



Approvato dal Consiglio dei Ministri il Disegno di Legge per la "Tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato"

UN RUOLO IMPORTANTE RISERVATO ALLA PARTOANALGESIA

- Favorire il parto fisiologico e ridurre il ricorso al parto cesareo.
- **Promuovere il parto senza dolore inserendo l'anestesia epidurale tra i Livelli essenziali di assistenza.**
- Attivare nell'ambito del "118" il trasporto del neonato in emergenza.
- Incrementare l'attività dei consultori e promuovere l'allattamento al seno.
- Superare le diseguità territoriali e sociali per l'accesso ai servizi di tutela materno infantile con attenzione particolare alla popolazione immigrata.

Sono solo alcune delle finalità del nuovo disegno di legge sulla "tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato", presentato dal Ministro della Salute Livia Turco e approvato dal Consiglio dei Ministri.

"Il provvedimento – spiega il Ministro Turco – è nato dalla convinzione che la promozione della salute materno infantile sia un obiettivo prioritario da perseguire a livello nazionale per i riflessi positivi che produce sulla qualità della vita delle donne e dei loro bambini e, di conseguenza, sulla salute della popolazione complessiva".

"Questo provvedimento – sottolinea il Ministro della Salute – è frutto della consapevolezza delle molte criticità da affrontare per realizzare una piena tutela della salute materno infantile quali la diminuzione drastica della natalità (nel 1960 i nati erano circa un milione, nel 2005 sono passati a 569 mila), l'aumento dell'età media della donna per la nascita del primo figlio, il limitato livello di informazione e le differenze territoriali e sociali di accesso ai servizi che non permettono alla donna di vivere con piena consapevolezza la gravidanza, il parto e il puerperio".

In particolare il disegno di legge, in coerenza con gli obiettivi fissati dal Progetto-obiettivo Materno Infantile e con il Piano sanitario nazionale 2006-2008, si propone di tutelare i diritti e la salute della gestante e del neonato promuovendo una appropriata assistenza all'interno del percorso nascita da parte del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, tramite l'integrazione dei servizi territoriali ed ospedalieri e la valorizzazione dei consultori.

A tal fine il disegno di legge prevede diversi interventi tra cui i più significativi intendono promuovere la conoscenza delle modalità di assistenza delle pratiche socio sanitarie e l'uso delle modalità per il controllo del dolore nel travaglio-parto, comprese le tecniche che prevedono il ricorso ad anestesi locali avanzate e di tipo epidurale.

Inoltre, il provvedimento è volto a ridurre i fattori di rischio di malattia del nascituro, pre e post concezionali, attraverso appropriati interventi preventivi, nonché a favorire il parto fisiologico e a promuovere l'appropriatezza degli interventi al fine di ridurre il ricorso al parto cesareo. Altre priorità sono la promozione dell'allattamento al seno secondo le raccomandazioni dell'Oms-Unicef e il contrasto delle diseguità territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno infantile anche per la popolazione immigrata.

Previste anche la dimissione precoce, protetta ed appropriata della partoriente e del neonato, nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, e l'organizzazione dell'offerta sul territorio attraverso le Unità territoriali di assistenza primaria e i centri regionali di assistenza al bambino.

Il Ddl prevede, inoltre, una specifica intesa con le Regioni per la realizzazione in modo concertato delle finalità in esso indicate e demanda al Cipe, su proposta del Ministro della Salute e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, il compito di destinare le risorse necessarie al raggiungimento degli scopi.



Il testo del Disegno di Legge

Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato

ARTICOLO 1

Finalità

1. La presente legge persegue le seguenti finalità:
 - a) promuovere un'appropriata assistenza alla nascita, tutelando i diritti e la libera scelta della gestante;
 - b) assicurare la tutela della salute materna, il benessere del nascituro e quello delle famiglie nell'esperienza della genitorialità;
 - c) ridurre i fattori di rischio di malattia pre e post concezionali del nascituro attraverso specifici interventi preventivi;
 - d) implementare l'attività dei consultori familiari rivolta a favorire un elevato grado di salute preconcezionale intesa a prevenire le patologie del concepito e della madre, promuovendo, altresì, la salute riproduttiva con programmi mirati alla tutela della maternità ed alla maggiore diffusione dell'allattamento al seno;
 - e) promuovere la più ampia conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche socio-sanitarie raccomandate, con particolare riferimento ai corsi di accompagnamento alla nascita, anche al fine dell'apprendimento e dell'uso delle modalità per il controllo del dolore nel travaglio-parto, ivi comprese le tecniche che prevedono il ricorso ad anestesie locali e di tipo epidurale;
 - f) favorire il parto fisiologico e promuovere le modalità per l'appropriatezza degli interventi al fine di ridurre la percentuale dei tagli cesarei e aumentare la prevalenza dell'allattamento al seno, secondo le raccomandazioni dell'OMSUNICEF;
 - g) rafforzare gli strumenti per la salvaguardia della salute materna e della salute del neonato;
 - h) assicurare la qualità dell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale da valutare con indicatori adeguati sull'impiego e sui risultati delle pratiche raccomandate sulla base delle prove scientifiche, a partire dal tasso di prevalenza di allattamento esclusivo al seno all'atto delle dimissioni dal reparto;
 - i) contrastare le diseguità territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno-infantile, anche per la popolazione immigrata, mediante l'adozione del modello operativo basato sull'offerta attiva;
 - j) promuovere l'informazione e la consulenza alle donne che decidono di avere una gravidanza, alle gestanti e alle puerpere, anche mediante i corsi di accompagnamento alla nascita e stimolando l'impegno in tal senso dei servizi consultoriali, per la promozione, sostegno e protezione dell'allattamento al seno, sul corretto posizionamento in culla del lattante e sul corretto trasporto in auto del bambino, sull'importanza della tempestività delle vaccinazioni, per la promozione della procreazione consapevole e sul governo, accoglienza e contenimento dei processi emotivi relativi al dopo parto, nella relazione madre e bambino e nel contesto delle relazioni familiari.

ARTICOLO 2

Livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato

1. Con le procedure previste dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, si provvede alla rimodulazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente



e del neonato, tenendo presenti le seguenti priorità:

- a) l'adeguata assistenza preventiva per la salute preconcezionale;
 - b) la continuità assistenziale per tutta la durata della gravidanza, nel periodo della nascita e dopo la nascita, garantendo la integrazione tra territorio e strutture ospedaliere;
 - c) il controllo del dolore nel travaglio-parto, anche mediante ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale, l'allattamento materno precoce e il rooming-in, anche nel quadro di una maggiore umanizzazione dell'evento nascita;**
 - d) la dimissione precoce, protetta e appropriata, della partoriente e del neonato nell'ambito della assistenza domiciliare integrata;
 - e) l'attivazione di centri territoriali e specialistici di riferimento per l'assistenza multidisciplinare integrata, anche al fine del pronto riconoscimento del nato con malformazioni, malattie genetiche o menomazioni;
 - f) l'organizzazione dell'offerta sul territorio attraverso le Unità territoriali di assistenza primaria e, come punti di riferimento per le patologie complesse, dei Centri regionali per l'assistenza al bambino;
 - g) l'attivazione del trasporto del neonato in emergenza, nell'ambito della rete di emergenza-urgenza di cui al numero unico "118" e fermo restando quanto fissato dal provvedimento che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e dell'articolo 6 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405.
2. Con le medesime procedure indicate al comma 1, sono contestualmente rimodulati i livelli essenziali delle prestazioni assistenziali diverse da quelle di cui al comma 1, al fine di garantire la copertura dei maggiori oneri derivanti da quanto disposto al medesimo comma 1.

ARTICOLO 3

Integrazione al Piano sanitario nazionale 2006-2008

1. Su proposta del Ministro della salute, il Governo e le Regioni, in coerenza con il Piano sanitario nazionale 2006-2008, adottato con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Supplemento Ordinario n. 139 del 17 giugno 2006, stipulano, a integrazione del Piano sanitario nazionale, una intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, finalizzata alla promozione delle attività volte a realizzare le finalità di cui alla presente legge.
2. Il CIPE, a norma dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, destina, nell'ambito della quota dell'1,3 per cento delle disponibilità complessive per il Servizio Sanitario Nazionale, vincolate, per gli anni 2006, 2007 e 2008, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, risorse specifiche per le finalità di cui alla presente legge.
3. Il programma di lavoro del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), istituito dall'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, già oggetto d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 28 marzo 2006, è integrato con una linea specifica di attività relativa alle disposizioni recate dalla presente legge, fermo restando il limite di spesa di cui all'articolo 1, comma 289 della citata legge n. 266 del 2005.
4. Nell'ambito della relazione annuale al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano sanitario nazionale il Ministro della salute riferisce sui risultati conseguiti dalla intesa di cui al comma 1, tenendo conto dei dati rilevati a livello regionale.
5. Dalle disposizioni della presente legge non derivano ulteriori oneri per la finanza pubblica.



La relazione illustrativa

L'esigenza di un disegno di legge che promuova la tutela dei diritti della partoriente, il parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato nasce dalla convinzione che la promozione della salute materno-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 nostro Paese negli ultimi 40 anni si sono verificati rilevanti cambiamenti nella dinamica demografica, cambiamenti che richiedono al legislatore statale e regionale una rinnovata attenzione verso l'area della salute riproduttiva. Le indagini condotte a livello nazionale mostrano numerosi progressi rispetto al passato – il rischio di nati-mortalità si è quasi dimezzato rispetto ai valori dei primi anni '80, la più parte delle donne entra in contatto con un operatore sanitario nei tempi raccomandati e riceve assistenza prenatale, la totalità dei parti è assistita da un operatore sanitario, la percentuale di nati pre-termine e sottopeso è stabile intorno al 6% – ma esistono ancora nodi critici da affrontare per realizzare una piena tutela della salute materno-infantile.

La natalità è diminuita drasticamente, passando da circa un milione di nati nel 1960 a 569mila nel 2005, ed è aumentata l'età media delle donne alla nascita del primo figlio, da 25,2 anni nel 1981 a 28,1 nel 1997. Parimenti sono aumentate le gravidanze di donne di 35 anni e più: da 65mila (l'11,5% del totale) nel 1990 a 93mila (il 17,5% del totale) nel 1997. 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 auto-determinazione sulle scelte da compiere durante la gravidanza e al momento del parto. Nondimeno 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. A questo proposito basti pensare che nel biennio 2004-2005 il numero medio di ecografie effettuate dalle donne in gravidanza è stato 5,5 e il 29% delle donne ha fatto 7 o più ecografie, mentre il protocollo del Ministero della Salute ne raccomanda 3. La percentuale di donne che nello stesso periodo ha svolto 7 o più visite è stata del 56,4%. Anche i parti effettuati mediante taglio cesareo sono in costante aumento: 11,2% nel 1980, 27,9% nel 1996, 29,9% nel biennio 1999-2000, 35,2% nel periodo 2004-2005 (con un picco del 45,4% nelle regioni meridionali). Quest'ultimo, oltre ad essere il dato più alto fra i Paesi dell'Unione europea, è di 2 volte superiore a quello raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1985 (pari al 15%) 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.

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%, con forti differenze per area geografica (40% nell'Italia centrale e settentrionale e 12,7% e 14,9%, rispettivamente, nell'Italia meridionale e nelle isole) e livello di istruzione (le donne laureate sono il 65,6%, quelle con la licenza media il 34,2% e quelle con la sola licenza elementare il 20,2%), ma colpisce che a livello nazionale le donne a maggior rischio di non frequentare i corsi siano quelle meno istruite, in fasce d'età estreme, che risiedono nelle regioni meridionali, le pluripare e le casalinghe.

Vi sono alcune differenze territoriali che non possono essere trascurate. Le regioni meridionali e insulari del Paese 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. Nelle stesse regioni per le donne vi sono più ridotte possibilità di frequentare corsi pre-parto e di scegliere le modalità del parto. Nel biennio 2004-2005 il 23,4% delle donne nell'Italia meridionale e il 21,8% nell'Italia insulare ha dichiarato di non aver partecipato a un corso di pre-



parazione al parto perché non organizzato dalle strutture di riferimento o non accessibile. Il 45,9% delle donne nell'Italia meridionale e il 42,8% in quella insulare ha dichiarato di essere stata sola al momento del parto perché la struttura non permetteva la presenza di altre persone.

Da ultimo è necessario ricordare che la popolazione residente in Italia cresce in buona misura grazie all'afflusso di nuovi immigrati. Il saldo naturale positivo dei cittadini stranieri già residenti in Italia compensa il saldo naturale negativo della popolazione di cittadinanza italiana, contribuendo così all'incremento della popolazione residente nel Paese: nel 2004 il saldo tra le nascite e i decessi della popolazione complessiva è stato positivo per 15.941 unità proprio grazie all'apporto dei nati stranieri. I cittadini stranieri residenti in Italia al 1 gennaio 2005 erano 2.402.157, di cui 1.175.445 donne (pari al 48,9%), per la maggior parte in età fertile. Le indagini finora condotte sulla popolazione immigrata mostrano un maggiore tasso di nati-mortalità e di mortalità neonatale, un maggior numero di parti pretermine e di bambini a basso peso alla nascita. Emerge altresì una maggiore difficoltà per le donne straniere di accedere ai circuiti di informazione e ai servizi socio-sanitari.

Alla luce di questo quadro, e in coerenza con gli obiettivi fissati dal Progetto-obiettivo Materno Infantile (D.P.C.M. 24 aprile 2000) e con il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (D.P.R. 7 aprile 2006), il presente disegno di legge si propone di promuovere una maggior tutela dei diritti della gestante e del neonato ed un'appropriata assistenza all'intero percorso-nascita da parte del Servizio sanitario nazionale nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, e successive integrazioni. L'articolo 1 individua le finalità del disegno di legge, quale strumento normativo inteso a:

- a) promuovere un'appropriata assistenza alla nascita, tutelando i diritti e la libera scelta della gestante;
- b) perseguire la tutela della salute materna, il benessere del nascituro e quello delle famiglie nell'esperienza della genitorialità;
- c) ridurre i fattori di rischio di malattia, pre e post-concezionali del nascituro attraverso appropriati interventi preventivi;
- d) promuovere una appropriata salute preconcezionale per prevenire patologie della madre e implementare l'attività dei consultori familiari rivolta alla salute riproduttiva, con programmi specifici per la tutela della maternità e per la promozione dell'allattamento al seno;
- e) promuovere la più ampia conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche socio-sanitarie raccomandata, con particolare riferimento ai corsi di accompagnamento alla nascita, anche al fine dell'apprendimento e dell'uso delle modalità per il controllo del dolore nel travaglio-parto, ivi comprese le tecniche che prevedono il ricorso ad anestesie locali e di tipo epidurale;
- f) rafforzare gli strumenti per la salvaguardia della salute materna e della salute del neonato; favorire il parto fisiologico e promuovere le modalità per l'appropriatezza degli interventi, al fine di ridurre l'incidenza dei tagli cesarei e aumentare la prevalenza dell'allattamento al seno, secondo le raccomandazioni dell'OMS-UNICEF;
- g) assicurare la qualità dell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale, da valutare con indicatori adeguati sull'impiego e sui risultati delle pratiche raccomandate in base alle prove scientifiche, a partire dal tasso di prevalenza dell'allattamento esclusivo al seno all'atto della dimissione dal reparto;
- h) contrastare le diseguità territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno - infantile anche per la popolazione immigrata, attraverso l'adozione del modello basato sull'offerta attiva;
- i) promuovere l'offerta attiva di informazione e consulenza alle donne pre-gravidanza, alle gestanti ed alle puerpere, anche mediante i corsi di accompagnamento alla nascita, stimolando l'impegno in tal senso dei servizi consultoriali, su tutti i profili di maggior rilevanza inerenti alle diverse fasi di sviluppo del neonato e del bambino ed al rapporto madre-figlio, con particolare riguardo per la promozione, il



sostegno e la protezione dell'allattamento al seno e per la rilevanza e la tempestività delle vaccinazioni. Per meglio perseguire in concreto tali finalità l'articolo 2 prevede una specifica rimodulazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali a favore della gestante, della partoriente e del neonato, con le consolidate procedure di cui all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, in tal senso individuando alcune specifiche priorità, quali, in particolare, un'adeguata assistenza preventiva per la salute preconcezionale e la continuità assistenziale dalla gravidanza fino al puerperio, garantendo maggiore integrazione tra presidi territoriali e strutture ospedaliere; un miglior controllo del dolore nel travaglio-parto, anche con il ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale; il pronto riconoscimento in sede neonatologica del nato con malformazioni, malattie genetiche o menomazioni con conseguente attivazione dei centri territoriali e specialistici di riferimento per l'assistenza multidisciplinare integrata; l'organizzazione dell'offerta sul territorio attraverso Unità territoriali di assistenza primaria e di Centri regionali per l'assistenza al bambino, quali punti di riferimento per patologie complesse.

L'articolo 3, infine, prevede in particolare una specifica intesa con le Regioni, in coerenza con il "piano sanitario nazionale 2006-2008" adottato con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, da stipularsi ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, espressamente diretta a promuovere in modo concertato le attività volte a realizzare le finalità della legge, demandando coerentemente al CIPE – su proposta del Ministro della salute e d'intesa con la Conferenza permanente Stato – Regioni, il compito di destinare risorse specifiche per il conseguimento degli scopi della legge, nell'ambito della quota complessivamente finalizzata al raggiungimento degli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

Conseguentemente, si prevede – da un lato – che il programma di lavoro del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), di cui all'articolo 1, comma 288 della legge 23 dicembre 2005, sia integrato con una specifica linea di attività riferita alle disposizioni della legge in esame e – dall'altro – che, in sede di relazione annuale al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano sanitario nazionale, il Ministro della salute riferisca anche sugli esiti dell'intesa con le Regioni dianzi citata, sulla base dei dati specifici da esse acquisiti.



La relazione tecnica

L'art. 1 indica le finalità generali da realizzare attraverso gli interventi previsti dagli articoli 2 e 3 del provvedimento. La valutazione dell'impatto economico del provvedimento viene quindi effettuata con riferimento ai suddetti articoli 2 e 3. L'art. 2 definisce le linee prioritarie per la rimodulazione dei Lea. Fermo restando che una puntuale quantificazione dei maggiori o minori oneri conseguenti all'approvazione dal disegno di legge e quindi una valutazione della eventuale necessità di operare una corrispondente rideterminazione compensativa di altre linee prestazionali attualmente previste dal d.P.C.M. 29 novembre 2001, potrà essere fatta in sede di definizione del provvedimento di modifica dello stesso d.P.C.M., si osserva quanto segue:

- *lett. a):* l'assistenza preventiva per la salute preconcezionale è già oggi garantita attraverso l'esecuzione in regime di gratuità delle prestazioni diagnostiche e specialistiche "necessarie per accertare eventuali difetti genetici se l'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia evidenzia condizioni di rischio per il feto (decreto ministeriale 10 settembre 1998);
- *lett. b):* la garanzia della continuità assistenziale e l'integrazione tra territorio e strutture ospedaliere deve avvenire attraverso collegamenti funzionali che non comportano incremento di spesa;
- *lett. c):* la maggiore diffusione delle tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale renderà necessari interventi, quali l'aumento del numero degli anestesisti e l'attivazione di specifici corsi di aggiornamento professionale, suscettibili di causare incrementi di spesa; a fronte di tali maggiori spese, tuttavia, devono essere considerati i risparmi conseguibili attraverso la riduzione del numero delle strutture adibite al parto. Si intende promuovere, infatti, la concentrazione dell'attività ostetrica nelle strutture di grandi dimensioni: come risulta dalla tabella 1 allegata, se si decidesse di limitare l'attività alle strutture che effettuano un numero di parti >300, ciò comporterebbe la chiusura o la riconversione di 144 degli attuali punti nascita (99 pubblici e 45 privati accreditati); elevando ulteriormente la soglia minima di attività, aumenterebbe il numero di reparti da disattivare.
- *lett. d):* la diminuzione dei tempi di degenza delle partorienti e dei neonati comporterà una riduzione della spesa ospedaliera;
- *lett. e):* la diagnosi precoce delle malformazioni e delle malattie genetiche è un'attività già inclusa nei Lea e in atto nel Ssn; in particolare per quanto riguarda le malattie genetiche rare, il d.m. n. 279/2001 già prevede la gratuità di tutti gli accertamenti diagnostici eseguiti presso i Presidi di riferimento per le malattie rare individuati dalle Regioni;
- *lett. f):* l'implementazione delle Unità territoriali di assistenza primaria, già previste dalle dagli accordi nazionali per la medicina generale e la pediatria di libera scelta, rappresenta uno degli strumenti principali per il contenimento dei ricoveri inappropriati;
- *lett. g):* l'attivazione del trasporto neonatale di emergenza costituisce un obiettivo già individuato dagli atti di programmazione nazionale ed un'attività già inclusa nei Lea; la disposizione costituisce quindi un richiamo di carattere sollecitativo alle Regioni per la realizzazione di un intervento cui sono state destinate risorse fin dagli anni '80;

Sulla base di quanto sopra osservato, l'impatto economico degli interventi indicati dall'art. 2 appare contenuto e da attribuirsi prevalentemente a quanto previsto dalla lett. c). Per quantificare tale impatto si assume che la diffusione delle tecniche di analgesia comporti la riconduzione del numero dei parti cesarei, in tutte le regioni italiane, almeno sui valori medi nazionali (circa 25.000 parti cesarei potrebbero svolgersi con modalità naturali). Contemporaneamente si assume che il 25% del totale dei parti naturali (inclusa la quota di parti attualmente eseguita con parto cesareo riconducibile a modalità naturali) venga effettuato con analgesia epidurale e che la diffusione di tale tecnica sia incentivata con l'applicazione di una tariffa



fa pari a quella attualmente corrisposta per il parto cesareo senza complicazioni. Sulla base dei dati riportati nella tabella 2 allegata, gli oneri possono quantificarsi come segue:

1. n. parti cesarei eseguibili con modalità naturali: 25.223;
2. riduzione della spesa associata: 22.476.376 euro;
3. n. complessivo parti naturali: 366.829;
4. n. parti naturali eseguibili con analgesia epidurale (25%): 91.707;
5. spesa per parti naturali con analgesia epidurale (tariffa cesareo): 216.400.960 euro;
6. incremento spesa per applicazione della tariffa per parto cesareo ai parti con analgesia epidurale: 79.806.503 euro;
7. incremento spesa (6-2): 57.330.128 euro.

Ipotizzando che anche la realizzazione di altri interventi previsti dall'art. 2 possa indurre un incremento della spesa, si stima che l'importo complessivo della manovra sui Livelli essenziali di assistenza sia quantificabile in 100 milioni di euro.

L'art. 3, comma 2, precisa che per la realizzazione degli interventi indicati dalla legge verranno destinate specifiche risorse nell'ambito della quota complessiva vincolata ai sensi dell'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Relativamente all'anno 2006, la quota complessiva ammonta a 1.254 milioni di euro e, di questi, risultano già impegnati per precedenti intese con le Regioni, 440 milioni di euro, così suddivisi:

- 240 milioni per il Piano nazionale della prevenzione;
- 50 milioni per il Piano nazionale di aggiornamento;
- 150 milioni per il Piano di contenimento dei tempi di attesa.

Residuano, quindi, 840 milioni di euro che garantiscono adeguata capienza per l'attuazione degli interventi previsti dal provvedimento, soprattutto se si considera la riduzione della spesa conseguente agli interventi strutturali sui punti nascita.