



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 19

*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»

311<sup>a</sup> seduta: martedì 21 febbraio 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

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

* PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 14	* TROJANO . . . . .	Pag. 3, 10, 11
ASTORE ( <i>Misto-ParDem</i> ) . . . . .	7, 11		
BASSOLI ( <i>PD</i> ) . . . . .	8		
D'AMBROSIO LETTIERI ( <i>PdL</i> ) . . . . .	9		
GUSTAVINO ( <i>UDC-SVP-AUT:UV-MAIE- VN-MRE-PLI-PSI</i> ) . . . . .	6		

---

*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 Vito Trojano, presidente dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI), accompagnato dalla dottoressa Arianna Alberti, addetto stampa.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,05.*

#### 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 25 gennaio scorso.

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

È oggi prevista l'audizione di esperti. È presente il professor Vito Trojano, presidente dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI), accompagnato dalla dottoressa Arianna Alberti, addetto stampa. Cedo subito la parola al professor Trojano affinché svolga la sua relazione preliminare.

TROJANO. Signor Presidente, anzitutto ringrazio la Commissione tutta a titolo personale e a nome del Collegio italiano di ostetricia e ginecologia che rappresento, e che conta 7000 iscritti. Lo dico a titolo informativo e a testimonianza di quanto il Collegio sia radicato sul territorio ospedaliero e nel campo della medicina specialistica territoriale.

Quello dei punti nascita, Presidente, è un problema che abbiamo preso in considerazione da molti anni, sia per il dilagare dei contenziosi medico-legali, che, anno dopo anno, hanno avuto una *escalation* esponenziale, sia per l'aumento dei costi assicurativi che a questa *escalation* si sono immediatamente rapportati, ma soprattutto nell'ottica di garantire la sicurezza di strutture che possono reputarsi d'eccellenza solo se verranno diversamente organizzate. In tale direzione, la AOGOI ha collaborato con l'allora ministro Fazio alla stesura di un vero e proprio decalogo,

a seguito di una conferenza stampa tenutasi proprio qui a Roma – lei era presente, Presidente – non più tardi di due anni fa.

Attraverso la collaborazione per la stesura dei 10 punti del piano Fazio siamo stati attori, per la prima volta, ad onor del vero, in un rapporto tecnico-istituzionale. Un rapporto che la AOGOI ha voluto fortemente e che continua ad avere anche oggi, grazie alla disponibilità della Commissione parlamentare sugli errori sanitari, e in particolare all'indagine sui punti nascita. Per la prima volta, abbiamo avuto la possibilità di condurre un'indagine a tappeto sul territorio italiano.

Mi sono stati posti alcuni quesiti, anzitutto alla luce delle linee guida elaborate dal Ministro della salute, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni, per il riordino dei punti nascita.

La nostra società è stata la prima a volere la riduzione dei punti nascita sul territorio, anche in virtù della moltiplicazione degli ospedali avvenuta fino a qualche decennio fa. Chi è medico o ha lavorato nelle università e negli ospedali conosce bene queste realtà territoriali, molte volte non del tutto consone alle esigenze della cittadinanza. Il discorso del punto nascita però è diverso.

Con il piano di rientro, per esempio, la Puglia sta dimezzando le sue realtà. Dall'indagine che abbiamo avuto la possibilità di compiere sono emerse in Italia tre realtà differenti. Si è quindi fornita una classificazione basata su raggruppamenti (*cluster*), che permettono di caratterizzare il punto nascita a seconda del numero dei parti effettuati nel corso di un anno: strutture di classe A, fino a 1000 parti l'anno, con organici molte volte inadeguati, e che comunque non rispettano neanche il 50 per cento di quei 10 punti previsti dal piano Fazio; altre di classe B, fino a 1500 parti annui, ed altre ancora di classe C, oltre i 1500 parti.

Al di là di ogni realtà territoriale, da tale classificazione la AOGOI ha ricavato l'esigenza di un indispensabile accorpamento delle strutture, come requisito per offrire un'assistenza efficace alla madre e al nascituro, oltre che per rafforzare la sicurezza di quegli operatori che all'interno della sala parto debbono operare. Ciò assicurerebbe determinate garanzie, che vanno da una copertura di guardia ostetrica, ginecologica, anestesiologicala e neonatologica attive h24, alla messa in sicurezza, alla possibilità di offrire alla paziente una parto-analgesia che dovrebbe essere inclusa nei tariffari regionali e che non sia soltanto elargita in attività libero professionale.

Secondo i dati che abbiamo a disposizione, oggi la richiesta di parto-analgesia si aggira in Italia intorno al 25,6 per cento per quanto concerne gli ospedali fino a 1.000 parti l'anno; una richiesta che arriva anche al 78 per cento negli ospedali di riferimento, quelli con oltre 1.500 parti l'anno. Parallelamente, la percentuale media di reale effettuazione di parto-analgesia va dal 9,7 per cento nelle piccole strutture fino al 34,6 per cento per i punti nascita maggiori.

Al di là delle cifre legate anche alla disponibilità del trasporto in utero del bambino e del trasporto di urgenza materno (le richieste sono nettamente al di sotto del 50 per cento in alcune Regioni rispetto alla ne-

cessità) la AOGOI si è proposta – e lo sta facendo – con un discorso di informazione e formazione sul territorio, nell'ottica di una nuova svolta che abbiamo dato negli ultimi anni alla società italiana di ginecologia: aprire un grande dialogo con il territorio affinché, dove sono previsti chiusura e accorpamento, la rete territoriale cresca in maniera proporzionale offrendo una serie di iniziative e possibilità. Mi riferisco ad esempio alla possibilità di seguire la gravidanza negli ambulatori consultoriali con presenza di ecografo, che molte volte non c'è, così come di cardiocografi, spesso assenti, per far sì che l'ospedale possa ricevere soltanto l'espletamento del parto o la patologia, per quanto concerne gli ospedali di diversa struttura e quindi di maggiore possibilità ricettiva.

Noi siamo favorevoli alla formulazione di un libretto del percorso nascita. Si tenga presente che abbiamo svolto uno studio sulla diagnosi precoce delle neoplasie genitali femminili in seguito al quale abbiamo pubblicato un opuscolo a livello nazionale in cinque lingue, tra cui l'arabo, che ci ha permesso di coprire gli interessi di tutta la popolazione migrante, che oggi negli ospedali rappresenta una grande parte delle nostre pazienti. Analogamente siamo pronti a pubblicare un opuscolo che determinerà riferimenti di tipo informativo sui centri di diversità di livello nelle varie Regioni, mirando a ciò che ciascun centro può offrire e alle attenzioni da assicurare alla madre in una gravidanza sicura.

Con il nostro impegno poniamo questa realtà a disposizione delle istituzioni affinché insieme si possa compiere un percorso, come accaduto in situazioni analoghe. Come ho più volte sottolineato in tutto il mondo (recentemente anche all'internazionale di ginecologia di Bruxelles), oggi la sanità materno-infantile italiana si pone a livelli di eccellenza in quanto presenta la percentuale più bassa d'Europa di morbilità e mortalità, ma nel contempo registra difetti organizzativi e strutturali che richiedono un percorso programmatico comune di razionalizzazione della spesa. Molto spesso spendiamo di più per ottenere di meno: ritengo che, se avviassimo una razionalizzazione di spesa insieme agli operatori sanitari, avremmo punti nascita in sicurezza, assicurando nello stesso tempo una migliore qualità assistenziale materno-infantile, oltre che una maggiore serenità a chi opera all'interno delle strutture pubbliche e private.

Infine, come presidente nazionale dell'Associazione ostetrici ginecologi italiani, vorrei brevemente soffermarmi sul fatto che negli ultimi giorni sono stati inviati i NAS all'interno degli ospedali. Come ho scritto anche al Ministro della salute, forse sarebbe stato più opportuno avviare un dialogo differente mettendo in pratica l'accordo Stato-Regioni ed evitando un'ulteriore penalizzazione in una situazione già difficile. A mio avviso, infatti, ciò non ridurrà il numero dei parti cesarei in Italia, ma modificherà gli indirizzi diagnostici di determinate scelte terapeutiche e creerà sempre più una situazione di ansia e di difficoltà negli operatori sanitari nel difendere la loro posizione professionale nei contesti medico-legali. Al riguardo sottolineo che, a parità di situazione clinica o di danno materno-infantile, il giudice emette una sentenza di assoluzione nel 60 per cento dei casi quando il medico ha praticato il parto cesareo; se, in-

vece, sempre a parità di condizioni, il medico non ha effettuato il parto cesareo, la posizione si inverte. Questo è quanto risulta dall'indagine svolta sulle procure italiane (che ha affiancato quella sugli assessorati alla sanità).

Tutto ciò ci pone in un'enorme difficoltà di immagine oltre che economica. Risulta, peraltro, che il 96 per cento dei procedimenti penali finisce con l'archiviazione o l'assoluzione e solo il 4 per cento si conclude con la condanna del medico.

Noi non siamo assolutamente contrari ai controlli di tipo tecnico, ma siamo contrari al fatto che tutto ciò venga avviato senza concordare modalità di soluzione, con l'intento di creare situazioni di repressione.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Trojano, che – ricordo – è il presidente nazionale dell'Associazione ostetrici ginecologi italiani.

Informo i colleghi senatori che la relazione sui punti nascita (testé citata dal professor Trojano) è stata presentata dal relatore, onorevole Benedetto Francesco Fucci, il 14 dicembre 2011 ed è stata approvata dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari istituita presso la Camera dei deputati. Tale relazione è stata distribuita a tutti i senatori.

Informo altresì che proprio oggi alla Camera dei deputati, a partire dalle ore 17, si voterà la conseguente risoluzione. Nell'ambito di questa risoluzione sono state avanzate alcune proposte che potranno essere d'aiuto per il lavoro delle relatrici in vista della redazione del documento conclusivo della nostra indagine conoscitiva (che ovviamente, in quanto tale, ha avuto tempi, approfondimenti e modalità diversi).

Per quanto riguarda le osservazioni svolte da ultimo dal professor Trojano, sottolineo da un lato che le questioni legate alla sorveglianza, alla denuncia e al sindacato ispettivo hanno tempi e modalità che sfuggono al diretto controllo del Parlamento; dall'altro lato, evidenzio che, insieme al Governo e in particolare al Ministro, possiamo assumere un ruolo propulsivo per quanto riguarda le proposte più idonee al fine di risolvere i problemi di ordine organizzativo esposti dal professor Trojano.

GUSTAVINO (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI*). Signor Presidente, chiedo al professor Trojano un aiuto ad orientarmi anche rispetto ad un dato culturale su cui dobbiamo confrontarci. Se esaminassimo soltanto i dati relativi alla mortalità e morbilità infantile, dovremmo ritenere veramente soddisfatti. Infatti, il risultato fondamentale, cioè quello di garantire salute a donne e a bambini, è stato raggiunto, peraltro nelle condizioni di grande difficoltà e disparità a tutti note. Ripeto, però, che il risultato complessivo è stato raggiunto.

A mio avviso, la diafrasi tra parto cesareo e parto naturale dovrebbe essere ridimensionata, anche sul piano culturale. La questione investe da una parte le donne, dall'altra gli operatori per arrivare fino ai magistrati: il parto naturale rappresenta sempre e comunque l'esito più auspicabile, sebbene esso comporti un'attenzione, un lavoro e una sensibilità da parte

di tutti gli operatori superiori a quelli richiesti dal parto cesareo, il quale necessita di un'attenzione e di una competenza sul piano tecnico che però sono molto più individuabili e praticabili. Allora, secondo me, si deve provare a fare un'operazione culturale. Non credo agli accordi Stato-Regioni; piuttosto, ci sono disaccordi tra le Regioni, mentre lo Stato, in tema di salute, è assente ormai da tempo (avevamo persino dimenticato per strada il Ministero della salute). Dal punto di vista politico, dovremo fare altri ragionamenti ma, considerata la situazione così com'è, credo che i tecnici possano dare un grande contributo.

Il parto naturale non è quella soluzione così elementare che si vuole a tutti i costi progettare o programmare, innescando attese pericolose; dall'altro lato, non sempre il parto cesareo costituisce la soluzione più facile, efficace e sempre auspicabile, come si può pensare.

Io credo che nascere naturalmente sia bellissimo quando va tutto bene, e perché tutto vada bene è indispensabile prestare le dovute attenzioni, anche dal punto di vista del DRG, contrariamente a quanto avviene oggi. Per contro, il parto cesareo, al di là della famosa appropriatezza che bisogna utilizzare, di cui abbiamo anche molto parlato in questa sede, non è sempre la soluzione né di comodo né di riuscita. Allora, si può fare un passo culturale in avanti, in attesa che la regia torni allo Stato centrale. Infatti, ho la sensazione che senza una regia centrale, ciascuna realtà camminerà per conto proprio e ci stupiremo che si fanno faticosamente accordi e si ottengono disaccordi.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Professor Trojano, premetto subito di non essere un medico e di essere stato amministratore della sanità nella mia piccola Regione per tanto tempo, pertanto le mie domande sono dettate dall'esperienza. In questo percorso, dal 1995 in poi, il dibattito culturale ci ha portato ad innamorarci di tante tesi per quanto concerne i punti nascita. Mi viene in mente il parto a casa, rispetto al quale si era registrato un *boom* dopo la prima metà degli anni Novanta; addirittura erano nate le case di maternità, sul modello olandese. Ebbene, come si possono conciliare simili interventi, che hanno fatto parte di un dibattito culturale che ci ha occupati per tanto tempo, con la centralizzazione dei parti negli ospedali?

Io ho pagato – il collega Cosentino lo sa bene – per avere accorpato i reparti nel Molise. Le chiedo come il necessario accorpamento delle piccole strutture possa essere gestito, soprattutto in termini di sicurezza, in quelle Regioni nelle quali sussistono distanze di 60, 70 chilometri tra i centri abitati.

In riferimento all'indagine sui punti nascita condotta dalla Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, presieduta dall'onorevole Orlando, personalmente credo che il vero problema dell'assistenza al parto è che la donna ormai è proprietaria di qualche ginecologo; basta andare negli ospedali per rendersene conto.

Tutte le volte che da assessore piuttosto che da consigliere regionale, da deputato o da semplice cittadino ho visitato i nostri reparti ospedalieri ho sempre sentito dire alla donna incinta – e non è un’eccezione di Campobasso perché la situazione è analoga in altre Regioni – di aspettare il dottor «Tizio», avendola questi seguita con attività extraospedaliera. Questo è a mio avviso uno dei problemi che dobbiamo assolutamente affrontare in questo studio che stiamo portando avanti perché veramente chi non ha santi in paradiso – come si suol dire dalle mie parti – si vede abbandonata o perché viene presa in cura da un altro medico fuori Regione o perché non si è affidata a specialisti operanti in quel reparto in cui è andata a partorire.

Infine, professor Trojano, le chiedo una sua valutazione personale circa l’ipotesi di istituire un DRG specifico sui parti cesarei, alla luce delle allarmanti percentuali – questo è il terzo anno consecutivo – che si registrano in alcune zone dell’Italia meridionale (Campania, Molise, Calabria); percentuali che non possono essere giustificate solo da una medicina difensiva male interpretata.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, stavo leggendo la relazione sui punti nascita approvata dalla Commissione di inchiesta sugli errori in campo sanitario della Camera, che mi sembra molto centrata sul problema dei rischi e sulle questioni della sicurezza piuttosto che sul tema più generale – che noi invece abbiamo affrontato – che abbiamo chiamato percorso nascita, e che riguarda tutta una serie di problematiche legate a prima, durante e dopo il parto. Ad ogni modo, quel lavoro certamente sarà un aiuto importante alla nostra attività.

Vorrei chiedere al professor Trojano cosa pensa delle linee guida sull’appropriatezza del taglio cesareo, presentate il 31 gennaio dall’Istituto superiore di sanità. Le chiedo altresì se concorda sul fatto – mi è parso di capire che sia così, anche da quanto emerge da alcuni dati dell’inchiesta condotta alla Camera – che l’accorpamento, e quindi la riorganizzazione dei punti nascita, sia importante per dare sicurezza alla madre e al bambino, ma che allo stesso tempo essa non possa risolversi solo in un ridimensionamento del numero del personale dedicato (medici, infermieri e ostetriche), a discapito soprattutto delle strutture che registrano un numero più elevato di parti annui. Infatti, la donna va seguita in quanto la nascita rappresenta non soltanto un’operazione medica ma prima di tutto un’esperienza umana decisiva sia per la madre sia per il nascituro. In altri termini, è giusto razionalizzare e pensare alla sicurezza, però bisogna pensare che la nascita, insieme alla morte, costituisce uno dei due atti principali nella vita dell’essere umano, e che lo rende tale.

Per quanto concerne la parto-analgesia, nell’inchiesta condotta alla Camera non se ne parla, o almeno nella proposta di risoluzione. Eppure, in tutte le audizioni che abbiamo fatto, abbiamo registrato due criticità: un problema legato al numero degli anestesisti e la necessità di un loro inserimento nell’*equipe* che segue il parto. L’anestesista non può stare fuori dall’organizzazione dell’attività all’interno della sala parto.



Durante il parto inoltre la presenza dell'anestesista si prolunga comunque nel tempo; considerata la carenza di anestesisti, non sempre ciò è compatibile con l'organizzazione dell'attività ospedaliera e, quindi, si cerca di non rispondere a questa domanda.

Infine, non sono un medico, ma un componente della Commissione, che è medico anestesista, mi ha spiegato che la complessità di questa prestazione è tale per cui non tutti gli anestesisti sono nelle condizioni di eseguirla correttamente.

Dunque, poiché il vostro collegio svolge un'importantissima funzione culturale, di formazione e di crescita professionale e si pone anche tale obiettivo, le chiedo cosa è possibile fare affinché si rompa questo muro di indifferenza rispetto a una questione che a me sembra invece molto importante.

Come evidenziato in altre occasioni, la percezione del dolore è cambiata; al riguardo abbiamo approvato una legge che riconosce il dolore come se fosse una malattia. Quindi, non capisco perché il dolore non possa essere riconosciuto anche nel caso del parto.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Signor Presidente, ho ascoltato con molta attenzione il contributo di alto valore scientifico che il professor Trojano ha fornito con il suo intervento per meglio comprendere alcuni aspetti del lavoro che la Commissione sta svolgendo su uno dei punti di particolare criticità, come ricordato anche dai colleghi che mi hanno preceduto.

Desidero porre due domande. Innanzi tutto, chiedo al professor Trojano se ha la possibilità di riferirci con qualche elemento documentale e di dettaglio qual è il livello di applicazione delle linee di azione approvate con il cosiddetto provvedimento Fazio, poi recepito dalla conferenza Stato-Regioni; vorrei capire qual è il livello di recepimento e la sensibilità che in ambito regionale si sta manifestando rispetto a quella linea di intervento, che mi pare indirizzata – come ricordato dallo stesso professor Trojano – nella giusta direzione.

In secondo luogo, ricordo che purtroppo qualche giorno fa in Puglia (che è la Regione di appartenenza mia e del professor Trojano) una giovane donna di 28 anni è morta per una gravidanza: dopo un feto nato morto la ragazza è deceduta. Si tratta di una di quelle pagine drammatiche che consegna alla comunità, anziché il sorriso e la gioia di una vita che nasce, la sofferenza drammatica di lacrime che scorrono su problemi già denunciati e rimasti purtroppo irrisolti.

Fatto salvo il profilo di responsabilità medica, per il quale vi saranno valutazioni e accertamenti in ordine ai possibili profili di imperizia o di inadeguatezza, chiedo al professor Trojano se nella Regione Puglia – che ha una gestione sottoposta a piano di rientro e in cui vi è il blocco del *turn-over* – la carenza dell'organico può avere inciso su questo e su altri casi. In sostanza, vorrei capire se il problema della carenza degli organici, soprattutto nella disciplina e nel comparto che è di sua specifica competenza, possa esporre ad un rischio superiore. Al riguardo vorrei sa-

pere quali iniziative si intendono adottare e quali richieste si ritengono di avanzare alla Regione e al Governo, ciascuno per la propria parte. Infatti, non vorrei che gli operatori della sanità, ad esempio in una Regione come la Puglia, finiscano con il testimoniare una laboriosità, che è figlia anche di quella concezione della professione medica intesa come missione (mi piace sottolineare che ciò accade molto spesso nella nostra Regione), ma diventino i parafulmini di una situazione implosiva, in cui magari si sovraespone la responsabilità del medico rispetto ad un'inadeguatezza complessiva di sistema.

*TROJANO.* Signor Presidente, innanzi tutto ringrazio per la possibilità di ampliare quanto ho poc'anzi esposto.

Parto da un concetto di base: la patologia legata alla gravidanza, che riguarda dal 10 al 15 per cento di tutte le gravide, ha una gestione improvvisa: è possibile diagnosticarla durante la gravidanza solo nel 6 per cento dei casi; nel restante 7-8 per cento dei casi, è una patologia che insorge improvvisamente e quindi diventa d'urgenza.

Fatta questa premessa, sottolineo che la gravidanza nelle donne di età più avanzata (oggi la prima gravidanza si attesta intorno ai 32-33 anni) già presenta un rischio maggiore legato – appunto – all'età e quindi registra una diversa frequenza di patologie.

Pertanto, i riferimenti di tipo istituzionale (clinico, territoriale o ospedaliero) devono essere di alta specificità, qualunque essi siano: ginecologo, ostetrica, neonatologo dedicato e non pediatra, anestesista dedicato e non anestesista generale.

Rispondendo al senatore Gustavino, evidenzio che la difficoltà del parto naturale è legata alla necessità di seguire l'evento parto, cioè il travaglio, con un monitoraggio attento e continuo, 24 ore su 24, avendo a disposizione una *équipe* di guardia (che comprende l'ostetrica, il ginecologo, il neonatologo e l'anestesista) per un'eventuale emergenza; ad esempio, può capitare l'arresto di progressione della parte presentata – per utilizzare un'espressione tecnica – cioè il fatto che il bambino, nel momento espulsivo, si arresta, non va avanti e comincia ad andare in sofferenza. In quel caso bisogna intervenire immediatamente.

Non è possibile prescindere, dunque, dall'esigenza di una messa in sicurezza della sala parto. Occorre, però, che vi sia anche la cultura della preparazione della gravida al parto spontaneo, con corsi di formazione e con una preparazione al parto sia fisico che psicologico. Inoltre, abbiamo chiesto la presenza in sala parto della psicologa dedicata, come esiste negli istituti di oncologia; in alternativa, le ostetriche che lavorano in sala parto dovrebbero avere attitudini tali da poter stare vicino alla donna. Negli Stati Uniti esiste una figura chiamata *doula*: si tratta di una persona esterna, un familiare della paziente. Questa persona è presente perché in America non c'è un'ostetrica che segue la paziente; ci sono 50, 30 pazienti monitorizzate con cardiocografi e un'ostetrica che segue sui *monitor*, quindi, la donna fa il travaglio da sola, ragion per cui quella presenza diventa fondamentale sotto il profilo psicologico.

Rispetto alla domanda del senatore Astore, le case del parto erano un'idea di 40 anni fa ma sono state riproposte nel tempo. Alcuni ospedali hanno realizzato un'area dedicata alla casa del parto; tuttavia, non sono mai effettivamente decollate. Può essere una alternativa ma non è certamente la modalità che risolve la problematica relativa alla cultura del parto vaginale. Se non ricominciamo a formare i nostri specializzandi con la cultura di seguire il travaglio, nel tempo il parto vaginale scomparirà dalle modalità di espletamento del parto.

È vero che le concentrazioni sono difficili da realizzare, tant'è che avevamo anche previsto nell'indagine che tutte quelle realtà territoriali – il Molise e il nostro Gargano ne sono un esempio – che non possono essere raggruppate in grossi centri, devono avere situazioni periferiche funzionanti. Ma è pur vero, senatore Astore, che non è possibile concepire una sicurezza diversa tra sale parto dove partoriscono 10 donne all'anno o al mese e strutture dove ne partoriscono 1.000. Questa è la realtà.

ASTORE (*Misto-ParDem*). È il modulo organizzativo.

TROJANO. È il modulo organizzativo che deve dare questa tranquillità alla donna e al medico che opera all'interno della struttura.

È vero anche che esiste oggi un rapporto medico-paziente, ed è fondamentale. Esiste ancora una cultura, che ci portiamo dietro, della presenza in sala parto del ginecologo che ha seguito la paziente durante la gravidanza. Io non opero più in clinica ostetrica da otto anni perché sono all'istituto tumori, ma già otto anni fa avevamo fatto fronte a questa situazione creando una *equipe* valida. Infatti, il medico della paziente poteva intervenire in maniera amicale, ma non certamente nella conduzione del travaglio e del parto, perché arrivava laddove altri avevano seguito l'intero *iter* dell'espletamento del parto.

Riguardo al discorso del DRG, siamo stati i primi come società italiana, mi permetta, senatore Astore, a parlare di unificazione dei DRG del taglio cesareo e del parto spontaneo, le cui difficoltà sono uguali; anzi, molte volte, quelle del parto cesareo sono più complesse, perché è richiesta una cultura diversa dell'assistenza al parto.

Il mio maestro, il professor Cagnazzo, mi ricordava sempre che noi ci differenziamo dai chirurghi perché siamo vaginalisti, e lo siamo in chirurgia oncologica ma anche nell'espletamento del parto vaginale.

La senatrice Bassoli parlava del percorso nascita sottolineando come questa Commissione abbia affrontato il problema del prima, durante e dopo il parto. Al di là della Commissione della quale ho fatto parte per la valutazione dei punti nascita, noi come società scientifica ce ne siamo occupati: abbiamo previsto opuscoli sulla donazione di funicolo, sull'allattamento al seno e abbiamo trattato tutto ciò che gira intorno al percorso nascita. Ciò che quella Commissione ha voluto sottolineare era mettere in evidenza le problematiche realmente esistenti nell'ambito dei punti nascita italiani e quali potevano essere le possibili soluzioni al problema al minor prezzo ma con maggiore risultato.

Dirò di più. La parte relativa ai contenziosi medico-legali, quindi al numero dei processi e alle tipologie di soluzioni, ci permetterà, al livello nazionale, di potere dialogare al tavolo delle trattative assicurative in maniera diversa, cercando di ottenere un ridimensionamento dei premi assicurativi che penalizzano in maniera particolare i giovani che hanno l'obbligo di assicurarsi per poter svolgere la propria attività professionale; gli attuali costi delle polizze assicurative non sono infatti alla portata di tutti.

Una recente sentenza d'appello ha condannato un medico, per una problematica legata ad una sofferenza fetale – non entro nel merito – ad un risarcimento di 14 milioni di euro: cinque alla mamma, cinque al padre e quattro alla bambina. Di fronte a queste cifre, la Lloyd, con la quale la nostra società stava trattando per il rinnovo dell'assicurazione nazionale a tutti gli iscritti, ci ha salutato e se n'è tornata a Londra; si è rifiutata di trattare, è andata via dall'Italia.

Rispetto alle linee guida sull'appropriatezza del taglio cesareo, qualche giorno fa ho scritto una lettera al Ministro. Per la stesura di quelle linee guida, che hanno destato grande perplessità, i rappresentanti delle società scientifiche AOGOI e SIGO hanno avuto un ruolo poco determinante. A mio avviso, esse vanno integrate con il nostro contributo – ho fatto un comunicato stampa al riguardo non più tardi di venerdì della scorsa settimana – attraverso soluzioni tecniche che rispondano ai requisiti che la FIGO, la Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia, la sigla mondiale, prevede circa le modalità con cui devono essere stilate le linee guida. Altrimenti offriamo maggiormente il fianco a situazioni di tipo medico-legale che molte volte non sono legate né all'incapacità del medico né alla struttura, ma solo allo sfruttamento da parte di chi ha subito un disagio e, pur di poter arrivare ad un proprio tornaconto, fa partire un procedimento medico-legale che crea un danno a tutti, soprattutto al medico, comunque vada a finire nell'arco del tempo.

Per quanto riguarda l'umanizzazione della sala parto, penso di avere già risposto quando ho sottolineato l'importanza dell'assistenza, della messa in sicurezza della sala parto, del rapporto con ostetriche dedicate e della presenza di psicologhe dedicate che possano svolgere un proprio ruolo.

In Italia dobbiamo creare punti di eccellenza. La sala parto deve essere uno dei punti di eccellenza del nostro sistema sanitario perché su questo si basa il futuro del nostro Paese. Ripeto che dobbiamo avere dei punti di eccellenza, cercando di ottenere il massimo non solo sotto il profilo strutturale, ma anche sotto il profilo della formazione e della qualità degli operatori nell'ambito della sala parto (questo è il nostro impegno come società scientifica).

Inoltre, non ho mai pensato che gli anestesisti della sala parto non debbano essere dedicati alla parto-analgesia, che ha una sua peculiarità nella somministrazione dei farmaci, nella modulazione della terapia e nella collaborazione in simbiosi con il ginecologo e l'ostetrica. A mio avviso, dunque, non è possibile creare una sala parto con un anestesista che non sia dedicato.

Il senatore D'Ambrosio Lettieri ha posto una domanda in ordine al recepimento in ambito regionale delle linee guida emanate dall'allora ministro Fazio. Dopo l'incontro di Roma sulle linee guida ho inviato una circolare (che ho concordato con il signor Ministro) a tutti i segretari regionali chiedendo loro di rivolgersi ai propri assessori alla sanità e alle commissioni sanitarie a livello regionale affinché le linee di indirizzo, soprattutto nelle Regioni con piani di rientro che stanno rimodulando la rete ospedaliera territoriale, vengano applicate in ciascuna Regione. Cito l'esempio della Puglia che sulla carta sembrava aver già avviato il percorso, mentre nella realtà è ancora ferma allo stesso punto. Infatti, in Puglia deve essere chiuso quasi il 50 per cento dei punti nascita esistenti (da 48 si dovrebbe arrivare a 26 punti nascita), ma finora non ne è stato chiuso neanche uno; eppure è una Regione sottoposta a un piano di rientro, con il blocco del *turn-over*. Il processo dovrebbe essere completato entro marzo; in ogni caso, stiamo seguendo la situazione e cerchiamo di essere di supporto tecnico all'evoluzione del programma.

La paziente cui poc'anzi si è fatto riferimento è morta perché ha avuto una coagulazione intravascolare disseminata (CID): la donna ha avuto un aborto a 16 o a 18 settimane (non ricordo bene) e poi un distacco di placenta. Tutto ciò è avvenuto di notte quando era presente un solo medico di guardia; neanche l'ostetrica si è accorta di quanto stava accadendo. La donna non era in sala parto né in sala travaglio, ma era in reparto. Se ne sono accorti i familiari che hanno chiamato aiuto, ma ormai la donna era in coma; è stata quindi immediatamente trasferita in un centro in cui vi era la rianimazione per poter eseguire uno svuotamento uterino tramite taglio cesareo (in quelle condizioni non era possibile affrontare uno svuotamento vaginale, anche se era alla sedicesima settimana di gravidanza), ma purtroppo è arrivata morta.

Ora è in corso un'inchiesta per verificare le eventuali responsabilità di tipo professionale, di tipo strutturale o quant'altro emergerà. Abbiamo preso in considerazione questo caso e abbiamo chiesto una serie di informazioni e dati a livello ospedaliero. Quando si verificano casi del genere vi è una commissione che valuta la situazione; allo stesso modo, esaminiamo sempre anche le perizie di chi assume posizioni che non sono conformi né alla clinica né alle risposte scientifiche che si possono dare in base a quel determinato caso. La carenza di organico rappresenta una delle cause di queste situazioni. In alcuni ospedali – mi rivolgo al presidente Tomassini, che è anche ginecologo – le sale parto funzionano con due ostetriche e tre medici in organico, senza il trasporto neonatale o materno per i casi di emergenza: mi chiedo come si possa fornire un servizio 24 ore su 24. Dunque, vorrei capire come possono rimanere aperte queste strutture in tali condizioni.

Ripeto quanto ho già sottolineato nel mio intervento iniziale: in Italia l'ostetricia registra la più bassa mortalità e morbilità d'Europa. Ciò vuol dire che sappiamo fare le eccellenze, ma dobbiamo avere la possibilità e le strutture per farlo perché ancora non ci siamo attrezzati per fare i miracoli.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Trojano per l'ampia esposizione.

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

Apprezzate le circostanze, dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano le ore 16,05.*



