la sicurezza e la responsabilità sociale delle imprese); considerato che:

gli incarichi extra ufficio dovrebbero essere autorizzati o conferiti dalla dirigenza dell'istituto e dai coordinatori generali e dovrebbero rispettare il principio di esclusività del rapporto di lavoro dei dipendenti pubblici, principio che si traduce nella natura occasionale dell'incarico stesso;

la nomina dell'ingegner Spada sarebbe dunque irregolare in quanto già prima della nomina stessa egli sarebbe stato in condizione di incompatibilità con la carica che veniva chiamato a rivestire;

nonostante le segnalazioni non risulta che la Direzione generale competente dell'INAIL abbia preso provvedimenti in merito,

si chiede di sapere quali opportune iniziative il Governo intenda adottare al fine di assicurare il rispetto dei principi di trasparenza e legalità all'interno della pubblica amministrazione e dei relativi organismi di consulenza e se non ritenga altresì necessario assumere un atteggiamento finalmente univoco verso tutti i dipendenti (e con maggiore attenzione per quanto riguarda i dirigenti) circa il controllo degli incarichi extra ufficio.

(4-01591)

LANNUTTI. – *Al Ministro delle infrastrutture e dei trasporti.* – Premesso che:

continuano ad arrivare all'attenzione dell'interrogante numerose segnalazioni da parte di utenti e pendolari che lamentano i continui e gravi disservizi sui treni regionali a causa dei ripetuti ritardi e delle condizioni fatiscenti delle carrozze, prima classe compresa, dove spesso si viaggia

con temperature al limite della sopportazione ed in stato di sovraffollamento;

Trenitalia SpA è un'azienda di servizio pubblico ed, in quanto tale, a giudizio dell'interrogante, portata necessariamente ad approntare alternative agevoli nelle linee di collegamento, con particolare attenzione per le tratte usufruite dai lavoratori pendolari,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza della situazione in cui versa il trasporto ferroviario regionale;

quali iniziative di competenza intenda assumere al fine di tutelare maggiormente i viaggiatori e per evitare ulteriori danni e disagi alla collettività.

(4-01592)

LANNUTTI. – *Al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro dello sviluppo economico.* – Premesso che si apprende da notizie di stampa che la compagnia assicurativa Fondiaria-Sai si sarebbe aggiudicata l'appalto dei servizi di copertura assicurativa per i rischi aeronautici connessi al trasporto aereo di Stato, di governo e per ragioni umanitarie, per l'anno 2009;

considerato che:

la direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 25 luglio 2008 (relativa alla disciplina del trasporto aereo di Stato) ha, di fatto, allargato senza limite la platea di possibili utenti dei voli di Stato, cancellando le norme del precedente Esecutivo con le quali si concedeva solo ai presidenti della Repubblica, della Camera e del Senato, agli ex capi di Stato e ai presidenti del Consiglio la possibilità di usufruire di tale servizio;

di conseguenza, la compagnia assicurativa si troverà a dover coprire i rischi non solo per le alte cariche istituzionali a livello parlamentare, politico, governativo, militare, religioso ma anche per tutti gli altri passeggeri civili e militari autorizzati a qualsiasi titolo compresi gli ammalati e traumatizzati gravi;

il contratto di assicurazione prevedrebbe una copertura assicurativa assai ampia a partire dalle minime lesioni fino alla morte o invalidità permanente,

si chiede di sapere:

se sia stata indetta ed effettuata una gara tra diversi proponenti che abbia permesso l'assegnazione del suddetto appalto alla compagnia Fondiaria-Sai quale proponente della migliore offerta con conseguente risparmio di spesa;

in caso affermativo, quali siano state le compagnie in competizione e quali siano state le condizioni di aggiudicazione.

(4-01593)

LANNUTTI. – *Al Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali.* – Premesso che:

la cosiddetta «gastronomia» o «cucina molecolare» (fenomeno culinario oggi in grande espansione grazie a molti famosi *chef* che ne hanno fatto il fiore all'occhiello del proprio ristorante) prevede lo studio delle mutazioni chimico-fisiche che avvengono negli alimenti durante la loro preparazione mediante nuove modalità tecniche di cottura, abbinamento e presentazione dei cibi;

in particolare, secondo notizie riportate da vari organi di informazione risulterebbe che sarebbe diffuso l'utilizzo di additivi chimici nella preparazione delle pietanze, cosa che potrebbe comportare gravi rischi per coloro che soffrono di problemi legati a intolleranze o allergie alimentari soprattutto se, come di fatto avverrebbe, l'informazione sulla composizione delle pietanze fosse insufficiente o del tutto assente; inoltre, alcuni noti *chef* percepirebbero finanziamenti dai programmi di ricerca e dalle case farmaceutiche produttrici degli additivi chimici;

considerato che:

si apprende da notizie di stampa che i Carabinieri dei Nuclei anti-sofisticazioni avrebbero sequestrato e sottratto al consumo oltre 600 confezioni di additivi e prodotti simili destinati all'impiego come ingredienti in preparazioni alimentari nell'ambito della cosiddetta «cucina molecolare»;

le attività ispettive (estese a tutto il territorio nazionale) riguarderebbero 15 diverse tipologie di questi prodotti di provenienza estera e avrebbero evidenziato irregolarità amministrative in materia di etichettatura e di indicazioni obbligatorie di legge previste per gli additivi destinati all'alimentazione umana;

le medesime attività ispettive coinvolgerebbero destinatari ed intermediari della commercializzazione di tali prodotti, individuati tra ristoranti, alberghi, servizi di ristorazione a bordo di navi turistiche, nonché aziende di importazione e distribuzione,

si chiede di sapere:

se esista una regolamentazione specifica sull'uso additivi chimici nei ristoranti;

in caso di risposta negativa, come il Governo intenda intervenire, nelle opportune sedi normative, al fine di assicurare che tutti gli esercizi di ristorazione siano obbligati alla massima trasparenza, fornendo sempre informazioni accurate circa tutti gli ingredienti contenuti nei cibi preparati, in particolare, per quanto riguarda la presenza di eventuali allergeni.

(4-01594)

