



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 17

*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"

302<sup>a</sup> seduta: giovedì 19 gennaio 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI,  
indi del vice presidente BOSONE

**INDICE****Audizione di esperti**

PRESIDENTE:		
- BOSONE.....	Pag. 14	
* - TOMASSINI.....	3, 4, 6	
BIONDELLI (PD).....	8	
GRANAIOLA (PD).....	8	
GUSTAVINO (UDC-SVP-AUT:UV-MA- IE-VN-MRE-PLI-PSI).....	3, 9	
		VALENSISE.....Pag. 4, 9, 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-Forza del Sud: CN-Io Sud-FS; Italia dei Valori: IdV; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Il Popolo della Libertà: PdL; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Unione Valdôtaine, Maie, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MA-IE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem

*Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Herbert Valensise, segretario della Società italiana di ginecologia e ostetricia (SIGO).*

### **Presidenza del presidente TOMASSINI**

*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: «NASCE-RE SICURI», sospesa nella seduta del 17 gennaio scorso.

Comunico che ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta la trasmissione audiovisiva a circuito chiuso e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, così resta stabilito.

È oggi in programma l'audizione del professor Herbert Valensise, segretario della Società italiana di ginecologia e ostetricia (SIGO), che abbiamo il piacere e l'onore di avere oggi qui con noi.

Prima della relazione del professor Valensise, che ringraziamo per aver accolto il nostro invito, cedo la parola al senatore Gustavino, che ha chiesto di intervenire.

**GUSTAVINO (UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI).** Signor Presidente, mi scuso per l'irritualità della richiesta, ma in occasione della nostra ultima seduta mi è mancata la prontezza di chiederle la parola per esprimere una personale sensazione, che vorrei però rimanesse agli atti.

Ho infatti avuto la percezione che, dall'audizione del professor Marchi e della professoressa Acanfora del 17 gennaio scorso, venisse fuori un'immagine delle nostre sale parto che, a mio avviso, contraddice non soltanto quella che è la mia personale esperienza, ma anche i dati della letteratura scientifica mondiale.

Se è vero, infatti che nelle sale parto italiane vi possono essere problemi, non è da annoverare certamente tra questi quello della sicurezza, come risulta peraltro anche dal fatto che l'Italia si pone ai primi posti per quanto attiene ai bassi indici di mortalità infantile.

Devo dire, poi, che ho trovato difficili da accettare, in un contesto che voleva essere squisitamente scientifico, le deduzioni che abbiamo ascoltato nella richiamata audizione, anche con riferimento a manovre che vengono fatte all'interno delle sale parto e che non trovano riscontro nella letteratura mondiale. Sento quindi il dovere di lasciare a verbale questo mio sentire, non già per spezzare una generica lancia a favore di un sistema, ma per richiamare l'opportunità che, nel prosieguo dell'indagine conoscitiva, siano interpellati dalla Commissione esperti ed operatori che siano davvero in grado di rappresentare un contributo di qualità scientifica. Affermazioni del tipo: «Quasi mi vergogno di essere stato 20 anni in sala parto», personalmente mi feriscono. Ci tenevo quindi a dire che sono orgoglioso di lavorare ancora oggi all'interno delle sale parto italiane.

**PRESIDENTE.** Senatore Gustavino, certo che il suo mancato intervento in occasione della precedente audizione sia da ricondurre all'andamento stesso dei lavori della Commissione, la ringrazio per le sue parole, tra l'altro particolarmente apprezzabili anche in ragione della sua esperienza professionale. Ci tengo a dirle che quanto è stato da lei sottolineato sarà senz'altro utile nel prosieguo della procedura informativa in titolo, anche per orientare le analisi dei relatori.

Cedo quindi la parola al professor Valensise per lo svolgimento della sua relazione.

**VALENSISE.** Signor Presidente, ringrazio innanzitutto la Commissione per aver voluto ascoltare la voce della Società italiana di ginecologia e ostetricia (SIGO), che raccoglie i circa 6.000 ginecologi italiani in due società confederate, l'AOGOI (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani) e l'AGUI (Associazione Ginecologi Universitari Italiani), due società.

Per quanto riguarda la questione della riorganizzazione dei punti nascita, la posizione che sta portando avanti il nuovo direttivo, che si è insediato lo scorso anno, è molto chiara. Mutuando uno *slogan* che appare spesso sui nostri *media* e che invita i consumatori ad acquistare prodotti a chilometri zero, provenienti cioè da territori vicini, potremmo dire che la SIGO non vuole un ospedale a chilometri zero, se quella struttura non è efficiente.

Per quanto ci riguarda, noi vogliamo che le sale parto siano concentrate presso strutture efficienti, il che vuol dire avere la forza di chiudere gli ospedali più piccoli presenti sul territorio, quelli cioè in cui ci sono meno di 500 parti all'anno. Si è visto, infatti, che proprio nelle strutture più piccole non si riescono a garantire i livelli minimi di efficienza e di guardia attiva in sala parto, così come non si riesce a garantire il numero minimo di anestesisti presenti nel corso delle ventiquattr'ore, con una tendenza quindi, anche involontaria, ad organizzare una nascita diversa da quella naturale, una tendenza cioè a fare cesarei prima delle ferie estive e delle festività natalizie, adattando così l'assistenza, non all'esigenza della donna, ma a quella del personale.

Sicuramente per fare un'operazione di questo tipo ci vuole coraggio ed è difficile da un punto di vista politico: ci sono infatti spesso resistenze locali molto forti, anche perché ognuno ritiene che il proprio ospedale sia un punto d'onore. Le istituzioni dovrebbero avere però la forza di riconvertire le strutture più piccole ed inefficienti, ricollocando il personale in strutture più adeguate, in cui - questa sarebbe la cosa ottimale - vi siano almeno 1.000-1.500 parti all'anno, con una presenza garantita nell'arco delle ventiquattr'ore di un ginecologo di guardia attiva e di un medico anestesista per la parto-analgesia, così da assicurare il percorso migliore per la donna.

Un cambiamento dal punto di vista culturale non può non coinvolgere anche un cambiamento sotto il profilo organizzativo: ci siamo resi conto che il nostro lavoro a livello culturale, attraverso il riadattamento della didattica dei medici, con l'organizzazione di corsi di simulazione o di corsi a distanza, non può non tener conto delle carenze strutturali che a volte sono presenti in alcuni ospedali. Accade così spesso che la volontà del medico e del sanitario e la maggiore dedizione possibile si scontrano con difficoltà strutturali insormontabili, fondamentalmente di ordine economico, con l'incapacità di poter adeguatamente gestire questo tipo di organizzazione per l'impossibilità di procedere a nuove assunzioni o di sostituire il personale che va in pensione.

La SIGO lancia dunque un accorato grido di dolore: dobbiamo porre nuovamente il ginecologo e la struttura in cui lavora al centro del percorso travaglio-parto, e questo non può essere sganciato dal contatto con il territorio, che svolge un ruolo fondamentale, perché è a livello territoriale che occorre individuare eventuali fattori di rischio e, a seconda delle situazioni, decidere di mandare a partorire le pazienti in certe strutture rispetto ad altre.

Oggi abbiamo ancora realtà sganciate tra loro ed il medico che lavora sul territorio si sente spesso di «serie B» rispetto al medico ospedaliero universitario, ma così non è. Soltanto creando dei presupposti

che consentano un percorso di avvicinamento e di consuetudine tra territorio ed ospedale, garantendo magari la possibilità di accompagnare la paziente in sala parto nel corso del travaglio, si può rafforzare questo legame importante con il territorio.

La SIGO sta già lavorando in questo senso e i ginecologi territoriali sono inseriti all'interno del percorso che noi organizziamo, anche attraverso la partecipazione alla didattica e ai congressi.

La nostra richiesta è dunque quella di porre dal punto di vista culturale al centro del progetto il ginecologo e le ostetriche, fondamentali ed essenziali cinture di collegamento tra la madre e la sala parto, senza perdere di vista il problema strutturale, altrimenti si rischia solo di parlare di qualcosa e poi non può essere trasferita nella realtà.

Da ultimo, nei pochi minuti che ho a disposizione, vorrei ricordare come il problema del percorso travaglio-parto e della riorganizzazione dei centri nascita non può essere disgiunto dal problema del contenzioso medico-legale. Oggi abbiamo una situazione per cui i colleghi ginecologi che lavorano in sala parto devono pagare premi assicurativi elevati, pari a circa la metà del loro stipendio annuo. Questo incremento della richiesta di premi assicurativi ha un effetto devastante sulla psicologia del sanitario che, quando si trova ad operare in una condizione di rischio, sceglie la strada più semplice. Uno dei motivi reali per i quali non si riesce a ridurre il ricorso al parto cesareo è da ricondurre proprio alla sottile ansia che pervade il medico che lavora in sala parto.

Noi sappiamo che il presidente Tomassini ha presentato un disegno di legge in materia: speriamo che questo possa fare da volano per risolvere questo problema. In caso contrario, la riorganizzazione del percorso travaglio-parto sarà sempre zavorrata da questo enorme problema, che incide sul lavoro del ginecologo che ogni giorno opera in sala parto.

**PRESIDENTE.** Professor Valensise, diversamente dal solito intervengo prima dei colleghi senatori sia perché a breve sarò costretto ad assentarmi sia per riportare le richieste di una delle relatrici che non ha potuto essere presente alla riunione odierna. Spero che potrà approfondire nella sua replica le tematiche che verranno sollevate, o magari potrà mandarci una valutazione scritta.

In primo luogo vorrei sollevare il tema del contenzioso medico legale, o *malpractice* che io ritengo molto importante, anche perché è all'origine di questa indagine conoscitiva, che è stato affrontato anche da altre Commissioni. Vorrei inoltre che approfondisse la sua relazione relativamente alle tematiche che più di tutte le altre contraddistinguono gli eventi sfavorevoli che si verificano in sala parto: non si tratta quasi mai di un problema di colpa grave per imperizia o per negligenza ma piuttosto

sto di imprudenza laddove l'organizzazione complessiva della struttura e la scelta e la qualità dei collaboratori possono giocare un ruolo determinante. Comunque il problema principale è quello del nesso causale che molto spesso, diciamo così, esaudisce il problema della mancata risposta sociale ad un evento prevedibile. L'evento nascita, infatti, prevede in tutto il mondo una certa percentuale di eventi sfavorevoli inevitabili. A questo proposito, molto spesso, il contenzioso insegue individualmente il personale di assistenza anche nel caso in cui non esista un nesso causale che però viene forzatamente trovato perché il caso in questione suscita una certa impressione e una necessità sociale.

Il secondo criterio è attinente alla professione ed è rappresentato dal rischio usurante che è legato all'età e al modello dei turni.

Infine si deve tenere conto della gerarchia delle decisioni, un tema che abbiamo già affrontato con l'audizione di un medico legale ma sul quale vorremmo conoscere l'opinione dei professionisti. Questo è un argomento molto importante. Infatti, nel campo dell'ostetricia, se da un lato il rapporto di alleanza terapeutica tra la paziente e il professionista che l'assiste è di tipo esclusivo - e secondo me in senso positivo perché è proprio da quell'alleanza che nasce la consapevolezza e il coraggio di rischiare - d'altro canto, al momento delle decisioni, ciò può creare gravi imbarazzi considerando la gerarchia decisionale.

Per quanto riguarda le tematiche care alla relatrice, vorrei conoscere la sua opinione, e quella della SIGO, sulla analgo-analgesia in sala parto. Secondo me si tratta di un giusto diritto che va accompagnato dalla valutazione rischio-beneficio e che deve comunque rimanere nella gamma delle opzioni. Come si può garantire, secondo lei, la libertà di scelta sulla modalità di parto da preferire, considerando anche la necessità di garantire la sicurezza?

A tale proposito aggiungo che i Commissari potranno farsi un'idea diretta della situazione attraverso i sopralluoghi previsti dall'indagine conoscitiva. La settimana scorsa ho ricevuto i dati relativi ad alcuni ospedali dove si riesce a garantire il soddisfacimento del 100 per cento delle richieste di parto-analgesia che rappresentano il 30 per cento circa del totale dei parti. Questo vuol dire che se ci si pone un obiettivo si può anche riuscire a raggiungerlo.

Infine, per quanto riguarda le strutture, personalmente ritengo che non esistano altri livelli di assistenza al parto perché il parto è sicuro solo dopo che è avvenuto, e quindi sostanzialmente esiste solo una situazione di altissimo rischio in cui l'incubatrice naturale - scusate il termine tecnico improprio - va preventivamente affidata ad un centro di alta specializzazione, soprattutto per garantire la sicurezza del nascituro. È altrettanto vero che l'alto livello di assistenza deve essere uguale dap-

pertutto. A questo proposito l'apertura o la chiusura dei piccoli ospedali è un serio problema organizzativo.

Alcune Regioni hanno avuto la possibilità di fare la scelta del multipresidio e sono riuscite a raggiungere un buon equilibrio fra le strutture, fermo restando che se non si raggiunge un numero minimo di parti, la struttura in questione diventa insicura, antieconomica e poco produttiva.

BIONDELLI (*PD*). Signor Presidente, ringrazio il professor Valensise per la sua relazione. Sicuramente anch'io mi sentirei molto più sicura in un ospedale che fa più di mille parti all'anno. È vero che esistono alcuni politici che difendono un certo ospedale per motivi non proprio nobili, però è anche vero che in alcune realtà gli ospedali locali vengono difesi per motivazioni reali.

Per esempio, la riorganizzazione del piano sanitario piemontese ha incontrato diversi problemi per la zona di Domodossola dove si trovano diversi paesini e dunque, una volta chiusi i piccoli ospedali che fanno 5-600 parti all'anno, non si sa dove far partorire le donne che vengono smistate sul territorio in ospedali come quello di Novara. Dunque, pur essendo d'accordo con quanto diceva prima il professore - dato che anch'io mi sentirei molto più sicura in un ospedale dove si fanno più di 1500 parti l'anno - non posso non sollevare questo problema: nella riorganizzazione, a volte, non si tiene conto di queste problematiche. Tra l'altro non sto parlando solo della sala parto ma anche dei presidi di pronto soccorso che vengono chiusi e il flusso di pazienti, pur esiguo, viene semplicemente riversato su un altro pronto soccorso. Chi gestisce la riorganizzazione dovrebbe tener conto anche di questi aspetti.

In secondo luogo vorrei conoscere le sue opinioni sul parto indolore.

GRANAIOLA (*PD*). Signor Presidente, anch'io ringrazio il professor Valensise per il suo intervento, anche se nutro alcuni dubbi sul fatto che gli ospedali più piccoli siano meno sicuri di quelli più grandi. A mio parere ha ragione il presidente Tomassini quando dice che si tratta di una questione di organizzazione. Io sono Toscana e so che nella mia regione ci sono anche ospedali piccoli che, oltre ad un buon livello di umanizzazione, possono garantire il contatto con il territorio, quel contatto che lei prima auspicava. Trattandosi di strutture piccole sono facilitate in questo senso. A mio parere si tratta proprio di un problema di organizzazione perché spesso le realtà piccole sono anche molto efficienti.

Mi preoccupa invece il problema, sollevato anche in precedenti audizioni, dell'ansia del ginecologo. Mi preoccupa soprattutto perché si



tratta di un discorso ricorrente. In effetti accade forse per tutte le questioni legate alla gerarchia delle decisioni.

Credo che questo sarebbe però davvero un problema da superare, vuoi anche con percorsi formativi e legislativi adeguati. Ritengo quindi che su questo fronte dovremo lavorare.

GUSTAVINO (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI*). Signor Presidente, ringrazio molto il professor Valensise, perché credo che in pochi minuti sia riuscito a descrivere, con grande lucidità e forse anche con grande onestà intellettuale, quella che è la situazione attuale.

Vorrei riprendere soprattutto il tema, che è stato richiamato anche adesso dalla collega Granaiola, del contenzioso medico-legale e del tasso di ansia del ginecologo e dell'ostetrica in sala parto. Intuisco personalmente un pericolo e vorrei sapere se il professor Valensise è d'accordo con me: mentre noi discutiamo di questo problema con i nostri tempi, che sono giustamente dettati dalla necessità di un'attenta meditazione, nella società le cose continuano a fluire per cui, alla fine, ci si tutela come si può, scegliendo il rischio minore, il che non sempre corrisponde a ciò che effettivamente serve. Non è solo un discorso di ansia da preparazione, ma da risultato, perché l'obiettivo finale è andare a casa tutti sereni, madre, figlio e ginecologo.

Dall'altro lato, non vorrei poi che la lunga meditazione su come risolvere il problema e il ritardo nell'intervento inducessero a ridurre l'attenzione per la professione ostetrica, il che a mio avviso in tempi medio-lunghi potrebbe comportare qualche altro tipo di problema.

VALENSISE. Signor Presidente, c'è per la verità un punto essenziale da cui dobbiamo partire per capire come il nostro lavoro non possa essere disgiunto dalla realtà in cui operiamo. La donna che viene a partorire non accetta infatti un evento avverso: così, mentre se uno ha infarto o un tumore e va in ospedale sa che c'è la possibilità che possa verificarsi un evento avverso, la donna che va a partorire deve tornare a casa sana con il bambino. Questa è l'idea che la popolazione ha del nostro lavoro, idea che si scontra però con una realtà che non sempre è questa.

Gli stessi *media* che diffondono notizie circa le capacità di sopravvivenza dei bambini prematuri piuttosto che di 5-6 gemelli, o la possibilità di partorire per donne di 60 anni, inducono la popolazione a richiedere un livello di qualità della prestazione sanitaria che non prevede un evento avverso. Questo è il motivo per cui la donna che viene a partorire, nel momento in cui c'è qualcosa che non va, non ritiene che questo faccia parte della normale consuetudine degli eventi, ma che questo sia

esclusivamente da imputare ad una responsabilità professionale dell'*équipe* che l'ha seguita.

I ginecologi lavorano dunque con questo tipo di ansia, essendo chiamati non già a fare il proprio lavoro utilizzando tutti i mezzi possibili, ma a portare sempre a casa il risultato e questo a volte è indipendente dal lavoro, dalla preparazione, dalla formazione del medico, dalla struttura, dovendosi ricondurre unicamente agli eventi che possono verificarsi.

Spero quindi che nella vostra analisi voi teniate conto dell'età delle donne che vengono a partorire, delle modalità con cui la gravidanza è stata raggiunta, nonché del grado di attenzione media che la paziente che arriva in sala parto vuole avere: tutto questo necessita di una modificazione totale rispetto all'approccio che il medico ha nei confronti della paziente. La donna viene a partorire chiedendoci di avere quel bambino in quei nove mesi, perché poi deve tornare a lavorare, senza che sia possibile neppure prospettare l'eventualità che qualcosa possa andare male.

Nell'ambito del contenzioso medico-legale, purtroppo, si assiste a molte richieste di risarcimento danni del tutto temerarie, che non trovano alcun fondamento scientifico dal punto di vista del nesso causale, fomentate spesso da legali che pensano di trovare in questo il loro lavoro: il risultato è un aumento dell'ansia di ginecologi, con effetti in molti casi devastanti.

Spesso sui giornali viene pubblicizzata l'attività di qualche organizzazione che offre prestazioni ed assistenza gratuite per chiunque ritenga di aver subito una *malpractice* o di essere stato trattato male in ospedale. Come pensate che i ginecologi possano lavorare serenamente quando la mattina, sfogliando il giornale, trovano pubblicità di questo tipo, con organizzazioni che possono fargli causa per qualche cosa di cui non sono responsabili? Quale preparazione possono avere per dar conto a soggetti che, di fronte ad un piccolo sanguinamento anomalo, si rivolgono ad un avvocato per chiedere un risarcimento?

Bisogna avere la forza di proteggere da un punto di vista normativo il lavoro dei ginecologi: dobbiamo avere la forza di depenalizzare alcuni eventi, costituendo un fondo di garanzia, un fondo sanitario globale che possa essere attivato di fronte a quegli eventi inattesi che possono verificarsi, perseguendo in ogni caso in maniera assolutamente severa le negligenze, le imperizie e le imprudenze vere e non quelle artificialmente create.

Ritengo quindi che il lavoro della Commissione non possa essere disgiunto dalla realtà vera in cui la popolazione si muove, quella cioè delle richieste di risarcimento. Ricordo che una volta il giudice Santi Licheri, che partecipava alla trasmissione "Forum" - persona tra l'altro

squisita, di grandissima preparazione e cultura - prestò la sua immagine ad un gruppo di banditi che chiedevano un risarcimento ipotetico nel caso in cui qualcosa fosse andato male. Non so che cosa gli sia venuto in mente, dopo anni di specchiato lavoro nel prestarsi a questo tipo di azione, che andava contro professionisti che potevano ipoteticamente trovarsi in una situazione di questo tipo.

Questo è un punto davvero dolente del nostro lavoro su cui mi auguro che in qualche modo voi riusciate a mettere mano concretamente, altrimenti sono tutte parole perché, nel momento in cui il medico si trova di fronte alla donna che deve partorire, non può non tenere conto di tutto quello che ha sulle spalle.

C'è poi il problema dell'informazione della paziente: 20-30 anni fa, quando ho cominciato a fare questo lavoro, la donna in gravidanza si affidava completamente al medico. Oggi la donna si rivolge al ginecologo vantando conoscenze, spesso frammentarie, acquisite su Internet circa il da farsi. Questa è la realtà, che non è fatta di «fate turchine» con la bacchetta magica; così, mentre io che ho lavorato trent'anni so che se c'è una piccola decelerazione del battito del bambino in sala travaglio non vuol dire niente - a meno che non ci siano altre condizioni aggravanti che spingono a fare un cesareo - la donna, che ha letto su Internet o che ha una preparazione superficiale, non tarda molto a dirmi che in quella situazione di sofferenza c'è da fare il cesareo. Noi lavoriamo in questa condizione, con questo tipo di richiesta di sanità di qualità di assistenza.

Quanto poi alle piccole strutture ospedaliere, senatrice Granaiola, lei mi dice che nei piccoli ospedali toscani si lavora con efficienza: è verissimo, ma c'è un punto importante di cui bisogna tener conto, e cioè che alcune forme di patologia ostetrica, che si verificano con un'incidenza percentuale bassissima, sono devastanti.

### **Presidenza del vice presidente BOSONE**

*VALENSISE.* Una sindrome mortale, la sindrome di Hellp che complica la pre-eclampsia, compare nello 0,3-0,8 per cento dei parti. Ciò vuole dire che un ospedale che fa 500 parti l'anno ne vedrà un caso ogni 4 anni. Lei pensa che i medici possano essere preparati ad affrontare una situazione del genere? Io ritengo di no e ritengo che non sia un problema di umanità o di preparazione personale ma di incidenza della patologia che, dal punto di vista della popolazione generale, è talmente tanto bassa

che se non si fanno un certo numero di parti non si avrà mai modo di fare esperienza e di imparare ad identificarla.

Io ho la fortuna di lavorare all'isola Tiberina, qui vicino, dove si fanno circa 4300 parti l'anno. Abbiamo quindi un'incidenza elevata di determinate patologie e per questo, a rotazione, tutti i sanitari hanno avuto occasione di trovarsi di fronte a questo evento. Dunque quando compare un certo sintomo il medico più anziano sa di cosa può trattarsi. Lo stesso evento, trasferito in un ospedale che per arrivare a fare 4.000 parti ci mette quattro o cinque anni ha un'incidenza assolutamente diversa e quindi la prontezza e la capacità di dare una risposta di qualità sarà minore. Questo è il punto essenziale, non è un problema di umanità, di rapporto individuale o di professionalità.

Noi lavoriamo con una patologia insidiosa che a volte lascia tempi di intervento minimi, anche solo di mezz'ora, e se questo tipo di problema non è stato già affrontato non si ha modo di risolverlo e la donna muore. Ovviamente una simile notizia finisce sul giornale e si crea un problema per tutti. Se muore la moglie del farmacista di un Paese in cui c'è un ospedaletto che fa 500 parti all'anno, i sanitari possono fare le valigie e andarsene via perché non potranno più uscire di casa. Questo è il risultato che un simile evento luttuoso ha sulla loro professionalità.

Per quanto riguarda la gerarchia, noi abbiamo un grosso problema: l'equiparazione del lavoro di tutti all'interno dell'ospedale. Voi sapete che noi abbiamo un primo dirigente, il primario, e una serie di altri dirigenti tutti uguali. Una volta avevamo il primario, l'aiuto e gli assistenti che, a catena, si davano una mano a seconda della loro esperienza. Oggi il lavoro dell'ultimo assunto e il lavoro di un aiuto anziano sono equiparati e, allo stesso modo, non si può dire chi è più bravo e chi lo è meno. Quello che è accaduto a Messina ha avuto origine da un contenzioso di questo tipo. Nel nostro ospedale abbiamo ritenuto di ripristinare la gerarchia in sala parto dove c'è un'unica persona responsabile, altrimenti, se la catena di comando prevede che tutti i medici siano uguali, non se ne viene fuori.

Per quanto riguarda il lavoro usurante sono d'accordo ma il nostro non può essere considerato un lavoro usurante. Noi facciamo un lavoro bellissimo che ha una parte faticosa ma anche una parte più tranquilla. L'usura non nasce dal fisico ma dall'essere ogni giorno sotto pressione perché quello che facciamo deve avere sempre un risultato ottimale.

Per quanto riguarda la parto-analgesia io ritengo che quella di fornire alla donna questa possibilità sia una necessità assoluta. Credo sia un problema di dignità della donna quello di poter scegliere se fare o no la parto-analgesia. Personalmente lavoro in una struttura che fa quasi il 90 per cento dei parti in parto-analgesia ma non perché siamo più bra-

vi degli altri: semplicemente è stata coltivata negli anni la cultura della possibilità di fare questo tipo di travaglio e di parto che ha un riflesso immediato sulla qualità di vita della donna e del nascituro, oltre che sulla qualità dell'assistenza. Le donne privilegiano questo ospedale perché sanno che c'è un servizio 24 ore su 24 che lo garantisce. Gli anestesisti si sono formati negli anni per fare questo tipo di lavoro e le ostetriche e i ginecologi che lavorano in sala parto formano un unico *team* che garantisce questa possibilità ed esaudisce l'eventuale richiesta della madre.

In Italia questa organizzazione non raggiunge e non supera il 30-35 per cento delle disponibilità, tra l'altro a macchia di leopardo nel senso che in alcuni posti è garantito e in altri meno. Come sempre, questa diversità nasce dalla cultura delle persone che lavorano. Anche oggi riceviamo «dal territorio» informazioni che dicono che la parto-analgesia fa male, favorisce i tagli cesarei o il ritardo del travaglio di parto. Nulla di più sbagliato e di più falso. Soltanto chi non la conosce, chi non l'ha praticata e non l'ha studiata può dare messaggi negativi di questo tipo. Se voi ci aiutate ad avere la forza per organizzare la diffusione della parto analgesia in tutte le sale parto italiane, raggiungeremmo un grande risultato perché alzeremmo il livello qualitativo dell'assistenza e ridurremmo i problemi dal punto di vista funzionale.

Vorrei soltanto aggiungere un piccolo dato di tipo organizzativo. Una donna in parto analgesia, se deve fare un cesareo d'urgenza, ha bisogno di soli quattro minuti di prolungamento e di estensione del blocco anestesiológico. Per una donna che travaglia normalmente che deve fare un cesareo d'urgenza, e deve fare un'anestesia generale, questo tempo si dilata enormemente, quindi, anche dal punto di vista della sicurezza, la parto-analgesia è fondamentale ma bisogna assumere gli anestesisti e allevarli a questo tipo di lavoro e di cultura altrimenti non riusciamo a garantirla ubiquitariamente. In questo senso si rende necessaria la concentrazione delle risorse in ospedali che facciano almeno tre parti al giorno, cioè 1.000 parti l'anno. Una struttura che faccia meno di tre parti al giorno non può garantire economicamente la presenza di un anestesista che faccia questo tipo di trattamento.

In questo concordo con quanto ha detto la senatrice Biondelli: ci sono delle realtà locali nelle quali la ristrutturazione non può essere fatta sulla carta ma deve tenere conto delle condizioni orografiche, ambientali e delle condizioni di trasferimento e di trasporto di queste pazienti e quindi, in alcune realtà piccole e isolate o magari difficilmente raggiungibili, gli ospedali piccoli vanno assolutamente garantiti e preservati.

Inoltre, la chiusura dei piccoli ospedali deve tenere conto della ricollocazione del personale in ospedali più grandi, altrimenti nei medici potrebbe nascere il timore di perdere il posto di lavoro o di essere

mandati a fare altre cose, e questo non è possibile. Soltanto un lavoro intelligente sul territorio consentirebbe di conoscere le realtà esistenti e di decidere quali strutture chiudere e quali ampliare.

Per quanto riguarda la Toscana, ad esempio, uno dei primi ospedali che recentemente è stato chiuso faceva solo 290 parti l'anno, cioè meno di uno al giorno. I sanitari di questo ospedale hanno scritto alla SIGO ringraziando dello sforzo politico per favorire la chiusura dell'ospedale perché finalmente sono stati ricollocati in un presidio più grande dove possono garantire la loro professionalità invece di stare tutto il giorno fuori dalla porta ad aspettare, dato che nel loro vecchio ospedale partoriva una persona al giorno e nemmeno tutti i giorni.

Quindi dico "no" all'ospedale a chilometri zero a meno che non sia efficiente, soprattutto se non riesce, per quel che riguarda l'ostetricia, a dare una risposta qualitativa in termini di umanità e di parto analgesia ma anche in termini di esperienza e di conoscenza di alcune patologie subdole che hanno un'incidenza molto bassa.

Infine, come sapete, nei prossimi dieci anni si prevede che il numero di medici diminuisca e dunque mancheranno gli specialisti. Gli ortopedici già si lamentano, così come i chirurghi e anche dal punto di vista dell'ostetricia ci sono diversi problemi. Infatti i colleghi che escono dalla scuola di specializzazione non hanno alcun interesse o alcuna voglia di specializzarsi nell'assistenza al travaglio e al parto preferendo attività più remunerative come la diagnostica o una chirurgia di minima elezione e soprattutto di minore rischio. Negli Stati Uniti questo evento si è già verificato. Infatti in alcuni Stati non vi sono medici che assistono al parto e le pazienti devono recarsi nello Stato vicino per cercare assistenza. Siccome noi abbiamo la tendenza a seguire sempre l'esempio americano, questo è lo scenario che si presenta per i prossimi 10 anni. Se invece riusciamo, da un punto di vista normativo, a spezzare questa catena e a ribadire la centralità dell'ostetrica e del ginecologo in sala parto, a proteggerli dal punto di vista medico legale e della cosiddetta lite temeraria, se riusciamo a ristabilire un meccanismo fiduciario tra territorio e sala parto, potremo riportare i medici in sala parto.

Voglio ricordare che da un punto di vista epidemiologico un Paese che non fa figli è destinato al fallimento. Noi dobbiamo fare un lavoro che non sia per noi persone viventi, ma che guardi alle prossime generazioni, al futuro.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il professor Valensise per la relazione svolta e per i chiarimenti che ci ha fornito, con cui ci ha confermato come l'ansia del professionista, connessa all'aumento del rischio di contenzio-

so medico-legale, risulta un fenomeno crescente, che non colpisce solo l'attività dei ginecologi, ma anche molti altri ambiti dell'attività medica.

A questo proposito, voglio ricordare il disegno di legge ampiamente condiviso in materia di responsabilità civile dei medici, su cui la Commissione auspica di poter portare a termine il proprio lavoro nel corso dell'attuale legislatura. L'audizione svolta conferma sicuramente la centralità di tale tema e la necessità di apprestare opportune soluzioni rispetto a un fenomeno quale quello del contenzioso medico-legale che incide sempre più negativamente sull'attività di assistenza da parte del medico.

Comunico che la documentazione consegnata dal professor Valenise, poiché nulla osta, sarà resa disponibile alla pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione.

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

*I lavori terminano alle ore 9.15*