



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 28

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SUL PERCORSO NASCITA E SULLA SITUAZIONE DEI PUNTI NASCITA CON RIGUARDO ALL'INDIVIDUAZIONE DI CRITICITÀ SPECIFICHE CIRCA LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL FETO E SULLE MODALITÀ DI ESERCIZIO DELL'AUTODETERMINAZIONE DELLA DONNA NELLA SCELTA TRA PARTO CESAREO O NATURALE: «NASCERE SICURI»

386^a seduta: martedì 20 novembre 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Documento conclusivo**

(Seguito dell'esame e rinvio)

* PRESIDENTE	Pag. 3, 6
BASSOLI (PD)	3
* BIANCONI (PdL)	6

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Movimento dei Socialisti Autonomisti: Misto-MSA; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.

I lavori hanno inizio alle ore 15,15.

PROCEDURE INFORMATIVE

Documento conclusivo

(Seguito dell'esame e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame di uno schema di documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale: «Nascere sicuri», sospeso nella seduta del 14 novembre.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Non essendovi altri senatori che chiedono di intervenire, dichiaro chiusa la discussione.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, nelle conclusioni, che abbiamo modificato anche in base alla discussione che si è svolta la settimana scorsa in quest'Aula, abbiamo cercato di focalizzare meglio alcuni punti, che tra l'altro erano in grandissima parte già contenuti nell'indagine. Abbiamo anzitutto specificato meglio quali sono le ragioni per cui è partita questa indagine della Commissione sanità, sull'onda di quei gravi fatti di cronaca che sono accaduti in alcuni punti nascita italiani e che avevano ingenerato grosse preoccupazioni e perplessità nell'opinione pubblica ed anche nell'ambiente sanitario. Queste sono le ragioni che abbiamo voluto di nuovo sottolineare nelle conclusioni.

Poi c'è una parte che abbiamo aggiunto e che riguarda l'esame della situazione dei livelli di fecondità in Italia, rapportandola a quella dei Paesi europei. Abbiamo aggiunto il fatto che nel 2008 il numero medio di figli per donna era pari ad 1,42 e che c'è ora un lieve aumento, che comunque è inferiore alla possibilità di garantire il rinnovo generazionale. Infatti, per il quinto anno consecutivo nel 2011 la popolazione diminuisce di 36.000 unità e il tasso di natalità scende dal 9,3 del 2010 al 9,1 del 2012. Abbiamo anche fatto cenno all'evoluzione delle strategie riproduttive in Europa, che dimostra che fino agli anni Ottanta c'era una relazione rigidamente negativa fra l'occupazione femminile e il numero dei figli, cioè

la fecondità era più alta nei Paesi dove le donne erano meno presenti nel mercato del lavoro. A partire dagli anni Ottanta tale relazione ha cominciato a rovesciarsi. Oggi sono i Paesi con maggiore occupazione femminile quelli in cui le donne hanno un maggior numero di figli (ad esempio la Svezia, ma anche l'Inghilterra), mentre Italia, Grecia e Spagna hanno i più bassi indici di fertilità. Anche nel nostro Paese si sono modificate le condizioni, perché le Regioni del Nord, che prima avevano un livello di fecondità più basso, oggi hanno un livello di fecondità più alto e sono anche quelle in cui le donne sono maggiormente occupate ed in cui ci sono più servizi, sia per la cura degli anziani che per i bambini.

Al Nord la fertilità è più alta anche in rapporto alla presenza di immigrati, in una percentuale maggiore rispetto al Sud. Nel 2008, infatti, circa il 16,9 per cento dei parti in Italia era relativo a madri di cittadinanza non italiana, percentuale che al Nord sale al 20 per cento, con punte del 25 per cento in Emilia-Romagna, del 24 per cento nel Veneto e del 23,2 per cento in Lombardia.

Da diversi studi è emerso – questo è un problema che ci dovremo porre, considerate queste percentuali di madri straniere, che abbiamo voluto sottolineare per illustrare il senso del problema – che sussistono delle differenze in termini di assistenza in gravidanza e di esiti neonatali a seconda del Paese di provenienza di queste donne e delle loro condizioni di vita in Italia. Per questo sarebbe importante ampliare la conoscenza degli operatori sanitari e dei medici, soprattutto riguardo a quelle malattie che sono endemiche nelle zone di provenienza delle donne straniere, per iniziare a dare attenzione alla salute sia della madre che del bambino.

Alcune Regioni hanno già iniziato questo tipo di percorso, ad esempio la Toscana; sarebbe utile avere una commissione nazionale che raccolga queste esperienze e che sia in grado di elaborare un quadro complessivo di come nel nostro Paese le condizioni di vita delle donne straniere possano determinare gravi problemi di salute sia per la donna gravida che per il neonato. Abbiamo sottolineato inoltre che l'umanizzazione del parto passa anche attraverso la conoscenza del valore e del significato della nascita e del parto presso le popolazioni straniere che ormai sono parte della cittadinanza del nostro Paese.

C'è poi il punto relativo alla mortalità materna. Dato che questa indagine conoscitiva è stata avviata proprio con l'intenzione di affrontare questo problema, perché era questa la notizia che ci sconvolgeva, abbiamo sottolineato come la mortalità materna nel nostro Paese, in base ai dati ISTAT, si sia enormemente abbassata, da 133 donne su 100.000 nel 1955 a 2 donne su 100.000 nel periodo 2006-2007. Però, nonostante questo importante risultato, è stato osservato che c'è una differenza tra le Regioni del Nord e quelle del Sud del Paese (purtroppo su questo come su altre questioni). C'è stata e c'è una maggiore incidenza del tasso di mortalità anche in rapporto all'età (risulta infatti un rischio doppio di mortalità per le donne oltre i 35 anni) e per le donne sottoposte al taglio cesareo; per queste ultime il rischio di mortalità è 3 volte maggiore rispetto a quelle che si sottopongono al parto vaginale.

Esiste anche una correlazione tra il livello di scolarità e la mortalità materna, che risulta maggiore dove il livello è più basso. Anche questo aspetto dovrebbe essere quanto meno affrontato dal punto di vista dell'informazione, mirata in particolare alle donne con bassa scolarità.

Il Ministro della salute nel 2008 ha promosso un progetto biennale di studio sulle cause della mortalità e della morbosità materna e sulla messa a punto di modelli di sorveglianza di questa mortalità. Il progetto è stato coordinato dal reparto salute della donna e dell'età evolutiva del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità ed ha visto la collaborazione delle Province autonome di Trento e di Bolzano e delle Regioni Lazio, Campania, Sicilia, Toscana, Emilia-Romagna e Piemonte. Da questo studio è emerso che c'è una sottostima delle morti materne, che sono rilevate – come oggi avviene nella maggior parte dei casi – solamente attraverso i certificati di morte. Quindi l'istituzione di un sistema di sorveglianza come quello che è stato promosso nel Regno Unito e che ha dato ottimi risultati dovrebbe permettere di monitorare anche nel nostro Paese non solo l'andamento di questo fenomeno nei dati reali, ma anche nei suoi determinanti, al fine di migliorare la sicurezza e la qualità dell'assistenza in gravidanza.

Tutti questi dati sono stati ricavati dall'indagine (non ne abbiamo aggiunti di nuovi); abbiamo voluto puntualizzarli meglio, anche sulla base della discussione e delle conclusioni.

Anche sulla mortalità infantile e neonatale emergono delle enormi differenze, dal 2,7 per mille del Piemonte al 5,5 per mille della Calabria. Stiamo parlando del tasso di mortalità infantile, cioè dalla nascita entro il primo anno di vita. La mortalità neonatale è diminuita, perché è passata dal 2,6 per mille del 2005 al 2,4 per mille del 2008 (stiamo parlando dei decessi per mille nati vivi). Anche in questo caso c'è un andamento regionale molto diverso: 1,2 per mille nella Provincia di Trento e 3,6 per mille in Abruzzo.

Abbiamo voluto mettere in evidenza tutti questi dati perché credo che non possiamo superarli senza chiederci cosa stia effettivamente succedendo se non si pongono alcuni rimedi. Le differenze regionali, abbiamo sottolineato, vanno quindi debitamente individuate in rapporto alla mancanza di una rete assistenziale di sorveglianza della gravidanza ed anche alla frammentazione dei centri nascita, alla mancata individuazione dei centri perinatali e così via.

Abbiamo poi voluto sottolineare come sono suddivisi i punti nascita e quindi quelli con meno di 300 parti all'anno, quelli con meno di 500, quelli con 1.000 parti annui.

Stiamo ancora lavorando con gli Uffici della Commissione, che ringraziamo, e abbiamo puntualizzato anche nelle conclusioni le questioni poste nelle audizioni sul parto in analgesia.

Tutte le proposte formulate sono rimaste pressoché immutate perché nessuno degli intervenuti le ha messe in discussione, dato che la discussione si è svolta più che altro sulla individuazione delle problematiche e sulla necessità di evidenziare alcuni punti e credo che si sia fatto un la-

voro di raccolta di queste esigenze. Peraltro, visto che siamo ancora in fase di correzione, se ci fossero altre osservazioni vorrei sollecitare i colleghi e le colleghe a farcele pervenire nel più breve tempo possibile.

BIANCONI (*PdL*). Signor Presidente, ho poco da aggiungere a quanto detto dalla senatrice Bassoli.

Trarrei cinque chiavi di lettura da questa indagine.

La prima è che in Italia, pur con le differenziazioni sottolineate anche poc'anzi da lei si nasce in maniera sicura e questo è un dato che tranquillizza, anche rispetto all'inizio della nostra indagine conoscitiva.

Il secondo punto, proprio perché nascere sicuri significa nascere in sicurezza, in punti di assoluta professionalità e con tutte le caratteristiche che un punto nascita deve avere, occorre sicuramente incamminarsi in maniera più spedita verso la chiusura di quei punti nascita, così come indicato dal Ministero della salute nel suo programma, tenendo tuttavia in debita considerazione la concezione dell'*hub and spoke* ed il fatto che il territorio italiano è veramente molto diversificato morfologicamente e quindi che per assicurare adeguata protezione nelle zone disagiate o «non agiate» vanno salvaguardati e messi in sicurezza i punti nascita di riferimento.

La terza questione è la vicenda dei parti cesarei, che devono essere sempre più effettuati sulla base di un dato oggettivo e non per far facilitare l'organizzazione sanitaria della struttura o del corpo medico.

Il quarto punto è l'assoluta necessità che i dati in possesso siano armonizzati e sempre più leggibili in grande trasparenza e velocità. Come ha ben sottolineato la senatrice Bassoli, ci siamo trovati dinanzi ad indagini dell'Istituto superiore della sanità, delle SDO, del CEDAP, tutti enti che intorno al tema del nascere in Italia rischiano di non effettuare studi armonizzati e quindi di non fotografare correttamente la situazione italiana.

Infine, ribadisco l'assoluta necessità di armonizzare i protocolli con le famose linee guida, affinché nella tutela della gravidanza fino al parto e poi anche dopo al parto, vi siano protocolli di assistenza uguali in tutta Italia, a carico del Servizio sanitario nazionale. Purtroppo le Regioni si sono attrezzate in maniera diversa, ma laddove non ci sono situazioni patologiche va sottolineata l'assoluta necessità di armonizzare anche questi protocolli.

Presidente, così come ha detto la senatrice Bassoli stiamo effettuando un *drafting* finale per questa indagine, che è estremamente corposa sia come dati che come contributi pervenuti, quindi se i colleghi desiderano apportare altre correzioni il tempo lo permette.

Vorrei anch'io ringraziare gli Uffici e soprattutto i consulenti, che hanno svolto un lavoro molto prezioso ed estremamente articolato.

PRESIDENTE. Ringrazio le relatrici ed ancora una volta mi complimento per la preziosità della loro opera, unita a quella dei consulenti della Commissione, per un'indagine conoscitiva che secondo lo stile e la tradizione di questa Commissione assumerà la caratteristica di elemento di ri-

ferimento nazionale, e forse anche europeo, per quanto riguarda la pratica politica e le decisioni in relazione alla sicurezza dell'evento nascita.

Do senz'altro qualche indicazione sulla armonizzazione dei lavori in maniera che sia chiara. Ho compreso dalle relatrici che loro intendono dare un'ulteriore ultima formulazione alle conclusioni dell'indagine e in ciò si aspettano eventuali ulteriori contributi. Pertanto la presentazione del documento finale e le dichiarazioni di voto vengono rinviati alla prossima settimana.

Vorrei comunque arrivare tempestivamente ad un voto su questa indagine conoscitiva in quanto abbiamo già programmato un'importante manifestazione esterna, d'accordo con il Policlinico Gemelli e con l'Associazione dei parlamentari, per il giorno 5 dicembre, e votando il documento conclusivo la settimana prossima, potremmo farne un'immediata comunicazione esterna in quella occasione. Secondo il consueto sistema di lavoro della Commissione daremo a tutti la possibilità di parlare, ma dobbiamo arrivare preparati a quella data.

Rinvio quindi il seguito dell'esame del documento in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,35.

