



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 21

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»

316^a seduta: giovedì 1° marzo 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

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

* PRESIDENTE Pag. 3, 4 | KUSTERMANN Pag. 3

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.

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, la dottoressa Alessandra Kustermann, direttore dell'Unità operativa di pronto soccorso ostetrico-ginecologico – Fondazione IRCCS Ca' Granda dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di esperti

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo e naturale, sospesa nella seduta del 28 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 vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È oggi previsto il seguito dell'audizione della dottoressa Alessandra Kustermann, direttore dell'Unità operativa di pronto soccorso ostetrico ginecologico – Fondazione IRCCS Ca' Granda dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, avviata nella seduta del 25 gennaio scorso.

La dottoressa Kustermann risponderà ad alcuni quesiti posti dalla senatrice Bianconi e dalla senatrice Bassoli ai quali non era stato possibile rispondere nel corso dell'ultima audizione e che le sono stati trasmessi. Pertanto cedo subito la parola alla professoressa Kustermann.

KUSTERMANN. Signor Presidente, la prima domanda che mi è stata posta è relativa allo svolgimento dei corsi di preparazione al parto. Mi si chiede quale metodo viene usato, se il padre viene coinvolto, quante donne accedono ai corsi, quante partoriscono senza averli mai frequentati, se ci sono iniziative di sostegno alla genitorialità, prima o dopo la nascita del bambino, e infine come viene affrontato il tema della depressione *post partum*.

Presso il mio ospedale avvengono circa 6.500 parti all'anno mentre le utenti dei corsi parto sono solo 1.235, quindi le donne che partecipano ai corsi sono circa una su cinque e solo 50 di queste donne sono straniere. Inoltre i nostri corsi sono suddivisi tra pubblici e privati e sono gestiti

dalle ostetriche. I corsi pubblici prevedono il pagamento di un *ticket*, che in Lombardia ammonta a circa 66 euro: i sette incontri prima del parto, più uno *post partum*, costano 36 euro ai quali si deve sommare la quota aggiuntiva di 30 euro prevista per ogni ricetta dalla Regione Lombardia. I corsi privati, invece, costano circa 220-250 euro. In totale le donne che si rivolgono ai corsi pubblici sono 1.800 mentre quelle che frequentano i corsi privati sono 227.

A mio parere, un punto di debolezza dei corsi di preparazione al parto, che si riscontra su tutto il territorio nazionale, è la prassi di farli iniziare dopo la trentesima settimana di gravidanza mentre la letteratura internazionale dice che per aiutare a ridurre la paura del parto naturale, tali corsi dovrebbero iniziare al quarto mese di gravidanza, quindi all'inizio del secondo trimestre. Questo, però, non è possibile per una serie di problemi legati alla definizione dei livelli essenziali di assistenza. Solo i consultori privati, magari anche privati accreditati, potrebbero organizzare corsi di questo tipo che però richiederebbero un impegno finanziario da parte del consultorio dato che il *ticket* copre solo sette incontri a partire dalla trentesima settimana di gestazione. Una prima cosa da fare, quindi, sarebbe la richiesta di inserire tali corsi, anticipati al quarto mese, nei livelli essenziali di assistenza.

In secondo luogo, come vi avevo detto nella mia precedente relazione, i parti di donne straniere che avvengono nel nostro ospedale sono circa il 25 per cento mentre quelle che partecipano ai corsi sono solo 50 su 1.235. È pur vero che a Milano, dove è situato il mio ospedale, i consultori familiari funzionano e quindi può darsi che alcune donne partecipino ai corsi preparto organizzati dai consultori, sia quelli pubblici che i privati accreditati. Le donne straniere, tuttavia, spesso non parlano l'italiano ed è anche per questo motivo che hanno difficoltà ad accedere ai corsi. Considerato, però, che queste donne, nel corso della loro vita, hanno un numero di figli superiore rispetto a quello delle italiane, ritengo che sia importante promuovere corsi specifici che prevedano la presenza di mediatori culturali.

Per quanto riguarda le iniziative a sostegno della genitorialità prima e dopo la nascita del bambino, una piccola parte di questo lavoro viene svolto all'interno dei corsi di preparazione al parto. I progetti a sostegno della genitorialità esistenti – purtroppo – sono quasi sempre del privato accreditato. Per esempio, il gruppo dei consultori cattolici che fanno capo a Don Edoardo Algeri ha un progetto molto complesso – finanziato, mi sembra, anche dalla Fondazione Cariplo – che prevede un percorso che parte dal terzo mese di gravidanza e si svolge con incontri plurimi anche con psicologi ed educatori.

A questo proposito, il grandissimo problema del maltrattamento dei minori riguarda quasi il 4 per cento dei bambini, dato che emerge da un'analisi svolta nelle Marche all'interno del pronto soccorso pediatrico (ne abbiamo discusso all'interno di un'apposita Commissione regionale anche con Don Algeri). Anche per questo motivo, secondo me, sarebbe giusto prevedere un impegno maggiore nel campo del sostegno alla genitorialità.

Infatti non ci si può basare solo su progetti finanziati dalle fondazioni bancarie che, oltretutto, non si prefiggono più questo fine.

Per quanto riguarda il problema della depressione *post partum*, nel nostro Policlinico abbiamo a disposizione uno psichiatra e uno psicologo oltre ad ambulatori appositi dove, se i ginecologi o le ostetriche identificano fattori di rischio per lo sviluppo di una vera depressione *post partum*, vengono inviate le donne durante la gravidanza ed eventualmente in puerperio, se i fattori di rischio emergono nel periodo *post partum*. Dai nostri dati emerge che se il *baby blues* colpisce circa il 70 per cento delle donne, e in genere passa nel giro di 15 giorni, la depressione *post partum*, invece, colpisce dal 10 al 15 per cento delle madri (secondo alcuni studi si arriva anche al 20 per cento). Il 10 per cento di queste madri mostra sintomi depressivi già durante la gravidanza. Esistono alcuni fattori di rischio che possono essere individuati ma sarebbe necessario che anche i corsi di preparazione al parto fossero un po' più personalizzati per riuscire ad individuare le donne a rischio.

La mia convinzione, comunque, è che il luogo migliore per seguire la gravidanza non sia l'ospedale, dove il ginecologo di turno è sempre diverso, ma i consultori familiari dove almeno è garantita una certa continuità di assistenza da parte degli operatori e quindi esiste una maggiore possibilità di identificare i fattori di rischio. Dopodiché, qualora questi ultimi siano presenti, può valere la pena inviare la donna in una struttura ospedaliera perché, a mio giudizio, i consultori non necessariamente devono essere attrezzati per le gravidanze a rischio.

Per quanto riguarda la psicosi puerperale, della quale appunto si legge nelle cronache, per fortuna essa riguarda solo uno o due casi ogni 1.000 nascite e, di nuovo, sarebbe possibile prevederla qualora fosse fatta una diagnosi precoce. Il suicidio e l'infanticidio, in effetti, sono eventi rari ma, quando avvengono, secondo me rappresentano una sconfitta della medicina.

I punti di domanda successivi posti dalla senatrice Bassoli erano volti a sapere: come da noi sia organizzato il parto in analgesia e come riesca l'ospedale a far fronte alla richiesta; se la mortalità neonatale prima del travaglio sia in diminuzione; se ci sono richieste di modalità di parto diverse da parte delle donne straniere e cosa si fa per venire incontro alle loro richieste, pur avendo come prima preoccupazione quella della sicurezza della madre e del nascituro.

Il parto in analgesia da noi è organizzato in modo capillare, nel senso che se una donna lo richiede, viene effettuata l'analgesia epidurale. In guardia, noi abbiamo tre anestesisti durante il giorno e due anestesisti durante la notte. Essi non sono unicamente dedicati alla sala parto, ma lo sono comunque prevalentemente, nel senso che le uniche altre emergenze cui devono far fronte sono quelle della chirurgia pediatrica, che è all'interno del nostro ospedale, o della ginecologia e dell'ostetricia, qualora vi siano interventi chirurgici urgenti.

In linea di massima, quindi, anche di notte l'analgesia epidurale è garantita. La richiesta ormai ha raggiunto circa il 45 per cento ed effetti col-

laterali importanti sul neonato non ve ne sono. Noi utilizziamo due tipi di metodi: o quella in continuo – cioè con una pompa attraverso la quale una donna può autosomministrarsi, eventualmente, una dose maggiore – o a boli. Non esiste un protocollo standardizzato che imponga un metodo rispetto ad un altro. Per ora, la scelta è ancora abbastanza lasciata alle decisioni del singolo anestesista.

La mortalità prenatale, prima del travaglio, non può diminuire, per il motivo molto semplice che è già bassissima. È quindi molto difficile comprimere un evento che, in realtà, è estremamente basso. Nel 2008, a fronte di 6.481 parti, vi sono stati 16 parti di nati morti; nel 2.009, sono stati 27, con un picco misterioso, come a volte succede; nel 2010, vi sono stati 17 parti di nati morti. Quindi, la mortalità prenatale nel nostro centro è veramente molto bassa. Anche la mortalità perinatale è comunque bassa, perché noi siamo un centro di terzo livello. Voi avete già auditato il professor Mosca, che è il neonatologo del nostro ospedale e sapete che, oggettivamente, la qualità dell'assistenza neonatologica da noi è estremamente elevata. E devo riconoscere che la Regione Lombardia sta investendo molto. Per esempio, sono appena state aperte altre otto culle di terapia intensiva prenatale e, come sapete, aprire otto culle significa aggiungere infermieri e medici, perché queste culle sono, a tutti gli effetti, una terapia intensiva. Ritengo, pertanto, che adesso raggiungeremo la quota di 25 culle di terapia intensiva.

La mortalità prenatale, quindi, è talmente bassa che è difficileprimerla ulteriormente. Comunque, noi siamo centro di riferimento per patologie della gravidanza anche estremamente rare. Pertanto, è evidente che una piccola quota delle donne con patologie della gravidanza, anche molto rare, non riuscirà a portare a termine la gravidanza e ad avere un nato vivo. Tenete presente, però, che questi numeri (17 casi di nati morti su circa 6.600), che erano quelli del 2010, comprendono anche i feti nati morti prima della ventottesima settimana. Visto che la possibilità di sopravvivenza del feto adesso si colloca, più o meno, alla ventiquattresima settimana, ovviamente noi li conteggiamo, mentre un tempo questi feti venivano definiti aborti.

Relativamente alle richieste delle donne straniere, visto che una indagine vera e propria non è mai stata condotta, ho interrogato al riguardo l'ostetrica che più si è dedicata al problema delle differenze culturali nel parto. La dottoressa Facchi – che è appunto l'ostetrica che più segue questo settore – mi diceva che la maggior parte delle donne straniere gradisce un parto non costretto in una stessa posizione (quella che utilizziamo normalmente) e che, più frequentemente, vogliono partorire accovacciate, sedute o in piedi.

La dottoressa Facchi riferiva poi il particolare che le donne cinesi, invece, tendono alla automedicazione. Si inducono cioè il parto con medicine tradizionali cinesi, per conto loro, ed arrivano in ospedale già in travaglio molto attivo. Questi farmaci tradizionali cinesi hanno un effetto ossitocico. In riferimento a questa elevata tendenza delle donne cinesi all'automedicazione, la dottoressa Facchi mi raccontava anche che dopo il

parto le donne assumono una polverina, della quale non si conoscono i principi attivi poiché se la autosomministrano di nascosto, che le porta poi a dormire profondamente. Sono differenze culturali un po' misteriose. Certo, potremmo impedire loro di assumere questa bustina di polvere gialla, ma forse tale comportamento ha una logica: il parto è molto faticoso, quindi è meglio riuscire a dormire e a recuperare le forze nella fase in cui il bambino non necessita di assistenza.

Passo ora ai quesiti che mi ha posto la senatrice Bianconi, riguardanti il gruppo di lavoro dell'ostetricia della Regione Lombardia. Dopo aver consultato il professore Ferrazzi, che so essere vostro consulente, riporto che sono stati nominati il presidente e alcuni dei componenti delle società scientifiche del gruppo di lavoro, ma questo è ancora in via di attivazione, quindi non ne possiamo vedere i risultati. Ritengo comunque che un gruppo di lavoro dell'ostetricia regionale sia utile e, in linea di massima, mi risulta che faccia parte dei patti stabiliti dalla Conferenza Stato-Regioni. Quindi, penso si tratti di una iniziativa valida.

Mi si chiedeva, poi, se vi sia un'organizzazione del trasporto tra ospedali nei casi di gestanti inferiori alla trentesima settimana con patologia. Sì, è ovvio, perché in Lombardia abbiamo sia dei centri di riferimento di terzo livello sia dei centri dove avviene solo il parto fisiologico. Quindi, abbiamo sia delle ambulanze attrezzate per il trasporto madre e feto in utero sia, qualora vi sia un parto prematuro (che, normalmente, tende ad essere molto precipitoso), ambulanze attrezzate con una unità di terapia intensiva neonatale, che parte dal nostro ospedale (perché è stata affidata a noi l'organizzazione di questo trasporto in culla) e va a prendere, in Regione, il bimbo molto prematuro.

Sulle precesarizzate, invece, che costituiscono lo stesso punto dolente già individuato dal documento del Ministero della sanità, i numeri purtroppo sono estremamente negativi. Nel 2008, ad esempio, abbiamo avuto 905 donne già cesarizzate e, di queste, 801 hanno immediatamente effettuato un taglio cesareo iterativo. Quindi, è stato programmato un taglio cesareo indipendentemente dalla possibilità di far accedere le donne ad un travaglio di parto. D'altra parte, per cambiare una cultura che è quella del «primo cesareo, sempre cesareo», bisogna veramente avere altri elementi. Tutti sappiamo che un travaglio di parto in una donna già cesarizzata comporta dei rischi, tant'è vero che nel 2008 delle circa 100 donne che hanno fatto il cosiddetto travaglio di prova ben 59 hanno comunque subito un taglio cesareo in travaglio e solo 45 hanno avuto un parto vaginale. Nel 2010 la situazione è ulteriormente peggiorata, e su 948 donne precesarizzate, 885 sono andate direttamente al taglio cesareo iterativo mentre delle rimanenti 63, che hanno effettuato un travaglio di prova, 31 hanno avuto un parto vaginale e 32 un taglio cesareo in travaglio.

Il parto nelle donne già cesarizzate, è sicuramente un po' più a rischio, così come è più a rischio anche il taglio cesareo. Infatti ho effettuato un controllo dal quale è emerso che nel 2010, per esempio, si sono avute complicanze in 12 casi per i quali è stato necessario un taglio cesareo demolitore con isterectomia *post partum*; una sola di queste 12

donne aveva avuto un parto vaginale, le altre 11 sono state isterectomie che sono seguite ad un taglio cesareo. Nel 2008 la situazione era analoga: vi sono stati dieci casi, tutti di donne che avevano subito un taglio cesareo. Dunque il parto in una donna già cesarizzata, qualunque sia la strada che si sceglie, costituisce un maggior rischio. Infatti nelle donne già cesarizzate vi è una maggiore frequenza di placente previe e di placente accrete, cioè che si attaccano all'utero e sono difficili da staccare e quindi possono determinare emorragie *post partum*.

Comunque, nessuna delle donne che hanno fatto il travaglio di prova ha avuto una rottura d'utero in travaglio. D'altra parte la letteratura dice che la rottura d'utero, in una donna già cesarizzata, può avvenire indipendentemente dal travaglio anche nel corso dell'ultimo trimestre di gravidanza. Dunque non è il travaglio in sé a determinare la rottura dell'utero. La consulenza che viene data all'inizio della gravidanza alle donne già cesarizzate, però, è tale da portarle tutte a chiedere il cesareo iterativo che però non viene comunemente conteggiato tra i tagli cesarei su richiesta materna. Personalmente ritengo che una buona quota di questi parti sia, in effetti, equivalente al taglio cesareo su richiesta materna. Alle mie pazienti già cesarizzate per motivi che non attengono al travaglio di parto, come la presentazione podalica, e che quindi non presentavano difficoltà di espulsione della testa fetale o problemi di distocia dinamica, personalmente consiglio di affrontare il parto vaginale e fin dalla prima visita in gravidanza parlo sempre del parto vaginale come una normale possibilità. In questo modo nel terzo trimestre, quando inizio a discutere i rischi del travaglio di parto rispetto al taglio cesareo iterativo, ho una buona risposta da parte loro. Io stessa, però, mi rendo conto che il 50 per cento circa di queste pazienti mi chiede di ripetere un taglio cesareo, pur facendo il possibile per evitarlo. Credo quindi che la cultura delle donne, oggi, sia molto diversa da quella di un tempo ed è entrata nella mentalità comune, come già dicevo, l'idea che il taglio cesareo sia un modo normale di partorire.

PRESIDENTE. Ringraziamo la professoressa Kustermann che ha esaurientemente risposto a tutti i quesiti che le sono stati posti.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

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

I lavori terminano alle ore 9.