



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 15

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

**12<sup>a</sup> 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»

299<sup>a</sup> seduta: giovedì 12 gennaio 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

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

* PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 7, 9 e <i>passim</i>		BUCCELLI . . . . .	12, 15
BASSOLI (PD) . . . . .	7		TAVANI . . . . .	3, 10, 11 e <i>passim</i>
GRANAIOLA (PD) . . . . .	8			

---

*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-Forza del Sud: CN-Io Sud-FS; 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, il professor Claudio Buccelli, direttore del Dipartimento di medicina pubblica e della sicurezza sociale dell'Università Federico II di Napoli e il professor Mario Tavani, professore ordinario presso la facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli studi dell'Insubria, nonché direttore dell'Istituto di medicina legale di Varese.*

*I lavori hanno inizio alle ore 8,35.*

#### 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 29 novembre 2011.

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

Abbiamo oggi il piacere e l'onore di avere presenti il professor Mario Tavani, professore ordinario presso la facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli studi dell'Insubria, nonché direttore dell'Istituto di medicina legale di Varese, e il professor Claudio Buccelli, direttore del Dipartimento di medicina pubblica e della sicurezza sociale dell'Università Federico II di Napoli.

Do subito la parola al professor Tavani che svolgerà la sua relazione introduttiva.

TAVANI. Signor Presidente, avendo letto il vostro scritto introduttivo, mi occuperò soprattutto del tema dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo e parto naturale.

Vorrei subito precisare che, a mio modo di vedere, si dovrebbe parlare innanzi tutto più propriamente di una scelta concertata e, in secondo luogo, di una scelta della tipologia del parto e dell'assistenza al parto. Credo, infatti, che i veri problemi che riscontriamo oggi siano correlati non tanto alla scelta tra parto cesareo e parto per le vie naturali, quanto

a una serie di situazioni contingenti, che nella realtà clinica sono per noi sempre più complicate da risolvere.

Sono un medico legale che fortunatamente, per quarant'anni, ha lavorato in un ospedale, esercitando medicina legale ospedaliera; non sono uno di quei medici legali che svolgono solo attività forense, ma sono tra coloro che intervengono come consulenti nella realtà clinica di tutti i giorni.

Il tempo a mia disposizione è eccezionalmente breve, ma vorrei presentare una rassegna delle questioni che si propongono, per poi verificare quelle che dovrebbero essere prese subito in considerazione. Tutti i problemi si differenziano a seconda del tipo di donna che si presenta al punto nascita; ho quindi schematizzato la relazione in funzione di questo fattore.

Per quanto riguarda le donne che sono sempre state seguite durante la gravidanza da uno o più specialisti del punto nascita, i problemi attengono solo l'organizzazione sanitaria interna: bisognerebbe assicurarsi che tutta l'assistenza sia deontologicamente e giuridicamente documentata nel modo migliore. In quel caso non dovrebbero esserci problemi al momento del parto. L'unica esigenza particolare consiste nel disporre di strumenti, come i moduli di consenso informato, all'altezza della situazione.

Un discorso diverso, ma comunque dello stesso tipo, deve essere fatto per quanto riguarda le donne seguite dagli specialisti del punto nascita, ma solo a cominciare dal secondo trimestre di gravidanza. Naturalmente per loro si pone il problema dell'informazione sulla necessità di accertamenti, a volte anche pericolosi, per la diagnosi di malattie e malformazioni fetali e sugli effettivi diritti della donna in punto di interruzione volontaria di gravidanza.

Una donna che ha già superato il primo trimestre di gravidanza e che si presenta per la prima volta al punto nascita deve ricevere un'informazione adeguata sui suoi veri diritti e ciò non è semplice. Si tratta, infatti, di uno degli aspetti più delicati perché, di solito, la donna o è impreparata o ha ricevuto informazioni non corrette. Vorrei far presente che il medico – ma questa considerazione non riguarda solo questo tema – non è affatto preparato, né è mai stato formato nelle università e nel *post-lauream*, sulle tecniche di informazione in sanità. Questa è la pura e sacrosanta verità. Non solo: molti medici non hanno alcun interesse e nessuna voglia di dedicarsi all'informazione. Su questo punto potremo tornare successivamente.

Proseguendo, vi sono le donne che in gravidanza non sono state mai seguite da uno specialista. Chi è clinico sa benissimo cosa accade con riferimento a questo tipo di donne, sia italiane sia straniere, che si presentano al momento del parto prive di dati. In questo caso si pongono problemi relativi alla concertazione, all'informazione, alla possibilità di accordi e i diritti della donna in materia di autodeterminazione necessariamente vengono compressi.

Vi sono donne che al momento del parto non riescono a produrre certificazioni sanitarie attendibili relative all'andamento della gravidanza. La donna priva di documentazione afferma di essere stata seguita e ha una serie di pretese che non sono compatibili con il principio della precau-

zione. Purtroppo, in assenza di documentazione, non si può credere al fatto che una donna che non è conosciuta dall'*equipe* medica abbia eseguito gli accertamenti. Vi sono stati casi clamorosi, come infezioni da HIV in medici che avevano creduto alla donna che affermava di aver eseguito tutti i controlli, quando in realtà non aveva fatto nulla o quasi.

Un altro caso di fondamentale importanza riguarda le donne seguite durante la gravidanza da specialisti diversi da quelli del punto nascita. Tutti sanno cosa accade: lo specialista esterno dà alla donna una serie di informazioni durante la gravidanza, ma quando la partoriente si presenta, magari in uno stato di emergenza o di urgenza clinica, al punto nascita riceve indicazioni di cui non ha assolutamente sentito parlare e che magari contrastano con quelle che le sono state riferite. In questi casi, per arrivare a una situazione di parto più tranquilla, è fondamentale che i medici si convincano della necessità di compiere un lungo lavoro di ricerca e di cointeressamento del medico che ha seguito la partoriente.

Il parto delle donne libere di stato deve essere necessariamente ancor più corroborato in termini di assistenza sull'informazione e sui diritti di assistenza nel *post partum*. Si tratta, infatti, di donne libere di stato che magari lavorano. Non possono essere sufficienti il medico, l'infermiere, l'ostetrica a offrire un'informazione completa su tutte le possibilità di cui esse dispongono. Si tratta di un diritto che, secondo me, non può essere in alcun modo limitato. È necessario che le donne libere di stato siano davvero informate prima che prendano certe decisioni o che, nell'immediato *post partum*, decidano di compiere gesti avventati. Attualmente – ripeto – l'*equipe* sanitaria non è in grado di conoscere quali sono questi diritti e quindi bisognerebbe procedere a una formazione specialistica.

Mi sembra assolutamente ovvio che le donne che hanno concepito secondo pratiche di fecondazione medicalmente assistita debbano essere dirottate in punti nascita di terzo livello, in unità ultraspecialistiche, dotate di reparti di rianimazione, terapia subintensiva e intensiva, patologo neonatale e pediatra. Trattandosi di gravidanze ad alto rischio non pensabile far partorire queste donne in punti nascita diversi.

Ancora. Vi sono donne che non intendono essere nominate negli atti amministrativi e nelle certificazioni di legge. In questo caso occorre stare attenti trattandosi di un tema molto complicato per noi. Probabilmente avete già capito cosa succede: una donna – quasi sempre straniera ma non necessariamente – al momento del parto afferma di non voler essere nominata, ma si fa accompagnare da un signore, magari sposato, che dichiara di essere il padre naturale (il che ovviamente risponde a verità) il quale riconosce il figlio. Poiché casi del genere vi sono stati, è necessario che i punti nascita non si trovino impreparati. In queste situazioni, come noi abbiamo fatto in più di un'occasione, bisogna assolutamente coinvolgere l'autorità giudiziaria e i sistemi di assistenza sociale per non incorrere in alcun rischio particolare.

Vi è, poi, il problema delle emergenze ostetriche che riguarda tutte le donne che arrivano al momento del parto in situazione di urgenza e di

emergenza. In questi casi, secondo la mia idea, i diritti della donna devono essere assolutamente subordinati alla tutela della vita della madre e del bambino. Possono anche verificarsi alcune situazioni gravi in cui si deve scegliere tra la madre e il bambino. In tali casi – come accade da noi – decidono il clinico, il medico legale, il patologo neonatale e, quando possibile, la madre stessa perché non è detto che una donna in urgenza clinica non possa essere informata adeguatamente. Si tratta di casi molto rari che necessitano però di un'*equipe* della quale, secondo me, dovrebbero far parte un medico legale e un consulente etico.

Per quanto riguarda le donne che non si esprimono in lingua italiana, personalmente ho preteso che non fosse riconosciuta come valida la traduzione di un amico o di un parente. Sarebbe inaccettabile; deve esserci un traduttore o un mediatore culturale di fiducia dell'ospedale, altrimenti si potrebbero creare situazioni folli.

Come tutti sanno, le cose si complicano in caso di donne appartenenti a etnie o a società religiose che impongono a loro e alle loro famiglie di seguire regole particolari in occasione del parto. In questi casi le richieste accettabili (quelle, ad esempio, di alcune donne musulmane che vogliono un cesto di frutta, i datteri e quant'altro) si possono esaudire se non intralciano in maniera sostanziale l'assistenza al parto. Altre situazioni però sono assolutamente incompatibili con tale assistenza. La richiesta di essere visitate del tutto vestite alla presenza del marito, dell'Imam o di altre persone, a seconda della regola riconosciuta dall'etnia di appartenenza, ad esempio, è veramente incompatibile con l'assistenza perché comporta rischi operativi per la sala parto, dal momento che, a volte, non è possibile destinare una sala a una singola partoriente. Ebbene, queste difficoltà devono essere comprese e possibilmente risolte.

Peraltro, ancora oggi ci si scontra con i problemi del parto «rituale», inteso nel vero senso della parola. Mi riferisco, ad esempio, al parto in piedi o su una stuoia consacrata o alla presenza di gente che nulla ha a che fare con la famiglia, in contrasto quindi con le disposizioni normative vigenti nel nostro Paese che impediscono agli estranei di essere presenti nelle strutture operative ospedaliere senza un valido motivo.

Per quanto riguarda poi i problemi attinenti alla scelta della tipologia di parto e all'umanizzazione del parto, come tutti sanno, almeno nella fascia a Nord di Varese, sempre più numerose sono le donne che vogliono partorire senza dolore o con parto assistito a casa o in acqua. Tutto ciò comporta rischi, oltre che un enorme dispendio di risorse, e si arriva a situazioni che fanno pensare.

Nel caso del parto in casa, ad esempio, un'ambulanza – o meglio un miniospedale su gomma – deve nascondersi dietro al condominio, perché non deve essere vista, per essere pronta a intervenire in caso di necessità. Sono situazioni su cui si dovrebbe meditare perché comportano un dispendio di forze incredibile. Lo stesso dicasi per il parto in acqua. Nella nostra provincia sono due i punti nascita dove è possibile partorire in acqua e, comunque, abbiamo avuto grandi problemi anche di ordine medico legale con denunce e quant'altro. A mio parere, il parto in acqua si dovrebbe fare

in ambienti non coincidenti con i punti nascita ospedalieri; penso, ad esempio, a strutture operative private che potrebbero mettere a disposizione tale servizio sulla base di una convenzione. Non si può interferire, secondo me, con le esigenze di un punto nascita di qualsiasi livello (primo, secondo o terzo) perché il personale è già scarso quantitativamente e deve essere altamente qualificato e operativo solo in ospedale.

Concludo qui il mio intervento; credo di aver fatto quasi l'impossibile nei dieci minuti a mia disposizione.

PRESIDENTE. Sono d'accordo con lei, dottor Tavani, perché ci ha sottoposto alcune problematiche molto importanti.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, come da lei sottolineato, il dottor Tavani, con la sua relazione, ha posto una serie di questioni che non avevamo ancora affrontato. È la prima volta, infatti, che ho sentito parlare delle richieste di parti rituali o in determinate altre condizioni. Credo quindi che sarebbe utile avere una relazione più articolata, rispetto all'intervento odierno che è stato necessariamente contenuto, che tratti dei problemi che le organizzazioni ospedaliere si trovano ad affrontare. Infatti, al di là dei temi di carattere organizzativo, è evidente che in una società come la nostra, che diventa sempre più multietnica, tali questioni si porranno sempre più spesso e si presenteranno sicuramente una serie di problemi e di contraddizioni rispetto alle nostre abitudini ma anche ai nostri regolamenti e alle nostre leggi.

Credo quindi che sarebbe utile essere preparati sulle difficoltà che potrebbero emergere anche per poter agire e ragionare in un'ottica di rispetto della persona, della sua tradizione e della sua cultura oltre che di rispetto umano. Per questo chiedo al professor Tavani, se gli è possibile, di far pervenire alla Commissione una relazione più ampia relativamente alle tematiche sollevate oggi in modo da poterle poi affrontare in modo più completo di quanto non si possa fare questa mattina.

Mi colpisce, rispetto all'abituale attività di ricevimento delle donne che devono partorire, che la questione venga posta in un'ottica che mette in evidenza l'incapacità di fornire informazioni e di inquadrare la storia preparto della donna in questione e in secondo luogo che non vi sia nessun elemento di collegamento tra la gravidanza e il momento del parto. Non vi è una figura come quella che prima, negli anni in cui questa struttura era in auge, poteva essere individuata nel consultorio. Oggi molti consultori, purtroppo, sono limitati e non vi è stata alcuna ulteriore riflessione riguardo i cambiamenti verificatisi sull'attività di questo servizio. Nella relazione del professore non ho sentito neppure parlare del medico di medicina generale, che potrebbe essere una figura di collegamento. Se non ho capito male, quindi, di fatto, non esiste una figura di collegamento.

Domando se non si ponga la necessità, anche come servizio sanitario nazionale, di ragionare su quale debba essere la figura di collegamento che segue la donna durante la gravidanza, al momento del parto (indipendentemente dal fatto che sia poi la figura operativa durante il parto) e,

successivamente, nel dopo parto, considerate tutte le situazioni che spesso si determinano in questa fase e di cui non abbiamo parlato. La figura di collegamento, dunque, risulta utile anche alla luce del fatto che si pongono problemi di disinformazione, sia per le donne, dal punto di vista dei loro diritti, sia per la struttura che le riceve, dal punto di vista medico-sanitario in merito alla fase della gravidanza, il che può evidentemente comportare gravi problemi anche dal punto di vista della sicurezza durante il parto.

Desidero, inoltre, approfondire un altro aspetto. Lei parlava delle richieste di parto senza dolore, su cui ho una mia convinzione. Credo sia utile per tutti riconoscere che l'idea di dolore nella nostra società è molto cambiata. Ad esempio, nessuno toglierebbe o curerebbe più un dente senza anestesia; non si capisce perché un dolore importante come quello del parto, invece, debba continuare ad essere accettato come una cosa naturale, a cui si dedica un'attenzione marginale, visti anche gli esiti di tutte le audizioni svolte dalla Commissione sulla questione del parto indolore e sull'epidurale.

Mi convinco sempre di più che sarebbe necessario un dibattito vero su tale questione. Il discorso interessa anche una serie di tabù e pregiudizi, in base ai quali l'epidurale potrebbe creare rischi per la madre o per il bambino, non funzionerebbe, non ci sarebbero molti medici in grado di praticarla e quindi sarebbe pericolosa. È possibile chiarire una volta per tutte questa questione, al di là dei pregiudizi e delle consuetudini?

Lei ha citato il parto in acqua e il parto a domicilio. Essendo lombarda, ne ho sentito parlare quando vivevo in Lombardia, ma non ne abbiamo quasi mai parlato durante le nostre audizioni; invece sarebbe utile conoscere l'entità di questo fenomeno, almeno rispetto ad alcune realtà, ossia se si tratti di pratiche estremamente di nicchia o se, in effetti, vi è stato un certo sviluppo. Per il parto in acqua ho presente la struttura ospedaliera di Sesto San Giovanni, che assiste oltre 1200 parti, nella quale il parto in acqua funziona ormai da anni e non mi pare che abbia comportato problemi.

Con riferimento alle metodiche del parto, sarebbe forse utile ricevere ulteriori elementi di conoscenza, anche rispetto ai giudizi che lei ha espresso, la cui successiva analisi può rivelarsi di estremo interesse. Anche su tali questioni, infatti, è forse utile un ulteriore approfondimento e le chiedo se vi siano elementi che ci possono aiutare in questo senso.

GRANAIOLA (PD). Signor Presidente, mi interessa tornare sul tema dell'umanizzazione del parto, che a mio parere, dopo la sicurezza, è il secondo diritto fondamentale della donna.

Mi ha molto stupito quello che lei ha detto riguardo al parto in acqua. Abito vicino Fiesole, in provincia di Firenze, dove vi è una realtà ben attrezzata in tal senso. Mi è sembrata una meravigliosa opportunità e mi piacerebbe comprendere meglio la pericolosità di tale pratica e focalizzare il discorso che lei ci ha rappresentato riguardo alla formazione del personale. Non ho capito se, per quanto riguarda la corretta informazione della



donna, le resistenze alla formazione riguardano solo il personale medico o se il discorso coinvolge anche le infermiere. Mi sembra una carenza molto pesante.

PRESIDENTE. Mi permetto anch'io di aggiungere qualche parola. La relazione del professor Tavani (che è stata eseguita nei tempi richiesti per tutte le audizioni) ha suscitato interesse con riferimento a molti problemi, pertanto vorrei associarmi alla richiesta formulata dalla senatrice Bassoli di produrre una relazione scritta, in particolare con riferimento alle questioni sulle quali non possa rispondere in questa sede, magari approfondendo certi temi che, secondo me, hanno suscitato maggior interesse e curiosità, dal momento che hanno aperto uno spaccato che la Commissione, nel corso dell'indagine conoscitiva, non aveva mai affrontato.

All'origine dell'indagine conoscitiva ci sono i fatti noti e le relative gravi conseguenze, che hanno allarmato tutta Italia, riguardo ad alcuni fenomeni avvenuti nell'agosto dello scorso anno in sala parto (come liti, carenze organizzative e logistiche), che hanno focalizzato l'attenzione sui modi in cui è tradizionalmente intesa la sicurezza e l'organizzazione ordinaria delle strutture. Ciò ha inizialmente portato a individuare un rimedio nella concentrazione dei parti in poche strutture e nella produzione da parte della Commissione di alcune linee scientifiche, magari con qualche spunto particolare, con riferimento al diritto all'autodeterminazione della donna, che può implicare anche il parto a domicilio o in acqua.

Ho molto apprezzato il modo con cui il professor Tavani ha prospettato lo scenario delle conseguenze che deriverebbero da tali pratiche. Credo che egli non abbia elencato le problematiche in maniera sterile, dal momento che dietro di esse si aprono contenziosi infiniti, che riguardano non solo la sicurezza al momento del parto, ma anche tutte le conseguenze sul piano della sicurezza decisionale e della serenità nelle scelte professionali.

Il professor Tavani ha posto l'accento su situazioni che pensavamo appartenere ormai ad una mentalità del passato, come una madre che non si vuole far riconoscere. Per l'opinione pubblica ormai la coppia al di fuori del matrimonio rappresenta una situazione normale, mentre occorre invece tenere in considerazione anche prospettive diverse. Vi sono, inoltre, le problematiche relative al parto rituale o al mediatore culturale.

Lo spaccato che ci è stato offerto sollecita una riflessione sul tema della sicurezza per quanto riguarda non solo le situazioni ordinarie, ma anche tutte le circostanze particolari, che il professor Tavani ha sottolineato, come, ad esempio, il parto domiciliare e il parto in acqua, che già è praticato nella Provincia di Varese, dove tra l'altro quest'anno vi è stato un *boom* di nascite.

Ci dobbiamo dedicare alla sicurezza, consentendo una tutela a fronte delle molteplici possibili richieste. Ma come si deve attrezzare un sistema pubblico che deve garantire ordinariamente una buona assistenza per tutti? Risulta, infatti, particolarmente problematico garantire l'assistenza nel-

l'ambito di una vasta articolazione di scelte, quando già si incontrano differenze nell'ambito della tradizione tra grande e piccolo punto nascita. In problema è individuare il modello di riferimento.

Sul tema del consenso informato, penso che il professor Tavani, parlando del medico di riferimento, volesse intendere che, quasi sempre al giorno d'oggi, una donna che entra in un ospedale è seguita particolarmente da un suo ginecologo. Ciò, però, spesso crea anche problemi e non solo soluzioni. Magari la donna è meglio informata di altre, ma si pone il problema di rispettare l'alleanza terapeutica stretta in maniera individuale nell'ambito delle scelte successive. A questo proposito, dal punto di vista medico, si apre una delle più importanti questioni di base: quale deve essere la gerarchia decisionale nell'ambito di un sistema pubblico? Ad esempio, nel caso di un'*equipe* operatoria, una eventuale scelta spetta semplicemente al turnista sul quale graverebbe quindi un onere di diritto-dovere oppure si deve rispettare l'anzianità nel caso in cui fossero di turno due medici? Deve prevalere l'alleanza terapeutica che la donna ha con il suo medico o l'anzianità gerarchica e il grado?

Inoltre, un altro aspetto del quale non si parla ma che il professor Tavani conosce molto bene riguarda le modalità di analisi delle cause degli eventi spiacevoli. Infatti se da un lato appare chiaro che la negligenza o l'imperizia sono facili da analizzare, mi chiedo come vanno esaminati quei casi in cui il nesso causale è dipeso da questioni organizzative non dominabili e per i quali si fanno risalire le responsabilità in base all'ordine gerarchico.

*TAVANI.* Per prima cosa vorrei precisare che è assolutamente pacifico che il parto domiciliare e il parto in acqua sono ancora a livello di nicchia. Il problema, però, è che per garantire l'assistenza a questa tipologia di parto bisogna avere un'organizzazione straordinaria. Nella nostra zona abbiamo un solo centro in grado di garantire la possibilità di fare il parto in acqua che richiede tutta una serie di strutture e di capacità non proprio trascurabili. Per questo se la donna interessata si presenta al punto nascita giusto potrà fare il parto in acqua ma se arriva a Varese e dice di voler fare il parto in acqua noi ci troviamo completamente spiazzati perché abbiamo un solo centro con una piscina idonea e con tutti i servizi connessi.

Per quanto riguarda il problema del parto domiciliare la richiesta è ondivaga. Infatti quando in televisione passano una trasmissione nella quale uno psicologo, uno psichiatra o un'ostetrica dicono che bisogna ritornare al parto in casa perché è il modo ideale per partorire noi registriamo subito un'impennata nelle richieste che poi magari si esaurisce nel giro di un mese perché si tratta di una moda.

Per quanto riguarda i parti tradizionali e i parti rituali, è una questione di organizzazione interna. A livello obitoriale, per esempio, noi abbiamo una differenziazione tra le sale di commiato per cattolici e quelle dedicate ad altre religioni.

Allo stesso modo, oggi come oggi, ritengo che non sia pensabile che in un ospedale non vi sia una persona che parli almeno inglese e francese, un traduttore o un mediatore culturale, così come non è possibile che un medico che opera nei punti nascita, come anche l'ostetrica e tutta la loro *equipe*, non si occupino minimamente di sapere come si partorisce all'estero, in altre grandi realtà. A mio modo di vedere e per rispetto dei diritti dei migranti, il personale sanitario in questione dovrebbe essere in grado di assistere una donna anche seguendo le ritualità e la tradizione tipica della sua etnia. Il problema è che il medico dovrebbe sforzarsi e invece, almeno per quanto riguarda la realtà che conosco direttamente che è quella del Nord Ovest, vi posso garantire che ai medici non interessa l'informazione e che tendono assolutamente a delegarla perché non sono convinti che il problema del consenso sia reale. Non sono adeguatamente preparati in scienza della comunicazione in sanità e per questo ci troviamo ad affrontare una realtà sotto questo profilo catastrofica. Dobbiamo essere noi a fornire ai medici dei moduli che li costringano, in qualche modo, ad informarsi. Bisognerebbe riflettere sul problema dell'informazione e del consenso. Sarebbe anche meglio fare in modo che sia l'ostetrica, che è molto più qualificata, ad informare le donne, oppure l'infermiera, dato che è a lei che solitamente si rivolgono le pazienti.

Per quanto riguarda quanto detto dal Presidente, noi assistiamo a cose inverosimili come, ad esempio, donne che arrivano in travaglio di parto e che prolungano il travaglio fino a 14-18 ore in attesa che arrivi l'ostetrico che è alle Maldive. Questa è la pura e semplice realtà, e guai se non l'aspettano perché poi possono accadere cose spiacevoli come le risse a voi note.

PRESIDENTE. Che sono alla base della nostra inchiesta.

TAVANI. I problemi sono reali. Personalmente ritengo che con una buona organizzazione e con un direttore sanitario veramente consapevole, che abbia voglia di cambiare le cose, che sappia selezionare il personale, i punti nascita sarebbero l'occasione migliore per dare un'assistenza qualificata alle donne. L'organizzazione, secondo me, è ottima. Le direzioni generali dovrebbero solo impegnarsi e si potrebbero portare avanti progetti estremamente validi.

PRESIDENTE. Ringraziamo il dottor Tavani per il suo intervento. A questo punto aspettiamo la sua relazione scritta, in base alla quale decideremo se inoltrarci nelle tantissime problematiche aperte con il suo intervento. Mi consenta di dire, avendo fatto il ginecologo e il direttore sanitario di un reparto, che credo che una direzione sanitaria possa fare moltissimo ma la maggiore difficoltà sta nell'articolare più modelli: si può articolare il modello rispettoso della sicurezza di tutti ma è molto difficile renderlo compatibile con le mille sfaccettature delle richieste individuali.

Comunque, come ha detto la collega Bassoli, ritengo che alcuni problemi siano ineludibili, come l'analgesia al parto che è un macroproblema.

Alcune altre scelte, invece, individualmente sono più che corrette ma concorrono poi a creare una notevole difficoltà organizzativa e formativa. Non possiamo improvvisare perché – perdonatemi un paragone assurdo – se possiamo garantire un piatto unico igienicamente sicuro dal punto di vista alimentare, nel momento in cui dobbiamo fornire un menù con 2000 portate probabilmente non siamo in grado, in termini economici e personali, di garantire lo stesso livello di sicurezza. Siamo d'accordo, comunque, che l'offerta iniziale possa prevedere più sale, una determinata temperatura e quant'altro.

*TAVANI.* Signor Presidente, a proposito della partoanalgesia e della scelta tra parto naturale o taglio cesareo, vorrei aggiungere che da noi tale problema non esiste. Non ricordo, infatti, che negli ultimi cinque anni sia mai sorto alcun problema interno di consulenza relativa a questo. Evidentemente è stato raggiunto un bilanciamento tra le richieste e i rischi da analgesia che in realtà sono veramente eccezionali.

*PRESIDENTE.* Voglio ricordare alla Commissione che in una precedente indagine conoscitiva svolta sulle modalità del parto avevamo preso in esame il punto nascita dell'azienda sanitaria di Varese e che in tale realtà la parto analgesia si collocava già oltre il 30 per cento, cioè a livelli molto più alti della media nazionale. Inoltre, tale struttura prevedeva la possibilità del parto in casa e del parto in acqua.

Prima di passare al secondo intervento preannuncio che, dati i tempi ristretti dei nostri lavori nonché l'interesse suscitato dalla relazione del dottor Tavani, temo che sarà possibile solo ascoltare la relazione del dottor Buccelli. Rimanderemo quindi ad una fase successiva le eventuali domande e la replica.

*BUCCELLI.* Signor Presidente, intendo focalizzare l'attenzione sulle eventuali divergenze tra la volontà della donna di essere sottoposta a un taglio cesareo e l'orientamento del sanitario a praticarlo. Mi pare, infatti, di aver capito che fosse questa la richiesta della Commissione.

Mi sono interessato personalmente di questo argomento, dal punto di vista sia scientifico, sia pratico. Ho anche prodotto due contributi scientifici, che posso depositare agli atti della Commissione. Si tratta effettivamente di un problema, registrato soprattutto in Italia meridionale e, in particolare, in Campania, che detiene un triste primato, quello di avere la più alta percentuale di parti cesarei, raggiungendo, con stime recenti anche se non aggiornatissime, il 54 per cento. Questo significa che ogni dieci donne, quasi sei partoriscono sul tavolo operatorio. È un fenomeno problematico e intollerabile, ben lontano dalla media nazionale – che, come sapete, è al di sotto del 35 per cento – e molto lontano dal *gold standard*, che l'Organizzazione mondiale della sanità ha individuato intorno al 15 per cento.

In Italia si verificano momenti critici di contrapposizione tra la volontà di una donna, che chiede un taglio cesareo al di fuori delle indica-

zioni mediche, e l'opinione di un sanitario ostetrico, che invece ritiene di non dover aderire a questa richiesta, perché non ne sussistono le indicazioni.

Il ricorso al taglio cesareo al di fuori delle indicazioni mediche è riconducibile a due pulsioni diverse: in un primo caso, la donna ha paura o si pone addirittura in una posizione di protezione nei confronti del prodotto del concepimento, perché è terrorizzata da quello che sente continuamente dai mass media e dalla stampa, che enfatizzano la possibilità di gravissime patologie per un approccio non di tipo chirurgico al parto.

Nel secondo caso, si tratta di medicina difensiva che, come sapete, è un fenomeno molto negativo, ma che sta diventando estremamente florido. Il medico, infatti, cerca di rifugiarsi in tutte le situazioni in cui si ritiene meno esposto. Sicuramente, poiché di fronte alle paralisi cerebrali infantili e alle distocie di spalle si accusa costantemente il medico di non aver fatto il cesareo, egli cerca di prevenire questo tipo di addebito, che diventa penalistico e civilistico, ricorrendo al taglio cesareo. Occorre, comunque, precisare che vi è una letteratura medica che dimostra che ci può essere la distocia di spalla anche con il cesareo.

Nei casi in cui la donna chieda il taglio cesareo al di fuori dell'indicazione medica e il medico non voglia acconsentire vi è uno scontro tra due valori: il diritto all'autodeterminazione della donna, sicuramente riconosciuto (non devo sottolinearlo in questa sede), e il diritto del medico, non solo deontologico, ma anche riconosciuto dalla magistratura, a operare secondo i propri convincimenti scientifici e la propria sensibilità di carattere etico e professionale.

Tre sono i parametri da prendere in considerazione. Il primo è la capacità decisionale della donna; il secondo è l'effettiva sussistenza dell'indicazione al cesareo; il terzo riguarda la fase del parto, ossia la vicinanza al momento del parto, in cui viene a prospettarsi questa richiesta.

A seconda della composita e diversa prospettazione di questi tre elementi si determinano situazioni fondamentalmente diverse, che, a mio avviso, trovano legittimamente soluzioni diverse. Una donna può, da una parte, chiedere un parto cesareo in assenza dell'indicazione medica, ma può essere anche l'inverso, ossia può rifiutare un cesareo in presenza di indicazioni. Ci sono stati casi di questo tipo e addirittura il Comitato nazionale per la bioetica si è occupato di questo.

Nella prima ipotesi, quando non ricorrono le indicazioni per il cesareo, ma la donna lo chiede ugualmente, in base al terzo parametro, se ci troviamo in una fase in cui non c'è un'urgenza indifferibile, allora, non prospettandosi il pericolo di un immediato nocumento per la donna, può tranquillamente prevalere il criterio della dignità professionale del medico e del perseguimento degli obiettivi più consoni alla tutela della salute della donna e il cesareo può essere rifiutato. Non dimentichiamo che un parto per via addominale è l'ultima spiaggia e non deve essere un'opzione da poco, perché espone a un rischio maggiore (fino a dieci volte, come è stato sottolineato) rispetto al parto per via vaginale, per diverse cause che non mi soffermo ad elencare, e incrementa la probabilità di successivi ce-

sarei nella donna, che con il passare del tempo non avrà più la possibilità di parti naturali.

Se, invece, ci troviamo in una situazione di urgenza, tanto più se indifferibile, in cui non è più possibile prospettare l'affidamento della donna a un altro sanitario, che eventualmente la pensi diversamente, a quel punto credo che la potestà del medico non possa spingersi fino a costringere la donna, quando non vi siano pericoli per il feto, a sottoporsi con violenza e con scarsa capacità collaborativa e convinzione a un parto naturale. Una donna che richieda un cesareo, pur al di fuori delle indicazioni, in un momento in cui non è possibile, perché vi è un'urgenza indifferibile, affidarla a un sanitario che la pensi diversamente, deve essere rispettata in questo suo orientamento.

All'opposto, la donna che rifiuti il cesareo di fronte a una indicazione medica precisa pone in discussione l'altro aspetto, che è quello della doverosità di tutela del prodotto del concepimento che porta nel grembo. In quel caso si dovrà procedere a un bilanciamento di interessi. Sicuramente, il diritto alla salute della donna, esercitabile attraverso il suo diritto all'autodeterminazione, non può prevaricare il diritto alla vita del nascituro. In questo caso non si meravigli nessuno che, pur in quest'epoca in cui si afferma e si riconosce l'autodeterminazione della donna, non si possa accettare l'orientamento a non sottoporsi al taglio cesareo, naturalmente sempre che il parto naturale comporti il rischio di un grave, concretamente prevedibile, pregiudizio per il feto.

Su questo aspetto si è espresso anche il Comitato nazionale per la bioetica; non è, quindi, solo il mio orientamento, ma è il frutto di una riflessione di grande rilievo su argomenti di carattere etico, che questo organismo è ormai allenato a dare al Governo.

Un ulteriore approfondimento degli argomenti affrontati è contenuto nei due lavori che consegno agli atti della Commissione.

**PRESIDENTE.** La ringraziamo sia per i contributi che ci consegnerà, sia per gli argomenti che, pur nella sintesi, ha esaurientemente illustrato. Non abbiamo in questo momento quesiti specifici da porle, quindi analizzeremo il materiale che depositato e, ove ritenessimo necessari ulteriori approfondimenti, la convocheremo di nuovo.

Mi permetto ancora di aggiungere che il suo intervento e quello del professor Tavani hanno evidenziato un aspetto, che per la verità mi sembra importante. Per quanto riguarda il consenso informato, soprattutto ai fini del cesareo e della partoanalgesia, occorrerebbe capire se è possibile definire un arco temporale in cui proporre questi interventi. Immagino tutti i casi – e sono tanti – di estrema emergenza in cui la decisione non può che essere immediata e diretta: quale spazio di tempo c'è, anche per una persona perfettamente preparata dal punto di vista dell'eloquio e della comprensione, affinché capisca e assuma una conseguente decisione consapevole e matura?

Immagino che in tale contingenza, se una persona arriva a dilatazione completa in sala parto, il medico non abbia il tempo per spiegare a questa

persona cos'è la parto analgesia, quali rischi comporta e quali convenienze e vantaggi. Mi pare opportuno definire il momento in cui è possibile informare rispetto al momento dell'emergenza.

*TAVANI.* Signor Presidente, volevo semplicemente aggiungere che una donna, durante la gravidanza, ha tutto il tempo di informarsi adeguatamente proprio su questo, cioè che all'ultimo momento può cambiare tutto. Il problema è a monte: tale donna dovrebbe essere informata adeguatamente su tutto quello che le può accadere al momento del parto. Questo, di fatto, oggi non accade.

*BUCCELLI.* Nella preoccupazione di mantenermi nei tempi non ho sottolineato ciò che ha opportunamente detto il professor Tavani: l'informazione forse non è una soluzione ma sicuramente è un elemento fondamentale per modulare gli aspetti di questo problema, a parte i casi in cui l'incontro tra medico e paziente avviene all'ultimo momento. Se si ha lo spazio per un colloquio sicuramente le situazioni di criticità e di contrapposizione potrebbero essere smorzate con un'informazione che sia la più leale possibile e che riesca a convincere proprio sulla base della prospettazione di tutti gli aspetti del parto, positivi o negativi.

*PRESIDENTE.* Apprezzate le circostanze, ringraziamo il professor Buccelli e il professor Tavani per essere intervenuti e per averci fornito la loro consulenza.

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

*I lavori terminano alle ore 9,30.*

