



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 7

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»

255^a seduta: giovedì 19 maggio 2011

Presidenza del presidente TOMASSINI

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

* PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 12 e <i>passim</i>	* BEVILACQUA	Pag. 3, 13
ASTORE (<i>Misto-ParDem</i>)	10, 15	DI NISIO	7, 14, 15
BASSOLI (<i>PD</i>)	10		
CALABRÒ (<i>PdL</i>)	9		
RIZZI (<i>LNP</i>)	11		

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-Io Sud: CN-Io Sud; 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, Partito Liberale Italiano): UDC-SVP-AUT; UV-MAIE-VN-MRE-PLI; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-Futuro e Libertà per l'Italia: Misto-FLI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Giulio Bevilacqua, direttore del Dipartimento di scienze ginecologiche ostetriche e di neonatologia dell'Università degli Studi di Parma e il professor Quirino Di Nisio, segretario dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI) della regione Abruzzo, già direttore del Sistema ginecologico della ASL di Pescara.

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. «Nascere sicuri», sospesa nella seduta del 12 aprile 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 oggi prevista l'audizione di esperti. Saluto e ringrazio per la loro presenza il professor Giulio Bevilacqua, direttore del Dipartimento di scienze ginecologiche ostetriche e di neonatologia dell'Università degli studi di Parma, e il professor Quirino Di Nisio, segretario dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI) della Regione Abruzzo, già direttore del Sistema ginecologico della ASL di Pescara.

Do immediatamente la parola al professor Bevilacqua.

BEVILACQUA. Signor Presidente, desidero in primo luogo ringraziare lei, considerati anche i rapporti di antica amicizia che ci legano, e la Commissione per avermi concesso l'onore e il piacere di contribuire ai vostri lavori. Cercherò di essere sintetico nella mia esposizione, così come ci è stato raccomandato nella lettera di invito ricevuta, avvalendomi di alcune diapositive; proverò poi ad approfondire singole questioni nel corso della seduta.

Per quanto riguarda il contesto demografico nel quale lavoriamo, abbiamo registrato un progressivo aumento della popolazione residente nella Regione Emilia-Romagna. Altro fattore evidente è la notevole crescita del

tasso di natalità. Se alla fine degli anni Novanta il tasso di natalità era ben più basso della media italiana, successivamente esso è salito al di sopra di tale media.

I punti nascita nella nostra Regione sono 31, di cui 16 con meno di 1.000 parti all'anno (tra questi ultimi, sei hanno meno di 500 parti annui). Nei quattro grandi ospedali si concentra più del 60 per cento dei parti della Regione. La percentuale dei nati negli ospedali di dimensioni piccole e molto piccole è diminuita progressivamente ed ormai si è stabilizzata intorno al 3,7-3,8 per cento di tutte le nascite della Regione.

Un punto molto critico che ho rilevato leggendo i resoconti delle audizioni precedenti è quello dei tagli cesarei, tema sul quale ho notato che ci si è particolarmente soffermati. Da questo punto di vista, richiamo l'attenzione sul fatto che spesso – è una critica frequentemente rivolta agli ostetrici – il neonato paradossalmente non viene messo in primo piano. Nella nostra Regione, la frequenza dei tagli cesarei è abbastanza stabile. Negli ultimi anni si è assistito a un aumento dei tagli cesarei anche nella popolazione di coloro che provengono da altre Regioni.

Il grafico che vi sto ora mostrando indica l'andamento della mortalità perinatale. La prima curva in basso rappresenta la mortalità neonatale tardiva, ossia dopo sette giorni di vita; delle due curve in alto, la prima indica la natimortalità, cioè i bambini che nascono morti in prossimità del termine di gravidanza; la seconda è relativa alla mortalità neonatale precoce, nei primi sette giorni di vita. Si ritiene opportuno dividere questi due grandi blocchi perché la mortalità neonatale precoce potrebbe essere correlabile alla gravidanza, quindi a problemi prenatali. L'andamento nel Nord, nel Centro e nel Sud Italia è pressoché simile.

La natimortalità è una voce particolarmente importante, perché rappresenta sempre per le donne e per le famiglie uno *shock*, soprattutto quando muore un feto nelle ultime due o tre settimane di gravidanza. Nell'ultima parte della gravidanza, una percentuale non indifferente di morti fetali avviene per cause sconosciute. Per la morte improvvisa in utero, la SIUD (morte intrauterina nel terzo trimestre di gravidanza), non abbiamo spiegazioni.

Vi è un altro motivo per cui siamo molto interessati alla natimortalità. In primo luogo, questa fetta di mortalità è diminuita relativamente meno di quanto si è ridotta la mortalità neonatale precoce; sembrerebbe quindi che i neonatologi siano stati più veloci degli ostetrici. Inoltre, si tratta di una mortalità legata a fattori prettamente assistenziali, a situazioni ostetriche che potrebbero essere facilmente modificabili, a fattori come l'obesità della donna e soprattutto all'età materna.

Un altro dato interessante è che nella nostra Regione vi è stato negli anni un progressivo aumento delle gravidanze in donne con età superiore ai 35 anni. Tale aumento riguarda sia le donne da sempre residenti nella Regione, sia le cittadine straniere. Un fenomeno del genere è legato, oltre a tutti i fattori socioeconomici che conoscete molto meglio di me, anche a numerose situazioni in grado di condizionare la natimortalità. Si ritiene che parte di tali situazioni quali età materna avanzata, obesità, fumo, bassa scolarità

potrebbero essere corrette con un diverso approccio assistenziale ostetrico-ginecologico.

Quanto alle gravidanze delle donne con età superiore a 35 anni, si registra un incremento rilevante dei parti con procreazione medicalmente assistita. Il 3 per cento dei parti di donne con età superiore ai 35 anni sono avvenuti con la procreazione medicalmente assistita; tale percentuale sale invece al 20 per cento per le donne con età superiore ai 44 anni. Si tenga conto che questi dati sono sottostimati; non sappiamo perché, ma ancora oggi tante donne vivono questa esperienza con un senso di vergogna o di colpa.

Rispetto ai bambini nati da procreazione medicalmente assistita si determina un altro inconveniente: aumenta il numero delle nascite multiple, cioè dei parti gemellari, trigemini e quadrigemini. Inoltre, aumenta in modo sostanziale anche il numero delle nascite molto premature. Tutti questi fattori incidono pesantemente sulla mortalità.

Oserei evidenziare anche un altro aspetto, che però va considerato con beneficio d'inventario perché rappresenta soltanto una nostra impressione, cioè dell'Unità di terapia intensiva neonatale dell'università di Parma. Noi pensiamo che la maggior parte dei neonati con gravi problemi di malformazione o con patologie estremamente rare derivi da procreazione medicalmente assistita. Recentemente abbiamo ricoverato un bambino con la «sindrome di Ondine» e da circa 15 giorni stiamo insistendo per capire se è nato da procreazione medicalmente assistita. In realtà, i genitori hanno difficoltà a dichiararlo, anche se a noi non interessa il modo in cui un bambino è stato concepito; non facciamo critiche e non abbiamo obiezioni, ma per noi è molto importante saperlo perché ci aiuta a capire. Purtroppo non esistono statistiche oggettive sulla frequenza di patologie o di mortalità nei bambini nati da procreazione medicalmente assistita.

Inoltre, ritengo che difficilmente si riuscirà a ridurre ancora la mortalità neonatale precoce. Al riguardo sottolineo che fino a pochi anni fa la morte dei neonati con età gestazionale estremamente bassa era considerata un aborto; oggi, invece, aumenta sempre più la percentuale di neonati con età gestazionale molto bassa che sopravvivono. Peraltro, oggi l'ostetrico riesce a definire in modo più preciso l'età gestazionale. In ogni caso, siamo ormai arrivati al limite minimo della vitalità delle 22 o 23 settimane di età gestazionale e credo che difficilmente la sopravvivenza salirà oltre questi livelli.

Sottolineo, poi, che in questi dati non figurano gli esiti permanenti nei sopravvissuti. Il nostro obiettivo è sicuramente la sopravvivenza, ma anche il tipo di sopravvivenza che garantiamo. Sulla base della nostra esperienza abbiamo verificato che gli esiti riguardanti i neonati di età gestazionale estremamente bassa (ciò si inserisce nel filone d'indagine finora discusso in questa Commissione) sono fortemente influenzati dal luogo in cui nasce il bambino. La percentuale di sopravvivenza dei neonati *inborn*, cioè di quelli nati nel nostro ospedale (non perché siamo migliori, ma per un insieme di motivi), è pari quasi al doppio di quella dei bambini *outborn*, cioè di quelli portati dall'esterno.

Dopo aver illustrato in generale l'organizzazione della Regione, vorrei ora focalizzare la situazione di Parma. La città di Parma ha circa 184.000 abi-

tanti (forse oggi quasi 190.000); nella Regione vi sono circa 5 milioni di abitanti; in tutta la Provincia si effettuano 3.114 parti. I punti nascita sono quattro di cui tre effettuano meno di mille parti all'anno ed uno, quello della clinica ostetrica, esegue circa 3.000 parti ogni anno. Tra questi ospedali di primo livello, vi è anche la casa di cura privata più grande della Regione, che negli ultimi anni ha aumentato notevolmente il numero dei parti.

Nella clinica ostetrica di Parma vi è il *rooming-in* 24 ore su 24; è stata attivata un'Unità operativa semplice denominata «percorso nascita», con un responsabile di tutti i parti fisiologici; vi è un *day service* per la gestione delle gravidanze a rischio (quindi, i due tipi di gravidanza seguono percorsi in parte separati); da circa 15 giorni è stato attivato un servizio di Osservazione breve intensiva (OBI) di natura ostetrica.

Per quanto riguarda la neonatologia, l'ospedale di Parma è dotato di terapia intensiva neonatale, che ricovera circa 480 bambini all'anno e costituisce *hub* di riferimento per tutti gli ospedali della Provincia ed anche per l'ospedale di Piacenza (l'unica città della Regione che non è dotata della terapia intensiva neonatale e che quindi gravita su di noi). Essa dispone inoltre della chirurgia pediatrica, della neuropsicologia infantile e della cardiologia pediatrica, subspecialità particolarmente importanti perché focalizzano la maggior parte dei problemi di malformazioni neonatali.

Vorrei sinteticamente illustrare talune peculiarità connesse all'assistenza nell'ambito della clinica ostetrica. Si è svolta una campagna per ridurre le metodiche invasive di diagnosi prenatali, stimolando quelle non invasive.

In occasione dell'ecografia morfologica, eseguita in *day service*, si svolge anche un'attività di *counseling* per la coppia, cioè per affrontare eventuali problemi insieme con i genitori.

È stato chiaramente definito, inoltre, il ruolo dell'ostetrica: si tratta di un punto importante che è stato fonte di grandi discussioni. Oggi a Parma il parto cosiddetto fisiologico (anche se, in realtà, è estremamente difficile definirlo tale) viene gestito dall'ostetrica in autonomia, senza la presenza del medico; l'ostetrica chiama il medico in caso di necessità.

È possibile avere la partoanalgesia 24 ore su 24 a pagamento, tranne nei casi nei quali per particolari indicazioni mediche il parto in analgesia viene eseguito gratuitamente.

È stata svolta un'intensa campagna di promozione dell'allattamento al seno. Ormai a Parma il 94-95 per cento delle donne allatta al seno, esce dalla clinica ostetrica esclusivamente con un'alimentazione al seno.

La struttura si è fortemente integrata, inoltre, con la rete dei pediatri di famiglia e quella dei servizi territoriali. Da oltre due anni vi è un servizio di «dimissione appropriata», nel senso che la madre sceglie il pediatra per il proprio bambino prima di partorire. Quindi, conosciamo il nome ed il cognome del pediatra che prenderà in carico quel bambino con il quale possiamo avere un collegamento diretto.

I corsi di preparazione alla nascita sono già in funzione da molti anni. Attualmente vi è un'attività abbastanza focalizzata sulla promozione del

«percorso nascita» attraverso gruppi di ricerca e di informazione. Credo che questo sia un punto fondamentale.

Prima di concludere vorrei sottolineare l'andamento della morbidità, in riferimento alla sopravvivenza dei bambini. Nella documentazione che ho consegnato agli Uffici della Commissione si rileva tale andamento in rapporto al peso del neonato al momento della nascita, mettendo in evidenza anche la situazione a distanza.

PRESIDENTE. Il professor Bevilacqua, nella sua modestia, è stato molto riduttivo quando ha parlato solo di un rapporto storico tra di noi (che in realtà c'è stato perché la mia formazione di ginecologo e medico perinatale parte dall'Università di Parma). Desidero ricordare, però, che il professor Bevilacqua per anni è stato presidente della Società italiana di medicina perinatale, che è quella società che ha voluto riunire i neonatologi e gli ostetrici per tutto ciò che riguarda il fenomeno della gravidanza e dell'immediato periodo dopo la nascita.

I dati citati con semplicità dal professor Bevilacqua in relazione alla mortalità perinatale e molti altri dati ad essa collegati sono stati gli elementi fondamentali, all'inizio di questa storia, negli anni Settanta, per parametrare e paragonare la buona alla cattiva assistenza ostetrica a livello mondiale. Ricordo che in quegli anni (1972-1973), su questo versante, eravamo agli ultimi posti in Europa. Oggi, invece, dopo un certo percorso, l'Italia si pone, malgrado gli episodi estivi, tra le prime cinque Nazioni al mondo per quanto riguarda la sicurezza dell'assistenza madre-neonato e, addirittura, nei prime tre posti sulla sicurezza della mortalità materna.

Perdonate questa parentesi, ma intendevo sottolineare che il professor Bevilacqua ci ha esposto dati molto recenti e *up to date* sul Dipartimento materno infantile dell'Università degli studi di Parma, che è importante ed è tra quelli che abbiamo scelto come riferimento tra le grandi maternità.

Do ora la parola al professor Di Nisio.

DI NISIO. Signor Presidente, vorrei ringraziare lei, innanzitutto, perché spesso è stato vicino alla nostra organizzazione (l'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani), e la Commissione per la convocazione odierna. Non mi soffermerò sulla mia Regione, ma tratterò una questione che penso interessi molto alla Commissione, visto che, nonostante le buone *performance* che ricordava il presidente Tomassini, nell'inverno 2009-2010 abbiamo avuto in Italia una serie di incidenti. Di tali incidenti i ginecologi sono stati considerati – da più parti – responsabili, dimenticando che l'organizzazione di un ospedale è un fatto complesso e spesso le direzioni sanitarie e le direzioni generali sono assenti. Diciamolo francamente, i ginecologi sono abbastanza stanchi di essere inviati di fronte ai *media* ed individuati come gli unici responsabili di fatti organizzativi assolutamente al di fuori della loro competenza.

In particolare, i ginecologi sono stati accusati di una situazione legata alla medicina difensiva, la quale sarebbe responsabile dell'incremento dei tagli cesarei. Come è indicato nelle diapositive che vi sto mostrando, la medi-

cina difensiva è stata invece definita dall'*Office for Technology Assessment* (un'Agenzia statunitense che poi è stata chiusa per evitare duplicazioni) come quel tipo di medicina che concerne azioni mediche che non hanno il fine primario ed esclusivo di assistere nel modo migliore la paziente, bensì quello di fornire prestazioni ritenute esenti da rischi di azioni legali.

La medicina difensiva è stata oggetto nel 2005 di un pregevole lavoro – che tutti potete consultare –, pubblicato su JAMA (*The Journal of the american medical association*), che la Studdert ha condotto tra specialisti ad alto rischio nella pratica medica. In Pennsylvania è stata condotta un'intervista su sei specialità (pronto soccorso, chirurgia generale, chirurgia ortopedica, neochirurgia, ostetricia-ginecologia e radiologia) e, su un totale di 824 medici, il 93 per cento ha seguito una pratica di medicina difensiva. La medicina difensiva nasce negli anni Novanta, ma una prassi giurisprudenziale puramente repressiva sta sollecitando i medici, in particolare in Italia, a rivedere la loro deontologia. Gli *standard* diagnostici e terapeutici sono sempre più determinati dai tribunali e dalla pubblica opinione, non dall'evidenza scientifica.

Permettetemi una parentesi. In Italia, abbiamo avuto – lo dico senza voler offendere nessuno – il problema Di Bella, un oncologo – si fa per dire – che voleva curare con estratti di aceto tutti i casi di cancro. In quel periodo ero a Philadelphia al congresso americano di ostetricia e ginecologia e sono stato chiamato da alcuni colleghi, che hanno additato sulla CNN l'Italia come un Paese che dà ancora spazio agli stregoni: questo è stato il modo in cui si è parlato dell'Italia!

Il rapporto medico-paziente si è sostanzialmente alterato. La diffusione capillare delle linee guida, che si invoca da più parti, modificherà la pratica clinica? Nella diapositiva relativa alla pratica clinica, la lettera «M» indica gli studi di metanalisi, che sono quelli che dovrebbero dare tutte le linee guida per la pratica clinica; seguono poi gli studi randomizzati, di coorte e così via.

La successiva diapositiva mostra come i livelli della prova sono «1a» oppure «1b», se c'è uno studio di metanalisi, una raccomandazione forte o uno studio randomizzato. Se si verificano le linee guida ufficiali, raramente si ha un livello di prova «1a-1b».

Vorrei ora soffermarmi su due recenti sentenze della Corte di cassazione. La prima, del marzo 2011, ha riguardato un cardiologo che forse aveva rispettato troppo precisamente le linee guida in un caso di dimissione da un'unità di cardiologia di Milano. La Cassazione ha dichiarato che «il rispetto alle linee guida (...) nulla può aggiungere o togliere al diritto del malato di ottenere le prestazioni mediche più appropriate né all'autonomia ed alla responsabilità del medico nella cura del paziente». La Cassazione così prosegue: «lo stesso sistema sanitario, nella sua complessiva organizzazione, è chiamato a garantire il rispetto dei richiamati principi, di guisa che a nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute, né di diramare direttive che, nel rispetto della prima, pongano in secondo piano le esigenze dell'ammalato». E ancora: «mentre il medico, che risponde anche ad un preciso codice deontologico, che ha in maniera più

diretta e personale il dovere di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza e che si pone, rispetto a questo, in una chiara posizione di garanzia, non è tenuto al rispetto di quelle direttive, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente, e non può andare esente da colpe ove se ne lasci condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragionieristico». Quella che ho citato è la sentenza che ha portato alla condanna del collega cardiologo, che era stato difeso anche dal consulente del pubblico ministero sull'applicazione delle linee guida.

Come ho precisato, vorrei citare anche un'altra sentenza della Corte di cassazione, del dicembre 2010, risalente quindi a sei mesi fa, che richiama il decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1969, n. 128, come se tutte le successive modificazioni legislative non esistessero. Tale sentenza stabilisce che non c'è parità tra dirigenti medici, perché «il primario ospedaliero ha la responsabilità dei malati della divisione e il connesso obbligo di definire i criteri diagnostici e terapeutici, che gli aiuti e gli assistenti devono seguire; deve avere puntuale conoscenza delle situazioni cliniche che riguardano i degenti nonché delle iniziative intraprese dagli altri medici cui il paziente sia stato affidato, a prescindere dalle modalità di acquisizione di tale conoscenza (con visita diretta o a mezzo di interpello degli operatori sanitari) e indipendentemente dalla responsabilità di questi ultimi, e tanto allo scopo di vigilanza sull'esatta impostazione ed esecuzione delle terapie, di prevenire errori e di adottare tempestivamente i provvedimenti richiesti da eventuali emergenze».

Perché sia chiaro, se seguissi queste indicazioni, entrerei la mattina in ospedale (ricordo che ho la responsabilità di tre ospedali per un totale di circa 2.700 parti) e passerei tutto il tempo a parlare con le donne di cosa devono e non devono fare. Ho scritto una lettera – che consegnerò agli Uffici della Commissione – indirizzata al presidente del consiglio della Regione Abruzzo, al presidente della giunta regionale d'Abruzzo, all'assessore alla sanità, al commissario alla sanità ed ai direttori generali, sull'applicazione della riforma Fazio che, a nostro parere, rappresenta una giusta maniera di gestire i punti nascita e che mi risulta – sia nella mia Regione che in altre Regioni – incontri fortissimi ostacoli, soprattutto nella chiusura dei punti nascita sotto i 500 parti. L'illustre professor Bevilacqua ci ha poc'anzi ricordato che nella sua Regione, che è una Regione di eccellenza sul piano ostetrico-ginecologico, vi sono ben sei punti nascita.

Vi ringrazio per l'attenzione.

CALABRÒ (*PdL*). Signor Presidente, le audizioni svolte questa mattina mi sembrano particolarmente interessanti.

Vorrei avere maggiori informazioni circa il *day service* per le gravidanze a rischio recentemente organizzato a Parma. Trattandosi di una delle problematiche non ancora affrontate sul piano generale organizzativo nazionale, sarebbe estremamente utile riuscire a cogliere le esperienze già maturate.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, alla luce dell'odierna audizione, bisognerebbe approfondire le tematiche connesse alla mortalità fetale e alla sopravvivenza dei neonati con età gestazionale bassa, perché vi sono due argomenti che finora non sono stati affrontati. Tali questioni, avendo una serie di implicazioni non solo per quanto riguarda le risposte che la nostra organizzazione sanitaria può dare ma anche dal punto di vista sociale, richiedono una nostra grande attenzione. Mi colpisce, ad esempio, che ancora oggi non si conoscano gli elementi che determinano la mortalità fetale. Si è dedotto che in alcuni casi risultano elementi determinanti l'aumentata età di gravidanza e l'obesità. In ogni caso, mi sembra di capire – al riguardo chiedo conferma – che sia necessario un approfondimento.

Analoghe considerazioni valgono anche per le difficoltà dei genitori a dichiarare il ricorso alla fecondazione medicalmente assistita. Finora non abbiamo avuto modo di affrontare il tema della fecondazione medicalmente assistita, che pure è estremamente importante. Poiché il professor Bevilacqua si occupa di tali questioni, dovremmo effettuare, con il suo contributo, un ulteriore approfondimento.

Per la prima volta ho sentito parlare di *focus group* e della qualità percepita del percorso nascita; sarebbe utile capire come essi sono impostati e quali obiettivi si propongono.

Al professor Bevilacqua vorrei chiedere poi se viene svolta una riflessione in ordine ai corsi di preparazione alla nascita, che mi sembra siano sempre meno diffusi nel nostro Paese o comunque poco frequentati soprattutto nelle Regioni del Sud. Vorrei sapere, in particolare, se è possibile incrementare tali corsi e se la loro articolazione è ancora valida rispetto alle esigenze di oggi.

Non ho più sentito parlare della presenza in sala parto del marito, del compagno o di un parente della partoriente. Vorrei sapere se anche su questo aspetto vi è un elemento di riflessione perché da alcuni dati (quelli contenuti, ad esempio, nel Piano sanitario nazionale 2011-2013) si evince che in alcune Regioni, in particolare in quelle del Centro-Sud, tale presenza non è ancora consentita.

ASTORE (Misto-ParDem). Signor Presidente, vorrei porre alcune domande ai nostri illustri interlocutori. Innanzi tutto, mi sembra che gli ultimi dati evidenzino una differenziazione profonda tra alcune Regioni sulla mortalità fetale. Mi sembra che in Calabria e nella mia Regione – il Molise – il tasso di mortalità sia quasi doppio rispetto ad altre aree del Paese. Vorrei conoscere le cause di questa differenziazione per poter avviare un'azione adeguata.

La seconda domanda riguarda i piccoli punti nascita (la direttiva del Ministro e tutto ciò che consegue). Vorrei sapere qual è l'alternativa organizzativa alla chiusura dei punti nascita di piccole dimensioni, dal momento che – come noto – gli amministratori locali, sia di destra che di sinistra, in alcune aree del territorio hanno enormi difficoltà ad operare tale scelta. Io ne avevo chiusi due e sono stato cacciato! D'altra parte sono convinto che, se in un

ospedale si effettuano 800, 1.000 o addirittura 1.200 parti all'anno, aumenti la sicurezza per la partoriente e per il bambino.

Chiedo al professor Di Nisio come farebbe a Castel di Sangro, che è una zona montana periferica dell'Abruzzo, o ad Agnone, che è una località della mia Regione, dove devono assolutamente essere chiusi i punti nascita.

Vorrei porre una terza domanda ad entrambi i nostri interlocutori che riguarda una mia «fissazione». Ho esperienza del settore della sanità e, pertanto, posso affermare che nel campo della maternità va combattuta la privatizzazione del paziente. Si tratta di un fenomeno che esiste – non si può negare – al quale ho assistito tante volte personalmente: se si ricovera una partoriente che è conosciuta da un medico perché fuori dall'ospedale è stata già assistita, tutti gli altri medici la ignorano completamente. Vorrei capire come possiamo far sì che l'atto fondamentale della vita, cioè il parto, diventi una questione che interessa tutto il reparto e non una sola persona. Accadono anche fatti brutti, che a volte hanno portato a determinati scandali.

RIZZI (*LNP*). Signor Presidente, prima di svolgere qualche breve considerazione, ringrazio i nostri auditi. In particolare, rivolgo un ringraziamento al professor Di Nisio che, con l'aneddoto sulla terapia Di Bella, ci ha ricordato come in talune circostanze alcuni effetti mediatici possano interferire direttamente e pericolosamente sulla pratica quotidiana.

In quegli anni la situazione era davvero quella che ci è stata descritta, tanto che, allora, fui costretto ad affiggere sulla porta dell'ambulatorio di terapia antalgica un cartello con scritto: «Vietato l'ingresso: non si trattano pazienti in terapia Di Bella». Di fatto, a questi pazienti era stata inculcata una metodologia per la quale tutto ciò che esulava da quella terapia confliggeva e creava problemi.

Mi riaggancio alla riflessione testé svolta dal collega Astore in relazione al tasso di mortalità fetale che in alcune Regioni è doppio rispetto ad altre realtà del Paese. È inutile negare che esiste una correlazione diretta con la distribuzione sul territorio dei punti nascita; alcuni di questi, infatti, sono strategici dal punto di vista territoriale, ma sono indubbiamente pericolosi e non garantiscono la sicurezza.

È vero che l'OMS ha fissato in 1.000 il numero minimo di parti di un punto nascita e che noi abbiamo stabilito tale tetto a 500, ma è altrettanto vero che in alcune Regioni (ad esempio quelle cui ha fatto riferimento il senatore Astore) ve ne sono alcuni dove se ne registrano meno di 100 all'anno. Ciò significa che ogni ginecologo od ostetrica potrebbero far nascere un solo bambino all'anno, con tutti i rischi che ciò comporta. Vorremmo conoscere il parere degli esperti in proposito, anche se credo che non si possa prescindere da una riorganizzazione del trasporto medicalizzato e che non si possa certo permettere la creazione di punti nascita così sottodimensionati.

Vorrei rivolgere al professor Bevilacqua una domanda, che considero centrale, sul dramma della partoanalgesia. Mi vergogno del fatto che la categoria di cui faccio parte, quella degli anestesisti, continui a non garantire tale servizio, se non a pagamento: questo aspetto, che è ancor più drammatico, si evince anche dalla diapositiva che ci è stata mostrata. Vorrei sapere a

che punto è oggi la partoanalgesia in Italia e se sono ancora validi i dati che ci indicavano come il fanalino di coda in Europa, oppure se la situazione è in via di miglioramento. È possibile avere una mappatura della distribuzione e della tipologia del servizio offerto, soprattutto in virtù della grande differenza che esiste tra la prestazione per tutti e quella a pagamento? Credo occorra mettere mano quanto prima a tale ambito, perché la situazione è davvero vergognosa.

PRESIDENTE. Premetto che tutti i componenti della Commissione presenti alla seduta odierna hanno avuto l'opportunità di ascoltare due pregevoli relazioni. Vorrei inoltre ricordare ai nostri auditi che qualsiasi documentazione riterranno utile inviarci per approfondire e arricchire la loro esposizione odierna sarà ben accetta.

Senatrice Bassoli, l'aspetto neonatologico ha molte voci correlate, anche di grande rilevanza. Nel nostro elenco sono presenti audizioni con riferimento sia ai punti nascita caratterizzati da un numero elevato di parti, sia alle esperienze dei piccoli punti nascita. Purtroppo, l'ordine delle convocazioni, determinato da criteri di opportunità, qualche volta salta un filo logico. Da questo punto di vista, proveremo – ed inviterò la professoressa Coccia, consulente dell'indagine conoscitiva, a prenderne nota – a rendere più omogenee le audizioni.

Sui piccoli punti nascita, cui ha fatto riferimento il senatore Astore, abbiamo già svolto qualche audizione e altre ne seguiranno. Il tema del sotto-dimensionamento dei punti nascita è già stato più volte toccato nel corso delle audizioni precedenti.

Ho apprezzato molto la richiesta della senatrice Bassoli di approfondire aspetti come, ad esempio, quello della procreazione medico-assistita. In tal senso, potrà essere utile audire anche la professoressa Coccia, che è rappresentante dei *border* nazionali più importanti della sterilità-fertilità, la quale potrà aiutarci a individuare esperti in grado di riferire alla Commissione su questa tematica (ne discuteremo poi in Ufficio di Presidenza).

Alla Commissione ricordo che le buone norme di assistenza al parto e regolamentari non nascono oggi, ma risalgono agli anni Ottanta. Dette norme sono poi confluite nell'importante Progetto obiettivo materno-infantile, relativo al Piano sanitario nazionale legge, del 2001, ma sono state – ahimè – sempre disattese e confuse in un vortice – come ha ben ricordato il professor Di Nisio – di continua contraddizione tra i doveri e i poteri di chi esercita questo tipo di professione. Per questo motivo, bisogna individuare un modello più cogente, perché le linee guida sull'assistenza al parto – che apprezzo moltissimo – sono state approvate di recente dal ministro Fazio con un atto di indirizzo, quindi non con una fonte di diritto primario, che potrebbe invece essere oggetto di attenzione della Commissione a conclusione del nostro lavoro.

Quanto ai piccoli punti nascita, occorre fare una valutazione su dove essi siano necessari. In ogni caso, non potendo trascurare l'aspetto sicurezza, si renderà necessario prevedere una gamma di assistenza, che potrebbe anche essere antieconomica.

Concordo con il senatore Astore circa la necessità di combattere la personalizzazione e privatizzazione dei pazienti, pur sempre nel rispetto del rapporto fiduciario medico-paziente. Vorrei inoltre far presente che esiste un problema di *deficit* di gerarchia, che è all'origine di alcuni fatti di cronaca molto importanti. Poiché nello sviluppo della moderna organizzazione sanitaria all'interno del reparto la gerarchia è scemata molto, per assumere decisioni più corrette, occorrerà ripristinare, come condizione necessaria, una precisa linea gerarchica.

BEVILACQUA. Signor Presidente, sono perfettamente d'accordo con le sue argomentazioni. Mi sono state poste delle domande molto interessanti, che mi inducono a fare riferimento ad alcuni concetti di base. Circa la responsabilità dei sanitari, la mia opinione personale è che tutto ciò che il dottor Di Nisio ha detto è vero, ma bisogna anche ricordare che la maggior parte della responsabilità spetta a noi. Recentemente ho fatto delle perizie, e questo mi piace perché mi consente un confronto con altri colleghi. Tutti sappiamo come funziona la giustizia in Italia, ma normalmente la maggior parte della responsabilità del giudizio finale è dei consulenti tecnici.

L'unico modo per uscire dal circolo vizioso è l'*education*, in senso anglosassone, ossia la formazione. La mia convinzione è che i piccoli ospedali vadano chiusi concettualmente (non fisicamente, poiché esiste tutta una problematica enorme connessa). La soluzione sta nel concetto di *education*: bisogna spiegare alla gente che è necessario informarsi meglio e bisogna fornire alle persone delle indicazioni che la centralizzazione aumenta la sicurezza.

Occorre ristabilire il rapporto medico-paziente. Nella nostra Regione si sta tornando al rapporto madre-ostetrica, che garantisce l'elemento della continuità. Bisogna informare i genitori che determinati ospedali non sono idonei. Ovviamente, la situazione cambia enormemente a seconda delle dimensioni delle città. A Parma gli ospedali di piccole dimensioni lavorano in una rete integrata con i grandi centri. Penso che da noi non capitino più di due trasporti all'anno di neonati gravi. Si fanno i trasporti in utero. Tenere aperti i piccoli ospedali non implica soltanto una questione di compatibilità economica, ma riguarda fattori ben più complessi, a partire dal tema della professionalità. Nei piccoli ospedali non serve avere, ad esempio, un pediatra o un anestesista di guardia. Un bravo ginecologo non può mantenere elevate competenze in un ospedale con poca casistica.

Quanto al problema dei parti podalici, vorrei far presente che non c'è nessuna indicazione che il taglio cesareo sia richiesto. Giustamente gli ostetrici effettuano il cesareo per i parti podalici: fanno bene perché, se devono eseguire un parto podalico ogni sei mesi, non sono in grado di gestire la situazione. Un tempo si effettuavano 20 parti podalici alla settimana. Si tratta di un problema di competenze.

Sono assolutamente contrario agli ospedali di piccole dimensioni. Il trasporto in utero non è formalizzato, non è ufficializzato, ma al riguardo abbiamo convinto gli ostetrici. Ciò spiega in parte il motivo per cui Parma,

tra tutte le città dell'Emilia, ha la percentuale più alta di tagli cesarei. Abbiamo detto agli ostetrici periferici di trasferire da noi la paziente, anche inutilmente, perché è peggio trasportare il bambino che la mamma.

Sottolineo, poi, che la fecondazione medicalmente assistita rappresenta un grande *business*. Non abbiamo molti dati e quei pochi di cui disponiamo provengono dai procreatori, per i quali rappresenta un successo anche il solo fatto del neonato in braccio alla madre; non importa se poi il bambino muore perché è comunque un successo. Per noi è diverso perché verifichiamo la sopravvivenza e anche il tipo di sopravvivenza. Vi sono famiglie distrutte; una donna, dopo 12 tentativi di procreazione, è distrutta psicologicamente. È una questione di *education*; è importante come si informano le persone. Ci chiedono perché si salva un bambino di 23 settimane mentre un neonato di 25 settimane muore o ha un'emorragia cerebrale oppure è spastico. Se nascono quattro gemelli, sui giornali e in televisione si annuncia la grande vittoria; poi però non ne parla più nessuno. Se va bene, sopravvivono due bambini, ma bisognerebbe chiedere alle famiglie come essi sopravvivono.

Peraltro, esiste una legge (così come una deontologia) che prevede il «*transfer*» di un massimo di tre embrioni. Continuiamo a ripetere questi discorsi da 30-40 anni. Ribadisco che non siamo contrari alla procreazione medicalmente assistita, ma riteniamo assurdo «mettere la testa sotto la sabbia». Per carità, non affermiamo che la procreazione medicalmente assistita non vada fatta, ma ci chiediamo perché si debba fare in una donna di 48 o di 50 anni. È una legge di natura! Ormai si fa la selezione dei gameti e si sta arrivando a livelli assurdi.

La drammaticità è un'altra: ci rifiutiamo di avere informazioni serie, corrette e obiettive, e non mi riferisco solo a quelle che esprimono una contrarietà.

Per quanto riguarda il parto in analgesia, a Parma accade abbastanza facilmente che, con un po' di insistenza da parte della partoriente, si possa identificare una causa medica per farlo gratuitamente. Il numero degli anestesisti, però, è insufficiente. Peraltro, occorre tener conto della tradizionale ritrosia da parte delle ostetriche nei confronti della pratica analgesica. Si ritiene che il parto debba essere naturale perché le donne hanno sempre partorito così. Effettivamente, se una donna è preparata bene psicologicamente, il parto non rappresenta un dramma. Bisogna vedere in che stato di ansia la madre arriva al parto. In realtà, i neonatologi sono sempre stati un po' perplessi nei confronti dell'aumento della pratica analgesica, perché abbiamo visto molti problemi legati alla partoanalgesia. Al riguardo, però, mancano dati oggettivi.

DI NISIO. Signor Presidente, innanzi tutto voglio chiarire che la medicina difensiva implica comportamenti molto rischiosi tra i quali ricordo quello della deresponsabilizzazione dei colleghi – rispondo così alla domanda del senatore Astore – nella presa in carico del paziente. Se entra in ospedale una donna che ha una gravidanza particolarmente a rischio, bisogna vedere chi la prende in carico. L'organizzazione che la prende in carico deve essere coordinata da un direttore che dà una direttiva; que-

st'ultima, poi, deve essere seguita dai colleghi, salvo poi il caso di coloro che per proteggersi ricorrono al politico, al direttore sanitario o al direttore generale. Vi parlo per esperienza personale perché faccio questo lavoro da 40 anni.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Poveri pazienti!

DI NISIO. In realtà, i pazienti trovano sempre qualche medico serio che li prenda in carico. Purtroppo, però, i medici seri sono sempre gli stessi.

Bisogna dunque avviare una riforma complessiva delle regole che presiedono alle direzioni sanitarie.

Per quanto riguarda i punti nascita di piccole dimensioni, senatore Astore, conosco bene la situazione di Castel di Sangro, di Agnone e del Molise in generale. In particolare, come segretario regionale dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI) in Abruzzo lavoro insieme ai colleghi del Molise con i quali abbiamo già avviato molte iniziative e ne avvieremo tante altre.

Come ha evidenziato il presidente Tomassini, i piccoli ospedali o sono sicuri o non lo sono. Per essere sicuri devono avere una dotazione organica di ostetriche, medici, pediatri e anestesisti tali da renderli sicuri. La Regione Molise può permetterselo? La Regione Abruzzo si può permettere una dotazione organica di 10 medici e 15 ostetriche? Altrimenti, la decisione sarà inevitabile. Come ha giustamente evidenziato il professor Bevilacqua, bisogna informare le persone del fatto che partorire nei piccoli ospedali senza criteri di sicurezza è pericoloso.

Da qui nasce la nostra completa soddisfazione per l'atto di indirizzo del ministro Fazio (che poi è un decreto del Presidente della Repubblica), con il quale si è stabilita la chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti all'anno. In Emilia-Romagna ci sono sei punti nascita con meno di 500 parti all'anno. Vorrei sapere se la Regione chiuderà quei sei punti nascita.

In questa sede avete audito l'attuale primario dell'ospedale di Rimini che in passato era retto dal collega Cerreoni; quando egli è arrivato a Rimini, vi erano otto medici e poche ostetriche; quando due anni fa è andato in pensione, i medici erano 19 e le ostetriche erano circa 30. Cito l'esempio dell'ospedale di Rimini per sottolineare che, per arrivare a 3.500 parti all'anno, è stato organizzato un sistema corretto di sicurezza con medici e altro personale a ciò dedicati.

Senatore Rizzi, lei ha ragione. Insieme ai colleghi anestesisti e ginecologi di un piccolo ospedale, quello di Penne, per sei anni abbiamo eseguito la partoanalgesia in modo completamente gratuito, costringendo, insieme al primario anestesista, i colleghi ginecologi e anestesisti ad essere presenti tutte le volte in cui una mamma partoriva, anche di notte. Questa esperienza, unica nella Regione Abruzzo, è stata boicottata in tutte le maniere dai dirigenti regionali e della ASL. Ma non esiste solo la partoanalgesia: uno dei criteri del NICE (*National institut for clinical excellence*) inglese è quello di utilizzare le vasche da parto; le esperienze internazionali sono utili per deter-

minare una diminuzione del dolore e una più facile possibilità di partorire. Tra i nostri associati, il collega di Castellamare di Stabia ne ha fatto un programma nazionale, pertanto vi suggerisco di audirlo per rendervi conto dell'utilità di tale tecnologia.

Nel 2008, giunto all'ospedale di Pescara, ho chiesto le vasche da parto, ma nessuno me le ha fornite, a riprova che le direzioni sanitarie e quelle generali dipendono direttamente dalla politica. Senatore Astore, purtroppo è questa la situazione. Le cose cambieranno quando la politica smetterà di imporre i suoi fiduciari per fare ciò che la politica decide. Non voglio offendere nessuno, ma questi sono i fatti.

La privatizzazione del paziente nasce purtroppo dalla mancata organizzazione di un percorso automatico. Se fosse previsto un simile percorso, la privatizzazione del paziente non esisterebbe, come peraltro succede in molte parti dell'Emilia Romagna. Quanto al trasporto in utero, in Emilia Romagna forse non è stato formalizzato e questo mi lascia un po' perplesso. In Abruzzo nel 1991 è stata approvata una delibera regionale, che però non è mai stata attuata; sono trascorsi vent'anni e ancora non sono state comprate le ambulanze per il trasporto dei neonati. All'ospedale di Pescara, punto nascita di terzo livello, quando la neonatologia è satura si fanno ancora le corse verso gli ospedali di San Giovanni Rotondo, Ancona o Roma.

PRESIDENTE. Ritengo che le audizioni odierne ci abbiano fornito moltissimi spunti di riflessione. Sarà poi compito politico della Commissione discutere tutte le relazioni. Ringrazio ancora gli auditi per la loro disponibilità.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,30.