

131.

ALLEGATO AL RESOCONTO DELLA SEDUTA DEL 29 OTTOBRE 1990

RISPOSTE SCRITTE AD INTERROGAZIONI

INDICE

	PAG.		PAG.
BONIVER: Per un intervento volto a favorire il ristabilimento della legalità e dell'ordine democratico in Birmania (4-21012) (risponde Lenoci, <i>Sottosegretario di Stato per gli affari esteri</i>)	9897	nazioni esistenti tra le varie regioni in materia di buoni benzina per i cittadini stranieri e per i cittadini italiani residenti all'estero, con particolare riferimento alla regione Piemonte (4-21049) (risponde Rebullà, <i>Sottosegretario di Stato per il turismo e lo spettacolo</i>)	9902
CAFARELLI: Per un intervento volto a revocare le modifiche apportate all'ordinanza ministeriale del 30 ottobre 1989, disciplinante i trasferimenti per l'anno scolastico 1990/1991 del personale direttivo di ruolo delle scuole di ogni ordine e grado (4-20489) (risponde Bianco, <i>Ministro della pubblica istruzione</i>)	9898	CRISTONI: Per un intervento volto a consentire la libera proiezione sugli schermi italiani del film <i>Il leone del deserto</i> che narra la vicenda dell'eroe libico Omar al Mukhar (4-17349) (risponde Rebullà, <i>Sottosegretario di Stato per il turismo e lo spettacolo</i>)	9903
CASINI CARLO: Sull'uso in atto presso l'ospedale Chiarenzi di Zevio (Verona) di effettuare parti con le tecniche del cosiddetto parto « dolce » o « naturale » (4-20394) (risponde Garavaglia, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>)	9899	FARAGUTI: Sulle iniziative intraprese dai ministri interessati in merito agli episodi di intolleranza e violenza verificatisi a Marsiglia ai danni di pescatori italiani (4-19710) (risponde Butini, <i>Sottosegretario di Stato per gli affari esteri</i>)	9903
COSTA RAFFAELE: Sulla mancata definizione della pratica di pensione di guerra a favore di Italo Deganello di Ostia Lido (Roma) (4-17772) (risponde Bubbico, <i>Sottosegretario di Stato per il tesoro</i>)	9901	FIORI: Per il sollecito ammodernamento degli impianti e l'aggiornamento dei dati da memorizzare nei centri meccanografici della CPDEI, al fine di una regolare corresponsione del trattamento pensionistico (4-19413) (risponde Pavan, <i>Sottosegretario di Stato per il tesoro</i>)	9906
COSTA RAFFAELE: Per un intervento volto a porre termine alle discrimi-			

è stata dettata — previa intesa con le competenti organizzazioni sindacali e nel sostanziale rispetto delle procedure previste dal decreto del Presidente della Repubblica n. 399 del 1988 — dalla preoccupazione di accordare una doverosa precedenza al personale direttivo che indipendentemente dalla propria volontà, sia venuto a trovarsi senza posto, a seguito dell'attuazione del suindicato piano di razionalizzazione.

In considerazione tuttavia delle argomentazioni addotte anche dall'interrogante, circa l'esigenza di salvaguardare le aspirazioni del personale direttivo non perdente posto ma che abbia maturato un maggior punteggio e che sia in possesso di una notevole anzianità di servizio questa amministrazione si ripromette di riesaminare la questione in sede di esame e di stesura delle modifiche ed integrazioni da apportare, per il prossimo anno scolastico, all'ordinanza di cui trattasi.

Il Ministro della pubblica istruzione: Bianco.

CASINI CARLO. — Al Ministro della sanità. — Per conoscere — premesso che presso l'ospedale Chiarenzi di Zevio (VR) si eseguono parti con le tecniche del cosiddetto parto « dolce » o « naturale » —:

quale sia la sua valutazione in ordine alle suddette tecniche, se sia lecito evitare il monitoraggio cardiocografico in caso di sofferenza fetale;

se corrisponde al vero che tra i nati dell'ospedale di Zevio vi sarebbe un numero significativo di bambini handicappati per sofferenze da parto. (4-20394)

RISPOSTA. — Il monitoraggio cardiocografico (CTG) viene di norma effettuato, indistintamente, in tutte le pazienti al momento del ricovero.

Una valutazione cardiocografica viene anche effettuata in via sistematica per tutte le gravide, durante il periodo dilatante del travaglio di parto. Inoltre, nei casi in cui il periodo dilatante appaia prolungato e quando la rottura delle membrane amnioco-

riali, spontanea o mediante amnioressi, evidenzia la presenza di liquido amniotico tinto di meconio, tale valutazione viene abitualmente ripetuta.

Il monitoraggio CTG viene prolungato per tutta la durata del travaglio di parto nei casi di induzione ossitocica ed in tutti i casi nei quali il CTG eseguito di routine o l'auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale (BCF) con apparecchio ad ultrasuoni abbiano evidenziato alterazioni della frequenza cardiaca fetale di possibile o di sicuro significato patologico.

La scelta di non utilizzare il monitoraggio CTG per tutta la durata del travaglio di parto in tutte le gravide, selezionando, invece, i casi in cui farne un impiego estensivo, è determinata da precise indicazioni di ordine esclusivamente scientifico.

Tutti gli studi più recenti, fra quelli pubblicati da riviste prestigiose per diffusione e rigore scientifico, concordano, infatti nel giudicare non opportuno il monitoraggio CTG continuo in tutti i travagli di parto, ritenendolo, invece, uno strumento da utilizzare in casi selezionati.

Un articolo apparso nel 1987 sulla prestigiosa rivista Lancet ha preso in esame otto trials clinici randomizzati, controllati sul monitoraggio fetale elettronico alternativo alla sorveglianza intermittente in travaglio di parto (quattro su donne definite ad alto rischio, tre su donne a basso o nullo rischio ed uno sull'intera popolazione di un ospedale, protrattisi tutti per parecchi mesi).

Gli autori non rilevarono nessun vantaggio del monitoraggio elettronico fetale continuo rispetto all'auscultazione intermittente del BCF in termini di mortalità neonatale, morbosità, valori di PH nel sangue del cordone ombelicale, Apgar a 5 minuti. I tassi di tagli cesarei e di parti operativi furono in tutti gli studi più alti nel gruppo del monitoraggio continuo. Gli autori ne hanno tratto la conclusione che per le donne a basso rischio sarebbe conveniente l'auscultazione intermittente del BCF, in quanto gravata da una minore incidenza di falsi positivi, con conseguente riduzione di interventi ostetrici ingiustificati (Prentice e Lind. 1987).

I lavori più rilevanti dal punto di vista epidemiologico e clinico sono uno studio di Dublino, uno di Helbourne ed uno di Dallas. Il primo, di MacDonald ed altri (1985), prese in considerazione con metodo random 12.964 donne gravide, comparando il monitoraggio CTG con l'auscultazione intermittente del BCF. Per quel che riguarda gli indici di benessere neonatale non è emersa alcuna differenza fra i due gruppi. Analoghe le conclusioni degli autori della seconda ricerca, Wood et altri (1986), sulla base di una analisi comparativa di cinque studi effettuati in centri diversi su 2.500 donne circa, non omogeneo per categoria di rischio.

Nel terzo studio, di Leveno et altri (1986), condotto su 35.000 parti, il monitoraggio continuo in tutti i travagli risultò associato unicamente ad un lieve ma significativo aumento della incidenza di taglio cesareo provocato da diagnosi di sofferenza fetale, mentre per gli esiti di nati-mortalità, basso punteggio di Apgar, necessità di ventilazione assistita e di ricovero in reparto di terapia intensiva non si riscontrarono differenze significative.

Nell'Interregional conference on appropriate technology for birth (WHO, 1985), da una rassegna di sette studi clinici randomizzati sull'efficacia del CTG confrontato con l'auscultazione intermittente, per un totale di 17.000 parti, l'OMS ha concluso che:

1. in nessuno studio esiste differenza nelle percentuali di mortalità perinatale;

2. in nessuno studio esiste differenza negli indicatori di outcome neonatale: punteggio di Apgar, PH del sangue fetale, necessità di terapia intensiva, segni di danno neurologico a lungo termine;

3. il monitoraggio CTG sembra migliorare gli esiti neonatali solo in situazioni a rischio.

Sulla base dei dati raccolti nel 1980 in USA dal National natality survey del National center for Health statistics, risulta confermata inequivocabilmente, da un lato, l'associazione fra monitoraggio CTG in travaglio ed aumento del tasso di tagli cesarei

e, dall'altro, la mancata associazione fra monitoraggio e buoni risultati neonatali (McCusker et altri 1988).

Nel loro recente testo fondamentale, Chalmers et altri (1989) concludono che per la maggior parte dei travagli l'evidenza disponibile indica che il monitoraggio CTG continuo aumenta gli interventi ostetrici senza evidenti benefici per il feto. L'auscultazione intermittente del BCF ad intervalli regolari è l'atteggiamento di scelta.

Da quanto premesso, risultano evidenti le motivazioni scientifiche del protocollo, che prevede:

almeno una valutazione CTG in tutti i travagli di parto;

auscultazione intermittente del BCF, frequentemente, durante il periodo dilatante ed il periodo espulsivo:

monitoraggio CTG continuo in tutti i casi a rischio di sofferenza fetale iatrogena (induzione ossitocica, parto pilotato) o per distocia (travaglio prolungato);

monitoraggio CTG continuo in tutti i casi di sofferenza fetale.

In termini clinici, quindi non risulta esatta l'affermazione secondo la quale si evita il monitoraggio CTG in caso di sofferenza fetale.

Riguardo, poi, all'incidenza statistica delle sofferenze da parto sugli handicaps da danno neurologico, contrariamente a quanto comunemente si ritiene è assai difficile riconoscere, in un evento perinatale, la noxa responsabile di un esito neurologico a distanza, destinato a manifestarsi nei primi anni di vita del bambino. L'opinione oggi prevalente fra i ricercatori e quella di una origine multifattoriale del danno, sviluppatosi prevalentemente durante la vita intrauterina. L'anossia intra-partum si manifesta in conseguenza di un altro fatto presente ovvero ne aggrava l'impatto.

Della letteratura al riguardo si ricorda soltanto come non conoscendo le cause della maggior parte delle paralisi cerebrali ed esistendo verosimilmente una multifattorialità, non esiste un singolo intervento

medico in grado di prevenire un numero significativo di paralisi cerebrali; il ruolo dei fattori del travaglio e del parto risulta, anzi, relativamente modesto (Nelson et al., 1985).

In un lavoro relativo all'incidenza di paralisi cerebrale tra i bambini nati durante lo studio citato di Dublino, Grant et al. (1989) hanno rilevato la presenza di sei casi riferibili ad asfissia intrapartum. Di questi, quattro si sono verificati fra bambini nati dal gruppo del monitoraggio CTG e due dal gruppo dell'auscultazione intermittente. Non esiste quindi, a loro giudizio, un maggior effetto protettivo del CTG rispetto all'auscultazione intermittente sul danno neurologico da parto.

Un altro studio ha valutato l'effetto del CTG comparato con l'auscultazione intermittente del BCF sullo sviluppo neurologico di 376 nati pre-termine, con peso > 1.750 grammi. Il danno neurologico risulta presente nel 20 per cento dei bambini nati dal gruppo CTG e nell'8 per cento di quelli nati dal gruppo con auscultazione intermittente.

Gli autori concludono che comparato con un protocollo di auscultazione periodica del BCF, il CTG non migliora lo sviluppo neurologico di bambini nati pre-termine. (Ghy et al., 1990).

La più vasta rassegna pubblicata in italiano sul danno neurologico da parto è Eventi perinatali ed handicap (Corchia, 1986).

Fra i 99 lavori citati in bibliografia, rarissimi sono quelli di autori italiani e nessuno che riporti una casistica di correlazione fra pratiche ostetriche e danno neurologico neonatale od infantile.

Soggiunge, comunque, la regione che in uno studio osservazionale prospettico è stato iniziato il follow-up neurologico dei bambini nati a Zevio. La ricerca è ancora in corso, ma i risultati preliminari sono stati comunicati e pubblicati (Basevi et al., 1989). Da essi e dai successivi aggiornamenti si desume che, nel periodo 1984-87, su 2.002 parti con 2.016 nascite, si sono verificati 7 casi di handicap. Di questi, quattro in nati pre-termine, uno in nato a termine da taglio cesareo con danno cerebrale intrauterino, due in nati presso il

termine od a termine da travagli di parto durante i quali non si sono manifestati segni di sofferenza fetale.

Non sembra, quindi, giustificato affermare che vi potrebbe essere, fra i nati di Zevio, un numero significativo di bambini handicappati per sofferenze da parto, tanto più quando manchi la possibilità di confrontare tali dati con quelli eventualmente relativi alle diverse pratiche ostetriche di altri centri ospedalieri.

Il Sottosegretario di Stato per la sanità: Garavaglia.

COSTA RAFFAELE. — Al Presidente del Consiglio dei ministri. — Per sapere:

quanto tempo dovrà ancora attendere il signor Italo Deganello, nato a Trieste il 15 febbraio 1911 e residente ad Ostia Lido (Roma) in via delle Gondole n. 116, per avere la pensione di guerra;

premessi:

che la Corte dei conti con ordinanza del 10 dicembre 1982 disponeva la determinazione pensionistica con assegno di accompagnamento nei riguardi dell'interessato, previo parere favorevole del servizio medico legale del Ministero della sanità, cui la pratica veniva inviata nel 1983;

che soltanto cinque anni dopo, in data 27 giugno 1988, il fascicolo veniva nuovamente inviato alla Corte dei conti ove giace a tutt'oggi in attesa di nuova ordinanza —:

quali iniziative s'intendono assumere per punire i responsabili del ritardo.

(4-17772)

RISPOSTA. — L'interessato ha presentato ricorso giurisdizionale, individuato con il n. 665880, tuttora pendente presso la Corte dei conti, avverso il decreto ministeriale n. 2113681 del 15 marzo 1965, con il quale è stato negato il trattamento pensionistico di guerra, per non dipendenza da causa di servizio di guerra dell'infermità oculare.