



3/12/2015

OSTIGLIANA AVV. LINO
EROMÉTA
SILVIA LINO
SILVIA

ATTIVITA' ISPETTIVA

REG. GEN. N. 12/4/X
LEG. AT

Gruppo Consiliare Movimento Cinque Stelle Regione Campania

APPROVATO / A

SEDUTA DI CONSIGLIO REGIONALE
DEL 31.05.2016
MGT

Consiglio Regionale della Campania

Al Presidente del Consiglio Regionale della Campania

Prot. Gen. 2015.0010411/A

Del 09/09/2015 09 10 29

Da CR A SERASS

Rosa D'Amelio

MOZIONE

Oggetto: Promozione del parto naturale e la riduzione del ricorso al parto cesareo mediante iniziative di informazione e la formazione del personale medico e sanitario

PREMESSO che:

l'Italia ha il triste primato di essere il Paese europeo con maggiori parti cesarei: degli oltre 491.000 parti che avvengono ogni anno, più di 154.000 sono portati a termine con il taglio cesareo. Recenti stime dimostrano che questa pratica presenta un fattore di rischio di mortalità della madre da 2 a 4 volte superiore rispetto a quello naturale, ma nonostante ciò i parti effettuati mediante taglio cesareo risultano in costante aumento nel nostro Paese. Nel 2011 nessuna regione italiana sembra rispettare i parametri dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), che prevede il limite massimo della percentuale dei cesarei rispetto alla totalità dei parti non superiore al 20 per cento. Quando il numero di cesarei supera il 20 per cento significa che all'interno del sistema sanitario vi sono dei problemi o delle inefficienze;

TENUTO CONTO che la quota più elevata di parti cesarei si registra in Campania (56,6 per cento), seguita da Sicilia (42,5 per cento), Puglia (41,7 per cento) e Lazio (39 per cento). La maggioranza dei parti di questo tipo sono programmati (il 62,2 per cento). L'Istat rileva come continui ad aumentare l'età media al parto: da 30,6 anni del 2000 a 32,0 anni nel 2013, ma per le straniere l'età media è di 29,6 anni. Si evidenzia che la Campania ha innalzato la sua percentuale di parti cesarei a partire dal 1992, coincidente con l'anno in cui vengono introdotti i raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD) con i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993. Le province che effettuano più parti cesarei sono Napoli (65,16 su 100 parti totali) e Salerno (65,84 su 100 parti totali). Nel 2013 in Campania il tasso di parti cesarei era del 61,45 per cento, in Sicilia del 44,84 per cento e in Puglia del 44,59 per cento e non sono stati evidenziati rilevanti miglioramenti negli ultimi anni. In Lombardia, nel 2005, mediante un'educazione al parto molto accurata, una buona assistenza ostetrica e un reparto di patologia neonatale adiacente alla sala parto, si sono ottenuti

08/09/15
Rosa D'Amelio

re

buoni risultati portando la media dei parti cesarei a livello delle medie europee. Ciò è stato possibile anche modificando il Diagnosis related group, il tariffario che stabilisce i rimborsi alla struttura sanitaria da parte del Servizio sanitario nazionale. La modifica ha concesso di pagare il parto cesareo quanto un parto spontaneo (mentre normalmente in Italia il primo costa molto di più del secondo). Alla luce di ciò e del fatto che nel nostro Paese il numero di parti cesarei sembra in crescita, si ipotizza il reato di truffa nei confronti dello Stato quando una struttura ospedaliera o convenzionata pratica un parto cesareo non necessario, guadagnando circa 2.457 euro invece dei 1.139 euro previsti per un parto naturale. A questo proposito diversi studi hanno evidenziato possibili comportamenti opportunistici da parte delle aziende sanitarie che possono ottenere, a parità di risultato clinico, rimborsi più elevati mediante l'uso di protocolli alternativi. Pertanto crediamo che sarebbe opportuno monitorare la frequenza dei parti effettuati con taglio cesareo. Sperando di contenere l'eccessivo ricorso ai parti effettuati mediante taglio cesareo, il Ministero della salute ha fissato le linee guida per l'umanizzazione del parto e per un maggiore impegno verso il parto fisiologico, « Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole », tuttavia queste raccomandazioni non bastano, è necessario, piuttosto, un riorientamento complessivo del sistema, un approccio integrato in cui le misure di programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale sappiano coniugarsi con lo sviluppo di iniziative di educazione e di protocolli clinico-organizzativi a livello locale. È opportuno attivarsi immediatamente al fine di affidare nuovamente alle ostetriche la conduzione del parto e contestualmente per introdurre, nei limiti di competenza, misure volte a incentivare l'equiparazione del costo del parto cesareo con quello spontaneo e realizzare l'approccio integrato fra misure di programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale;

PRESO ATTO che la diminuzione delle nascite e l'età sempre più avanzata delle gravidanze hanno determinato negli anni un impoverimento dei saperi femminili, della consapevolezza e della competenza in tema di maternità da parte delle donne. I corsi di preparazione alla nascita svolgono un importante ruolo formativo e pertanto dovrebbero essere incentivati. La gravidanza non è una condizione patologica, così pure il dolore durante il parto va inteso come condizione fisiologica diversa da quella conseguente a condizioni patologiche. Il controllo del dolore si può esercitare attraverso diverse tecniche (respirazione, yoga, movimento dolce, stretching eccetera) che devono essere trasmesse alla partoriente per affrontare l'evento della nascita con maggiore consapevolezza e minore ansia. L'analgesia, come peraltro ogni preparazione al parto, dovrebbe far parte di un programma di assistenza alla gravidanza, inteso come globalità del nascere e non come evento isolato, spesso oggetto di scarsa informazione proposta solo in sala parto;

CONSIDERATO che l'eccessiva medicalizzazione della gravidanza fisiologica e dell'evento del parto ha dato alle mamme poco o nessun potere decisionale. Inoltre, nonostante l'OMS abbia raccomandato l'uso di determinate pratiche solo in casi particolari e non sistematicamente, secondo i dati dell'ISTAT nel 2013 il 72,7 per cento delle donne ha riferito di aver avuto un parto spontaneo ma non naturale, cioè non privo di qualsiasi intervento medico. Le donne che hanno avuto un parto spontaneo riferiscono di aver subito la rottura artificiale delle acque (32 per cento) e l'episiotomia in un terzo dei casi (34,7 per cento), il monitoraggio cardiaco fetale continuo nel 45,2 per cento dei casi e le pressioni sul ventre in fase espulsiva (tra cui la manovra di Kristeller) nel 22,3 per cento dei casi. La somministrazione di ossitocina (farmaco che aumenta la frequenza e l'intensità delle contrazioni) viene dichiarata dal 22,3 per cento delle donne. Per riappropriarsi delle decisioni riguardo la nascita, sempre quando questo sia possibile e non ci siano particolari emergenze, sarebbe opportuno rendere obbligatoria la buona pratica di redigere un piano del parto, ovvero un accordo scritto e firmato tra la partoriente e il personale sanitario della struttura in cui si è deciso di partorire, nel quale si espone come si vorrebbe partorire e ciò che non si vorrebbe fosse fatto in sede di travaglio e di parto (episiotomia o manovra di Kristeller per esempio), nonché le proprie preferenze per il post partum e per le cure neonatali;

R

VALUTATO che una donna che partorisce in maniera fisiologica deve rivolgersi a una struttura sanitaria, pubblica o privata, adatta ad affrontare situazioni di emergenza: per eventuali tagli cesarei, concepiti quindi come un'alternativa e una sorta di « sala vita » per la madre e per il figlio, fornita di un centro trasfusionale, terapia intensiva neonatale e posti letto per cure pediatriche e patologie neonatali minime e intermedie. Questo non deve comportare la chiusura di punti nascita già esistenti: mantenere attivi i presidi medici sul territorio non può essere considerato uno spreco di denaro pubblico, il benessere e la salute dei cittadini sono di primaria importanza e lo Stato non dovrebbe mai operare tagli ai servizi sanitari nazionali ma incrementarli. Sarebbe opportuno, invece, intervenire sugli evidenti sprechi ai danni dei cittadini che si protraggono da anni nonostante il tunnel della recessione dal quale il nostro Paese fatica ad uscire;

TENUTO CONTO che il 90 per cento delle donne che hanno subito parti cesarei possono scegliere di ricorrere al VBAC, vaginal birth after cesarean, ovvero parto vaginale dopo un cesareo. Si legge in American Pregnancy che secondo le statistiche, il 60-80 per cento (tre o quattro donne su cinque) delle donne che hanno già subito un parto cesareo partoriscono con successo in modo naturale per la seconda gravidanza. Qualora una donna scelga di ricorrere al parto vaginale dopo il parto cesareo può scegliere di fare il cosiddetto travaglio di prova (trial of labor), a verifica della possibilità di un parto vaginale. La scelta deve essere necessariamente ponderata con il ginecologo tenendo conto della storia clinica della paziente. La complicazione più temuta consiste nella rottura dell'utero a livello della cicatrice. Il rischio esiste, ma recenti studi hanno dimostrato che la percentuale di casi di rottura di un utero operato è molto vicina a quella di un utero privo di incisioni pregresse. Anche se i casi sono comunque rari è consigliabile, in caso di ricorso al parto VBAC, di rivolgersi a strutture idonee a fare fronte alle situazioni di emergenza. Il parto naturale, quando possibile, è sempre preferibile a quello chirurgico per una serie di meccanismi fisiologici di cui beneficiano la madre e il nascituro. E non è da sottovalutare l'importanza dei benefici psicologici della madre derivanti dalla sperimentazione del dolore e la gestione del travaglio. Per quanto riguarda il bambino, il passaggio attraverso il canale del parto migliora la funzionalità polmonare dovuta alla fuoriuscita del liquido polmonare dalla gabbia toracica. Inoltre il travaglio mette in circolo ormoni che aiutano il piccolo ad adattarsi meglio alla vita extrauterina, fra cui le catecolamine, che condizionano positivamente: il sistema cardiocircolatorio e nervoso del piccolo e inducono la sintesi di surfactante, una sostanza che consente la maturazione polmonare;

CONSIDERATO che le linee guida sul taglio cesareo dell'Istituto superiore di sanità, emanate il 30 gennaio 2012, evidenziano che sottoporre la donna a ripetuti tagli cesarei aumenta la possibilità di complicazioni e di mortalità materne e perinatali. Si raccomanda, inoltre, di offrire a tutte le donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo la possibilità di effettuare il travaglio e di partorire per via vaginale. Gli ospedali e le ostetriche in libera professione che assistono al VBAC sono dislocati in tutto il territorio nazionale, da nord a sud. In modo particolare al sud Italia pare sia diffusa la credenza, anche in ambito medico, secondo cui una donna che mette alla luce il suo primogenito con parto cesareo debba necessariamente ricorrere al parto chirurgico anche per il secondo figlio. In conformità alle linee guida dell'OMS e applicando concretamente le citate linee guida nazionali sul taglio cesareo, pensiamo, invece, che sia opportuno incoraggiare il ricorso al VBAC, in modo uniforme in tutto il territorio nazionale, partendo da un'accurata e adeguata formazione professionale del personale ospedaliero. Sarebbe opportuno che il percorso di formazione del medico specializzato in ostetricia e ginecologia e della figura sanitaria dell'ostetrica prevedesse l'aumento delle ore di tirocinio relativo all'assistenza a parti naturali e spontanei nonché la frequenza di un periodico corso specifico di aggiornamento sul VBAC;

impegna la Giunta Regionale

VR

-a intervenire al fine di innescare un necessario riorientamento complessivo del sistema, un approccio integrato in cui le misure di programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale sappiano coniugarsi con lo sviluppo di iniziative di educazione e di protocolli clinico-organizzativi a livello locale per:

a) la modifica del tariffario che stabilisce i rimborsi alla struttura sanitaria da parte del Servizio sanitario nazionale equiparando il costo del parto cesareo al parto naturale;

b) incentivare in maniera opportuna ed efficace corsi gratuiti di preparazione alla nascita per genitori per favorire la consapevolezza e la competenza della coppia sul percorso nascita. Le gestanti devono, in particolare, essere informate sui metodi di controllo del dolore durante il travaglio e il parto attraverso tecniche di respirazione, yoga, movimento dolce, o stretching, nonché sull'eventuale ricorso all'analgesia;

c) intervenire al fine di rendere obbligatoria la buona pratica di redigere un piano del parto, sottoscritto tra la partoriente e il personale sanitario della struttura in cui si è deciso di partorire;

d) favorire il mantenimento dei punti nascita già esistenti, incrementare e ottenere il miglioramento dei servizi sanitari dislocati sul territorio monitorando gli sprechi di fondi pubblici ai danni dei cittadini. A tal fine è necessario assicurare elevati livelli di assistenza in caso di gravidanza, fare in modo che i presidi siano sempre dotati di un centro trasfusionale per assistere la madre in caso di emergenza dovuta alla rottura dell'utero e di un reparto di terapia intensiva neonatale nonché di disporre di posti letto per cure pediatriche e neonatali minime e intermedie;

e) incoraggiare il ricorso al VBAC partendo da un'accurata e adeguata formazione professionale del personale ospedaliero;

f) assumere iniziative volte ad introdurre misure atte a sanzionare o penalizzare gli istituti sanitari che ricorrono eccessivamente al taglio cesareo;

-a individuare risorse, modalità e criteri per la realizzazione dei corsi relativi ai medici specializzati in ostetricia e ginecologia, le ostetriche e altresì quelli rivolti alla coppia di sensibilizzazione sulle diverse tipologie di parto e di assistenza alla gravidanza per rafforzare la consapevolezza, accrescere la competenza della coppia sulla maternità, informare sulle procedure burocratiche e sulle pratiche socio-sanitarie raccomandate, farmacologiche e non;

- a promuovere il parto fisiologico e limitare il ricorso ai parti chirurgici nelle cliniche ai soli casi in cui si riscontri una oggettiva necessità di intervenire per salvaguardare la salute del bambino e/o della madre, riportando il parto cesareo alla sua funzione di intervento salvavita. A tal fine è necessario stabilire tempestivamente incentivi per l'applicazione della tecnica dell'analgesia e per la promozione di una campagna informativa sul parto fisiologico rivolta alle donne che hanno fatto ricorso al taglio cesareo nonché interventi per garantire un approccio integrato fra le misure di programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale;

-a stabilire con apposito provvedimento un contributo da parte della Regione Campania a valere sul fondo sanitario regionale alle strutture sanitarie pubbliche, convenzionate o private con un tasso

re

annuale di parti fisiologici superiore al 30 per cento e che promuovono il parto fisiologico demedicalizzando l'evento della nascita, tutelando i diritti e la libera scelta dei genitori e dando priorità al benessere del nascituro e della famiglia.

Napoli, 08/09/2015

Il Presidente del Gruppo consiliare M5S

Valeria Ciarambino

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Valeria Ciarambino', with a long horizontal flourish extending to the right.