



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 18

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»

303^a seduta: mercoledì 25 gennaio 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

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

* PRESIDENTE	<i>Pag. 3, 10, 12 e passim</i>	* GIOVANNINI	<i>Pag. 3, 11, 12</i>
BASSOLI (PD)	9	* KUSTERMANN	14
* BIANCONI (PdL)	8		
BIONDELLI (PD)	8		
GUSTAVINO (UDC-SVP-AUT:UV-MAIE- VN-MRE-PLI-PSI)	9		

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 dottor Valtere Giovannini, direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi – Firenze, accompagnato dal dottor Giovanni Squarci, addetto stampa della medesima Azienda, e la dottoressa Alessandra Kustermann, direttore dell'Unità operativa di pronto soccorso ostetrico-ginecologico – Fondazione IRCCS Cà Granda dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

I lavori hanno inizio alle ore 14,40.

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 19 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 prevista l'audizione di esperti. Sono presenti il dottor Valtere Giovannini, direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi – Firenze, accompagnato dal dottor Giovanni Squarci, addetto stampa della medesima Azienda, e la dottoressa Alessandra Kustermann, direttore dell'Unità operativa di pronto soccorso ostetrico-ginecologico – Fondazione IRCCS Cà Grande dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Dottor Giovannini, la ringrazio per la sua presenza e le cedo subito la parola.

GIOVANNINI. Signor Presidente, onorevoli senatori, l'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi è inserita in un sistema sanitario regionale che, soprattutto nell'ultimo decennio, ha registrato un successo nella gestione della specificità del percorso nascita di assoluto rilievo nazionale. Gli indicatori che misurano i risultati di qualità di questo percorso (riguardanti la mortalità infantile, quella pre-natale e la gestione della complessità ostetrica) collocano la Toscana tra le Regioni che hanno investito in

questo campo cultura, competenze e legislazione. Ad oggi, nella piena soddisfazione del neonato, vengono ottenuti risultati di assoluto livello.

In questo quadro, Careggi è un'azienda ospedaliera che, ricorrendo ad un gergo tradizionale, potremmo definire di secondo o terzo livello. Io preferisco invece parlare di un'azienda che oggi è in grado di dare un'offerta di competenze e tecnologie professionali e sanitarie a tutela del percorso nascita, con una particolare capacità nell'affrontare temi di altissima complessità.

L'Azienda ha registrato nell'ultimo anno oltre 3.130 parti, con risultati di assoluta importanza. È un'azienda che è per sua natura di alto livello specialistico ed è tendenzialmente, in termini sia spontanei sia di programmazione del servizio sanitario regionale, sede di un'offerta di alta complessità ostetrica. Letta con l'indicatore che l'Organizzazione mondiale della sanità, quindi tutto il mondo, utilizza per verificare la capacità di rispetto della naturalità del parto della donna, la percentuale di parti cesarei sul totale dei parti colloca l'Azienda, con un tasso depurato del 19,4 per cento nel 2010, tra gli ospedali con risultati di assoluto rilievo, ancorché sia sede di risposta e offerta sanitaria, anche per l'alta complessità ostetrica.

Potremmo definire le ragioni per cui siamo arrivati a questo tipo di risultato di qualità e di successo di salute. Ciò è dovuto sostanzialmente ad un'organizzazione del nostro ospedale che ha dedicato al percorso nascita competenze specifiche organizzate, di livello ospedaliero e universitario, al fine di garantire una riproducibilità del sapere, nonché livelli assistenziali assolutamente adeguati per qualsiasi tipo di necessità, problematica o complessità che si presentassero nel nostro ospedale.

Vorrei fare rapidamente una declaratoria descrittiva di come queste competenze sono state organizzate. Siamo un'azienda che, ad oggi, ha due strutture operative complesse di ostetricia e ginecologia, definite unità operative secondo la terminologia di letteratura scientifica del Sistema sanitario nazionale. Abbiamo una struttura complessa di anestesia e, soprattutto, abbiamo dedicato organizzazioni importanti a particolari aree di interesse del percorso nascita: penso alle competenze dedicate alla ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza e alle competenze dedicate esclusivamente alla medicina prenatale e alla neonatologia e terapia intensiva neonatale, che sono un riferimento per la Regione Toscana. Abbiamo un centro di fisiopatologia della riproduzione umana, un centro di accompagnamento alla nascita e un centro di medicina fetale e di diagnosi neonatale.

Tengo inoltre a ricordare il centro per il parto fisiologico – il Centro nascita Margherita –, che rappresenta un'esperienza pilota di livello nazionale ed è ormai presente in letteratura come un riferimento importante. Si tratta di un'intuizione della Regione Toscana e dell'Azienda ospedaliera di Careggi, per diminuire il rischio di una medicalizzazione, che è abbastanza naturale in un sistema ad alta complessità che affronta il parto con un'organizzazione importante di risorse e nel quale è difficile per la donna che presenta un parto fisiologico sottrarsi ad un percorso che inevitabilmente, all'interno dell'ospedale, tende ad essere medicalizzato.

In una visione moderna di ospedale ad intensità di cura, Careggi ha quindi una struttura sanitaria dedicata alla nascita che ha un'organizzazione a responsabilità dirigenziale (credo sia uno dei primi esempi in Italia, anche dal punto di vista della responsabilità professionale). Si tratta di un ambiente organizzato, con competenze sanitarie dedicate in via esclusiva (parlo delle ostetriche e degli operatori socio-sanitari). Le donne, che nel percorso della maternità hanno manifestato un'alta probabilità di avere un parto fisiologico, vengono trattate esclusivamente all'interno di questo centro, con una soddisfazione straordinaria da parte degli utenti. Nell'ultimo anno abbiamo registrato giudizi di gradimento pari a «molto» e «moltissimo» da parte di oltre il 94 per cento delle partorienti che si sono rivolte al Centro Margherita.

Benché abbia una sua morfologia ed autonomia strutturale e logistica, il Centro Margherita è in contiguità con le competenze dell'alta complessità di un grande ospedale che si presenta immediatamente disponibile con un suo reparto di ostetricia e ginecologia di natura disciplinare medica, ma soprattutto ha tutte le competenze disponibili per fare fronte a qualsiasi inaspettata o, comunque, non programmata problematica che possa o debba interessare la donna o il nascituro. Ripeto: è un modello di altissima soddisfazione.

Quest'anno abbiamo registrato oltre 3.130 parti (che ormai caratterizzano il consuntivo storico della potenzialità del nostro ospedale), con una crescita del 18-20 per cento l'anno. Circa 400 di questi parti (pari ad oltre il 14 per cento del totale) avvengono nel Centro Margherita, dove è garantito un percorso di nascita gioioso, naturale, pieno di colori e attenzioni per la donna e per il nascituro, caratterizzato da gesti naturali, in un ambiente rispettosissimo di un evento che è tra i più belli ed attesi dalla donna. Sarebbe interessante vedere questo percorso.

È chiaro che un modello del genere necessita di risorse, in quanto si tratta di un'organizzazione dedicata. Il numero di 400 parti, infatti, rende il Centro una realtà in cui l'ottimizzazione della struttura e delle risorse rende ragione di un modello dedicato, cosa che invece sarebbe difficile con una numerosità inferiore.

Quanto alla gestione del rischio clinico, quest'anno l'Azienda di Careggi ha registrato cinque segnalazioni di rimborso, con una percentuale pari allo 0,01 per cento del totale dell'attività chirurgica svolta in campo ginecologico (riporto questo dato per dare un'idea della rilevanza del fenomeno). Non riscontriamo problematiche dal punto di vista del percorso nascita, almeno relativamente a quest'anno. Ritengo che tutto ciò sia dovuto alla capacità di organizzazione delle competenze e delle tecnologie nei vari ambiti di alta problematicità che il percorso nascita può presentare, anche inaspettatamente. Ogni qualvolta emerge una problematicità, c'è sempre una competenza pronta ad intervenire immediatamente e in grado di risolverla, a differenza di quanto avviene in altre realtà. Infatti, i centri nascita che lavorano sotto i 500 parti l'anno sono privi della numerosità di competenze e di presenze professionali in grado di garantire

un *mix* di alta complessità e fisiologicità del parto tale da assicurare una risposta immediata di aiuto alla donna per qualsiasi evenienza.

Per noi non si tratta di un vanto. Tali numeri – pari, come ho già detto, a oltre 3.130 parti – ci consentono di aggregare competenze dedicate e vocate a specifiche problematiche, che evidentemente sono il valore aggiunto di una grande organizzazione. Questo dovrebbe anche essere un valore del sistema sanitario, nel senso che l'importante è poter utilizzare queste competenze e un sapere che nasce in ambiti specialistici di livello come quelli di un'azienda ospedaliera come Careggi (non so se è già in atto un dibattito su questo tema).

Vi deve poi essere la capacità di rendere democratico questo sapere, portandolo anche alla periferia, in altri punti nascita dove la numerosità degli eventi non consente di dedicare competenze e risorse specifiche a determinate problematiche, vi sono quindi competenze professionali molto più universali e si perde in sensibilità, in specificità, ma soprattutto in salute della donna.

Careggi ha avuto l'intuizione del grande Centro Margherita, che è nato con una forte attenzione da parte del sistema nazionale e scientifico. Si è trattato di una forte provocazione, al fine di garantire un percorso fisiologico costruito con competenze ostetriche e non medicalizzate capaci di portarlo in sicurezza. È molto bella la danza che nasce all'inizio di un percorso di maternità: il medico, l'ostetrica e l'infermiere si incontrano e nasce un patto di salute sulla donna che, se richiede competenze medicalizzate, trova il percorso adeguato a far fronte alla complessità ostetrica o fetale; se, invece, richiede un percorso che rispetta una gravidanza naturale e fisiologica, trova l'accompagnamento della competenza dell'ostetrica.

In Toscana, come nelle altre parti d'Italia, la competenza ostetrica asseconda la crescita delle professioni sanitarie. Stiamo parlando di professionisti formati per lavorare con tecnologie, come gli ecografi, che consentono la conoscenza immediata di alcune determinazioni specifiche che favorisce la sicurezza del percorso nascita. Si tratta di un gioco di alleanza, di interprofessionalità e di rispetto di professioni che crescono l'una accanto all'altra e dividono insieme un patto di salute per la donna. Sia per il sistema sanitario toscano sia per l'Azienda ospedaliera di Careggi, si tratta quindi di un modello fortunato in termini di percentuale di tagli cesarei e di mortalità; per ottenere infatti un valore statistico, tale dato deve essere valutato su più anni in quanto il numero annuale di tali casi non consente, fortunatamente, di trarre delle valutazioni.

L'Azienda di Careggi – tengo a sottolinearlo in questa Commissione – sta sperimentando una procedura sull'analgia del parto che, come sapete, è riconosciuta in tutto il mondo come *standard* di riferimento: mi riferisco alla tecnica di anestesia epidurale. L'Azienda sta facendo una sperimentazione, nel rispetto delle regole e delle procedure (penso al comitato etico e alla sicurezza), in ordine all'utilizzazione di un farmaco oppiaceo chiamato Remifentanil. Faremo tale sperimentazione in molti centri della nostra Azienda, peraltro dopo averlo già sperimentato in molti parti

delle donne. Alla luce dei dati che oggi possediamo, tale farmaco garantisce un parto in assoluta sicurezza per il nascituro e con una minima percezione del dolore e forse, secondo la letteratura (almeno con riferimento ai trattati di psicologia e anche socio-culturali sulla nascita e sul vissuto psicologico della donna) è rispettoso di questo legame che – indipendentemente da un'idea cattolica o meno – qualcosa pur significherà.

In altri termini, in letteratura questa separazione del dolore è in molti casi letta anche come una problematica. Il Remifentanil consente una percezione minima del dolore assolutamente accettabile e sopportabile e, soprattutto, di partecipare con totale naturalezza al parto, che avviene anche con rispetto nei riguardi del nascituro, come emerge da studi sperimentati assolutamente di livello.

Presidente – lo dico in totale sincerità –, le competenze specialistiche, di per sé, non sono mai troppo democratiche, nel senso che sono poche e non sono mai disponibili per tutti coloro che ne hanno bisogno. La grande forza della competenza specialistica dovrebbe essere quella di trovare sempre soluzioni che, in mano a professioni sanitarie più diffuse, consentano di rendere maggiormente disponibili le risposte a un problema di salute (e il dolore del parto è un problema di salute).

Disporre di un farmaco ben sperimentato, ben collaudato e ben valutato, da mettere in mano anche a figure professionali non specialistiche – ostetriche e infermiere soprattutto – consentirebbe, non soltanto in Italia ma in tutto il mondo, di rispondere al diritto della donna di partorire senza quel dolore che, a volte, la priva anche della gioia straordinaria del parto.

Questa sperimentazione, anche grazie alla forza di una struttura come la nostra, è in atto presso l'ospedale di Careggi, e viene proposta in molti centri della Toscana. Conosco benissimo le polemiche che l'hanno caratterizzata, che sono facilmente comprensibili, ma, Presidente, il direttore generale di questa azienda crede moltissimo in tale sperimentazione, soprattutto perché se sarà – come credo – validata dall'esperienza, rispettosa di tutte le procedure previste per le sperimentazioni cliniche, potrà costituire – ripeto – una risposta al diritto di tutte le donne di partorire senza dolore.

Non altrimenti è possibile; non illudiamoci di poter render disponibile l'analgesia epidurale ventiquattr'ore su ventiquattro, sette giorni su sette. Noi lo facciamo a Careggi, ovviamente anche con il Remifentanil, ma non è possibile per tutti gli ospedali, a meno che non si garantiscano punti nascita importanti anche dal punto di vista della numerosità degli eventi. Non è possibile rendere disponibile con tali modalità una competenza specialistica di alto costo, con una pratica che comunque è invasiva e che invece potrebbe essere soggetta ad un'ipotesi diversa, a nostro parere molto più rispettosa della donna e, per gli studi e i dati che abbiamo in mano, a pari rischio rispetto al nascituro.

L'ospedale di Careggi è una grande azienda che ha accanto un'altra grande struttura ospedaliera, il Meyer, una delle poche in Italia con esperienza monospecialistica dal punto di vista dell'età, essendo un'azienda ospedaliera pediatrica. Sono già in atto piattaforme di continuità, e credo

sarà anche desiderio di questa direzione continuare a crearne altre. Immagino, ad esempio, che la gestione del rischio fetale debba trovare in quell'azienda la sua risposta, mentre la complessità dell'attività ostetrica rimarrà di competenza del nostro ospedale, che ha evidentemente una cultura e una familiarità maggiore con la materia.

È un tema al quale non ci siamo mai sottratti dal punto di vista della sensibilità e dell'attenzione e al quale non abbiamo mai fatto mancare risorse. Lo dico con sincerità: non sono mai mancate risorse alla nostra terapia intensiva neonatale, non sono mai mancate risorse accanto alla donna nel momento del parto e non è mai mancata un'attenzione alla cultura e alla competenza. Ripeto, abbiamo la fortuna di disporre di un centro di dimensioni tali da consentirci di articolare i saperi e le vocazioni anche in maniera molto dedicata e quindi di rendere disponibili competenze elevatissime anche per situazioni di rara presentazione, il che evidentemente consente una sicurezza del percorso che altri ospedali o altre realtà non possono garantire. Forse si tratta anche qui di traslare queste conoscenze e competenze, che nel nostro ospedale sono nate e sono ormai esperienza quotidiana, e trovare la capacità di renderle disponibili anche ad altri centri, che evidentemente non possono disporre di competenze dedicate in questo senso.

BIANCONI (*PdL*). Signor Presidente, innanzi tutto ringrazio il dottor Giovannini per la relazione che ha svolto. Vorrei quindi porre una domanda molto semplice. Il modello adottato in Toscana è per molti aspetti sovrapponibile a quello dell'Emilia Romagna e trova la sua massima espansione in queste due Regioni.

Il patto della salute sulla donna e sul bambino, che lei ci ha illustrato, visto nell'ottica della multidisciplinarietà da lei molto ben evidenziata, ha indubbiamente un costo. Al fine di trasformare questa buona pratica in un modello ripetibile, vorrei che ci indicasse il costo complessivo di questo servizio. Le rivolgo questa domanda non per dire che questa pratica non deve essere attuata perché ha un costo, ma perché è bene quantificare con esattezza il costo delle strutture ad alta complessità da lei indicate.

A essere molto sincera, mi ha incuriosito la sua esposizione sul parto indolore. Sono molto contenta che stiate sperimentando questo nuovo farmaco e che garantiate il servizio di anestesia epidurale ventiquattr'ore su ventiquattro, sette giorni su sette. E, a meno che non si voglia arretrare al Vecchio Testamento, credo che la religione cattolica ammetta tale pratica (se così non fosse, dottor Giovannini, io che sono cattolica mi farei musulmana). Quindi, avanti tutta sull'epidurale, perché penso che il parto senza dolore sia una grande opportunità per le donne che lo vogliono e un servizio di grande civiltà.

BIONDELLI (*PD*). Signor Presidente, anch'io mi complimento con l'ospedale di Careggi soprattutto per il servizio offerto in materia di parto in analgesia epidurale.

Vengo da un convegno della Federazione italiana donne, arti, professioni e affari (FIDAPA), svoltosi pochi giorni fa proprio sul parto indolore, nel corso del quale è emerso che in materia in Italia ci sono ancora grandi criticità. In questo campo, infatti, il nostro Paese è ancora il fanalino di coda, al di là della realtà delle singole Regioni.

Infieriamo sempre sulla Calabria e sulla Sicilia, ma proprio in questi giorni, interloquendo a Novara con donne ultraquarantenni che devono partorire e che quindi hanno qualche preoccupazione in più, ho chiesto loro perché volevano fare il parto cesareo; mi hanno risposto perché hanno paura. Ho quindi chiesto perché non optavano per un parto con analgesia epidurale e mi hanno risposto che non è possibile farlo perché le strutture pubbliche creano problemi e quindi dovrebbero ricorrere alle cliniche private.

Mi complimento pertanto per quanto avete fatto e fate e – condividendo ciò che ha detto la collega Bianconi – anch'io vi dico: avanti tutta su questo tema perché in Italia c'è ancora troppo e tanto da fare.

GUSTAVINO (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI*). Signor Presidente, quella del dottor Giovannini è stata veramente una bella esposizione di una realtà che fa ben pensare, anche se l'obiettivo dovrebbe essere quello di copiare ciò che funziona rendendolo possibile in altre realtà, attraverso un opportuno dimensionamento. Mi sembra comunque che quello presentato sia un bel modello.

Vorrei porre due domande, una di carattere generale, l'altra di carattere particolare.

Anzitutto, la domanda di carattere generale. È forse venuto il tempo di insistere di più sulla certificazione delle strutture sanitarie in base ai volumi di assistenza? A mio avviso, si tratta di una pratica che dovrebbe essere condotta a livello nazionale, ma è ipotizzabile anche un coinvolgimento del livello regionale.

Passo al tema dei tagli cesarei. Sembrerebbe che in una struttura come quella di Careggi l'indicazione al parto cesareo necessiti di un livello di appropriatezza maggiore. Sarebbe quindi utile capire il riferimento alle percentuali che lei ha indicato e che, magari, potrebbe ulteriormente specificare. Di per sé, infatti, il numero dei cesarei non significa sempre e soltanto inappropriatezza delle strutture sanitarie. Visto che in una struttura come questa l'esperienza porta ad un'indicazione di appropriatezza, mi domando allora se l'abbattimento dei ricorsi inappropriati al parto cesareo sia da considerare in relazione non soltanto agli aspetti legati al dolore, ma anche agli effetti della medicina difensiva.

BASSOLI (*PD*). Signor Presidente, chiedo scusa per il ritardo ma ero impegnata in un'altra riunione precedentemente prevista.

Probabilmente il dottor Giovannini è già intervenuto nel corso della sua relazione su quanto mi accingo a chiedere, ma vorrei comunque una spiegazione. A pagina 3 del documento che ci ha consegnato, laddove si tratta il tema della gestione del dolore, si legge, nelle ultime righe, che

l'Azienda ospedaliera universitaria Careggi «è impegnata nell'approvazione di uno studio *no profit* sull'efficacia analgesica di Remifentanil nel travaglio del parto a completamento dell'offerta analgesica per la donna». È possibile sapere esattamente di cosa si tratta e cosa significa questa sperimentazione?

PRESIDENTE. Intervengo per aggiungere alcune considerazioni.

Ho avuto l'onore di visitare personalmente l'Azienda ospedaliera di Careggi quando ero presidente della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale e devo dire che essa va senz'altro lodata quanto a organizzazione ostetrico-ginecologica, così come l'Azienda Meyer e il Centro Margherita.

Dal direttore generale vorrei però qualche notizia in più in merito ad alcuni aspetti strettamente di sua competenza. Uno dei meriti che l'Azienda di Careggi ha avuto nel tempo è stato quello di istituire il centro di valutazione, e quindi di prevenzione, del rischio. Per quanto mi è dato conoscere, rispetto al contenzioso Careggi sta incontrando delle difficoltà assicurative, che lei, dottor Giovannini, potrà o meno confermare. Non sappiamo se il contenzioso che si registra in tutte le aziende in cui si partorisce sia stabilizzato, in crescita oppure no. Sotto questo profilo, vorrei che ci fornisse qualche chiarimento con riferimento anche al funzionamento del centro nascita.

Il secondo tema, che lei ha accennato brevemente e che quindi varrebbe la pena approfondire, è relativo al settore neonatologico. La sede del centro pediatrico Meyer, che è strettamente collegato alla vostra Azienda, è distante dall'ospedale di Careggi. Vorrei capire come viene affrontata la situazione attuale e come si pensa di risolverla in futuro.

L'analgesia di parto è uno dei punti e degli spunti che più stanno a cuore a questa Commissione. È ottimo prevedere una possibilità di risposta alla richiesta di parto antidolore. Dal punto di vista strettamente organizzativo e strutturale, a noi interessa però che tale risposta sia, come lei ha detto, h24 e possibile in tutti i casi che lo richiedono e che sono in possesso dei requisiti per accedervi. Ci interessa un po' meno – mi perdoni se lo dico ma, qualora ci interessasse, faremo le opportune verifiche – la sperimentazione di un farmaco nuovo per il quale un'*evidence based medicine* non è ancora acclarata, con riferimento soprattutto al rapporto rischio-beneficio.

Essendo ormai vecchio, ma avendo vissuto una lunga vita precedente da ginecologo, ricordo vari farmaci (che non sto qui a indicare) considerati ottimali per 3-4 anni da tutte le letterature e poi ritirati perché pericolosissimi ai fini di altre problematiche. Lei è oggi qui in audizione per la sua competenza di direzione e gestione; pertanto, su questo tema potremo sentire altre voci.

Dottor Giovannini, ai fini dello svolgimento dei nostri lavori, le sarei grato se riuscisse a contenere la risposta riservandosi eventualmente di trasmetterci una relazione integrativa scritta.

GIOVANNINI. Relativamente alle questioni sollevate, sarà nostra premura, oltre la necessaria economia dei tempi e, quindi, dei contenuti della mia risposta, far avere per esteso un approfondimento delle questioni sollevate.

I temi sono straordinariamente alti ed elevati e, benché la funzione di un direttore generale sia anche quella della sintesi, non mi è francamente così facile rispondere in breve tempo.

Quanto ai costi dei DRG, occorre intendersi. È indubbio che un'organizzazione come quella di Careggi debba avere una numerosità adeguata affinché il rapporto sia favorevole (vi è quindi un problema di efficienza dei costi per unità di prodotto e, in questo caso, per evento). L'Azienda di Careggi ha un rapporto fra prodotto e costo pari al 50 per cento: abbiamo ricavi pari a uno e spendiamo due. Si tratta di ricavi valorizzati all'interno del nomenclatore, sia regionale che nazionale, ma c'è poca differenza (in ogni caso, ciò non cambierebbe la valorizzazione complessiva). È evidente che se consideriamo il DRG e lo leggiamo come costi di un percorso intra-ospedaliero pari al percorso nascita (quindi competenze, tecnologie, *comfort* alberghiero e costi comuni), il costo è assolutamente minimale.

Se mi si è chiede invece che cosa sia necessario fare a monte per garantire ad un'azienda come quella di Careggi un percorso in sicurezza (che poi avrà quel tipo di competenza accanto al nascituro), il ragionamento è assolutamente diverso. È infatti necessario un investimento, aggregando competenze su specifiche problematiche. Il vero valore aggiunto potrebbe essere quello di rendere disponibili le buone pratiche, che sono il risultato di sperimentazioni organizzate, ben condotte e controllate, le quali, ove evidenzino risultati di validità e di efficacia superiori rispetto agli *standard* che conosciamo, debbono essere rese immediatamente disponibili. A quel punto, il costo di Careggi dovrebbe essere diluito in altre realtà che fanno proprie le competenze che in questa struttura sono cresciute.

È indubbio che la capacità di gestire la competitività ostetrica di Careggi sia diversa da altri centri, anche perché abbiamo un centro professionalmente organizzato e dedicato a questa problematica, dove i professionisti non fanno un *mix* di ostetricia e ginecologia, ma si occupano esclusivamente di ostetricia ad alta complessità: studiano, ricercano e assistono problematiche di questa natura.

È un modello che Careggi si può permettere, in quanto è una grande struttura ospedaliera universitaria; allo stesso tempo, però, è anche un modello che genera costi che non possono trovare un'immediata risposta nel ricavo, se questo viene letto soltanto come nascita del bambino. Nella nostra azienda il percorso di nascita del bambino assolve risorse in termini di ricerca, analisi, valutazione e organizzazione, che in altre realtà non sono presenti. Il vero problema è come rendere disponibile questo costo ulteriore di Careggi all'interno del sistema.

Ad oggi, il sistema sanitario toscano copre il delta del 50 per cento dell'Azienda ospedaliera di Careggi, perché sa benissimo che tale investimento viene poi reso disponibile (si parla infatti di clinica transnazionale) agli altri punti nascita e al tessuto vero, forte e profondo della Regione

Toscana. È chiaro che questo investimento, se letto in termini di economia sanitaria classica, è inefficiente dal punto di vista del ritorno economico. Ma così non è, perché il giudizio finale è sempre la tutela della salute che siamo in grado di garantire ai nostri bambini, alle mamme e, più in generale, ai nostri cittadini. Letto in questi termini, si tratta di un modello che presumibilmente non costa e che va letto anche alla luce della capacità che avremo di rendere disponibili queste competenze alle altre realtà.

Il tema è veramente complesso. Le competenze nascono specialistiche, e le competenze specialistiche costano. La vera capacità – ripeto – è rendere disponibili le conoscenze validate a tutte le altre realtà, magari mettendole anche a disposizione di professioni non necessariamente specialistiche. Penso a professioni sanitarie che costano meno e che sono più disponibili e numerose e che, quindi, rendono democratico un processo di crescita della conoscenza che, ripeto, è per sua natura specialistica e non può essere diversamente.

Ad oggi noi paghiamo anche per il progresso della conoscenza specialistica che un'azienda come Careggi, per mandato naturale, deve rendere disponibile al sistema sanitario toscano (e mi auguro anche al Sistema sanitario nazionale), in un'ottica che sia federalistica e di solidarietà tra tutti i sistemi regionali. Questo è il mio pensiero.

Vi invierò poi anche i dati sui costi reali ma, come vi ho già detto, il rapporto tra costi e ricavi di sistema è di uno a due. I costi sono questi, e sono nati con tale logica e con tale finalità. I ricavi valorizzano invece esclusivamente il segmento di un percorso al netto di tutti gli investimenti a monte e di tutte le attenzioni organizzate in ricerca che vengono dedicate dal sistema alla sicurezza del bambino e alla salute e alla sicurezza della donna.

Non sono poi assolutamente d'accordo con chi afferma che è sui volumi che si può rendere. È evidente che non riusciremo mai a trasferire queste competenze per quel tipo di problematiche, che comunque sono specialistiche, ed a organizzarle in centri che non dispongano di volumi adeguati per renderle ottimali dal punto di vista del costo. Nei centri piccoli la figura specialistica fa tutto: segue il percorso nascita, va in sala operatoria, segue il *post partum*. È una figura in grado di assicurare un buon livello di qualità, come vediamo nel nostro Paese, ma che, a fronte di alcune complessità, evidentemente non può avere quel livello di sensibilità e specificità tale da garantire sicurezza di risposta e qualità. Questo è il punto sostanziale e il motivo per cui l'idea del volume e della dimensione dei punti nascita è un requisito essenziale per la sicurezza del percorso nascita, senza alcuna discussione. Altrimenti, si devono individuare modelli innovativi, che però non sta a me proporre. Sono dieci giorni che sono direttore generale di Careggi...

PRESIDENTE. Le formuliamo i migliori auguri.

GIOVANNINI. La ringrazio, Presidente. Vengo da una lunga esperienza all'assessorato. Accanto all'attuale governatore della regione To-

scana Enrico Rossi mi sono occupato per dieci anni della programmazione sanitaria regionale: ero il suo braccio destro dal punto di vista dei contenuti sanitari. Quindi, mi trovo molto a mio agio quando parlo di tematiche di dimensione del tutto diversa.

Circa la percentuale di tagli cesarei, è chiaro e assolutamente condizionale quanto è emerso nel corso del dibattito ed è altrettanto evidente che l'ottimo dato di Careggi va letto al netto di un sistema che inevitabilmente concentra anche delle complessità. È naturale e dovuto che il caso complesso trovi una risposta all'interno di un'azienda ospedaliera universitaria. Quindi, il dato in oggetto nel nostro ospedale non riguarda il *case-mix* del parto, come di fatto avviene in altre strutture, perché evidentemente la curva di Gauss, per quanto ci riguarda, si sposta verso la complessità ed è evidente che ne paghiamo un prezzo. Ciò nonostante, Careggi ha la migliore percentuale di tagli cesarei tra le aziende ospedaliere universitarie e anche nella media nazionale. Questo per noi è un vanto; è un dato che dimostra una capacità di mettere in sicurezza anche il vissuto psicologico della donna, come qualcuno ricordava, come causa-essenza fondamentale.

Conoscete benissimo la nostra originalità e la nostra storia, che mi sembra costituiscano oggi un riferimento per le altre Regioni. La nostra gestione del rischio è diretta: di fatto, gestiamo le problematiche del cittadino tramite una nostra struttura. È la Regione che diviene l'assicuratore generale del sistema. Questo modello ha creato ovviamente difficoltà, in quanto innovativo considerando le competenze da introdurre, ma ha dato anche soddisfazioni importanti, la più importante è che ha soprattutto avvicinato i tempi di risposta al cittadino. È evidente che l'assicurazione operava con ben altra mentalità: più tardi si paga, meglio è. Noi invece privilegiamo il rapporto di fiducia tra cittadino e sistema e guardiamo alla rottura di tale rapporto determinata dall'evento cercando di anticiparne la ricostituzione, perché evidentemente ciò produce un valore.

Anche dal punto di vista macroeconomico registriamo per Careggi un risultato assolutamente positivo e confortante con questa modalità di gestione, di cui sono stato interprete già in Regione. Anche da questo punto di vista abbiamo una gestione del rischio clinico originale. Crediamo sia necessario per tutte le organizzazioni sanitarie avere una funzione terza di valutazione del sistema. Infatti, Presidente, se lei avanzasse dei dubbi non certamente sulle opinioni o sulle ipotesi ma su un dato negativo di organizzazione o di risultato del mio ospedale, sarei portato a proteggermi: è naturale la tendenza del sistema a proteggersi, ad essere autoreferenziale e a sottrarsi evidentemente a valutazioni negative.

Qualunque critica negativa al mio ospedale, figlio del mio pensiero, del mio amore e della mia organizzazione potrebbe evidentemente essere considerata un'accusa alla mia capacità di *manager* della struttura. Abbiamo pertanto organizzato la funzione terza del *clinical risk manager* all'interno di tutte le nostre strutture, che risponde non già al direttore sanitario ma direttamente al direttore generale ed è organizzata in competenze e strutturata al fine di essere strumento rilevatore sensibile dei segni e sin-

tommi di malattia del sistema. Ad essa corrisponde evidentemente tutto un processo di analisi di questi segni e sintomi, che porta successivamente a delle modifiche correttive all'interno dell'organizzazione. La traduzione operativa di questo modello riguarda in particolare i settori delle merci e della direzione sanitaria.

Questa funzione di terzietà e di attenzione alla qualità del sistema, unita a una competenza della direzione sanitaria, che modifica, risolve e affronta le tematiche e gli errori individuati, in questo momento ci sta dando buone soddisfazioni. Ricordo, ad esempio, i risultati che citavo prima: nell'area ginecologica abbiamo registrato nell'ultimo anno solo cinque casi di richieste di rimborso; lo 0,01 per cento del totale delle attività chirurgiche che si svolgono a Careggi. Questi sono i numeri; è una percentuale che evidentemente ci onora e che è il risultato della competenza dei nostri professionisti, ma anche di un sistema organizzativo a monte che rende possibile risultati di questo livello di qualità, fortunatamente a disposizione dei nostri malati e cittadini.

PRESIDENTE. Ringrazio infinitamente il dottor Giovannini, che invito, se lo vorrà, ad inviarci ulteriore materiale, e lo congedo.

Do ora la parola alla professoressa Kustermann, che è stata delegata dal direttore generale dell'IRCCS Ca' Granda-Ospedale Maggiore Policlinico di Milano a rappresentare l'esperienza di tale struttura.

Tenuto conto che a breve inizierà la seduta pomeridiana dell'Assemblea, la dottoressa Kustermann potrà svolgere la sua relazione introduttiva e rinvieremo il seguito dell'audizione ad altra seduta.

KUSTERMANN. Signor Presidente, sono venuta in rappresentanza del direttore generale della mia struttura ospedaliera, il quale, come il dottor Giovannini, proviene dalla Regione dove si occupava di epidemiologia e credo che condividerebbe molto di quanto il dottor Giovannini ha evidenziato.

In questa sede intervengo però come ostetrico-ginecologa. Sono la primaria del Pronto soccorso della clinica Mangiagalli di Milano. Solo nel Pronto soccorso ostetrico-ginecologico si registrano circa 29.000 accessi all'anno. Non credo che una separazione così netta tra ostetrici e ginecologi sia auspicabile, per due motivi. Anzitutto, aumentano i costi perché, ovviamente, è necessaria la reperibilità di un ginecologo per tutte le complicanze che attengono alla ginecologia.

Credo che la sala parto sia parte integrante della nostra specialità, appunto in ostetricia e ginecologia, e che i parti, a rischio o meno, vadano gestiti da esperti nella materia. I costi sono ovviamente quelli elevati di una sala parto e non credo che si ridurrebbero, qualora aumentasse il volume delle attività. Per garantire la massima qualità per le donne che hanno una gravidanza a basso rischio è infatti auspicabile un rapporto ostetrica-partoriente di uno a uno. Tale rapporto è estremamente costoso e non si modificherebbe anche qualora i parti, invece di essere 6.500, fos-

sero, ad esempio, 12.000, perché dovrebbero aumentare le ostetriche presenti in sala parto.

Il nostro servizio di guardia è composto da quattro ginecologi, un aiuto cosiddetto anziano e un aiuto di età appena un po' più giovane (l'età media degli assunti alla Mangiagalli, purtroppo, è molto alta, dico «purtroppo» perché il ricambio generazionale è fondamentale). In linea di massima, l'aiuto anziano e l'aiuto più giovane (le vecchie definizioni sono capoguardia e capoturno) gestiscono l'intera guardia. Noi tre primari, il professor Fedele, il professor Bolis e io, siamo ovviamente disponibili, ognuno per la propria competenza, a intervenire qualora ve ne fosse necessità.

Prima di diventare primario del pronto soccorso, ero responsabile della diagnosi prenatale. La diagnosi prenatale è uno dei motivi per cui penso che la struttura Mangiagalli abbia un così elevato numero di cesarei: noi registriamo circa il 43 per cento di tagli cesarei. Le alternative possibili sono due: aumentare molto gli aborti terapeutici, oppure curare molto i feti malati in utero, così da consegnare ai neonatologi i neonati nel modo migliore. È l'ideale per i chirurghi pediatri (da noi la quota di interventi di chirurgia pediatrica sul neonato è molto elevata), i quali necessitano che il parto avvenga possibilmente di giorno, quando è più facile organizzare un intervento chirurgico con il massimo delle competenze presenti.

Ricordo, inoltre, l'elevato numero di gravidanze gemellari, che è notevolmente superiore alla percentuale attesa (i parti gemellari da noi si aggirano intorno al 4 per cento), in quanto abbiamo un grande centro di procreazione medica assistita, che è forse il più grande centro pubblico italiano in termini di numerosità. Il risultato è che abbiamo donne di età più elevata (in linea di massima che hanno sperimentato numerosi insuccessi riproduttivi, anche dopo procreazione medicalmente assistita) e quindi è abbastanza elevata anche la quota di tagli cesarei su richiesta materna.

C'è però un vantaggio. Nella Regione Lombardia i parti, che siano vaginali o cesarei, vengono pagati nello stesso identico modo. Se fossi un legislatore, proporrei di far pagare in Italia e in Lombardia addirittura tre volte tanto un parto vaginale rispetto ad uno cesareo, perché la complessità di assistenza che va messa in atto per un parto vaginale è decisamente superiore. Come il Presidente sa benissimo, un parto vaginale dura in media 12 ore in una primipara e 7 ore in una pluripara: ciò significa una lunghezza nei tempi di assistenza che, ovviamente, aumenta moltissimo i costi.

Che cosa fare? In generale, il motivo per cui in Italia si fanno tanti cesarei, al netto delle situazioni in cui si concentra l'elevato rischio, è legato anche al contenzioso medico legale (anche se non credo così tanto come si dice: si tratta di un pezzetto del problema, ma non è il punto fondamentale).

Ritengo stia aumentando molto il valore intrinseco che ogni donna dà al suo bambino. Le donne della mia generazione partorivano mediamente a 24 anni, mentre le donne di questa generazione partoriscono mediamente

a 33 anni (nel centro Mangiagalli si arriva addirittura ai 34 anni), nonostante circa il 25 per cento dei bambini nasca da donne straniere, che partoriscono molto prima. Ciò vuol dire che l'investimento che le donne fanno al momento del parto sul loro bambino è triplicato rispetto alla mia generazione. Certamente non si accetta mai bene la morte di un figlio in travaglio di parto, ma è comprensibile che le donne chiedano il taglio cesareo, che ritengono meno rischioso per il neonato, se per riprodursi hanno aspettato dieci anni e solo dopo aver raggiunto il culmine della carriera.

Intorno al parto si è creato nella stampa un riflesso condizionato negativo, sottolineandosi le vicende in cui i bambini muoiono durante un parto non cesareo. Va però ricordato che muoiono anche bambini nati da taglio cesareo, in quanto la morte neonatale non è relata alla modalità di parto. Le donne che hanno seguito un percorso di procreazione medicalmente assistita chiedono il cesareo nel 65 per cento dei casi, a fronte di un 35 per cento di parti vaginali. Questo dato mi sembra indicativo. L'età media materna dei parti dopo fecondazione medicalmente assistita è 37,2 contro 33,6. Se guardate il numero dei parti gemellari, esso è ugualmente altissimo.

Da noi la percentuale di natimortalità è relativamente bassa – si tratta di millesimi –, anche se ci sono stati due morti in travaglio. Quindi, anche in una clinica di terzo livello, dove viene messo in atto tutto quanto è necessario per garantire il massimo della sicurezza alla donna, possono arrivare in pronto soccorso donne che presentano già un distacco di placenta e, quindi, con un feto in situazione talmente compromessa da morire in travaglio; ciò avviene addirittura anche nel momento in cui la donna passa dal pronto soccorso alla sala operatoria che si trova al piano di sopra.

Abbiamo un numero di prematuri superiore alla media attesa: il dato è pari al 12,4 per cento. Il professor Mosca, che è il nostro cattedratico di neonatologia, vi avrà detto infatti che la nostra neonatologia costituisce un *appeal* fondamentale. Registriamo una percentuale elevatissima di nati con peso inferiore ai 1.000 grammi alla nascita ed è ovvio che per un feto molto prematuro che magari pesa 500 grammi un parto vaginale può essere più pericoloso di un parto cesareo. Quindi, pur essendo una donna convinta che il modo migliore di partorire per le altre donne sia rappresentato dal parto vaginale, ammetto che nella diagnosi prenatale e nella patologia della gravidanza, di cui mi sono occupata per moltissimi anni, la quota di tagli cesarei che consigliavo alla donna era superiore a quella che è corretta secondo l'OMS.

Come vedete, non c'è una così grande differenza di tagli cesarei se passiamo dal ricovero nel Servizio sanitario nazionale a quello nel nostro reparto solventi. Ricordo, infatti che abbiamo un reparto solventi nel quale avvengono circa 800 parti l'anno (che sono un po' di più rispetto a un piccolo ospedale) e la percentuale di tagli cesarei è pari al 54 per cento (contro il 43 per cento). Trovo questo dato conseguenza di un problema affrontabile.

Se il Parlamento riuscisse ad imporre alle assicurazioni di assicurare le donne sia per il parto vaginale sia per quello cesareo, questa quota diminuirebbe. Il punto vero è che la maggioranza delle assicurazioni rimborsa 3.000-4000 euro per un parto vaginale e la totalità dei costi per un taglio cesareo, in quanto il parto vaginale non è una malattia. È corretto dire che non è una malattia, ma il risultato finale è che nella casa di cura arrivano solo le donne che hanno già programmato un cesareo; certamente i parti vaginali li fanno con il Sistema sanitario nazionale, a meno che non siano molto ricche.

Torniamo ai ricavi. Noi rappresentiamo, solo per la quota parte, l'11 per cento degli introiti della Fondazione policlinico. Costiamo molto, a detta del nostro direttore generale; lui stesso ammette però che il problema è il DRG. Per darvi un'idea, il ricavo medio per un parto è pari a 2.234 euro (calcolato come *case-mix*), mentre un'interruzione volontaria di gravidanza vale circa 1.300 euro; forse qualcosa non funziona. Per un'interruzione volontaria di gravidanza si entra al mattino alle ore 8 e si esce nel pomeriggio alle ore 15: un parto dura da dodici ore in su; un cesareo pochi minuti.

PRESIDENTE. Ringrazio la professoressa Kustermann per la sua esposizione.

Comunico che la documentazione rilasciata dal dottor Giovannini e dalla dottoressa Kustermann sarà resa disponibile alla pubblica consultazione nella pagina *web* della Commissione.

Appreziate le circostanze e considerato l'imminente inizio dell'Assemblea, invito i senatori a formulare per iscritto i loro quesiti che potranno essere inviati alla dottoressa Kustermann al fine di poter garantire lo svolgimento della replica in una successiva audizione.

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

I lavori terminano alle ore 15,30.

