Senato della Repubblica XVI LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO n. 23

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»

321ª seduta: martedì 27 marzo 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

IC 1531

TIPOGRAFIA DEL SENATO (83)

I N D I C E

Audizione di esperti

* PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 12, 16
BASSOLI *(PD)* 11
COSENTINO *(PD)* 12
GRANAIOLA *(PD)* 10, 13
GUSTAVINO *(UDC-SVP-UT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI)* 11
DONATI . . . . . *Pag. 15*
PERUCCI 3, 13
* *RUSTICALI* 5
SALMASO 14
SCARAVELLI 9
SPINELLI 7, 14

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-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), il dottor Carlo Alberto Perucci, coordinatore della sezione scientifica del Programma nazionale esiti, e il dottor Bruno Rusticali, coordinatore del programma linee-guida; per l'Istituto superiore di sanità, la dottoressa Stefania Salmaso, direttore del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, la dottoressa Angela Spinelli, direttore del Reparto salute della donna e dell'età evolutiva, la dottoressa Serena Donati, dirigente nello stesso reparto e la dottoressa Giulia Scaravelli, direttore del Registro nazionale procreazione medico assistita.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di esperti

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito 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», sospesa nella seduta del 20 marzo scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e del segnale audio e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Oggi è prevista l'audizione di esperti. Sono presenti: per l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), il dottor Carlo Alberto Perucci, coordinatore della sezione scientifica del Programma nazionale esiti, e il dottor Bruno Rusticali, coordinatore del programma linee-guida; per l'Istituto superiore di sanità, la dottoressa Stefania Salmaso, direttore del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, la dottoressa Angela Spinelli, direttore del Reparto salute della donna e dell'età evolutiva, la dottoressa Serena Donati, dirigente nello stesso reparto e la dottoressa Giulia Scaravelli, direttore del Registro nazionale procreazione medico assistita.

Cedo dunque la parola al dottor Perucci.

PERUCCI. Signor Presidente, presento alcuni dati tratti dal Programma nazionale esiti.

Innanzi tutto, desidero sottolineare brevemente le dinamiche relative alla numerosità dei punti nascita. Per quanto riguarda la situazione precedente all'accordo Stato-Regioni, nella documentazione che ho consegnato agli Uffici della Commissione sono riportati due grafici, il primo dei quali rappresenta la distribuzione per numerosità dei parti nei punti nascita in Italia e mostra che nel 2009 vi erano 230 maternità con meno di 500 parti (97 punti nascita con meno di 100 parti). Nel 2010 si verifica un cambiamento sostanzialmente irrilevante perché si passa da 230 a 260 maternità; il lieve aumento è stato determinato da uno spostamento dai livelli bassissimi, cioè al di sotto dei 100 parti, ai livelli intermedi, ma comunque la situazione è rimasta piuttosto critica.

Focalizzerò la relazione di oggi sul tema taglio cesareo. Nel Programma nazionale valutazione esiti vi è un indicatore che rappresenta la proporzione di parti con taglio cesareo in donne senza precedenti cesarei. Nella documentazione vi è una tabella che riporta gli ospedali italiani con il tasso più basso di parti con taglio cesareo.

Come noto, il Programma oltre a stimare i tassi grezzi stima anche i tassi aggiustati. Tra questi vi sono anche le grandi maternità, come la Fondazione per il bambino di Monza, l'Ospedale civile di Vimercate o l'Ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia, che lavorano sotto il dieci per cento di tagli cesarei primari.

Si rileva, dunque, che in alcune aree del Paese, come Cuneo, Bergamo, Como, Lecco, Treviso fino ad arrivare a Prato, vi è una proporzione di tagli cesarei primari molto bassa, sicuramente inferiore al 20 per cento; viceversa vi sono alcune zone d'Italia in cui la percentuale di parti con taglio cesareo in donne che non hanno avuto precedenti tagli cesarei arriva quasi al 50 per cento. Oltre ad un centro del Nord (quello di Genova), i livelli più alti si osservano al Sud, soprattutto all'ASP di Reggio Calabria.

È importante rilevare i tassi aggiustati perché vi sono ospedali che possono concentrare donne di età più avanzata e con maggiori fattori indicativi per il cesareo. Ad esempio, il dato grezzo del Policlinico Gemelli di Roma è pari al 35 per cento, ma se si effettua un confronto a parità di gravità il tasso scende al 27 per cento; viceversa il Fatebenefratelli-Villa San Pietro di Roma, che registrerebbe apparentemente un tasso grezzo del 37 per cento, in realtà presenta un tasso aggiustato del 45 per cento.

Senza scendere nei particolari statistici, sottolineo che usiamo le informazioni sulle caratteristiche della donna e della gravidanza. In particolare, la presentazione anomala del feto è fortemente associata al parto con taglio cesareo. Dunque, noi «aggiustiamo» il dato per presentazione anomala del feto.

Mi spiace che oggi non sia presente il senatore Calabrò perché cito un dato che riguarda la Regione Campania. Abbiamo osservato che il tasso di tagli cesarei primari dell'Università Federico II di Napoli è pari al 48 per cento, ma se si aggiusta arriva al 25 per cento. Si tratta, infatti, di una struttura ospedaliera che presenta un *mix* di gravità particolarmente elevato e per questo motivo pratica tanti tagli cesarei. Inoltre, dal 2005 al 2010 in questa struttura sono stati ridotti i tagli cesarei il cui tasso aggiu-

stato è passato dal 75 per cento al 25 per cento: è stato considerato un successo eccezionale.

Altre strutture in Campania registravano il medesimo fenomeno, come la casa di cura Santo Stefano e la casa di cura Villa dei fiori di Mugnano di Napoli.

Le presentazioni anomale del feto sono classificate ICD-9-CM. Alcune di esse, come in particolare le podaliche non trasformate, hanno una indicazione da linee guida al taglio cesareo; altre non hanno indicazione al taglio cesareo. Abbiamo verificato la distribuzione delle presentazioni anomale del feto nel nostro Paese: in quasi tutta l'Italia i casi di presentazione anomala del feto sono tra il 2 e il 4 per cento, fatta eccezione per le ASL di Napoli dove si assiste a una straordinaria epidemia perché le presentazioni anomale del feto arrivano al 21 per cento. Tra il 2007 ed il 2008, la Regione Campania aveva adottato atti per contenere i parti con taglio cesareo e, tra l'altro, prevedeva la remunerazione solo per i cesarei giustificati da una diagnosi; dal 2007-2008 in poi, le strutture della Campania hanno cominciato a codificare diagnosi che probabilmente non esistono. Sulla base di tale dato, circa un mese fa il Ministro della salute ha inviato i NAS a controllare le cartelle cliniche delle strutture che registrano una proporzione troppo elevata di presentazione anomala del feto.

Nella documentazione consegnata agli Uffici della Commissione vi è una tabella in cui si riporta la proporzione grezza ed aggiustata di parti cesarei primari nella Regione Campania (le barre verdi indicano i tassi grezzi di parto cesareo). Se avessimo usato il modello precedente, avremmo documentato una riduzione dei cesarei; eliminando le diagnosi artefatte, la Campania non registra alcuna riduzione di parti cesarei tra il 2008 e il 2010. In particolare l'Università Federico II di Napoli aveva un *trend* di tassi grezzi in lieve diminuzione; ricordo che avevamo documentato un successo straordinario di questa Università nel ridurre il tasso dei tagli cesarei, ma in realtà il fenomeno era dovuto semplicemente ad un «*gaming*», cioè al fatto di giocare sulle diagnosi di presentazione anomala del feto.

Dunque, stiamo effettuando un monitoraggio specifico dei tagli cesarei primari e stiamo verificando fenomeni reattivi non soltanto in Campania, ma anche in Sicilia e in Calabria, cioè di manipolazione dei dati finalizzata ad ottenere una distorsione delle valutazioni.

RUSTICALI. Signor Presidente, vorrei presentare una panoramica introduttiva ad un'indagine sul costo dei neonati di basso peso alla nascita, di cui una grande percentuale è legata alla gemellarità o comunque alle gravidanze multiple.

Procederò molto rapidamente ricollegandomi alla questione dei tagli cesari perché anche sulla gestione delle gravidanze gemellari l'utilizzo del cesareo è frequentemente inappropriato.

Il numero di parti plurimi nel 2010 (dati SDO) è pari a 7.334, in leggera flessione rispetto al 2008 (7.673). La gravidanza gemellare è legata

ad una serie di fattori, uno dei quali è rappresentato dall'età. La frequenza dei parti plurimi risulta più elevata fra le madri con più di 30 anni. Dai dati SDO 2010 per l'Italia risulta che nella fascia di età compresa tra i 30 e i 39 anni la frequenza di parti plurimi è di 4.770 su circa 7.300.

Un dato rilevante è quello secondo cui la percentuale di parti plurimi sale considerevolmente nelle gravidanze con procreazione medicalmente assistita. Secondo i dati Cedap 2008, dalla tabella relativa alla distribuzione dei parti plurimi secondo l'età della madre e la tipologia di procreazione si vede che dall'1,41 per cento sul totale dei parti, nelle donne con procreazione medicalmente assistita si arriva a un 14,3 per cento: 14,31 rappresenta in percentuale il totale delle gravidanze con procreazione medicalmente assistita mentre l'1,20 la percentuale di donne che non hanno seguito tale percorso.

I rischi materni della gravidanza gemellare sono il diabete gestazionale, la preclampsia, l'ipertensione gestazionale e le emorragie *intrapartum*, ma i rischi fetali sono particolarmente importanti perché danno conto della maggior prematurità, del maggior numero di basso peso alla nascita, del maggior rischio neonatale e di maggiori sequele dal punto di vista neurologico. Essi sono: l'aborto spontaneo, la sindrome di trasfusione feto-fetale, il ritardo di crescita intrauterino e il parto prematuro. La prematurità soprattutto al di sotto delle 22 settimane e al di sotto delle 37 settimane ci dà conto di quasi 1.000 parti all'anno.

Per quanto attiene alla gestione delle gravidanze gemellari faccio riferimento alle indicazioni del Sistema nazionale linee guida (SNLG) che ha preso in considerazione la letteratura internazionale e quindi ne ha derivato delle raccomandazioni. Il *grading* delle raccomandazioni non è alto, ma basso perché si tratta di studi che non possono avere il rigore di uno studio sperimentale. Ebbene, le raccomandazioni sono che, nelle gemellarità bicoriali/biamniotiche, è raccomandato il parto vaginale in quanto l'efficacia del taglio cesareo non riduce la mortalità neonatale. Lo stesso vale per le gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui uno dei due gemelli non abbia presentazione cefalica. In realtà, nella pratica corrente è usuale il ricorso al taglio cesareo. Nelle gemellari, anche nelle bicoriali/biamniotiche, dalla tabella si evince che su 7.334 gravidanze gemellari 6.555 esitano in parti cesarei; in sostanza l'89 per cento. Ovviamente l'inappropriatezza di tale gestione emerge in maniera palese da questi numeri.

Aumentano invece i fattori di rischio e pertanto il problema è molto più significativo per le gravidanze monocoriali biamniotiche, dove si raccomanda l'espletamento del parto a 36-37+0 settimane di gestazione. Nelle gravidanze monocoriali monoamniotiche, poiché esiste un'elevata serie di complicanze legate al cordone, alla trasfusione feto-fetale che possono essere causa di mortalità neonatale o in utero, si raccomanda un anticipo dell'espletamento del parto mediante taglio cesareo a 32 settimane di gestazione.

SPINELLI. Signor Presidente, non parlerò del problema dei tagli cesarei già affrontato in maniera approfondita dal dottor Perucci, anche se desidero sottolineare che già da anni, insieme ad altre associazioni, facciamo presente che in Italia l'assistenza in gravidanza al parto è molto medicalizzata e che spesso vengono utilizzate procedure in gravidanza che non hanno prove di evidenza scientifica. Sinceramente – a mio avviso – vi è molto spazio per un miglioramento. Com'è noto, infatti, l'Italia è ai primi posti per il taglio cesareo al mondo e in Europa.

Passerò ora ad affrontare l'aspetto riguardante il discorso del dolore durante il parto e dopo il parto. La variabile dell'anestesia epidurale non viene rilevata attraverso le schede Cedap e SDO, che rappresentano i due flussi più importanti riguardanti il discorso della nascita. Pertanto, per fare un confronto abbiamo fatto riferimento a 2 indagini coordinate dall'ISS. Il campione complessivo è costituito da circa 7.000 donne che hanno partorito e che sono state intervistate al momento della dimissione e a 3, 6 e 12 mesi dal parto.

Dall'analisi è emerso che le donne che hanno avuto un parto con anestesia o con taglio cesareo (che prevede appunto l'anestesia) non hanno avvertito dolore, o hanno avvertito minor dolore di quelle che hanno avuto un bambino con parto vaginale senza anestesia. Tuttavia, dall'analisi è risultato che, a distanza di 24 ore dal parto, questa situazione si è ribaltata e che le donne che hanno avuto un taglio cesareo o un parto vaginale con epidurale hanno riportato un dolore maggiore rispetto alle donne che hanno fatto un parto vaginale senza anestesia.

Anche per quanto riguarda il grado di soddisfazione del parto, esistono alcune variabili. In particolare, le donne che hanno fatto un parto con taglio cesareo riportano una soddisfazione minore.

Altri due indicatori importanti sono: in primo luogo l'attaccamento al seno entro le prime 2 ore dal parto (fattore predittivo del buon inizio e del proseguimento dell'allattamento al seno evidenziato anche dall'OMS); anche in questo caso il parto vaginale senza anestesia ha una percentuale maggiore. In secondo luogo l'allattamento al seno completo alla dimissione dal reparto e, anche in questo caso, il parto vaginale senza anestesia ha esiti migliori.

Passo ora ad esaminare le modalità di implementazione delle «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», che il Ministero della salute ha promosso. Dal lavoro svolto si evince che la prima cosa è un'analisi del contesto assistenziale – abbiamo ascoltato quanto il dottor Perucci ci ha detto a proposito dei tagli cesarei e delle diversità esistenti da Regione a Regione – e lo studio della variabilità come indicatori di appropriatezza. In secondo luogo, è importante l'identificazione delle criticità e delle barriere al cambiamento a livello di ogni singolo punto nascita e la sua interfaccia con il territorio.

Inoltre, sono importanti la promozione della continuità assistenziale e della integrazione con l'assistenza di territoriale (altro punto essenziale per

poter prevenire un ricorso al taglio cesareo inappropriato) e – ancora – la promozione del ruolo dei vari professionisti nel percorso nascita, sia del ginecologo che dell'ostetrica, anche tramite l'individuazione dei percorsi per l'assistenza alla gravidanza a rischio e per quella fisiologica.

Infine, vi è lo sviluppo di percorsi clinico-assistenziali aziendali, sulla base delle linee di indirizzo per la promozione dell'appropriatezza di interventi e per la riduzione del taglio cesareo. Naturalmente si tratta di un percorso complesso che però è necessario venga iniziato nel nostro Paese.

Per quanto riguarda gli esiti per il neonato e per la donna, abbiamo preso in considerazione due indicatori principali che sono il tasso di mortalità infantile e il tasso di mortalità neonatale. La mortalità neonatale sta a significare i bambini morti entro il primo mese di vita, su 1.000 nati vivi, mentre la mortalità infantile sono i bambini morti nel primo anno di vita, sempre su 1.000 nati vivi.

Per fortuna, negli anni la situazione è migliorata. Anche in precedenza abbiamo registrato grandi miglioramenti: l'indicatore di mortalità infantile è probabilmente quello più diminuito nel nostro Paese ed ha contribuito enormemente all'aumento della speranza di vita.

Per quanto riguarda la mortalità infantile, ormai siamo arrivati a 3,3 morti nel primo anno di vita per mille nati viti e a 2,4 morti nel primo mese per mille nati vivi. Ciò indica che comunque gran parte della mortalità infantile è costituita dalla mortalità nel primo mese di vita, che poi è associata all'assistenza che le donne ricevono durante la gravidanza e il parto.

Come riportato nella documentazione che abbiamo consegnato agli Uffici della Commissione, continua ad esistere una grande variabilità nel Paese e le Regioni del Sud Italia registrano valori superiori rispetto a quelle del Centro-Nord.

Infine, per quanto riguarda la mortalità materna, il discorso è molto più ampio. In realtà, i dati vengono raccolti attraverso le schede di morte, ma purtroppo la stessa definizione di mortalità materna – cioè quella avvenuta entro 42 giorni il termine della gravidanza – rende necessario che si risalga al fatto che la donna deceduta abbia avuto una gravidanza; ciò, però, non sempre è conosciuto al momento della registrazione. In Italia, come in quasi tutti gli altri Paesi, vi è una sottostima del fenomeno. Lo stesso ISTAT non pubblica più tale dato.

Il reparto salute della donna e dell'età evolutiva dell'Istituto superiore di sanità (in particolare la dottoressa Donati) ha coordinato uno studio in cinque Regioni italiane dal quale è emersa una sottostima del 63 per cento: 11,8 donne morte rispetto a circa 4 donne morte per 100.000 nati vivi, cioè un valore tre volte superiore. Anche in questo caso si registra una grande variabilità e nuovamente la Sicilia, che ha partecipato come Regione del Sud, presenta valori più bassi.

Lo stesso discorso vale per il tasso di *Near Miss* ostetrici, cioè quelle morti che per fortuna sono state evitate: si tratta di donne che stavano per morire, ma grazie ad alcuni interventi sono state salvate. Dallo studio di

questi casi si potrebbero individuare i momenti in cui intervenire per migliorare il percorso della gravidanza e dell'assistenza al parto in Italia.

SCARAVELLI. Signor Presidente, presento i dati del registro nazionale della procreazione medicalmente assistita confrontati con alcuni indicatori dei dati CEDAP. Per fare questo abbiamo scelto l'anno 2008, che è stato l'ultimo anno di rilevazione CEDAP con cui potevamo confrontare i dati del registro.

Alcuni quesiti hanno riguardato le percentuali di gravidanze multiple, l'abortività, i parti multipli, le malformazioni, i nati morti, che sono riportate per i vari anni di rilevazione dati. È importante osservare che, mentre il registro raccoglie la totalità dei dati e arriva al 100 per cento della copertura, per quanto attiene alla raccolta dati sulle gravidanze, vi è una perdita di informazione, proporzionalmente sempre più bassa a mano a mano che passano gli anni, sull'esito di tali gravidanze. Dall'anno 2005 al 2010 (l'ultimo anno di rilevazione dati) siamo passati dal 40 per cento di perdita di informazione sugli esiti delle gravidanze al 10,2 per cento.

L'abortività risulta molto maggiore nella popolazione spontanea così come la multiparità e le gravidanze multiple: si tratta di due fenomeni strettamente correlati all'applicazione delle tecniche di riproduzione assistita nonché all'età delle donne che si rivolgono a tali tecniche; infatti, dal 2005 al 2010 (cioè in soli cinque di rilevazione dati) l'età è proporzionalmente salita dai 35 anni a quasi 37 anni.

Una prima criticità rispetto al confronto dei dati è rappresentata dal fatto che nel Cedap vengono inseriti anche i protocolli di sola stimolazione farmacologica e quindi tecniche che in alcune parti del mondo non vengono considerate tecniche di riproduzione assistita o di procreazione medicalmente assistita. Dunque, per fare il confronto abbiamo estrapolato dai dati del Cedap i cicli riportati solo con il protocollo di stimolazione farmacologica. Vi è una disparità tra i dati delle schede Cedap relativi ai parti da PMA e quelli rilevati dal registro nell'anno 2008; vi è una certa disparità anche rispetto all'applicazione delle tecniche. Ricordo che noi del registro prendiamo i dati alla fonte, dai centri che applicano tali tecniche, mentre i Cedap si basano su rilevazioni spontanee fatte al momento del parto.

Nella documentazione consegnata agli Uffici della Commissione sono riportati i dati in percentuale relativi ai parti monitorati con i bambini nati da PMA; ovviamente risulta una maggiore percentuale di parti multipli che deriva – come ho già evidenziato – dall'applicazione delle tecniche. Si riporta anche il dato relativo alle malformazioni che è sovrapponibile a quello della popolazione generale, evidenziando il fenomeno dei bambini nati pretermine o sottopeso, che peraltro è correlato alle gravidanze multiple e alla multiparità; per i nati morti vi è quasi la stessa percentuale.

Effettuando un confronto con i registri internazionali, sottolineo che esiste un registro europeo che raccoglie i dati di più di 30 Paesi; tuttavia non sono estrapolabili solo i dati dell'abortività spontanea, ma vengono

registrati tutti gli esiti negativi di gravidanza, comprendendo l'abortività spontanea, gli aborti terapeutici, le morti intrauterine, le gravidanze ectopiche.

Nel 2007 – che è l'ultimo anno di rilevazione del registro europeo – il registro italiano si colloca al terzo posto come esiti negativi di gravidanza. In fondo alla tabella consegnata agli atti della Commissione viene riportato il dato del registro europeo che raggruppa tutti i Paesi (più di 30). Per quanto riguarda i parti multipli, la percentuale del registro italiano è ancora piuttosto elevata.

Quanto all'età delle donne, si rileva anche in questo caso una discrepanza tra i dati rilevati dal Cedap e quelli del registro. Per noi più del 10 per cento delle donne che si rivolgono a questi trattamenti ha superato i 40 anni di età (ricordo che tutte le complicanze correlate alla gravidanza e all'abortività sono età-dipendenti).

GRANAIOLA *(PD)*. Signor Presidente, sono sincera: più si va avanti con questa audizione e più mi preoccupo. Infatti, mi sembra sempre più difficile che in Italia si possa nascere sicuri. Sono abbastanza spaventata da quanto ho ascoltato oggi.

Innanzi tutto, vorrei sottolineare che le parole hanno importanza. Non so se oggi sono stati utilizzati termini medici, ma si è parlato di proporzione «grezza» ed «aggiustata». Vorrei capire il significato di tali termini che a me sinceramente sembrano inadeguati, anche pensando alla Campania e alla Sicilia, dove i dati rilevati sono comunque falsati (non mi riferisco a quelli oggi citati dai nostri ospiti, ma a quelli che emergono da queste realtà). Mi sembra, infatti, davvero impossibile che in Campania vi possa essere un tale picco di parti podalici. Vi devono essere delle anomalie nelle registrazioni da parte degli ospedali. Pertanto ritengo che l'Istituto superiore di sanità debba sollecitare delle ispezioni.

La terminologia utilizzata dagli auditi mi spaventa. Non sono un medico, ma, ad esempio il termine «aggiustati» relativo agli indici presentati dall'Istituto superiore di sanità per evidenziare le anomalie della regione Campania difficilmente riesco a comprenderlo.

Un'altra mia perplessità riguarda le percentuali della mortalità infantile (3,3 per cento su 1.000) e delle donne che partoriscono (11,8 per cento) che nel 2012 mi sembrano davvero troppo elevate.

Riguardo poi alle questioni legate al trattamento del dolore connesso alla gravidanza, premesso che ogni percezione del dolore è totalmente soggettiva, bisogna fare attenzione ad usare aggettivi quali «terribile», «atroce» e «insopportabile» perché anche in questo caso le parole pesano. È importante, in ogni caso, garantire in maniera più incisiva le donne.

Infine, mi spaventa la questione delle *over* 35. Sembra che una delle percentuali più alte di rischio da parto sia il fatto che una donna abbia superato i 35 anni. Considerando che i nostri figli si sposano sempre più tardi e che le donne italiane diventano madri sempre più tardi, mi piacerebbe sapere come l'Istituto superiore di sanità intende affrontare il pro-

blema dei maggiori rischi connessi alla gravidanza di donne di età superiore ai 35 anni.

GUSTAVINO *(UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI).* Signor Presidente, farò solo alcune domande, riservandomi successivamente di leggere in maniera approfondita la documentazione consegnata dagli auditi.

Sono attendibili o meno i dati per cui, dal punto di vista della mortalità perinatale, il nostro è un Paese rispettabile? In altri termini, in nostri dati sono all'onore del mondo anche nel mondo occidentale? Mi sto riferendo anche a un confronto con le nazioni europee.

Per la verità, la mia modesta esperienza di tecnico mi consentirebbe di dire che in Italia il percorso della nascita e quello della gravidanza sono sufficientemente sicuri. Tuttavia, la lettura di qualche dato o solamente l'accenno al fatto che i dati potrebbero non essere così attendibili potrebbe far pensare diversamente e ciò non può non preoccupare.

In questo senso, smettendo la veste tecnica – nessuno me ne voglia –, mentre ritengo che la riflessione sul dolore sia centrale nella storia e nell'approccio che ciascuna donna porta verso quell'evento straordinario che è mettere al mondo un figlio, il dato che riguarda come si partorisce e come si nasce non è soggettivo ma è quantificabile. Allora, penso che chi è cresciuto come me in un Paese che da questo punto di vista, come si evince dai dati presentati, si confronta molto bene con i Paesi occidentali che incontrano maggiori difficoltà in sala parto rispetto a noi, vorrebbe capire se è stata raccontata una storiella oppure se la situazione è veramente quella che si dice essere.

Poiché dalla nostra indagine (il cui titolo è «NASCERE SICURI» e io aggiungerei «partorire sicuri») dovremo trarre qualche conseguenza, mi parrebbe di poter dire che stiamo lavorando per cogliere elementi di miglioramento, ma entro un margine stretto, non drammatico ed epocale, come si potrebbe invece immaginare se venisse diffuso il sospetto che i dati forse non sono quelli indicati e vanno leggermente aggiustati. Ci dovrete aiutare pertanto a fare chiarezza sull'attendibilità complessiva delle rilevazioni e credo che, a tal fine, sarebbe necessario effettuare un confronto e un approfondimento.

È ovvio, infine, che al cittadino dispiace vedere che continua a esserci un'area del nostro Paese caratterizzata da una sofferenza tipica per tutto. Mi rimane il sospetto che la nostra deriva regionalistica non abbia portato del bene a questa vicenda; in questo caso, però, più che una domanda si tratta di un commento, che come tale vi rassegno.

BASSOLI *(PD).* Signor Presidente, chiedo anzitutto ai rappresentanti del Istituto superiore di sanità un chiarimento in ordine al dato riportato dalla dottoressa Spinelli secondo il quale nel 14,8 per cento dei casi le donne sottoposte all'anestesia epidurale dichiarano di aver provato un dolore terribile o atroce a 24 ore dal parto. Mentre è comprensibile il dato del 21,4 per cento relativo alle donne sottoposte a taglio cesareo, non rie-

sco a capire, infatti, la percentuale relativa all'intervento con anestesia epidurale.

Vorrei sapere, inoltre, se esiste un'adeguata prevenzione sulle gravidanze gemellari, con specifico riguardo ai maggiori rischi per i nati sottopeso e alla prematurità alla nascita. Mi riferisco ai rischi per quanto riguarda sia la mamma che il bambino perché, anche se il maggior rischio è relativo al basso peso alla nascita del bambino, abbiamo visto che esistono rischi anche per la mamma. Vorrei sapere cosa si fa per prevenire tali rischi. Lo stesso quesito riguarda la prematurità alla nascita.

Infine, desidero richiamare l'attenzione degli auditi sui dati contenuti nel Libro Bianco del 2011, elaborato dai pediatri, sulla salute dei bambini in Italia. In tale documento si pone l'accento su un tasso elevatissimo di mortalità in alcune Regioni: nel Lazio, in Abruzzo, nel Molise, nella Valle d'Aosta, in Emilia-Romagna e in Veneto (anche se in queste ultime due con punte più basse). Ebbene, visto che nella proiezione stellare che è stata disegnata sono emersi elementi di criticità molto forti, bisognerebbe risalire alle ragioni che motivano indici così alti di mortalità in Regioni di piccole dimensioni come l'Abruzzo o il Molise. Ciò non dovrebbe essere così difficile perché diamo per scontato che la differenza fra Nord, Centro e Sud, per moltissimi aspetti, compreso quello relativo alla mortalità infantile, sia un dato acquisito, mentre tale dato dovrebbe essere un elemento di esame e di analisi da parte della Commissione.

COSENTINO *(PD)*. Signor Presidente, desidero porre una domanda, anche rispetto alle considerazioni poc'anzi svolte dalla collega Bassoli proprio su questo punto, chiedendo una risposta, anche non immediata (magari potrebbero essere inviati i dati alla Commissione). Mi interessa capire, al di là dell'appropriatezza o della non appropriatezza del cesareo, il dato di valore del nostro sistema sanitario articolato per Regione, sia per quanto riguarda la mortalità neonatale (cioè se vi sono differenze significative nella mortalità neonatale tra le diverse Regioni italiane), sia per quanto concerne la mortalità ad un anno. Il dato fino a 14 anni falsa tutto, ma il dato ad un anno è interessante. Il fatto di disaggregare il dato per Regione consente di capire se vi sono differenze significative da analizzare.

PRESIDENTE. Vorrei svolgere una considerazione sulla base di quanto in parte ho rilevato dall'intervento svolto dal senatore Gustavino. Ho capito che i dati rappresentati hanno destato un po' di preoccupazione, in parte perché essi appaiono in contrasto con alcune audizioni svolte da codesta Commissione e con alcuni documenti che abbiamo già ricevuto, in altra parte, perché nell'esposizione non sono stati sufficientemente comparati. Infatti, i dati, anche se depurati, appaiono comunque diversi da quelli mondiali.

È chiaro che i dati non possono essere modificati; è evidente, però, che la Commissione dovrà effettuare un confronto con quelli emersi dalle indagini conoscitive già prodotte in Parlamento – ricordo quella svolta da

questa stessa Commissione nella XIV legislatura e quella svolta alla Camera dei deputati pochi mesi fa – e le risultanze dell'Organizzazione mondiale della sanità e dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (su cui ci siamo confrontati); ovviamente, ove fossero in contrasto, ci risentiremmo su questo tema.

PERUCCI. Signor Presidente, mi spiace se a volte utilizziamo una terminologia tecnica, ma è difficile parlare di questioni tecniche in altri termini. I tassi aggiustati sono i tassi standardizzati. Tutti i tassi di mortalità delle Regioni italiane pubblicati dall'ISTAT sono standardizzati per età.

GRANAIOLA *(PD)*. Il termine «standardizzato» è già meglio!

PERUCCI. Credo che le tecniche utilizzate rispondano all'esigenza fortemente rivendicata, in particolare dai colleghi clinici, di valutare comparativamente gli ospedali a parità di casistica.

Ci aspettiamo, come in tutti i Paesi in cui sono stati introdotti questi programmi (come il Programma nazionale esiti), comportamenti reattivi. Il fenomeno di Napoli che ho poc'anzi illustrato è un tipico fenomeno reattivo: la regione Campania ha deciso di non remunerare più i parti con taglio cesareo, se non accompagnati da una diagnosi indicativa di parto cesareo; qualche soggetto erogatore della Regione Campania quindi ha pensato bene di inserire le diagnosi anche quando non vi erano.

Per questo motivo – lo ripeto ancora una volta – circa un mese fa il Ministro della salute ha dato mandato ai NAS di procedere ad un'ispezione campionaria in 60 punti nascita in Italia che avevano una proporzione di presentazione anomala del feto superiore al 10 per cento. Credo che entro due mesi avremo i risultati di questi controlli.

Non credo che si possa pretendere la verità. Cito un esempio molto banale: se si confronta la mortalità intraospedaliera in Italia, dopo l'infarto miocardico acuto, al Nord si registra una media pari a circa l'11 per cento, mentre al Sud, in particolare in Sicilia e in Calabria, si arriva a una mortalità del 4 per cento. Ciò accade per il semplice fatto che in quelle Regioni vige il costume di non morire in ospedale, cioè le persone vengono dimesse vive anche se in realtà sono morte; dunque, sulle schede di dimissione ospedaliera risultano vive, ma sono morte.

Pertanto, utilizziamo i dati cercando di introdurre tutte le procedure di correzione e di controllo. Mi permetto di sottolineare un punto di cui credo che la Commissione debba tenere conto: occorre valutare l'estrema eterogeneità del Paese, quindi, non è utile considerare la media. Le donne della maggioranza delle province lombarde, di molte province del Veneto, dell'Emilia Romagna e della Toscana hanno diritto a partorire con tassi di parto cesareo ampiamente inferiori al 15 per cento, mentre le donne della larga maggioranza delle province meridionali partoriscono con il taglio cesareo con proporzioni, non per ospedale ma in base alla popolazione, che

arrivano a superare, specialmente in Calabria, il 50 per cento. Questo fenomeno non ha alcuna spiegazione scientifica.

Il Ministro, il precedente Governo e le Regioni hanno sottoscritto un protocollo di intesa per cercare di controllare il fenomeno, ma ciò non avverrà se non vi saranno profondi cambiamenti anche dei comportamenti professionali nelle Regioni meridionali.

SALMASO. Signor Presidente, innanzi tutto, non ci deve meravigliare la disparità tra le aree geografiche del Paese. Tutti sanno che oggi l'attesa di vita di un cittadino della Campania è di 2,5 anni inferiore a quella di un cittadino delle Marche.

In Italia nell'ambito perinatale e neonatale abbiamo ottenuto ottimi risultati. Quel valore 3,3 per mille è un valore molto basso ed è consolatorio verificare quanto sia diminuito dal 1990 (cioè da un epoca moderna) perché dimostra che stiamo migliorando ulteriormente.

Abbiamo, però, spinte che vanno in senso inverso. Il nostro desiderio di valutare quanto sia attendibile ogni fonte informativa non nasce dall'esigenza di «trovare il pelo nell'uovo» o di gettare discredito sulle fonti routinarie, ma nasce dal fatto che stiamo cercando di raffinare sempre più i nostri strumenti per indagare e capire cosa è migliorabile. Quindi, il confronto con i Cedap e i dati del registro PMA è volto semplicemente a dimostrare che abbiamo fonti più attendibili per certi aspetti dei soggetti che nascono in seguito a tecniche PMA. Peraltro, in questo periodo in cui abbiamo una limitazione delle risorse, dovremmo tirare fuori da ogni fonte informativa il massimo delle informazioni. Quindi, per noi è fondamentale analizzare bene la qualità della fonte. Ripeto, dunque, che non si intende gettare discredito sui dati che circolano.

L'Istituto superiore della sanità, nell'ambito del sistema nazionale linee guida, ha prodotto le linee guida sull'assistenza durante la gravidanza fisiologica e le linee guida per il taglio cesareo. Si tratta di due documenti fortemente voluti dal Ministero della salute. Si intende dare un'idea delle evidenze a favore o a sfavore. Ovviamente le modifiche e il cambiamento di rotta in certi settori sono molto difficili.

Come Istituto, noi chiediamo una maggiore disponibilità dei dati. Ad esempio, i dati del Cedap non sono disponibili individualmente, cioè non è possibile fare analisi individuali. Noi abbiamo tanti flussi informativi che non vengono spremuti abbastanza e non possiamo permetterci di farne di nuovi. Al riguardo abbiamo molti strumenti.

Abbiamo però anche spinte che ci portano verso il peggioramento: l'aumento dell'età delle donne è un fatto sociale, che è sotto gli occhi di tutti; l'utilizzo di tecniche di procreazione medica assistita; l'eccessiva medicalizzazione della gravidanza. Queste sono le criticità che noi rileviamo.

SPINELLI. Signor Presidente, desidero aggiungere una considerazione in relazione alla variabilità regionale e di alcuni indicatori che abbiamo presentato.

Nel documento che abbiamo consegnato agli Uffici della Commissione, in realtà è già presente la suddivisione per Regioni, sia in riferimento al 2005 che agli anni più recenti. Sicuramente gli indicatori forniti dall'ISTAT per quanto riguarda le morti dei neonati e quelle entro il primo anno di vita sono attendibili e sono anche molto forti. Tra l'altro, il dato sulla mortalità infantile è il migliore a livello mondiale. Sicuramente negli ultimi anni emerge un quadro di diminuzione che però – come ho detto e come si evince dai dati che abbiamo fornito – conferma ancora l'esistenza di una pronunciata variabilità tra Nord e Sud d'Italia, il che rappresenta un elemento di forte preoccupazione. Nel nostro Paese esistono ancora disuguaglianze che sicuramente potrebbero essere appianate.

Per quanto riguarda la mortalità infantile e i dati relativi alla singola Regione, bisogna dire che essi devono essere esaminati molto attentamente soprattutto perché il ridotto numero di casi annuali spesso impone di prendere in considerazione un arco di tempo pluriennale. In ogni caso, si è registrata una regressione negli ultimi anni, ma il Sud Italia versa sempre in una situazione peggiore.

Per quanto concerne poi il discorso del trattamento del dolore connesso alla gravidanza, sicuramente la percezione del dolore è totalmente soggettiva. D'altronde nell'intervista alla donna è stata data la possibilità di esprimere il proprio dolore attraverso una scala di misurazione; di conseguenza, abbiamo cercato di mettere in evidenza solo i dati estremi, dal momento che il parto naturalmente prevede sempre un minimo di dolore. Mi dispiace sia stata utilizzata la parola «atroce» per arrivare a definire un dolore molto forte; del resto, è quello che nella scala rappresenta l'estremo punteggio, corrispondente a 9-10.

DONATI. Signor Presidente, se mi consente vorrei rispondere al senatore Gustavino in merito alla mortalità materna che è l'unico flusso rispetto al quale l'Istituto superiore di sanità ha registrato, attraverso uno studio *ad hoc,* una differenza sostanziale di dati rispetto a quelli forniti dall'ISTAT. In realtà l'ISTAT ha collaborato con noi ed è consapevole che il certificato di morte non è uno strumento idoneo per rilevare l'intero fenomeno.

Questa sottostima che abbiamo rilevato, pari al 63 per cento nelle cinque Regioni coinvolte, è una percentuale assolutamente analoga a quella che è stata rilevata in tutti gli altri Paesi europei che hanno proceduto a realizzare uno studio come il nostro di *record linkage,* elencando i certificati di morte con le SDO (schede di dimissione ospedaliera) per recuperare quella parte di diagnosi di morte materna che sfugge ai certificati di morte. Da questo punto di vista, questo è l'unico dato di cui anche l'ISTAT è consapevole, infatti non lo pubblica più. Ribadisco però che l'11,8 per cento che abbiamo ritrovato come valore medio, che esprime sempre molto poco quando la variabilità è così ampia (si va dal 6 per cento in Toscana al 24 per cento – ahimè sempre al Sud – in Sicilia) è comunque un valore in linea con i valori medi europei. È un dato che

si discosta molto da quello che ci siamo illusi, bonariamente, di possedere come primi al mondo (pubblicato anche sull'ANSET un anno fa) e che non corrisponde alla realtà; si tratta comunque di un valore medio.

La filosofia del nostro intervento è quella di studiare meglio i determinanti attraverso i *Near Miss* per poter prevenire questi esiti, che comunque non sono azzerabili. Perché di questo bisogna tener conto: il percorso nascite non è un percorso in cui gli esiti sfavorevoli per la madre e per il bambino possono essere azzerati.

PRESIDENTE. Comunico che la documentazione consegnata dagli auditi, poiché nulla osta, sarà resa disponibile alla pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione.

Ringrazio i nostri ospiti per le valutazioni svolte e dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,10.

Licenziato per la stampa dall'Ufficio dei Resoconti

€ 1,00