Senato della Repubblica XVI LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO n. 27

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

12ª 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»

384ª seduta: mercoledì 14 novembre 2012

Presidenza del vice presidente GRAMAZIO
indi del presidente TOMASSINI

IC 1792
TIPOGRAFIA DEL SENATO (53)

I N D I C E

Documento conclusivo

(Seguito dell'esame e rinvio)

PRESIDENTE . . . . . *Pag.*
– GRAMAZIO . . . . . .
* – TOMASSINI . . . . . .
ASTORE *(Misto-ParDem)* . . . . . .
BIONDELLI *(PD)* . . . . . .
GRANAIOLA *(PD)* . . . . . .
PORETTI *(PD)* . . . . . .

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.

Presidenza del vice presidente GRAMAZIO

I lavori hanno inizio alle ore 14,35.

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 di ieri.

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.

Ricordo che nella seduta di ieri le relatrici hanno presentano uno schema di documento conclusivo in titolo, pubblicato in allegato al resoconto della seduta stessa.

Dichiaro quindi aperta la discussione.

ASTORE *(Misto-ParDem).* Signor Presidente, desidero intervenire molto brevemente per esprimere apprezzamento per il lavoro delle relatrici – le senatrici Bassoli e Bianconi – che, dalla lettura purtroppo per ora solo superficiale cui l'ho potuto sottoporre, mi è parso abbastanza completo, anche se avrei da suggerire un paio di integrazioni, là dove possibile.

Spesso tendiamo a dimenticare che l'indagine in titolo costituisce uno studio che deve servire non solo a noi, ma anche alle Regioni, le quali materialmente gestiscono l'organizzazione sanitaria. Il famoso capitolo sul Servizio di trasporto assistito materno (STAM) e sul Servizio di trasporto di emergenza neonatale (STEN) va assolutamente integrato con una descrizione della situazione Regione per Regione: quella, infatti, è la vera emergenza, soprattutto se puntiamo all'eliminazione di alcuni punti nascita.

Alla luce delle linee guida per i punti nascita da seguire da parte delle Regioni, infatti, dobbiamo organizzare una rete di trasporto a livello regionale, sia per la madre sia per il neonato. Elaborerei anche qualche suggerimento sulla rete di ordine nazionale, perché vi sono Regioni pic-

cole come la mia che non possono permettersi alcune alte specialità, da concentrare quindi in quattro o cinque Regioni più grandi (dobbiamo pur cominciare a ragionare in questi termini, se vogliamo portare avanti il discorso).

Analoga fotografia Regione per Regione si rende necessaria in ordine ad un secondo problema che ho individuato, relativo allo stato dei reparti materno-infantili, dei quali invece viene ricordato solo il numero, dato che si parla di tre punti nascita: non sarebbe possibile analizzare meglio tale aspetto, per esprimere i giudizi e gli indirizzi necessari ad organizzarli in modo che diventino qualificati e sicuri?

Ecco dunque i due punti che intendevo sottoporre alla vostra attenzione, perché li ritengo di grande utilità, nella speranza che possano essere recepiti, soprattutto il primo. Come sapete, il sistema del trasporto in alcune Regioni non funziona, a volte anche per la presunzione di qualche primario o medico: potrei farvi l'elenco delle morti avvenute in Italia perché qualcuno si è rifiutato di trasportare la madre dal piccolo ospedaletto di campagna verso strutture maggiormente specializzate.

Ribadendo infine la problematicità dello *status* dei reparti, nella veste di ex assessore, chiederei di accennare ad un'altra criticità che ho sempre sottolineato in questa Commissione, relativa al fatto che i reparti materno-infantili dei nostri ospedali – almeno stando a quanto ho notato seriamente – spesso implicano un rapporto diretto dei medici con le madri, sia prima, sia durante, sia dopo il parto. Dovremmo invece cercare di compiere uno sforzo affinché il reparto diventi veramente una comunità, dove la paziente che arriva per partorire sia a carico di tutti i medici, non di uno solo.

Queste le integrazioni che chiedo di prendere in considerazione; in caso contrario, preannuncio di esprimere comunque un voto favorevole all'approvazione dello schema di documento presentato dalle relatrici.

GRANAIOLA *(PD).* Signor Presidente, nella fase finale di questa lunga e complessa indagine conoscitiva, vorrei spendere alcune parole – come la senatrice Bianconi – per ringraziare tutti i consulenti che hanno collaborato alla procedura in titolo, fornendo un contributo fondamentale alla nostra Commissione, la quale, grazie al loro significativo apporto, è giunta alla redazione dell'importante schema di documento conclusivo al nostro esame. Propongo dunque d'inserire nell'introduzione tali ringraziamenti.

In relazione al testo, vorrei soffermarmi sulla necessità di approfondire un tema di grande rilievo per raggiungere l'obiettivo che ci poniamo, ossia nascere sicuri. A mio avviso, dobbiamo insistere maggiormente sul tema della completezza e dell'attendibilità dei dati riguardo alla mortalità materna. Come rileva l'indagine, i CeDAP (Certificati di assistenza al parto) e le SDO (Schede di dimissione ospedaliera) sono le due fonti informative nazionali sull'assistenza alla nascita in Italia. I due strumenti, però, non sono integrati, cosa che limita grandemente la nostra possibilità di avere dati individuali certi e, grazie ad essi, di sorvegliare gli eventi

rilevanti non solo al momento della nascita, ma anche nei giorni successivi. Non possiamo né dobbiamo avere dubbi sulla reale consistenza dei dati sulla mortalità materna, anche se l'Italia si pone a livelli di eccellenza in quest'ambito e presenta tra le più basse percentuali d'Europa in morbilità e mortalità.

I difetti organizzativi e strutturali del sistema sanitario, soprattutto nella raccolta e nel coordinamento delle banche dati, possono impedirci di valutare appieno i casi in cui le donne sviluppano complicazioni potenzialmente mortali non solo durante la gravidanza, il travaglio ed il parto, ma anche nei giorni successivi, nei quali complicanze dovute all'evento parto possono portare alla morte, casi che tuttavia non vengono riconosciuti come mortalità materna.

Com'è stato sottolineato da più parti, il decesso, se avviene dopo un certo lasso di tempo, può sfuggire alla rilevazione, in quanto l'informazione relativa allo stato di gravidanza non viene riportata sul certificato di morte. Studi recenti avanzano infatti l'ipotesi che gli indici di mortalità nel nostro Paese siano superiori rispetto a quelli ufficiali: ne deriva la necessità di costituire la cartella clinica informatizzata «mamma-bimbo» ed il libretto della gravidanza, nonché di monitorare il percorso della nascita, anche attraverso la creazione dei punti nascita, lo sviluppo di una rete capillare d'assistenza e di un efficace sistema di trasporto partoriente-neonato, come sottolineava poco fa il senatore Astore.

Infine, vi è la necessità di introdurre le necessarie correzioni all'interno della catena di comando, costituendo così un'efficace rete di comunicazione, una filiera che non preveda alcuna interruzione delle necessarie informazioni in caso di quegli eventi morbosi o traumatici che possono verificarsi a distanza di tempo dal parto e che possono, in questo modo, essere immediatamente riconosciuti come tali.

I limiti organizzativi e informativi possono, infatti, portare ad una potenziale sottostima della mortalità materna. Pertanto, ritengo che il sistema di monitoraggio e rilevazione debba essere migliorato, e questo può avvenire anche grazie ai nuovi strumenti offerti dalla sanità digitale. In tale ambito, si verifica una differenza nei rapporti di mortalità materna delle singole Regioni, con un'importante differenza nelle Regioni del Nord rispetto a quelle del Sud. Vi è inoltre il dato secondo il quale l'indice di mortalità materna è tre volte superiore tra le donne che vengono sottoposte a taglio cesareo rispetto a quelle che hanno partorito per via vaginale.

Il miglioramento della qualità della vita rappresenta uno degli obiettivi sanitari prioritari che sono stati individuati dall'OMS a livello mondiale. Quello che invece ci stupisce e che, in qualche modo, ci preoccupa è l'assenza in tale contesto di quella che è una figura essenziale nel percorso della nascita: la figura del padre. Seppure è vero che l'autodeterminazione, in questo campo, deve essere lasciata alla singola donna, l'autodeterminazione non significa solitudine, con l'assenza di un'importante figura psicologica di riferimento, almeno là dove esista. Ciò che si può dire sul padre è che dovrebbe essere il primo garante della salute della mamma e del neonato. Questi, se adeguatamente preparato e informato, potrebbe,

nel caso si verificassero complicanze gravi, allertare immediatamente le strutture di riferimento, attuare le adeguate misure di emergenza, e limitare in tal modo anche il rischio di morti che possono essere evitate.

Per tali ragioni, Presidente, ribadisco che occorre prevedere una corresponsabilizzazione del padre, che però non deve essere coercitiva e deve essere sempre sottoposta all'autodeterminazione materna, durante tutto il percorso della nascita, così da poter migliorare, anche per questa strada, l'esperienza della nascita sia per la madre che per il nuovo nato.

Presidenza del presidente TOMASSINI

PORETTI *(PD)*. Presidente, desidero prima di tutto ringraziare entrambe le relatrici per l'ampio e documentato lavoro che hanno presentato alla Commissione. Voglio soffermarmi su alcuni temi che, a mio parere, potrebbero essere ulteriormente arricchiti.

La prima questione riguarda la creazione del cosiddetto libretto della gravidanza. Rispetto a questo punto l'esperienza che si è venuta maturando in Toscana potrebbe essere presa come un modello e potrebbe essere seguita anche dalle altre Regioni.

Per quanto riguarda poi la questione del parto senza dolore, è senz'altro vero che si continuano a registrare dei progressi nel dibattito culturale e in quello politico, ma la percentuale delle donne che possono accedere al parto in analgesia resta ancora troppo bassa. Questo servizio è invece molto diffuso negli altri Paesi. Il vero punto, quindi, è la necessità e l'urgenza di riconoscere, nella pratica quotidiana, quello che rischia di restare un diritto solo enunciato. Purtroppo bisogna riconoscere che sussistono ancora freni culturali sulla concezione del dolore, nonché problemi organizzativi legati al numero e alla presenza degli anestesisti. Ancora, si registra una sorta di pigrizia da parte degli stessi operatori sanitari che impediscono di dare seguito alla legittima richiesta espressa dalla partoriente.

Come più volte hanno già fatto da molti su quest'argomento, desidero a mia volta rivolgere un accorato appello affinché, alla luce dell'analisi dei dati raccolti vi sia la volontà di cambiare qualcosa. In tal modo, la legge, anche se non potrà certamente contenere una formula magica, sarà in grado di costituire almeno un'ulteriore spinta propulsiva affinché nelle sale parto degli ospedali la parto-analgesia sia effettivamente a disposizione. Non per ultima, va annoverata la possibilità d'inserirla nei LEA, purtroppo non accolta dal decreto Balduzzi, nonostante la disponibilità manifestata anche successivamente dal Ministro stesso a trovare un provvedimento per farlo.

La volontà di tradurre in misure concrete i suggerimenti indicati nello schema di documento conclusivo, a seguito delle integrazioni testé richiamate, dovrebbe costituire l'ultimo atto della nostra Commissione, che su

questo argomento ha trovato tutti d'accordo: un risultato del genere, qualora si riuscisse a conseguire, sarebbe da valutare come un successo e una rivoluzione culturale davvero importante.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, la discussione serve a raccogliere ulteriori proposte e integrazioni, che sarà poi compito delle relatrici valutare, anche se alcuni elementi, come il legame tra parto e analgesia, mi pare siano stati ben sottolineati tra le proposte in coda allo schema di documento conclusivo.

BIONDELLI *(PD).* Signor Presidente, prima di tutto vorrei ringraziare le relatrici, senatrici Bassoli e Bianconi, per il corposo lavoro portato avanti, che, a mio giudizio, ha prodotto un documento completo e, in alcune parti, molto rassicurante, anche perché onestamente non immaginavo che sarebbe stato condotto con tanta attenzione.

Mi soffermerò a mia volta su alcuni punti che mi hanno colpito in modo particolare, perché ritengo che su di essi abbiamo intrapreso una strada migliorativa. Abbiamo visto, infatti, le carenze presenti nel nostro Paese nel settore dell'analgesia nel parto: solo il 16 per cento delle donne usufruisce dell'anestesia epidurale, ma ad una su due non viene nemmeno offerta; il 40 per cento, se non di più, chiede di farla, ma non la ottiene. Abbiamo audito anestesisti, che si occupano in particolare di anestesia ostetrica, dalle cui parole è emersa la necessità di avere non solo un servizio epidurale, ma anche un gruppo di lavoro multidisciplinare, nonché d'inserire il parto senza dolore nei Livelli essenziali d'assistenza.

Abbiamo inoltre appreso l'importanza della continuità assistenziale tra ospedale e territorio, resa ulteriormente difficoltosa in un momento di *spending review,* ancora sperimentale ma già molto difficile per diverse patologie; in quest'ambito, che è caratterizzato da un lieto evento e sicuramente non da una patologia, la continuità assistenziale dovrebbe essere ancor più importante, dunque necessita di subire un percorso migliorativo, non solo per la madre ed il bambino, ma altresì per la coppia, che dev'essere seguita anche dopo il parto, alla luce di tutte le potenziali forme di depressione cui è soggetta una madre che si trova sola con il suo bambino.

Grazie all'indagine conoscitiva in titolo, abbiamo inoltre esaminato le enormi differenze tra Regione e Regione, anche con riferimento ai tagli cesarei, dai quali essa ha preso le mosse. Con la Commissione d'inchiesta sul servizio sanitario nazionale siamo più volte intervenuti sul punto, anche perché vi sono Regioni, come la Sicilia, che presentano un numero di parti cesarei veramente preoccupante, pari quasi al 50 per cento. In Europa siamo proprio il fanalino di coda, con troppi parti cesarei e tante partorienti probabilmente non ben informate: valeva quindi la pena di citare questi problemi nell'indagine conoscitiva.

Per ritornare al parto in analgesia, durante le audizioni svolte, mi sono associata ai quesiti formulati circa i suoi benefici o addirittura le sue complicanze. Ebbene, ci è stato risposto che, al contrario, il suo utilizzo si associa a diversi benefici materni e fetali, che sono stati segnalati,

come l'eccellente controllo del dolore, la riduzione del consumo d'ossigeno e dell'iperventilazione, il miglioramento del circolo placentare, la riduzione dell'ansia e un atteggiamento più rilassato e cooperante da parte delle madri. In molte Regioni purtroppo sul punto ancora non ci sentono, pertanto la cosa va promossa sul territorio in modo ancor più forte.

Il quesito sulle controindicazioni del parto in analgesia l'avevo promosso proprio io: naturalmente ve ne sono, come pure di complicanze, ma sono accettabili, a livello sia medico sia etico, in quanto comunque abbastanza rare. Perché quindi non praticarlo davvero in tutte le Regioni?

Vi è però una sottolineatura che ho ascoltato ieri nell'intervento della senatrice Bassoli e che desidero riprendere, dato che mi ha preoccupato, forse anche perché non sono stata presente a tutte le audizioni: l'Italia sarebbe un Paese virtuoso, con un basso rapporto di mortalità materna. Non abbiamo dati così certi, anzi, pare che quelli che abbiamo non siano espressione di una mortalità così bassa: vale dunque la pena di verificarli, anche perché secondo uno studio effettuato dall'ISS (Istituto superiore di sanità) quelli di cui siamo in possesso non sarebbero poi così precisi. Con riferimento dunque a questa sottolineatura, secondo cui si renderebbe necessario prospettare soluzioni di carattere politico, affinché i punti nascita siano dimensionati, nel rispetto delle soglie indicate dalle linee guida, occorre verificare e monitorare i dubbi sulle modalità con cui viene registrato il decesso.

Gli ospedali e le sale parto che effettuano più di 1.000 o 2.000 parti all'anno sono sicuramente più sicuri, quindi è vero che per garantire la sicurezza della partoriente e del neonato occorre ridimensionare i punti nascita sotto tale soglia. Voglio però ricordare che, ad esempio, la Regione Piemonte annovera centri nascita dove vengono effettuati 500 o 600 parti all'anno, ma che essendo situati in zone montuose e disagiate rispondono alle esigenze della popolazione. Proprio a Domodossola le partorienti incontrano difficoltà; quindi quelle mamme hanno manifestato contro la volontà di chiudere tali strutture e credo che questa battaglia sia stata vinta. Un punto nascita che esegue appena 400 o 500 parti all'anno, ma è funzionante, si rivela essenziale per quelle zone montane, quindi anche questo aspetto va valutato, soprattutto dalle amministrazioni regionali.

PRESIDENTE. Non essendovi altri iscritti a parlare nella discussione, propongo di sospendere brevemente i nostri lavori, per dare la possibilità ai colleghi non presenti in questo momento di intervenire. Se non vi sono osservazioni, sospendo dunque la seduta.

I lavori, sospesi alle ore 15,05, sono ripresi alle ore 15,20.

PRESIDENTE. Apprezzate le circostanze e tenendo conto del presumibile interesse ad intervenire in discussione generale da parte di altri senatori, impossibilitati a partecipare ai lavori della seduta odierna, rinvio il prosieguo della stessa ad una prossima seduta, avvertendo comunque le relatrici di tenersi pronte a prospettare alla Commissione un nuovo schema

di documento conclusivo che tenga conto degli spunti e dei suggerimenti che emergeranno.

Rinvio dunque il seguito dell'esame dello schema di documento conclusivo in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,25.

€ 1,00