



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 3

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12^a 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»

239^a seduta: giovedì 3 marzo 2011

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Audizione di esperti**

* PRESIDENTE	<i>Pag. 3, 6, 9 e passim</i>	6	* SCHETTINI	<i>Pag. 3, 7, 9</i>
BASSOLI (PD)				
FOSSON (UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-Io Sud-MRE)			6, 7	

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: CN; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei): UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-VN-MRE; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-Api; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem.

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il dottor Sergio Schettini, direttore U.O.C. di ostetricia e ginecologia dell'Azienda ospedaliera San Carlo di Potenza.

I lavori hanno inizio alle ore 8,30.

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, sospesa nella seduta del 22 febbraio 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.

È prevista oggi l'audizione del dottor Sergio Schettini, direttore U.O.C. di ostetricia e ginecologia dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza. Cedo quindi la parola al dottor Schettini.

SCHETTINI. Signor Presidente, onorevoli senatori, la Regione Basilicata si estende su di una superficie di circa 10.000 metri quadrati, con un territorio per oltre l'85 per cento montuoso; la situazione orografica si presenta pertanto complessa e i collegamenti interni sono legati solamente a due direttive principali. Ciò ha fatto sì che dal 1960 al 1980 si siano sviluppati ben nove punti nascita che via via sono stati però ridotti. La situazione attuale presenta ancora delle criticità: l'ospedale di Chiaromonte ha registrato nel 2009 solamente tre nascite, di cui due avvenute tramite parto cesareo, ed è perciò stato chiuso; e altri due ospedali che sono al di sotto dei 500 parti l'anno. Questi ospedali, in base al nuovo progetto della rete regionale, se non supereranno i 500 parti l'anno, limite individuato dall'accordo Stato-Regioni, probabilmente saranno chiusi a dicembre.

L'ospedale San Carlo è una struttura sede di DEA di II livello, che rappresenta lo snodo e l'*hub* del sistema sanitario della Regione Basilicata, l'unità operativa complessa di ostetricia e ginecologia è articolata di funzioni, con 38 posti letto e con una dotazione organica di 20 medici e 20

ostetriche, la cui presenza al fine del sistema organizzativo locale è molto importante.

In questo quinquennio, dal punto di vista dell'evento nascita, il numero dei partì ha seguito il *trend* nazionale della lieve, ma costante diminuzione; allo stato attuale, non abbiamo un'immigrazione di extracomunitari molto forte, sebbene essa sia in incremento; il numero complessivo dei partì risulta in diminuzione, ma vi è un aumento del parto spontaneo.

La situazione dei partì cesarei al San Carlo di Potenza nel corso dell'ultimo quinquennio ha registrato una curva, che si spera gaussiana ed irreversibile, perché in un solo anno siamo riusciti ad abbassare il tasso percentuale di cesarei del 5 per cento, passando dal 45 per cento del 2009 al 40 per cento del 2010. Ho assunto il coordinamento dell'Unità operativa complessa circa un anno fa, e la direzione strategica, in sintonia con le idee del sottoscritto, ha portato avanti alcuni progetti, che brevemente vi mostrerò.

Combattiamo sostanzialmente con un pregresso *rate* di tagli cesarei e ciò significa che la vecchia regola «cesareo *ante*, cesareo *necesse est*» è purtroppo molto attiva; difficilmente la classe medica – soprattutto ad autotutela – spinge per il cosiddetto parto di prova e, di conseguenza, abbiamo ereditato questo macigno di un pregresso 40 per cento. Il 25 per cento dei ricoveri sono patologie ostetriche perché purtroppo il San Carlo è l'unica struttura di II livello e rappresenta il collettore delle patologie e, soprattutto, delle prematurità di tutta la Regione. I partì cesarei su richiesta materna costituiscono l'1,4 per cento del totale. Per quanto l'autodeterminazione della donna possa rappresentare il momento culmine di questa scelta, il parto cesareo è un intervento chirurgico non esente da rischi. È dimostrato infatti che la morbilità è maggiore e, di conseguenza, dopo un appropriato *counselling* ostetrico, viene effettuato un *counselling* di secondo livello psicologico o psichiatrico e il bilancio di queste valutazioni può far propendere a favore della richiesta della paziente; il dato è controverso, ma allo stato attuale la situazione è questa.

Per quanto riguarda il lavoro svolto negli ultimi sei mesi, vorrei sottolineare un dato che mi sembra importante; con un'amministrazione che segue il *professional*, mettendo in campo determinate azioni organizzative, si possono ridurre e cambiare i modelli di risposta delle nostre unità operative di ostetricia e ginecologia. Abbiamo attivato corsi di accompagnamento alla nascita, che non è la *mission* di un ospedale per acuti, perché è un'attività di territorio, ma molto spesso una struttura come la nostra, in una zona come la nostra, vicaria le carenze all'interno della Regione.

I corsi di accompagnamento alla nascita rappresentano una *condicio sine qua non* per un primo *splitting* delle intenzioni della donna verso un parto assolutamente naturale. È per questo che abbiamo attivato un ambulatorio per seguire la gravidanza fisiologica, gestito solamente da personale ostetrico, al fine di demedicalizzare quanto più possibile un evento naturale, tenendo naturalmente in considerazione i campanelli d'allarme, fino ad arrivare agli ambulatori per la gestione di gravidanze a rischio.

Sul fronte della tutela della donna nel *post partum* abbiamo sviluppato, in accordo con tutte le linee guida internazionali, la promozione e il sostegno all'allattamento al seno e al puerperio, attraverso corsi che i neonatologi e le puericultrici fanno con le stesse pazienti immediatamente dopo il parto con l'ausilio di *videoclip*, *brochure* e materiale didattico, promuovendo al 100 per cento l'attività di *rooming in*, quindi l'attività di *bounding* madre-feto dal primo momento dopo il parto sino a 48 ore dopo, quando avviene la dimissione protetta.

Nel 2011 ci attende un altro interessante obiettivo che è quello della depressione *post partum*, per il sostegno al puerperio con un approccio multidisciplinare delle figure coinvolte nella gestione dello stesso. Sempre nell'arco di questi ultimi sei mesi è stata avviata la donazione del sangue del cordone ombelicale attraverso una convenzione con l'Università di Roma ed il Policlinico Umberto I, grazie alla quale le pazienti possono fare un importante atto di solidarietà.

Inoltre, dopo una complessa valutazione, siamo riusciti ad attivare un sistema H24 di partoanalgesia con otto anestesisti dedicati, per garantire la conitnuità del servizio. Allo stato attuale, dal dicembre 2010, presso il mio ospedale, le donne che vengono sottoposte a *screening* in epoca idonea possono accedere al servizio di partoanalgesia tutti i giorni dell'anno.

Infine, un punto per me fondamentale è l'aggiornamento professionale, che significa dare priorità al personale a qualunque titolo coinvolto in questo lavoro attraverso formazione interna, *audit* per la discussione e la revisione del nostro libro protocollare basato sulle evidenze scientifiche. La formazione del personale ostetrico può infatti contribuire a ridurre il tasso dei parti cesarei attraverso una corretta interpretazione del partogramma, la gestione della postura e la gestione non farmacologica del dolore della gestante.

Le decisioni non vengono lasciate al caso, ma vengono affidate a percorsi scientifici ben individuati, in una forma tracciabile (cartacea o elettronica), per ogni aspetto particolare della nostra branca. Le pazienti accedono a questo tipo di informazioni condivise e, allo stesso tempo, il personale medico dispone di una sorta di breviario, che ovviamente non è un atto di catechesi, ma è un *protocol book*, cioè una raccolta di linee guida e protocolli nazionali ed internazionali basate sulle evidenze scientifiche, per ridurre al minimo le posizioni e la medicina basata sulle opinioni, che purtroppo tanti problemi a volte hanno creato.

La prossima settimana la giunta regionale della Basilicata approverà il documento che sto presentando in anteprima, attraverso l'individuazione, in accordo con la Conferenza unificata Stato-Regioni del 16 dicembre, di una struttura di secondo livello presso l'ospedale San Carlo (sede di Terapia intensiva neonatale – TIN), di una struttura di primo livello presso l'ospedale di Matera (che supera i 1.000 parti, ma non è sede di TIN), di due strutture collocate tra i 500 e i 1.000 parti (che sono *in fieri*, ma, come dice lo stesso accordo, devono essere esaminate con attenzione, anche per le situazioni territoriali ed orografiche) e di due punti sotto le 500 nascite, i quali, se entro il dicembre 2011 non raggiungeranno l'obiet-

tivo di superare le 500 nascite, verranno chiusi per dichiarazione espressa del Presidente della Giunta regionale e dell'Assessore regionale alla salute. Concludo questa mia breve presentazione, volta a fornirvi uno spaccato sintetico della situazione lucana.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, ringrazio anzitutto il dottor Schettini per la sua relazione. Ho sentito che egli ha fatto un collegamento – che io condivido, pur non essendo un medico – tra il parto in analgesia e la diminuzione dei tagli cesarei. Vorrei capire meglio lo sforzo che è stato compiuto per evitare che l'epidurale venga utilizzata a macchia di leopardo. Questa peraltro è già una soluzione molto positiva rispetto ad altre realtà, dove non c'è neanche la macchia di leopardo. Vorrei capire qual è lo sforzo che è stato fatto, come viene organizzato nei vari ospedali e come viene comunicata alla partoriente la possibilità di utilizzare questo sistema. Molto spesso, infatti, tale possibilità non viene comunicata e quindi non c'è neanche la domanda da parte della partoriente.

FOSSON (UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-Io Sud-MRE). Dottor Schettini, lei ha parlato di otto anestesisti dedicati. Questo aspetto mi incuriosisce: gli anestesisti si occupano solo dell'analgesia durante il parto oppure, come da noi, si occupano anche d'altro?

PRESIDENTE. Dottor Schettini, la ringrazio per aver svolto un'esposizione completa, che ha riguardato non solo la sua realtà personale, ma anche quella dell'intera Regione, con uno sforzo programmatico importante, in cui si intravedono già dai dati alcuni miglioramenti. Vorrei tuttavia che ci venissero forniti, anche in seguito, dati molto importanti, riguardanti: la mortalità perinatale della Regione e, in paragone, della struttura che lei dirige; la mortalità materna (che dovrà risalire almeno agli ultimi cinque anni, perché non credo che i dati numerici che ha portato possano essere significativi da questo punto di vista); la morbilità.

Ho visto che lei ha sottolineato con molta forza – e penso che questo aspetto trovi d'accordo chiunque – il tentativo di ridurre i parti cesarei; questi *output* sono molto importanti proprio per capire se tale riduzione è positiva o meno.

Quando lei ha accennato al fatto che dal cesareo potrebbe derivare una morbosità di tipo diverso, ha aperto una *querelle* che non si è assolutamente spenta nel mondo ginecologico. Rispetto a questo tipo di problema, bisognerebbe fare un paragone diretto tra i cosiddetti cesarei elettivi e i parti spontanei. Se invece il discorso riguarda i cesarei in generale, ivi compresi i parti in emergenza, è evidente che il dato in sé viene falsato.

Vorrei inoltre capire in che modo i punti nascita della Basilicata si stanno conformando ad un recente indirizzo del Ministero della salute in merito al percorso nascita sicuro; mi sembra infatti che, a livello regionale, una sola struttura superi i 1.000 parti. Peraltro, finché continua quel tipo di dislocazione difficile, secondo me è giusto perseguire un obiettivo

di abbassamento del numero dei cesarei, ponendo tuttavia attenzione alla qualità della presenza H24 nei piccoli centri ancora aperti come sale parto; questo elemento infatti, anche negli Stati stranieri, fa la differenza riguardo alla valutazione di quel dato. Ciò deve essere riconosciuto con molta chiarezza.

SCHETTINI. Cercherò di rispondere in ordine alle domande che sono state poste. Per quanto riguarda l'organizzazione del servizio di partoanalgesia, noi ci siamo mossi da un altro presupposto: una struttura di secondo livello, sede di TIN e quindi *hub* di un sistema di assistenza sanitaria complessa, prima di pensare alla partoanalgesia deve necessariamente pensare ad un sistema di tutela e di garanzia e, quindi, alla presenza di un anestesista H24 nel blocco parto. Da ciò scaturisce che avere la disponibilità di anestesisti dedicati, che fanno guardia solo per l'ostetricia, è un problema di risorse e di scelte strategiche di politica amministrativa locale.

L'Azienda ospedaliera regionale «San Carlo» è l'unica azienda di rilievo nazionale della Regione Basilicata; fino a qualche anno fa essa era in condizioni finanziarie floride, ma, allo stato attuale, la crisi ha colpito tutti. È stata una scelta forte da parte della direzione strategica quella di portare gli anestesisti in ostetricia-ginecologia; ovviamente a valle ne è scaturito ciò che da tempo facevamo in maniera sporadica, laddove l'anestesista, presente in sala parto e formato per erogare la prestazione di partoanalgesia, svolgeva le sue prestazioni solo in alcuni giorni e in alcuni orari. Questa situazione era inaccettabile per la disparità di trattamento che provocava, tenendo presente che in Italia solo il 16-17 per cento delle strutture – e solo il 5 per cento delle strutture pubbliche – erogano tali servizi. Abbiamo pensato che questo fosse uno sforzo necessario, non solo e non tanto per la riduzione dei parti cesarei. La partoanalgesia può infatti contribuire a ridurre i parti cesarei rispetto a quella che noi tecnici chiamiamo «tocofobia», ovverosia la paura del parto che genera panico; ma è più la preparazione e la formazione della donna, attraverso la conoscenza del sistema nel quale si troverà, che probabilmente attenua una serie di ansie. Il sistema è organizzato attraverso un'informazione a tutti medici di medicina generale e a tutti i ginecologi.

FOSSON (UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-Io Sud-MRE). Questo anestesista che si trova in sala parto ha anche una sala per le urgenze?

SCHETTINI. Si tratta di un'*equipe* dedicata e i turni di guardia si svolgono all'interno del sistema di ostetricia-ginecologia. Sono stati dunque completamente estratti dal settore dell'anestesia e della rianimazione ordinaria, altrimenti è evidente che non avremmo potuto garantire tutto ciò: per tale motivo ho detto che non è stata una scelta semplice.

Le donne vengono informate, attraverso le comunicazioni istituzionali dei medici di medicina generale, dei consultori e dei vari professionisti della materia. Dalla trentaduesima settimana in poi, le pazienti possono accedere ad un ambulatorio dedicato multidisciplinare, in cui è possibile

effettuare contestualmente una consulenza ostetrica e anestesiologica, in cui viene stilata una cartella elettronica e vengono compiute indagini di *screening* per escludere le eventuali controindicazioni. Se la paziente dovesse entrare in ospedale per un'urgenza, anche di notte o di domenica, si può riaprire il *file* e consultarne il contenuto. Stiamo cercando di lavorare in *tandem* con gli anestesiisti: spesso, purtroppo, si tratta di due mondi che colloquiano in maniera parziale. In questo caso, però, gli anestesiisti sono collocati nel reparto di ostetricia, hanno lì la loro *location*, e di conseguenza lavorano esattamente come noi, ovvero H24.

Più che la riduzione dei parti cesarei dovuti alla tocofobia, è proprio la presenza dell'anestesista H24 che pone tutta la struttura – dall'ostetrica alla paziente – nelle condizioni di «osare»: spesso ci si ferma, infatti, perché l'anestesista manca e perché, a torto o a ragione, l'autotutela è diventata esasperante. Questa situazione consente dunque una condizione di maggiore serenità per gli stessi operatori, oltre che per la donna. Si è infatti consapevoli del fatto che qualunque evento potrà essere gestito seduta stante. Per questa ragione il nostro obiettivo prossimo è quello di ridurre la percentuale di parti cesarei successivi ad un cesareo pregresso, dovuti cioè al rischio di rottura dell'utero delle pazienti. In una situazione controllata, con la presenza di un anestesista, il parto di prova può essere accettato meglio dalla donna. Se invece ci si limita ad avvertire la donna dell'esistenza di un rischio, la maggior parte delle pazienti deciderà di non correrlo. C'è dunque un problema di comunicazione, ma la donna deve avere la garanzia che la struttura c'è e che provvederà a quanto necessario.

Passo dunque a rispondere alle domande del Presidente. Non ho con me i dati che ha richiesto, ma mi riprometto di farli avere in seguito alla Commissione. Ho comunque consegnato agli Uffici un documento elettronico in cui sono contenute tutte le delibere assunte dalla direzione strategica del mio ospedale. Si tratta di delibere del 2010: tutto ciò che ho illustrato deriva dell'attività degli ultimi sei mesi. Il documento finale della Rete regionale dei punti nascita è basato infatti sull'accordo unificato tra Stato e Regioni: dunque i requisiti e gli *standard* di sicurezza e di qualità derivano da tale documento. Io stesso ho partecipato alla stesura del documento, come tecnico della Commissione Stato-Regioni e del Ministero della salute, e ho avuto modo di approfondire il suo contenuto, condividendolo fino all'approvazione. Il Presidente ha ragione: non si può arrivare alla riduzione del numero dei parti cesarei senza avere il *counterbalance* degli effetti, degli *outcome* neonatali.

Sostanzialmente, al di là delle notizie di cronaca, pur poderose, l'assistenza perinatale in Italia è una delle migliori del mondo, come lei ben sa signor Presidente, e anche per quel che riguarda la Basilicata, sebbene ultimamente vi sia stato un caso di morte di una puerpera, secondo l'*audit* che stiamo eseguendo insieme al Ministero della salute sulla qualità e sulla sicurezza dei punti nascita nella Regione, la situazione è tutto sommato soddisfacente. In Basilicata sono soltanto due i punti nascita che registrano oltre 1.000 interventi all'anno: uno è a Potenza e l'altro a Matera.

Il problema non è tanto, o non è solo, quello dell'ampiezza dei punti nascita, ma attiene al sistema organizzativo del *network* locale e al sistema di interconnessione con le reti e con i punti periferici.

Non so se è ancora attuale parlare di una rete *hub and spoke*, ma il problema è che in una Regione così complessa dal punto di vista della gestione delle comunicazioni, abbiamo riattivato in maniera convinta (rimane da approvare solo il documento regionale) sia il Servizio di trasporto assistito materno (STAM), sia il Servizio di trasporto d'emergenza neonatale (STEN). Attraverso la gestione della nostra terapia intensiva, i neonati vengono così prelevati dalle strutture periferiche, portati all'interno della TIN e viene poi effettuato il *back transport* nelle loro sedi. Mi illudo di poter affermare che tutto ciò è già una realtà e spero che effettivamente lo sia. I segnali che abbiamo vanno in questa direzione, dimostrando la determinazione dell'Azienda ospedaliera regionale «San Carlo» e della Regione Basilicata: dunque si sta procedendo con passi spediti, così come non è stato fatto negli ultimi dieci anni. Ricordo che il Progetto obiettivo materno infantile (POMI) risale al 2000 e si è trattato di una «fava» mai realizzata: ci auguriamo che questo documento, che parte dalle vestigia del POMI, possa essere concreto e di facile attuazione. La Regione Basilicata lo ha attuato nell'arco di un mese e mezzo: vedremo cosa faranno le altre Regioni.

PRESIDENTE. Mi permetta di dirle che ho apprezzato molto la sua relazione. Vorrei anche segnalarle che la Commissione non parte da alcun tipo di pregiudizio, ma vuole avere dei dati per formulare delle proposte. A tal proposito, le reti *hub and spoke* sono sicuramente di gran moda e non sono passate di attualità. Purtroppo esse non dialogano molto tra di loro: il problema è che c'è poco *spoke*. Esse costituiscono un passo in avanti per tutta la sanità, rispetto ad un sistema più accentratore, basato su una rigida organizzazione di unità operative, che spesso però non si possono realizzare. È dunque importante creare un sistema che consenta di avere un'unità grande di riferimento e vari centri periferici: bisogna però creare un dialogo vero.

A proposito di quest'ultimo accenno, saranno molto importanti i dati che vorrà comunicarci a proposito della rianimazione neonatale e del modello di trasporto del neonato ad alto rischio e del neonato in utero, proprio per le peculiari difficoltà della Basilicata, che ci ha in precedenza illustrato. Lei ha parlato della presenza di anestesiologi dedicati, che è lodevole e, per quanto ne so, non è molto diffusa: a tal proposito vorrei conoscere come si sviluppa l'impegno H24 complessivo degli altri specialisti, ovvero degli ostetrici e dei neonatologi. Le chiedo dunque se ci può far avere successivamente un'integrazione dei dati.

SCHETTINI. Lo farò di certo, ma in sintesi le posso già dire che la mia unità operativa e il mio ospedale si trovano all'interno di un'oasi, in una situazione davvero auspicabile. Tutto il sistema ha infatti delle risorse a disposizione, per cui funziona H24; ciò riguarda anche i neonatologi,

che sono in numero di due (presenti e non in reperibilità), i medici ginecologi, anch'essi in numero di due (con un medico reperibile) e le ostetriche, che sono tre. Non riusciamo a realizzare l'assistenza «one to one», che viene molto esaltata, perché non ci sono più risorse e, in seguito al blocco delle assunzioni, il problema sarà sempre maggiore. Non so se nei prossimi anni sarà possibile mantenere questo sistema organizzativo. Tale sistema funziona però H24 anche per il trasporto STEN, mentre lo STAM (il trasporto in utero) viene gestito e coordinato dal secondo livello ostetrico – il punto nascita – insieme al servizio territoriale del 118, che ha a disposizione una rete di elicotteri e di autoambulanze. Consegnereò comunque alla Commissione anche questi dati, in maniera dettagliata.

Vorrei infine sottolineare che anche nella Regione Basilicata, come probabilmente avviene in tante altre Regioni, accadono fenomeni un po' strani, in quanto è stato dato ai direttori generali l'obiettivo di non superare il 37 per cento dei tagli cesarei. Tengo ad evidenziare che il riferimento del 15-20 per cento dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) probabilmente è obsoleto e va rivisto, ma non è importante tanto il numero totale dei parti cesarei, né tantomeno ha senso dire che si è sotto o sopra la linea *Maginot* del 37 per cento, è piuttosto un problema di appropriatezza. La classificazione di *Robson* ci fa capire che se noi consideriamo le dieci classi indicate e nelle classi della fisiologia facciamo l'80 per cento di cesarei, c'è qualcosa che non va. Se però sono una struttura *hub* di riferimento e sulla patologia materno-infantile registro il 40 per cento, come probabilmente a Milano per la clinica Mangiagalli, dobbiamo fare un discorso diverso. Bisogna stare molto attenti ed è importante che anche i legislatori regionali non prendano come atto di riferimento un valore numerico assoluto, che probabilmente resterà inapplicato ed inapplicabile, nonostante i direttori generali possano immaginare di tutto e di più per il raggiungimento di quell'obiettivo.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Schettini per il suo contributo e dichiaro conclusa l'audizione.

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

I lavori terminano alle ore 9,05.

€ 1,00