



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 20

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»

314^a seduta: martedì 28 febbraio 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

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

* PRESIDENTE	Pag. 3, 11, 13	<i>DES DORIDES</i>	Pag. 3, 4, 8
BASSOLI (PD)	7	<i>PACCHIARINI</i>	5, 9, 11
COSENTINO (PD)	11		
GRAMAZIO (PdL)	4		
GUSTAVINO (UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN- MRE-PLI-PSI)	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: Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia: CN:GS-SI-PID-IB-FI; 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 Andrea Des Dorides, direttore generale dell'azienda ospedaliera San Carlo di Potenza, accompagnato dal dottor Sergio Schettini, direttore dell'unità operativa di ostetricia e ginecologia, e il dottor Diamante Pacchiarini, direttore sanitario dell'azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma.

I lavori hanno inizio alle ore 15.

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 21 febbraio scorso.

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

È oggi in programma l'audizione di esperti. Ascolteremo il dottor Andrea Des Dorides, direttore generale dell'azienda ospedaliera San Carlo di Potenza, accompagnato dal dottor Sergio Schettini, direttore dell'unità operativa di ostetricia e ginecologia dell'azienda ospedaliera San Carlo di Potenza, e il dottor Diamante Pacchiarini, direttore sanitario dell'azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, che ringrazio per avere accolto il nostro invito ed a cui lascio la parola.

DES DORIDES. Signor Presidente, ho ritenuto opportuno farmi accompagnare dal direttore dell'unità operativa di ostetricia e ginecologia non solo per la sua competenza professionale, ma anche perché è molto poco tempo che ho assunto il mio attuale incarico e quindi potrà aiutarmi a rispondere alle vostre domande.

Nella Regione Basilicata, in questo momento, stiamo portando avanti una riforma del percorso nascita derivante da una deliberazione regionale dell'aprile 2011, che ha previsto la riorganizzazione dei punti nascita e delle procedure ad essi connesse. Cerchiamo in questo modo di rientrare all'interno dei parametri ottimali di organizzazione, con la chiusura dei punti nascita in cui si effettuano meno di 500 parti l'anno; il secondo li-

vello è rappresentato dall'azienda di cui sono direttore generale, dove hanno luogo circa 1.400 parti l'anno; si prevedono poi tre punti nascita di primo livello.

Per alcuni aspetti, il sistema lucano è decisamente in linea con le migliori aspettative. Ad esempio, sul fronte dei parti cesarei, è in atto una riduzione progressiva di tre o quattro punti percentuali l'anno da almeno due anni e attualmente siamo al livello del parametro *standard* previsto. Occorre però fare una precisazione sulla realtà lucana, perché quando si parla di questi indici ottimali, bisogna anche tenere presenti alcuni fattori specifici, ad esempio il tasso di dispersione della popolazione della Basilicata, che credo non abbia eguali nel resto del Paese: ci stiamo infatti riferendo a meno di 600.000 abitanti, di cui un quarto risiede nelle città di Potenza e Matera e i restanti tre quarti sono distribuiti in 133 Comuni. Inoltre, la viabilità diciamo che lascia un po' a desiderare e questo crea difficoltà enormi. Non si può certo chiedere a tutte le gestanti di trasferirsi a Potenza per affrontare un parto naturale che presenti qualche rischio, in modo da poter eventualmente effettuare un taglio cesareo, in caso di necessità.

GRAMAZIO (*PdL*). Sempre che non ci sia la neve!

DES DORIDES. Il problema della neve è un ottimo esempio: quando è nevicato, abbiamo tenuto in ospedale alcune mamme che erano alla fine del loro percorso di gestazione proprio per evitare guai.

Tenendo conto di queste specificità, possiamo ritenere positiva una percentuale di parti cesarei intorno al 35 per cento, che ridurremo certamente nei prossimi anni, senza però poter raggiungere i livelli che ci sono nel resto del Paese.

Abbiamo comunque fatto grandi passi avanti e in questo momento è allo studio una delibera regionale per modificare i compensi, i DRG per il parto, abbassando il valore economico del parto cesareo e alzando quello del parto senza dolore. Può sembrare poco ortodosso affrontare questo tema in termini economici, ma riteniamo che invece questo strumento possa combattere efficacemente la tendenza delle strutture private ad abusare del parto cesareo.

Il nostro sistema è decisamente all'avanguardia per quel che riguarda il *rooming in* e la gestione: per esempio, nel nostro ospedale abbiamo alcuni spazi dove ospitiamo le mamme dopo il parto, nel caso che il bambino sia trattenuto in terapia intensiva o per qualche altro motivo, proprio per far fronte alle difficoltà logistiche del sistema. Cerchiamo quindi di gestire e supportare meglio che possiamo la parte umana ed emotiva dell'importante evento della nascita.

Ci sono anche aspetti rispetto ai quali registriamo qualche ritardo, ma siamo comunque impegnati ad affrontare e risolvere i problemi. Mi riferisco in particolare al sistema dei trasporti, sia «in utero» che attraverso ambulanze specializzate. A tale proposito, stiamo predisponendo un protocollo regionale che coinvolge tutte le aziende. Il sistema tuttavia fa ancora

fatica a rispondere efficacemente alla domanda, per cui si rende necessario – senza creare particolari rischi – il trasferimento di neonati presso centri extraregionali, che magari in questo momento hanno più disponibilità di mezzi di trasporto specializzati. Anche su questo aspetto è in corso una discussione nell'ambito del piano sanitario della Regione, che contiene molti interventi su questo fronte, ma ancora non ha finito il suo percorso.

Mi sono limitato a presentare il quadro generale e sono ovviamente disponibile a rispondere ad eventuali domande.

PACCHIARINI. Buona sera a tutti, ho portato con me alcune *slide* che sono state stampate e che quindi non verranno proiettate, ma che serviranno più che altro come traccia per il mio ragionamento.

L'azienda ospedaliera San Camillo, nell'ambito dell'unità operativa complessa di ostetricia-ginecologia, nel 2011 ha effettuato 3.600 parti circa. Vorrei indicare subito un dato che in realtà dovrei citare alla fine del mio intervento: mi riferisco al fatto che tre o quattro anni fa, si praticava oltre il 40 per cento di parti cesarei, percentuale che considerava però anche le donne che avevano già subito un taglio cesareo. In realtà, come risulta dallo studio P.Re.Val.E (Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari) della Regione Lazio, il San Camillo aveva una percentuale di parti cesarei del 35 per cento, che in quattro anni è sceso al 22 per cento ed è quindi vicinissimo a quello che è considerato lo *standard* di eccellenza nella nostra città, cioè il 19 per cento, che è il dato riferito all'ospedale Fatebenefratelli.

A questo risultato siamo arrivati ovviamente con molto lavoro ed impegno e con l'aiuto determinante di tutti, a partire dal primario, che è anche capo dipartimento, e del personale un po' più motivato ed al riguardo non utilizzo l'espressione «ultimi arrivati» perché il più giovane ha la mia età ed i capelli bianchi e questo perché nel Lazio è un po' di tempo che non c'è più *turnover*, lo stesso primario è ormai prossimo ai settant'anni ed è ancora in servizio in virtù delle leggi che voi ben conoscete. Quindi, siamo arrivati ai suddetti risultati, non ultimo l'implementazione della partoanalgesia (sono stati effettuati 900 parti in un anno facendo ricorso a tale metodica) ed in tal caso una delle motivazioni – magari banale – è data dal fatto che alcune donne non volendo affrontare il dolore del travaglio seguono la strada della partoanalgesia. Questo è pertanto un dato che merita di essere evidenziato, considerato che da questo punto di vista sono stati registrati aumenti percentuali di tre punti ogni anno. Se andiamo ad analizzare i risultati dello studio P.Re.Val.E (Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari) della Regione Lazio relativi al dato dei parti con taglio cesareo primario, si osserva che il San Camillo, nel biennio 2009-2010 ha registrato una percentuale di 26,98 per cento; se però si scompone il dato relativo a ciascuno dei due anni si potrà osservare che nel 2009 ci si è attestati a circa il 30 per cento e nel 2010 a circa il 22 per cento.

Vorrei ora brevemente ricordare che l'anno scorso abbiamo deliberato un percorso di valutazione del rischio in gravidanza; in proposito ab-

biamo svolto anche un piccolo convegno che ha avuto risonanza anche sulla stampa e in televisione, al quale forse qualcuno dei presenti ha partecipato. Si tratta di una *flow chart*, contenuta in documento di 50 pagine che ho consegnato agli atti della Commissione e che non essendo un ginecologo evito di illustrarvi per non incorrere in imprecisioni. Mi limito soltanto a sottolineare che ovviamente non abbiamo inventato questo lavoro al San Camillo, ma abbiamo al riguardo assunto i relativi riferimenti dalla letteratura internazionale, caso per caso. Nel già citato documento abbiamo quindi descritto tutti i rischi connessi al percorso gravidanza e, sulla base delle evidenze scientifiche, abbiamo costruito un percorso, che stiamo ovviamente implementando e pian piano mettendo in atto, nel senso che allo stato non è ancora possibile pienamente riscontrare nella realtà del San Camillo quanto riportato nel documento.

Vorrei ora sintetizzare alcune criticità rispetto agli *standard* che ci siamo dati e che riguardano le gravidanze a rischio a fronte delle quali abbiamo ravvisato la necessità di istituire alcuni ambulatori specifici onde poter affrontare il problema ed evitare così ricoveri inutili e ripetuti. Mi riferisco, in particolare, ai casi di donne che soffrono di diabete o ad altri tipi di gestosi, casi nei quali, ovviamente, un po' anche per ragioni connesse alla medicina difensiva, si tende in primo luogo a far ricoverare la donna per qualche giorno e, in secondo luogo, ad effettuare il parto cesareo. Abbiamo pertanto deciso di intervenire (e pian piano lo stiamo già facendo), seguendo questi casi in ambulatori specifici e intensificando il *follow up*, i monitoraggi, le analisi; in tal modo riteniamo di riuscire a ridurre sia i ricoveri inutili, sia, soprattutto, le percentuali relative ai parti cesarei.

GUSTAVINO (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI*). Signor Presidente, il direttore Des Dorides ha segnalato un tema a mio avviso di grandissima importanza, quello dell'organizzazione all'interno di aree che presentano complessità per numerosi motivi, alcune delle quali riguardano il territorio in quanto tale.

Nel merito vorrei cercare di capire quale sia il punto di equilibrio che occorre individuare tra la necessità di procedere in direzione di un sistema di trasparenza delle strutture – che io definisco «certificazione» – sulla scorta dei volumi. Credo infatti sia opportuno chiarire di che cosa stiamo parlando anche nei confronti dell'utenza. Quale è dunque il punto di equilibrio in una situazione in cui, da una parte, gli indicatori segnalano che soltanto entro certi volumi c'è la possibilità di fornire alcune risposte (e per quanto concerne l'ostetricia mi riferisco specificamente al riconoscimento della patologia che si ha solo a fronte di un numero di parti sufficiente) e, dall'altra, vi è la necessità di considerare anche strutture che non raggiungono questi volumi, per effetto di quel combinato disposto formato dalle difficoltà del territorio e dei trasporti e dalla necessità di garantire un presidio? Da una parte, quindi, c'è la certificazione di qualità, che non può non avvenire se non tenendo conto di parametri ampiamente condivisi, in base ai quali se non si effettuano almeno 1000-1500 parti si rischia di non

riconoscere per tempo alcune patologie, un rischio che è indipendente dalla bravura del professionista, come, del resto è stato ripetutamente osservato nell'ambito delle audizioni svolte e che quindi non scopriamo oggi; dall'altra, però, c'è la necessità di dare risposte ai pazienti. Quale è allora il punto di equilibrio? È forse il trasporto? Dobbiamo interessarci di più delle determinanti non mediche, per consentire di dare una risposta in termini di trasparenza, chiarezza e sicurezza a tutti, oppure è necessario accettare che ci sia qualcosa che non funziona nel sistema di qualità che oggi peraltro non è neanche diffuso, considerato che le certificazioni di cui parliamo ancora non esistono? Dobbiamo tendere ad un sistema di certificazione? Dobbiamo tendere a questo tipo di chiarezza, comunicando che ci sono azioni che non riusciamo a portare avanti in quanto connesse a problemi che abitano fuori del sistema della sanità?

BASSOLI (PD). Signor Presidente, ringrazio gli auditi per la loro presenza. Volevo porre alcuni quesiti al direttore generale dell'azienda ospedaliera San Carlo di Potenza sul tema della frequentazione da parte delle donne dei corsi di preparazione al parto. Il dato generale che abbiamo osservato vede una esigua partecipazione ai corsi, in particolare nel Centro-Sud del Paese. Mi interesserebbe al riguardo sapere che tipo di informazione arrivi in proposito alle donne in gravidanza, anche nei casi in cui queste non frequentino strutture pubbliche, come ad esempio i consultori – la cui attività va sempre più riducendosi – ma si rivolgano, anche privatamente, a ginecologi che magari sono poi gli stessi che operano presso le strutture pubbliche. C'è una qualche forma di informazione e di collegamento tra chi opera sul territorio e la struttura ospedaliera?

Quanto al parto in analgesia, mi interesserebbe inoltre sapere (mi scuso, ma essendo arrivata in ritardo, non so se la questione sia stata già affrontata) se le donne in gravidanza vengano comunque informate di questa opportunità e se il ricorso a tale metodica sia garantito ventiquattr'ore su ventiquattro, anche di sabato e domenica, oppure venga assicurato solo in alcune occasioni e su richiesta.

Dottor Pacchiarini, lei ha detto che non c'è ricambio del personale anziano. Ritiene che l'anzianità del personale, in un settore così delicato come quello dell'ostetricia e ginecologia, possa limitare la capacità di innovazione nella risposta ai bisogni delle donne che si presentano per partorire?

Quali difficoltà incontra l'istituzione di un ambulatorio specifico – cui lei ha accennato – per gestire le gravidanze oltre termine ed evitare quindi ricoveri e parti cesarei inutili? Se lei ha identificato questa soluzione come una risposta corretta dal punto di vista dell'appropriatezza e del risparmio della spesa, dovrebbe allora poter essere necessariamente realizzata senza grandi difficoltà. Quali sono invece gli ostacoli che si frappongono?

Infine, vorrei sapere quanti giorni, mediamente, le donne restano ricoverate per il parto e se, quando lasciano la struttura, sono almeno mini-

mamente informate dei problemi che potranno incontrare nell'allattamento e nella cura del bambino e per ciò che concerne la propria salute.

DES DORIDES. Preciso che abbiamo depositato tutti i dati citati su supporto informatico, presso gli Uffici della Commissione. Premesso che sono il direttore dell'azienda ospedaliera, cercherò di rispondere comunque in nome e per conto di tutto il sistema.

Per quanto riguarda il trasporto, come dicevo prima, è chiaro che l'equilibrio diventa difficile se un determinato territorio presenta le caratteristiche descritte. Già il passaggio dalla rete storica alla chiusura di tutti i punti nascita sotto i 500 parti significa averne a disposizione quattro, complessivamente: tre sul territorio e uno di secondo livello, quello di Potenza, che in realtà è di primo e secondo livello. In considerazione della situazione logistica che vi ho illustrato, questo è già un passo avanti notevole sulla strada della qualità. Non c'è dubbio però che la risposta debba essere data attraverso il sistema che vi ho spiegato; stiamo mettendo a punto, nel nuovo piano sanitario, le modalità con cui diffondere il più possibile un sistema capillare di trasporto. Resta però il fatto – lo ribadisco – che l'ambulanza, anche se è stanziale, impiega comunque un'ora e mezzo per arrivare a Potenza: se la partoriente risiede nella parte sud-occidentale della Basilicata, l'ambulanza anche se è nei pressi della gestante impiega comunque un'ora e mezza per arrivare a Potenza. Per questo motivo bisogna cercare un difficilissimo equilibrio.

Provenendo da altri sistemi regionali, più semplici da questo punto di vista, devo però rilevare che i dati della mortalità in Basilicata sono vicini se non sovrapponibili a quelli *standard*, quindi questo vuol dire che in qualche modo il sistema riesce a far fronte alle difficoltà, anche se a volte ci si arrampica sugli specchi (mi riferisco a quando, per esempio, deve intervenire l'ambulanza da Foggia).

Anche sulla preparazione al parto non possiamo nascondere che ci sono alcune difficoltà. Effettuiamo 1.400 parti nell'ospedale di Potenza, ma la stragrande maggioranza di essi riguarda donne che non sono potentine, ma vengono da fuori. Per gli stessi motivi, non è così semplice far venire le partorienti tre volte a settimana ai corsi preparto. Noi li organizziamo e in effetti hanno successo, vi partecipano anche le donne di Potenza, per il resto cerchiamo di sopperire alle difficoltà. Anche su questo punto c'è sicuramente da lavorare sul territorio, realizzando una maggiore informazione documentale, mediante l'utilizzo di sistemi informatici, per far pervenire questa documentazione a casa delle gestanti, considerato che ormai il computer lo sanno usare tutti. Sicuramente ci sono iniziative che dobbiamo attuare e lo faremo, nonostante che anche in questo ambito paghiamo uno scotto dal punto di vista strutturale.

Sul parto in analgesia, invece, posso affermare che abbiamo avviato un percorso per ottenere la situazione ottimale: da un anno, siamo aperti H24, sette giorni su sette, e nel primo anno sono stati effettuati quasi 250 parti su 1.400 in partoanalgesia. Sottraendo la quota di parti cesarei che hanno altra origine, che non sono cioè determinati dalla volontà di sot-

trarsi al dolore, si può discutere se la percentuale sia buona. In ogni caso, la battaglia che stiamo conducendo è proprio quella di evitare la spinta dell'utenza che ricorre al parto cesareo come scappatoia al dolore. Per noi è un successo non indifferente che nel primo anno già quasi un terzo dei parti naturali sia avvenuto in partoanalgesia. Sono convinto che queste percentuali cresceranno notevolmente nel tempo.

PACCHIARINI. Rispondo innanzitutto alla domanda se l'anzianità dei medici influisca sulla possibilità di introdurre innovazioni in ospedale. Nel merito occorre in primo luogo osservare che si tratta di un problema individuale: conosco persone che hanno più di 60 anni ed amano continuare ad informarsi e approfondire, magari si rivolgono anche altrove per imparare qualcosa, come fa il neolaureato o il neospecializzato; conosco però anche persone che a 60 anni, pur restando in servizio a tal fine invocando tutte le norme che lo consentono (giustamente, siamo in uno Stato di diritto), vanno in pensione mentalmente.

Faccio un esempio: abbiamo un regolamento interno che prevede che a 60 anni non si facciano le guardie notturne, ma c'è chi vuole essere esentato da questa norma e continua a fare le guardie notturne o scrive ancora le cartelle cliniche. Ci sono invece altri sessantenni che si rifiutano di compilare le cartelle cliniche, perché lo facevano subito dopo la laurea (allora non c'era la specializzazione per entrare in ospedale), oppure in virtù della loro esperienza sostengono di non poter esercitare in ambulatorio; in tal caso, quindi, non si capisce bene che cosa dovrebbe fare questo personale!

È anche successo che, a seguito di qualche riforma previdenziale, qualcuno abbia fatto domanda o sia andato in pensione e poi, essendo intervenuta una legge retroattiva, abbia fatto ricorso al TAR, dichiarando nella memoria difensiva che il suo apporto era indispensabile per il buon andamento dell'ospedale. Onestamente, però, in alcuni casi ho difficoltà a comprendere che cosa faccia qualche medico all'interno dell'ospedale.

Vi sto presentando la fotografia di ciò che accade in ospedale. Del resto, sono abituato a non dare risposte diplomatiche, perché ormai negli ospedali si entra con i telefonini dotati di telecamera, per cui si vede ciò che succede in diretta. A volte, si viene a conoscenza di alcuni fatti addirittura prima di me, che sono il direttore sanitario, e vi assicuro che sto poco in ufficio: giro molto per l'ospedale, ma nonostante ciò a volte vengo anticipato, ed è anche per questo che preferisco descrivere quale è la situazione reale, senza arrampicarmi sugli specchi.

Non si può dire che l'anzianità del personale sia un limite all'innovazione e al rinnovamento, certo è che abbiamo in servizio almeno 50 co.co.co (questo accade non solo in ostetricia, ma anche in altre specialità), che a volte – stando in uno stesso settore anche da tre o quattro anni – conoscono perfettamente determinate procedure. Questo non posso negarlo.

Quanto alle difficoltà per l'apertura o l'implementazione di alcuni laboratori specialistici mi richiamo alla risposta da me fornita alla prima domanda. Aggiungo, con molta franchezza, senza alcun pregiudizio di tipo ideologico, che su questo aspetto influisce la libera professione dei medici, che comunque è un'attività prevista dalla norma. La gravidanza è una delle condizioni della persona che più frequentemente porta all'instaurarsi di un rapporto fiduciario con il medico; ciò costituisce un vantaggio, perché quando c'è un rapporto di questo tipo si interagisce positivamente, il medico conosce la persona, probabilmente ha seguito tutta la gravidanza e così via. Per la verità, a volte, è anche uno degli elementi che porta ad un aumento dei parti cesarei, perché poi la persona vuole partorire con l'assistenza di quel medico, che non può però garantire la sua presenza ventiquattr'ore su ventiquattro negli ultimi giorni di gravidanza. Per cui è inevitabile che a volte, non dico si forzi l'indicazione del parto cesareo, perché in tal caso si tratterebbe di un'aberrazione, tuttavia, laddove la condizione è al limite, come in tutte le attività umane, possono verificarsi anomalie del genere. In particolare, a Roma questo aspetto della libera professione in ambito ostetrico è una realtà. Mi capita di confrontarmi con i colleghi che operano nel resto d'Italia e quindi, pur non potendo dire con certezza se da questo punto di vista Roma si ponga in graduatoria al primo, o all'ultimo posto – a seconda dei punti di vista – posso tuttavia affermare che la libera professione in ambito ostetrico è un'attività veramente molto diffusa, tanto che ci sono centri che vivono soltanto di questo. Quindi, se già in condizioni fisiologiche c'è la tendenza ad instaurare un rapporto fiduciario direttamente con il medico (e spesso si sceglie il professionista pagandolo pur di essere da lui assistiti) pensate quanto il fenomeno si amplifichi in presenza di condizioni patologiche. Quando ci sono situazioni come quelle che ho descritto, per ridurre i parti cesarei bisognerebbe seguire un percorso specifico, come quello che abbiamo individuato, ma la tendenza è comunque quella appena descritta. Le innovazioni, di sicuro, vengono attuate rapidamente all'interno dell'ospedale quando il direttore generale, il direttore sanitario, il medico interessato, le associazioni dei malati, il sindaco, il presidente della circoscrizione eccetera sono tutti d'accordo e questo avviene anche in mancanza di risorse, laddove non si registri tale accordo, soprattutto in un momento di scarsità di risorse, le cose tendono invece a complicarsi. Se poi a ciò aggiungiamo anche l'interesse legittimo di qualche soggetto, non solo ideologico o comportamentale, ma anche economico, le complicazioni ovviamente aumentano ulteriormente.

Da ultimo, in merito alla questione relativa alle informazioni, la risposta è affermativa, nel senso che le informazioni vengono fornite. Certo, nel mio ospedale operano 24 ginecologi e non tutti hanno la stessa passione e motivazione; peraltro, molte indicazioni in ordine all'allattamento vengono date dalle ostetriche, ma anche in quel caso ricordo che nel nostro ospedale sono in servizio 35 ostetriche non tutte educate e preparate alla stessa maniera. C'è poi un costume tutto romano per cui molto dipende anche dall'ora in cui si richiede l'informazione: se la si chiede

alle 9 della mattina l'informazione che si riceve è compiuta, se la si chiede alle 13,55 la risposta è del tipo: «Ma so le due, adesso devo usci, ho il pupo che esce da scuola». Non vengo da Bolzano, ma dall'Umbria, quindi da una realtà vicinissimo a Roma, però questo è quanto accade e se un giornalista circola con una telecamera nell'ospedale può capitare che registri anche affermazioni del genere.

PRESIDENTE. Apprezziamo la sua schiettezza.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, sei lei consente, approfittando del fatto che disponiamo ancora di qualche minuto di tempo e della cortesia dei nostri ospiti, vorrei chiedere al dottor Pacchiarini di fornirci una sua valutazione che vada però al di là però delle questioni delle nascite e della situazione del dipartimento neo-natale dell'ospedale San Camillo, che è uno dei punti di eccellenza della sanità romana. Non amo molto le polemiche giornalistiche sulla sanità, che spesso rischiano di fare più male che bene, tuttavia penso sia importante conoscere il punto di vista del nostro ospite sugli effetti che ritiene avranno le misure previste nel piano di rientro dai *deficit*, proprio in ragione della sua esperienza di direttore sanitario che ha vissuto in questi anni con grande impegno all'interno della sua struttura ospedaliera. Tra l'altro, ricordo che la Commissione ha in programma anche un'audizione dell'ispettore generale capo presso l'Ispettorato generale per la spesa sociale della Ragioneria generale dello Stato, dottor Massicci, e poi del Ministro sulle questioni dei piani di rientro. Nei telefilm americani spesso si dice: «Tutto quello che dirà sarà usato contro di lei»; ebbene, non è questo il caso, dottor Pacchiarini, in quanto la mia è davvero la richiesta di un contributo che lei può fornire alla Commissione in vista di una valutazione dei suddetti piani, in particolare riguardanti la Regione Lazio, che da tanti anni è sottoposta al piano di rientro e al blocco del *turnover* e vive una situazione di difficoltà sul piano organizzativo. Sotto questo profilo il suo punto di vista sarebbe particolarmente prezioso proprio perché verrebbe da chi dirige quella che forse è oggi la migliore struttura ospedaliera pubblica laziale.

PACCHIARINI. Signor Presidente, ci vorrebbero giorni per rispondere a questa domanda. Cercherò comunque di sintetizzare le diverse questioni impiegando un paio di minuti.

Nessuno ci crede, ma quando ormai sette anni fa arrivai al San Camillo, impiegai circa dieci giorni per capire il funzionamento dell'ospedale, eppure non venivo proprio da un «ospedaletto» e di ciò mi hanno dato atto sostanzialmente tutti gli operatori del San Camillo, gli amici e i nemici, e questi ultimi sono anche abbastanza numerosi visto che il direttore sanitario è sempre, per definizione, la persona più odiata dell'ospedale, perché è anche quella che «rompe le scatole», controlla gli orari, i cartellini, le attività di libera professione.

L'altra domanda che mi sono posto appena insediato, per rispondere alla quale ho impiegato ancora più tempo, è stata: «L'ospedale San Ca-

millo è avanti o indietro?». È paradossale, ma vi assicuro che questa domanda mi ha assillato a lungo ed ancora oggi non sono convinto di aver del tutto risposto. Nel senso che nella nostra realtà ospedaliera si registrano punte di eccellenza inimmaginabili e professionalità incredibili. Nessuno riesce a fare quello che invece noi facciamo di notte, di domenica, a Natale, Santo Stefano, Capodanno e Ferragosto, quando tutta Roma chiude ed anche ospedali celebrati ci inviano i loro pazienti, come si dice dalle mie parti, con il «ribaltabile» (il camion che alza il cassone per ribaltare il contenuto). Io ho diretto sette ospedali nella mia vita a partire da ospedali con 60 posti letto, per passare ad ospedali con 120, 220 e 400 posti letto, fino ad arrivare ai 550 posti letti dell'ospedale di Terni e adesso ai 1.200 posti letti del San Camillo e nella mia precedente esperienza mi capitava di vedere qualcuno arrivare in ospedale con la valigia per subire un'operazione per poi uscirne in orizzontale, cioè da morto; al San Camillo invece ho assistito a situazioni opposte, nel senso che ho visto arrivare persone quasi morte che sono poi uscite vive con la valigia in mano e vi assicuro che non lo dico perché dirigo quella struttura!

A fianco di queste eccellenze ci sono però cadute incredibili, come quella cui facevo riferimento prima dell'ostetrica che ho ascoltato con le mie orecchie rispondere di non poter dare informazioni perché doveva andare a prendere il figlio a scuola! Come capirete situazioni di questo genere sono assai complicate da gestire quando si parla di certificazione!

La questione del *turnover* non è banale. Nella polemica, molto strumentale a mio giudizio e che ci ha portato alla ribalta della stampa nazionale e non solo, emergono parecchie verità, ma anche molte cose non dette e, come diceva il mio professore di latino al liceo, una mezza verità non è un pezzo di verità, ma una bugia.

Le risorse del San Camillo sono sufficienti anzi sono quasi eccessive, nel senso che il rapporto tra medici e posti letto è di 1 a 1. Dove si è mai visto? Credo che solo al San Camillo vi sia un medico per posto letto. Gli infermieri sono 2,5 per posto letto, uno *standard* quindi elevatissimo, da reparto di rianimazione tanto per essere chiari e aggiungo che sto parlando di medie. A fronte di ciò si registrano però due problemi: la distribuzione non omogenea del personale e l'età media dello stesso. Quanto al primo, posso dire che a fronte di una carenza di medici anestesisti abbiamo 18 urologi per 16 posti letto in urologia. Ora, banalizzando, non posso trasformare un urologo in anestesista! Quanto al secondo problema, l'assenza di *turnover* ha fatto sì che l'età media degli infermieri sia di 49 anni e quella dei medici di 54 o 57 anni (non lo ricordo con esattezza) e ciò comporta le situazioni cui ho prima accennato, ovvero le difficoltà di attuazione delle innovazioni e la loro parziale realizzazione. Inoltre, tra questi più di 2.000 infermieri che portano alla media di 2,5 infermieri per posto letto, ce ne sono 600 con mansioni ridotte; ciò vuol dire, tanto per essere chiari, che si tratta di soggetti ai quali è stata certificata l'impossibilità di trasportare pesi superiore a 600 grammi (possono prendere in mano giusto una siringa) e che però nelle ore libere vanno a lezione di Ju-Jitsu e non ricordo di quale altra disciplina sportiva. Questi sono i fatti. Ma non è

un caso se si verificano episodi di questo genere; ce ne sono tanti altri, però ora mi limito a citare quelli estremi, per farvi meglio comprendere quale è la situazione. Non posso quindi dire che al San Camillo servono più infermieri. Diciamo che, se qualcuno idealmente potesse togliere le 600 persone non valide, non adatte a svolgere i loro compiti, me ne servirebbero allora solo 100 o 120 capaci, per trasformare in modo importante il San Camillo! Lo stesso discorso riguarda i medici, anche se non faccio nomi.

PRESIDENTE. Ringraziamo il dottor Des Dorides e il dottor Pacchiarini per il loro puntuale contributo.

Da questa audizione, sono emersi tre importanti elementi. Il primo riguarda i trasporti, che assume particolare rilevanza e fa la differenza proprio nel caso di «Nascere sicuri», dove i piani esistono e sono attuati, rispetto agli ambiti in cui questi piani non possono essere attuati o non sono ben studiati.

Vorrei soffermarmi poi sul tema, descritto in maniera pittoresca dal dottor Pacchiarini (al quale mi lega proprio l'esperienza di direttore sanitario), delle professioni usuranti, che abbiamo inserito nel disegno di legge sulla responsabilità professionale dei medici. Non si comprende per quale motivo la classificazione di lavoro usurante venga riconosciuta a professioni che prevedono lo svolgimento di turni e ciò non accada per quelle sanitarie.

Un altro tema importante è quello della libera professione, argomento su cui peraltro potremmo essere coinvolti. Ognuno di noi ha le proprie idee su come dovrebbe essere risolto il problema. È una questione molto delicata: da un lato, è chiaro che la libera professione non dovrebbe travalicare i compiti di istituto, dall'altro, è altrettanto chiaro che in questo campo assume particolare rilievo il rapporto fiduciario dal punto di vista della sicurezza, al fine di ottenere un'alleanza terapeutica per seguire un determinato percorso. Se da un lato accade quello che diceva il dottor Pacchiarini, cioè che un parto sia collocato in un determinato turno per favorire la libera professione, effettuando magari un taglio cesareo, dall'altro, potrei dire anche che molti parti cesarei vengono evitati perché il rapporto fiduciario esistente tra il medico e la paziente consente di superare certi tempi, barriere, situazioni. È quindi un argomento che potrebbe essere collegato alle altre questioni, se non altro per gli aspetti a cui abbiamo accennato.

Dove lavoravo (ma so che è accaduto anche in altre realtà), era stato elaborato un regolamento per disciplinare in maniera flessibile questo aspetto, per garantire il rapporto tra medico e paziente; sicuramente ciò deve avvenire al di fuori di regole rigide, che altrimenti farebbero venir meno quel rapporto, dal momento che – come veniva giustamente ricordato – nessuno è in grado di assicurare la presenza H24, 360 giorni all'anno. D'altro canto, non si può superare la questione solo sulla base dei turni.

Ripeto, penso che dovremmo sottolineare questi elementi nella stesura del documento conclusivo della nostra indagine conoscitiva, perché sono importanti, anche se non entrano mai nel circuito mediatico.

Ringrazio ancora gli auditi e i colleghi intervenuti.

Avverto che la documentazione rilasciata dal dottor Pacchiarini sarà resa disponibile alla pubblica consultazione nella pagina *web* della Commissione. Se non vi sono osservazioni, così rimane stabilito.

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

I lavori terminano alle ore 15,45.

