

ATTO CAMERA**RISOLUZIONE IN COMMISSIONE 7/00007****Dati di presentazione dell'atto**

Legislatura: 19

Seduta di annuncio: 16 del 30/11/2022

FirmatariPrimo firmatario: [VIETRI IMMA](#)

Gruppo: FRATELLI D'ITALIA

Data firma: 30/11/2022

Elenco dei co-firmatari dell'atto

Nominativo co-firmatario	Gruppo	Data firma
CIOCCHETTI LUCIANO	FRATELLI D'ITALIA	29/11/2022
MORGANTE MADDALENA	FRATELLI D'ITALIA	29/11/2022
SCHIFONE MARTA	FRATELLI D'ITALIA	29/11/2022
MACCARI CARLO	FRATELLI D'ITALIA	30/11/2022
ROSSO MATTEO	FRATELLI D'ITALIA	30/11/2022
CIANCITTO FRANCESCO MARIA SALVATORE	FRATELLI D'ITALIA	30/11/2022
COLOSIMO CHIARA	FRATELLI D'ITALIA	30/11/2022
LANCELLOTTA ELISABETTA CHRISTIANA	FRATELLI D'ITALIA	30/11/2022

Commissione assegnatariaCommissione: [XII COMMISSIONE \(AFFARI SOCIALI\)](#)**Stato iter: IN CORSO**

Atto Camera

Risoluzione in commissione 7-00007

presentato da

VIETRI Imma

testo di

Mercoledì 30 novembre 2022, seduta n. 16

La XII Commissione,

premesse che:

l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale, rilevando, altresì, come gravidanza, parto e allattamento rappresentino situazioni delicate e particolari nella vita di una donna;

l'accordo del 16 dicembre 2010, recante «Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», adottato ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano (in sede di Conferenza unificata), ha definito gli elementi tecnico-organizzativi per il miglioramento della qualità, appropriatezza e sicurezza del percorso nascita;

si tratta di 10 linee guida complementari e sinergiche che, nella logica del documento, avrebbero dovuto essere implementate congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale: misure quali l'analisi del contesto assistenziale a livello regionale e locale, l'elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita, le procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto, la formazione degli operatori, il monitoraggio e verifica delle attività e l'istituzione di un comitato interistituzionale per il percorso nascita (Cpn), con la funzione di coordinamento permanente;

in particolare, la prima di tali linee guida, recante misure di politica sanitaria e di accreditamento, ha previsto la razionalizzazione e riduzione progressiva dei punti nascita, arrivando alla determinazione dello *standard* di 500 parti annui, identificato come volume minimo di parti idoneo a giustificare il mantenimento in attività dei punti nascita;

con successivo provvedimento, adottato con il decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, sono stati definiti gli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera, per garantire livelli di assistenza adeguati alle migliori tecniche, al fine di garantire il diritto costituzionale alla salute;

il Comitato percorso nascita nazionale (Cpnn), costituito con decreto ministeriale 12 aprile 2011, ricostituito con decreto ministeriale 11 aprile 2018, supporta tutte le regioni e province autonome nell'attuare le migliori strategie di riorganizzazione dei punti nascita e verifica che siano coerenti con quanto definito nell'accordo Stato-regioni, con «piena facoltà di declinare e rendere operative opportune misure di monitoraggio sui requisiti operativi, tecnologici e di sicurezza dei Punti nascita di I e II Livello, sull'integrazione tra i Livelli di assistenza materno/neonatale territoriale e ospedaliera, sulla piena implementazione delle Linee Guida nazionali relative agli aspetti materno/neonatali e sulla formazione del personale»;

il decreto ministeriale 11 novembre 2015, che ha integrato i compiti del Comitato percorso nascita nazionale, ha introdotto la possibilità di derogare a questo *standard* «in condizioni orograficamente difficili», ma la relativa procedura, richiedendo l'attivazione ed il dispiegamento di un *iter* burocratico complesso e articolato, risulta estremamente macchinosa e «scarica» sull'ente territoriale richiedente tutta una serie di onerosi adempimenti; una procedura oggettivamente inidonea a garantire la capacità istituzionale di rispondere alla richiesta di un servizio sanitario essenziale, come l'assistenza nella delicatissima fase del parto, con conseguenti gravi e reiterati disagi che si registrano su tutto il territorio nazionale e che incidono, tra l'altro, sul principio di eguaglianza e sulla parità di trattamento dei cittadini nell'erogazione dei servizi;

il dato che finora ha giocato a sfavore del mantenimento dei punti nascita a piccolo volume di attività è stato soprattutto l'aspetto economico, ma utilizzare il solo indice numerico dei 500 parti all'anno appare, oggi più che mai, riduttivo e non appropriato, soprattutto alla luce del contesto demografico nazionale;

un punto nascita di piccole dimensioni con personale motivato, formato per le emergenze ostetriche in un ospedale con una buona organizzazione e ben coordinato con un grosso ospedale di riferimento e con Areu/118, può avere risultati uguali se non migliori di un punto nascita a maggior volume di attività ma senza alcune delle caratteristiche sopra citate;

a questo si associa anche la considerazione che spesso i punti nascita piccoli hanno condizioni strutturali e organizzative che possono favorire un'accoglienza e una gestione dell'evento nascita più familiare e meno istituzionale;

un ragionamento completamente diverso deve essere fatto, poi, per i piccoli ospedali in aree particolarmente disagiate come possono essere le aree di montagna e le isole; in queste situazioni, le condizioni climatiche e i tempi di percorrenza tra la residenza della donna in stato di gravidanza e un grosso punto nascita di riferimento possono compromettere la sicurezza molto di più dell'espletare il parto in un piccolo ospedale di montagna o insulare;

se è vero, peraltro, che il citato decreto ministeriale n. 70 del 2015, per ciò che attiene al mantenimento dei punti nascita, orienta a circa 1.000 parti la soglia ottimale per ciascuno e comunque non meno di 500, è altrettanto vero che dal 2015 ad oggi la percentuale di natalità è scesa del 25 per cento, circostanza che dovrebbe far rivedere i parametri stessi della norma;

come è, purtroppo, noto, infatti, in Italia continua a registrarsi il *record* negativo delle nascite; una tendenza alla recessione demografica già in atto da anni e accentuata dalla pandemia COVID-19: dal *report* Istat sulla natalità e fecondità della popolazione residente in Italia emerge che nel 2020 i nati sono stati 404.892 (-15 mila sul 2019); un *trend* confermato anche nel 2021 in cui il numero dei nati è stato di 399.431 persone; i nuovi nati non raggiungono quindi le 400 mila unità, diminuendo dell'1,3 per cento rispetto al 2020 e quasi del 31 per cento rispetto al 2008;

si tratta di statistiche demografiche che non possono non avere un forte impatto anche sui punti nascita, nei quali evidentemente nascono sempre meno bambini; tale contesto nazionale, unitamente all'applicazione automatica di un criterio meramente numerico ha, infatti, comportato una significativa contrazione, dal 2010 ad oggi, dei reparti nascita soprattutto nelle aree territoriali interne dove incombono difficoltà di natura economica, di carenza di infrastrutture e di un costante calo demografico nello specifico per le fasce di età in cui statisticamente le donne concepiscono il primo figlio;

sono diversi e distribuiti variamente sull'intero territorio nazionale, da Nord a Sud, i territori che hanno avviato una lunga trafila, burocratica prima e giurisdizionale poi, per portare avanti la legittima battaglia per la garanzia di un presidio assistenziale e ospedaliero essenziale per la natalità e per la salute di donne e bambini, e sollecitato il Governo a che fosse avviata una riflessione in ordine all'opportunità di rimodulare la rete dei punti nascita, superando o comunque rivedendo il criterio dei 500 parti annui come soglia minima per mantenere in attività un punto nascita;

solo a titolo esemplificativo, la regione Lombardia, nel giugno 2016 e nel febbraio 2017, ha chiesto la deroga per mantenere aperti i punti nascita dei reparti degli ospedali di Angera (Varese), Oglio Po di Casalmaggiore (Cremona), Piario (Bergamo) e uno tra Gravedona (Como) e Chiavenna (Sondrio);

la regione Campania in un comunicato stampa del 13 novembre 2018 ha dichiarato che la deroga richiesta al Governo prevista per le aree disagiate del territorio, in riferimento ai punti nascita nei presidi ospedalieri, ha ricevuto parere sfavorevole per i punti nascita di Piedimonte Matese, Polla e Sapri. La regione Emilia-Romagna in un comunicato stampa del 24 gennaio 2020 ha annunciato la riattivazione dei punti nascita di Alto Reno Terme (Bologna), Pavullo nel Frignano (Modena), Castelnovo ne' Monti (Reggio Emilia) e Borgo Val di Taro (Parma), chiusi nel 2017 nonostante le richieste di deroga non accolte, ma ad oggi tali punti nascita risultano ancora non operativi;

in Campania la rete dei punti nascita è un sistema a orditura stretta se si guarda al numero assoluto di nidi distribuiti tra ospedali pubblici e case di cura accreditate, ma con strappi, usure e tenuta a rischio su sicurezza e livelli di assistenza se si volge lo sguardo al collegamento funzionale con le Ginecologie e i reparti di Terapia intensiva neonatale (Tin);

particolarmente amara la chiusura del reparto di ginecologia e ostetricia presso l'ospedale Santa Maria dell'Olmo di Cava de' Tirreni e l'accorpamento all'azienda ospedaliera di Salerno, a cui fa eco il pessimo stato dei consultori pubblici; una situazione, quella attuale, che mette seriamente a rischio la salute della donna e del nascituro e la tutela del diritto alla salute, costituzionalmente garantito;

lo stesso Ministro della salute *pro tempore*, nel gennaio 2019, si dichiarava pronto a «lavorare con le regioni in vista di una rimodulazione dei punti nascita»; un impegno, ad oggi, risulta disatteso in assenza di provvedimenti volti a risolvere più criticità e disagi derivanti dall'applicazione di detto parametro all'organizzazione della rete ospedaliera territoriale;

anche la Conferenza Stato-regioni nella riunione del 18 dicembre 2019 ha sancito l'intesa concernente il patto per la salute per gli anni 2019-2021, convenendo sulla necessità di revisione del decreto sugli *standard* ospedalieri, aggiornandone i contenuti sulla base delle evidenze e delle criticità di implementazione individuate dalle diverse regioni, nonché integrandolo con indirizzi specifici per alcune tipologie di ambiti assistenziali e prevedendo specifiche deroghe per le regioni più piccole;

serve una sanità pubblica di prossimità, nell'ospedale e nel territorio, che garantisca il diritto alle prestazioni e ripensi le politiche socio-sanitarie in un'ottica di centralità della qualità dell'assistenza e della presa in carico delle persone;

l'articolo 32 della Costituzione recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»,

impegna il Governo,

ad assumere ogni iniziativa di competenza per garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza del servizio sanitario nei territori svantaggiati, e in particolare:

a) ad aggiornare gli *standard* per la distribuzione dei punti nascita al fine di assicurare la salute delle partorienti e dei neonati e garantire loro la sicurezza delle prestazioni assistenziali, assicurando al contempo l'adeguatezza delle strutture e la garanzia dell'assistenza in modo omogeneo ed efficiente su tutto il territorio nazionale;

b) a valutare nuovi protocolli di sicurezza volti a garantire elevati *standard* operativi, tecnologici e di sicurezza dei punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti annui per i quali vengano avanzate richieste di mantenimento delle loro attività da parte delle regioni e delle province autonome, in deroga a quanto previsto dall'accordo Stato-regioni del 16 dicembre 2010.

(7-00007) «Vietri, Ciocchetti, Morgante, Schifone, Maccari, Rosso, Ciancitto, Colosimo, Lancellotta».

Classificazione EUROVOC:

EUROVOC (Classificazione automatica provvisoria, in attesa di revisione):

studio d'impatto

diritto alla salute

istituto ospedaliero