Senato della Repubblica XVI LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO n. 22

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12ª 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»

319ª seduta: martedì 20 marzo 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

IC 1524
TIPOGRAFIA DEL SENATO (53)

I N D I C E

Audizione di esperti

* PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 13, 14 e *passim*
BASSOLI *(PD)* 12, 13
FOSSON *(UDC-SVP-AUT:UV-AIE-VN-MRE-PLI-PSI)* 13, 20
GRANAIOLA *(PD)* 13, 14, 19
GUSTAVINO *(UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-SI)* 11
PORETTI *(PD)* 17, 19
* *CAMBIERI* . . . . . *Pag.* 3, 15
* *VERGANI* . . . . . 7, 13, 14 e *passim*

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, in rappresentanza del Policlinico universitario Agostino Gemelli di Roma, il dottor Andrea Cambieri, direttore sanitario, accompagnato dalla dottoressa Maria Elena D'Alfonso, responsabile sale operatorie e vice direttore, nonché, in rappresentanza dell'Ospedale San Gerardo di Monza, la professoressa Patrizia Vergani, professore associato di ostetricia e ginecologia dell'università Milano-Bicocca, direttore area ostetrica Fondazione Monza Brianza per il Bambino e la sua Mamma (MBBM), accompagnata dal dottor Luca Bresolin, direttore sanitario.

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 1º marzo 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 del dottor Andrea Cambieri, direttore sanitario del Policlinico universitario Agostino Gemelli di Roma, accompagnato dalla dottoressa Maria Elena D'Alfonso, responsabile sale operatorie e vice direttore, nonché della professoressa Patrizia Vergani, dell'Ospedale San Gerardo di Monza, professore associato di ostetricia e ginecologia dell'università Milano-Bicocca, direttore area ostetrica Fondazione Monza Brianza per il Bambino e la sua Mamma (MBBM), accompagnata dal dottor Luca Bresolin, direttore sanitario.

Ringrazio i nostri ospiti per aver accettato il nostro invito e do subito la parola al dottor Cambieri.

CAMBIERI. La ringrazio, signor Presidente.

Vorrei iniziare questo mio intervento fornendo alla Commissione qualche dato.

Il Policlinico universitario Agostino Gemelli di Roma è un grande ospedale romano, con oltre 1.800 posti letto e 3.300 parti all'anno, un dato, quest'ultimo, oggi in aumento. Per quanto riguarda le altre attività e le prestazioni offerte dall'ospedale, vi rinvio alla documentazione che lascerò agli atti.

Ci tengo qui a sottolineare che il Policlinico Gemelli è *hub* per la rete perinatale, quindi una struttura di terzo livello, per un'area che, dal punto di vista demografico, insiste sulle Province di Rieti, Viterbo, fino a Civitavecchia e al quadrante Nord-Est della città di Roma, per un totale di oltre 1,5 milioni di abitanti. In quest'area il Policlinico Gemelli e l'Ospedale Villa San Pietro – Fatebenefratelli sono le strutture di terzo livello alle quali la Regione Lazio ha assegnato il compito di concentrare il massimo livello di intensità e di assistenza neonatologica ed ostetrica, disattivando con un provvedimento del 2010 altre unità neonatologiche e punti nascita presenti sul territorio con minori volumi di attività.

L'obiettivo che stiamo per realizzare – l'inaugurazione sarà tra pochi mesi – è quello di avere un'assistenza neonatologica tarata su 16 posti letto di terapia intensiva, 16 di terapia subintensiva, 14 posti letto di patologia neonatale e una cinquantina di posti letto per neonati «normali».

Dal punto di vista dell'offerta ostetrico-ginecologica la nostra struttura si dimensiona su 77 posti letto ordinari di ostetricia e 49 posti letto di nido.

Per fornirvi qualche dato, nel corso dell'ultimo anno ci sono stati nel nostro ospedale 3.348 parti, con circa altrettanti neonati, e 1.500 ricoveri di patologia ostetrica, vale a dire finalizzati all'assistenza delle gravide a rischio.

Abbiamo inoltre un'area di ginecologia oncologica ed una di ginecologia disfunzionale.

Dal punto di vista strutturale, l'area travaglio-parto è organizzata con sei ambienti per il travaglio-parto e tre sale operatorie dedicate a questa funzione, in un unico blocco. Si tratta di sale realizzate qualche anno fa, nelle quali si è posta particolare attenzione ai colori, alla deospedalizzazione, cercando di nascondere per quanto possibile – come si fa oggi nell'architettura ospedaliera moderna – alcuni elementi strutturali tipici di un ospedale (penso, ad esempio, alle travi dei gas medicali).

Voglio aggiungere che presso il nostro ospedale è offerta la possibilità del parto in acqua e vi è la presenza in ogni sala travaglio-parto di una zona per l'assistenza al neonato, con tutti gli apprestamenti necessari per l'assistenza in sicurezza; ci sono poi sale operatorie dedicate ai cesarei con attigua isola neonatale per la stabilizzazione, su cui ruota tutto il personale di assistenza coinvolto in questo tipo di problematiche.

La strumentazione e la *flow chart* delle manovre rianimatorie sono quelle classiche previste dai protocolli internazionali per l'assistenza neonatologica.

Nel corso del 2012 attiveremo (come dicevo) un nuovo reparto di terapia intensiva neonatale, sub-intensiva e patologia neonatale: il lavoro è ormai completato, mancano solo le strumentazioni biomedicali, che sono

in arrivo. Questo ci consentirà inoltre di fare un salto di qualità importante verso il *rooming-in* estensivo, come da modello legislativo regionale. L'obiettivo è quello di avere tra pochi mesi, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, la possibilità per ogni mamma in camera singola di tenere accanto la culla. Manterremo un piccolo nido di 14 posti letto per quelle mamme che non possono o non vogliono avere il bambino con loro nello stesso ambiente, per tutte le ore del giorno.

Quanto allo *staff* assistenziale, il personale medico, presente ventiquattr'ore su ventiquattro, è formato da tre specialisti ostetrico-ginecologi: c'è un capo *équipe*, un ostetrico in sala parto e uno in pronto soccorso. Abbiamo poi nelle sale un organico formato da 41 ostetriche e 17 unità di personale ausiliario. Il neonatologo è presente ventiquattr'ore su ventiquattro, insieme ad un medico reperibile e a tutto lo *staff* che assicura l'assistenza ordinaria anche nelle ore antimeridiane.

È prevista anche un'importante dotazione anestesiologica, sia per l'attività operatoria, sia per l'attività di analgesia epidurale ed endovenosa, con un'attività anche di tipo ambulatoriale. A questo proposito ricordo che circa il 60 per cento dei parti vaginali avviene con analgesia epidurale.

Come ho detto prima, nel nostro ospedale nel 2011 abbiamo avuto 3.348 parti, con 135 parti plurimi e 1.589 cesarei, che è un numero elevato, ma di questo spiegherò poi il motivo. Al riguardo voglio sottolineare che nel nostro policlinico abbiamo una quota non indifferente di pazienti proveniente da fuori Regione, molte mamme straniere e, in quanto centro di terzo livello, un numero importante di gravidanze a rischio e di neonati patologici.

Nella documentazione che lascerò agli atti troverete riportati i dati di assistenza neonatologica riferiti al 2010 (e di questo mi scuso, ma purtroppo l'elaborazione di quelli del 2011 è un po' in ritardo): abbiamo avuto circa 400 ricoveri in terapia intensiva, con una sopravvivenza globale di oltre il 95 per cento. Il *follow up* di questi neonati viene fatto fino all'età scolare.

Per quanto riguarda i tagli cesarei, un dato importante è sicuramente rappresentato dalla patologia sottostante e dalle indicazioni di patologia materna grave, per cui il Policlinico Gemelli è punto di riferimento: questo rappresenta certamente una prima chiave di lettura.

Una seconda chiave di lettura è data dal fatto che quasi un terzo delle pazienti arriva da noi già indirizzata dalle strutture territoriali per eseguire il cesareo. Tra le indicazioni cliniche al cesareo troviamo il pregresso cesareo, una cardiotacografia non rassicurante, la volontà materna: spesso ci troviamo dunque di fronte all'espressione di un preciso indirizzo della paziente su cui il Policlinico Gemelli può lavorare – come penso vi abbia già riferito il professor Scambia, il nostro capo Dipartimento – con il *counseling* o con l'affiancamento alla partoriente, ma su cui non può incidere direttamente. Diverso è invece il discorso quando il percorso nasce *ab origine* nei nostri ambulatori.

È in atto, comunque, un'attività di formazione sui medici più giovani – il nostro è infatti anche un ospedale di formazione – attraverso la condivisione di protocolli e quant'altro.

Se mi è possibile, vorrei tratteggiare molto rapidamente i percorsi assistenziali. I percorsi ostetrici, dal contatto ambulatoriale fino al parto, seguono solitamente un canale canonico, su cui insistono invece delle attività di ambulatorio e *day hospital* particolari, dei pacchetti ambulatoriali complessi, che seguono le gravidanze a rischio, quindi le situazioni patologiche, sia in epoca preconcezionale che in gravidanza.

Abbiamo poi la cosiddetta SorGe (Sorveglianza gravidanza oltre termine), che agisce come fosse un servizio dell'ospedale, sia per le pazienti ricoverate – quindi è a disposizione delle partorienti ricoverate nei reparti del Dipartimento – sia per le pazienti ambulatoriali o di pronto soccorso.

Per quanto riguarda poi il corso di familiarizzazione col parto, che ha numeri crescenti di attenzione, esso serve a familiarizzare, appunto, con la struttura e a fornire tutte le informazioni necessarie.

Noi crediamo nella sicurezza del percorso. Sapete che l'errore medico deriva spesso dal problema della comunicazione nell'ambito di un'*equipe* – un aspetto particolarmente delicato, questo – e la comunicazione avviene molto di frequente anche attraverso i *dossier* sanitari. Abbiamo voluto pertanto rafforzare i livelli di sicurezza sulla documentazione clinica: immaginate un *software* che segue la donna in qualunque momento, dal primo contatto ambulatoriale fino all'espletamento del parto e oltre, costruito, da un punto di vista architettonico, come una matrioska. Si tratta di due applicativi: il primo è una cartella che ciascun medico dell'ospedale può consultare in qualunque punto, anche negli ambulatori esterni; vi è aggregata la storia clinica della paziente, le immagini, i tracciati elettrocardiografici. È un *dossier* incrementale, ragion per cui cresce man mano che si aggiungono informazioni. Sono segnate le prescrizioni; basta un *click* per accedere alla storia e a tutte le informazioni, anche su *i-pad*: al posto letto della paziente, nell'ambulatorio o nello studio, l'informazione è visibile; fornisce referti con firma digitale. Il sistema informativo include strumenti innovativi come un *post-it* per il passaggio rapido delle consegne (processo di *handover*).

La cartella elettronica contiene una scheda sulla gestione della rilevazione del dolore, il diario infermieristico, un questionario per il *triage* del rischio clinico della paziente. Entrando in sala, bambino e madre sono poi assistiti con un *software* che gestisce gli eventi all'interno della sala, quindi durante l'espletamento del parto e la nascita. Quelli che vedete proiettati sono i dettagli delle schermate che riguardano mamma e bambino presenti nel blocco travaglio-parto. Tutto questo genera stampe che fanno parte della cartella clinica, elettronica a tutti gli effetti, e che diventa strumento cartaceo per la consegna all'avente diritto.

Concludo con alcuni dati relativi ad aspetti solo apparentemente di contorno concernenti l'umanizzazione. L'ospedale ha ottenuto il riconoscimento dei tre bollini rosa da parte di ONDA (Osservatorio nazionale sulla salute donna); è un ospedale al femminile, quindi è stato declinato in set-

tori assistenziali che seguono con attenzione la medicina di genere. Ha un ambulatorio cosiddetto «mamme nel mondo» dedicato all'assistenza della paziente immigrata, anche attraverso i mediatori culturali; ed un «telefono rosso» che fornisce un supporto telefonico nonché informazioni e chiarimenti a domicilio sia in fase preconcezionale sia attraverso una valutazione dei rischi teratogeni in gravidanza.

Il sistema prevede altresì un'attività di dimissione protetta del neonato che consente di rivederlo subito dopo la dimissione, quindi facilitando una dimissione precoce della mamma e del bambino.

VERGANI. Ringrazio il Presidente, che calorosamente mi ha salutato ricordando il nostro passato di gioventù, e la Commissione tutta per averci dato l'opportunità di presentare i nostri dati e il nostro lavoro di quest'anno.

Premesso che lascerò agli atti un testo più esplicito, vado ad illustrare le *slide* della mia presentazione. La prima diapositiva che vedete proiettata contiene i principi chiave che guidano la nostra attività clinica-assistenziale a Monza. Anzitutto, il parto è prima di tutto un evento biologico-sociale, quindi le modalità assistenziali che abbiamo scelto hanno ricadute importanti dal punto di vista sia culturale sia sociale.

Anche alla luce dell'epidemia di taglio cesareo, che voi conoscete benissimo, l'utilizzo di linee guida, basate sull'evidenza, garantisce la qualità della nostra assistenza.

Nell'assistenza ostetrica per noi è un caposaldo differenziare i percorsi di fisiologia da quelli di rischio o patologia; percorsi differenziati che quindi riducono la iatrogenicità in ciò che è fisiologico, e riservano maggiori risorse a ciò che è patologico o ha caratteristiche di rischio. La continuità assistenziale è la garanzia per dare migliori risultati; la collaborazione è fondamentale ai fini della qualità.

Il taglio cesareo è un intervento chirurgico o non una modalità di nascita, laddove il dolore del parto è un elemento costituivo dell'esperienza, che può essere fisiologico, patologico o iatrogeno. Quando patologico o iatrogeno, può essere affrontato con l'analgesia.

La promozione dell'allattamento materno al seno è fondamentale ed è un valore che inizia già con un'educazione durante le gravidanza. La valutazione dell'assistenza deve essere continua; un processo di *audit* che deve coinvolgere tutto il personale e avere indicatori di benessere psichico.

Cura e rete – noi diciamo che è la rete che cura – sono la garanzia di efficacia del percorso nascita. Seguono i dati relativi all'incidenza di parti dal 2002 a oggi: tra 2.800 e 3.000 parti all'anno.

In gravidanza proponiamo un percorso personalizzato in tutti gli ambulatori, come ho già spiegato, con percorsi di fisiologia riservati alle ostetriche e percorsi di patologia gestiti dai medici. Abbiamo istituito da diversi anni un *day service* ostetrico, ambito ambulatoriale per la valutazione efficace e completa di casi complessi, evitando il ricovero, sia per ridurre i costi che per evitare l'allontanamento delle madri dalle famiglie

(quindi, gravidanze a rischio che hanno bisogno di una valutazione complessiva con più prestazioni). Riserviamo un tempo anche per la discussione collegiale dei casi ambulatoriali complessi.

Nel nostro centro abbiamo attivato più di 20 corsi di accompagnamento alla nascita ogni anno, ai quali partecipano 20 donne, e circa il 60 per cento delle donne al primo figlio partorisce dopo avere avuto un'educazione durante la gravidanza. Abbiamo attivato già da diversi anni corsi interculturali sempre di accompagnamento alla nascita per le donne migranti presenti nel nostro territorio. Ogni mese vengono proposti liberamente due incontri con gli anestesisti sulla partoanalgesia.

Per quanto concerne i punti fondamentali del travaglio, il primo è per noi l'assistenza *one to one*, quella che l'Organizzazione mondiale della sanità consiglia come migliore assistenza nel rapporto un'ostetrica-una partoriente nella fase attiva del travaglio. Durante il travaglio utilizziamo linee guida comuni, quindi protocolli precisi, sui quali tutti gli operatori sono concordi. Naturalmente, è prevista la presenza di un familiare, il marito o un familiare scelto dalla donna, durante la fase attiva del travaglio. Inoltre, l'analgesia epidurale concordata, che registra un'attuale frequenza d'uso di circa il 24 per cento.

Se consideriamo l'incidenza dei tagli cesarei presso il nostro ospedale, notiamo un importante contenimento: il tasso di taglio cesareo nell'ultimo anno è stato del 18 per cento, in controtendenza con il *trend* di aumento che si registra a livello nazionale. Insieme a questo contenimento abbiamo un lieve aumento dei parti operativi vaginali, dovuto all'introduzione dell'analgesia, per la conseguente diminuzione di spinte efficaci da parte delle madri. Ciò che mi interessa farvi rilevare è che, a fronte di un contenimento dei tagli cesarei, il tasso di asfissia *intra-partum*, che è stato costante dal 1994 al 2004, circa il quattro per mille, è in progressiva riduzione: l'anno scorso è stato del due per mille. Questo a testimonianza di una buona politica di assistenza alla nascita, soprattutto nella valorizzazione della fisiologia, quindi nella riduzione degli interventi con rischi iatrogeni. Allo stesso tempo, più protocolli dedicati alla patologia, pur mantenendo un tasso di taglio cesareo contenuto, permettono comunque una riduzione degli esiti perinatali avversi.

In merito alle strategie che il nostro ospedale mette in atto per contenere i tagli cesarei, vi sono interventi clinici e interventi di supporto. L'intervento più importante è il supporto continuo in travaglio, l'assistenza *one to one* tra gli interventi clinici, la versione cefalica esterna dei feti podalici a 37 settimane, che registra un successo del 70 per cento, quindi l'ammissione di queste donne al parto vaginale; l'uso del partogramma, per la diagnosi di distocia, basata su criteri precisi. Tra le strategie per contenere i tagli cesarei voglio ricordare, ancora, il parto vaginale dopo il taglio cesareo: il 73 per cento delle donne che hanno avuto un taglio cesareo sono ammesse al travaglio di prova ed il 78 per cento di queste donne partorisce per via vaginale. Nella relazione troverete informazioni più dettagliate, perché nel nostro ospedale arrivano diverse pa-

zienti che non hanno altrove la possibilità di accedere al parto vaginale dopo il taglio cesareo.

Un altro passaggio importante è rappresentato certamente dalla valutazione standardizzata della cardiotocografia in travaglio. Nel nostro ospedale partecipiamo ad un corso di formazione *on line* (K2) sistema approvato dal RCOG Royal college obstretrics and ginecology, che permette una formazione di tutti gli operatori nella lettura del tracciato cardiotocografico.

Infine, ricordo l'assistenza vaginale del secondo gemello non di vertice: quando cioè il secondo gemello non è di vertice, nel nostro ospedale proponiamo alle donne l'assistenza, ed abbiamo da questo punto di vista dei buoni risultati.

Tra gli altri interventi, ricordo l'uso standardizzato dell'ossitocina; la seconda *opinion* per la scelta di eseguire il taglio cesareo in travaglio; una differente conduzione e responsabilità tra fisiologia e rischio; l'utilizzo di linee guida basate sulle evidenze applicate da tutti gli operatori e, infine – anche questo è importante – una verifica quotidiana e periodica della conduzione ostetrica da parte di un responsabile della sala parto.

Anche per quanto riguarda il puerperio, abbiamo unificato il reparto di maternità con il nido – non sono due reparti distinti – con un'unica coordinatrice ostetrica, per favorire l'omogeneità delle pratiche assistenziali.

In puerperio è proposto un *rooming-in* assistito ventiquattr'ore su ventiquattro; promuoviamo l'allattamento al seno e favoriamo una dimissione precoce a 48 ore dal parto, supportata da due tipi di intervento. Mi riferisco, in particolare, ad un ambulatorio madre-bambino, aperto cinque giorni su cinque, al quale accedono circa 800 casi all'anno, con interventi sia per problemi dell'allattamento che per la cura del neonato. A questo va ad affiancarsi, da due anni, l'assistenza domiciliare integrata, con il servizio territoriale: il territorio, infatti, non aveva risorse sufficienti per cui, attraverso un coordinamento tra ostetriche ospedaliere e territoriali, abbiamo iniziato ad offrire l'assistenza domiciliare integrata al ritorno a casa della paziente. Anche questo aspetto, comunque, è analizzato più dettagliatamente nella relazione.

Vorrei farvi notare a questo punto le caratteristiche della popolazione che si rivolge alla nostra struttura. Purtroppo, come per tutti gli ospedali, dal 1997 al 2001 si sono ridotti i casi patologici e sono aumentati, invece, quelli a rischio. Come tutti voi sapete, questo aumento di rischio è da ricondurre all'aumento dell'età della donna al primo figlio, alla fecondazione medicalmente assistita, alla gemellarità e alle condizioni di patologia in cui una volta le donne non riuscivano comunque a portare avanti una gravidanza. Con l'aumento del rischio c'è stato anche un aumento dei bambini nati sotto le 28 settimane (1,4 per cento lo scorso anno) o sotto la 34ª settimana (4,9 per cento).

Ricordo che, pur avendo un numero inferiore di nascite, la nostra è la terza struttura in Lombardia, dopo il Mangiagalli e Brescia, per numero di neonati sotto i 1.500 grammi: nel 2011 il tasso di sopravvivenza per i neo-

nati sotto i 1.500 grammi è stato del 93 per cento, di cui libero da esiti il 67 per cento.

Per quanto riguarda la nostra organizzazione, abbiamo due medici di guardia attiva (un *senior* e un *junior*) e questo spiega anche perché è possibile avere una seconda *opinion* su tutti i tagli cesarei effettuati in travaglio; ci sono poi quattro ostetriche presenti per ogni turno in sala parto (di cui sempre una *senior*); vi è un'ostetrica nel *triage* ostetrico; vi è un'anestesista dedicato (il servizio di anestesia è dedicato soltanto all'ostetricia-sala parto); abbiamo poi una figura fondamentale, un reperibile chirurgico – di solito un ginecologo-chirurgo – per casi chirurgicamente complessi, cui possiamo ricorrere, sia in emergenza che per interventi programmati, quando prevediamo una complicanza importante.

Per quanto concerne invece la struttura, abbiamo quattro sale parto e due sale operatorie solo per l'ostetricia, attive ventiquattr'ore su ventiquattro; abbiamo un pronto soccorso ostetrico-ginecologico (diviso dal pronto soccorso generale) ed abbiamo dei percorsi dedicati e protetti di collegamento tra reparti, sala parto e sala operatoria.

Dedichiamo una particolare attenzione alla formazione e alla qualità. Abbiamo dei corsi di formazione ospedaliera permanente, con esercitazioni sulla lettura dei tracciati CTG, con simulazioni periodiche che prevedono l'utilizzo di manichini.

Diamo inoltre molta importanza alla documentazione della cartella clinica (rivediamo gli orari, i processi decisionali – pensate alla distocia di spalla – e le procedure effettuate). Facciamo un *audit* periodico, ogni tre mesi, sui casi segnalati come eventi avversi e dei *near miss*. Pubblichiamo poi un *report* annuale dei casi che hanno comportato degli eventi avversi. Infine, abbiamo costituito un gruppo di lavoro per la gestione del rischio clinico.

C'è un elenco di complicanze che si trova affisso in sala parto e in tutti i nostri reparti – in modo anonimo – siamo tenuti a segnalare che (ad esempio, morte materna o fetale, rottura dell'utero o una perdita ematica superiore ad un litro, eccetera), all'interno del sistema Intranet aziendale per il *risk management*: questo ci permette di fare successivamente degli *audit* insieme al referente del *risk management* e della direzione sanitaria per rivedere e cambiare le nostre politiche.

È evidente che per cambiare ci vuole del tempo, ma vorrei richiamare comunque un esempio di miglioramento assistenziale. Quando abbiamo rivisto i rischi di episiotomia, è emerso che, dopo un certo processo, siamo riusciti a passare dal 45 per cento degli anni 2001-2005 al 27 per cento di episiotomie negli ultimi sei mesi del 2011, avvicinandoci così a quel 20 per cento che l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda come buona pratica.

Avviandomi alla conclusione, noi siamo convinti che una buona cura sia possibile sono con una buona rete. Grazie ad un progetto che la Regione Lombardia attraverso di noi ha presentato al Ministero, nel 2008 abbiamo avuto un finanziamento che ci ha permesso di portare a termine un Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM). Nel nostro territorio

c'era solo il Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN), cui abbiamo abbinato lo STAM. Il progetto riguardava solo Monza e Brianza ma, grazie ad una *partnership* con altri *hub*, ormai il trasporto è attivo su tutta l'area a Nord di Milano e in tutta la Provincia di Lecco. Si tratta di tre *hub* e 19 *spoke*, collegati al servizio «118», gestito dall'AREU, che è l'Azienda di emergenza-urgenza regionale.

Troverete descritto nella relazione il processo di gestione del servizio STAM. Quello che mi preme qui sottolineare è che abbiamo due sistemi in rete: un sistema EUOL – che è un sistema di emergenza-urgenza, che ci permette di conoscere immediatamente i posti liberi nei reparti di terapia intensiva neonatale – ed una rete dedicata, sempre su *web*, che mette in collegamento lo *spoke* con l'*hub* per quanto riguarda i protocolli di cura e di trasferimento, oltre che per la sicurezza del trasferimento e per le informazioni ai pazienti.

Si è trattato di un grande lavoro che ha migliorato la qualità della cura e dei processi di gestione delle gravidanze ad alto rischio che devono essere trasportate dagli *spoke* agli *hub*. Accanto a questo è stato attivato il sistema di *back transport*, che troverete meglio descritto nella relazione, attraverso il quale, una volta risolta la fase acuta, il bambino o la madre tornano nella struttura di origine e ciò consente di liberare risorse per nuovi casi.

Un ultimo aspetto per noi importante e del quale da tanti anni ci stiamo occupando è l'integrazione ospedale-territorio. La ASL Monza-Brianza ha deciso con il nostro ospedale di individuare dei protocolli per favorire la continuità assistenziale al percorso nascita. Il personale medico nei consultori familiari è personale ospedaliero, che dedica una parte del tempo ai consultori; condividiamo dei PDT comuni, sia per donne in gravidanza e in puerperio, sia per quelle che richiedono l'interruzione volontaria di gravidanza.

Credo di avervi dato in questo modo una panoramica, sia pur sommaria della nostra attività, che troverete comunque meglio descritta nella relazione che consegnerò agli atti. Vi ringrazio per l'attenzione.

GUSTAVINO *(UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI).* Signor Presidente, mi corre l'obbligo di ringraziare innanzitutto i nostri ospiti, anche perché lo spaccato che viene fuori dalle due relazioni che abbiamo appena ascoltato è così confortante da far pensare bene. Poiché si tratta di due esperienze in due straordinari contenitori, che del contenuto hanno fatto un preciso impegno, cerco di capire come si può riprodurre il meglio, il possibile e il consentito. Allora, poiché penso che simili risultati si possano conseguire con le persone e anche attraverso percorsi di preparazione e formazione delle persone stesse, vorrei chiedere alcuni chiarimenti riguardo ai numeri.

Se non ho capito male, per quanto concerne il Policlinico «Gemelli», l'ostetricia è un'unica struttura complessa: il reparto di ostetricia e ginecologia, che comprende la ginecologia disfunzionale e quella oncologica. Mi piacerebbe sapere quanti sono i medici impegnati in questa divisione e

quanti gli specializzandi. Glielo chiedo anche per riuscire a comprendere com'è possibile riprodurre una quantità tale di attività e di attenzione ai percorsi, che si possono ottenere dentro alcuni numeri. Rivolgo questa stessa domanda anche alla professoressa Vergani, dalla cui relazione non mi pare siano emersi questi dati. Eppure, sembrerebbero fondamentali anche perché, attraverso una sorta di divisione per parti, si riesce a capire come le altre strutture possano stare al passo con queste.

BASSOLI *(PD)*. Signor Presidente, desidero anzitutto ringraziare gli auditi, quindi, inizio col porre alcune domande per quanto riguarda il Policlinico «Gemelli». Dottor Cambieri, alla luce dell'importanza, da lei sottolineata, dell'attività di assistenza alle gravide a rischio, le chiedo come queste vengono individuate e se e come è possibile ridurre tale fenomeno. Ancora, relativamente all'analgesia epidurale, vorrei sapere se questa possibilità viene fatta conoscere alle donne che devono partorire, come avviene la comunicazione e se di essa se ne parla nei corsi di preparazione al parto.

Lei ha segnalato la presenza in cartella elettronica di una scheda di rilevazione del dolore; le domando quale utilizzo si fa di tale rilevazione, per capire se è propedeutica a un aiuto alla partoriente o se è un dato di statistica generale. Le chiedo altresì se c'è un'attenzione rispetto alle madri che possono essere più a rischio di depressione, ovvero una modalità di individuazione della stessa, e se c'è un collegamento con il sistema di intervento prima, durante e dopo il parto.

Alla professoressa Vergani devo dire che, se ho interpretato bene, sono rimasta abbastanza colpita quando ha affermato che il dolore del parto è un elemento costitutivo dell'esperienza stessa del parto, che può essere fisiologico, patologico o iatrogeno, e in questi ultimi due casi si usa l'analgesia. Poi, però, noto con piacere che la stessa frase viene messa in discussione quando ha parlato di una intensificazione della partoanalgesia. Infatti, se è vero che il dolore del parto è fisiologico, è anche vero che oggi la cultura del dolore ha cambiato molto l'idea che questo debba per forza essere sofferto in qualunque condizione ci si trovi. D'altra parte, la legge sulla terapia del dolore e le cure palliative ci dice molto in questa direzione, ragion per cui mi sembrerebbe giusto anche modificare questo elemento culturale – se l'ho inteso bene, altrimenti me ne scuso – in rapporto al cambiamento della cultura del dolore, naturalmente anche per il parto. Infatti, dicevate che l'aumento dei parti in analgesia aiuta a diminuire il numero dei tagli cesarei.

Trovo molto interessante il discorso sull'assistenza domiciliare integrata (collaborazione ostetrica, ospedale e territorio: 500 casi all'anno). Allora, dato che nella nostra Regione insistono due aziende sanitarie locali, vorrei capire se esiste una forma di convenzione o comunque in che modo viene regolata l'istituzione di questa assistenza di carattere domiciliare integrata.

Un'altra domanda che reputo particolarmente interessante riguarda eventuali difficoltà di turnazione che potrebbero investire il personale me-

dico della struttura ospedaliera impiegato nei consultori, quindi molto spesso con ricadute sulle donne gravide. Le chiedo se c'è attenzione a garantire questa continuità assistenziale, che per una donna in gravidanza è importantissima.

Apprezzo molto la costituzione di un gruppo di lavoro per la gestione del rischio. A tal proposito, chiedo se c'è del materiale sul tema perché lei sa, Presidente, che ho più volte chiesto che venisse discusso il disegno di legge concernente le modalità di gestione del rischio clinico, il cui *iter* legislativo è attualmente fermo.

PRESIDENTE. Lo abbiamo chiesto tutti all'unanimità.

BASSOLI *(PD)*. Allora, dato che qui si dimostra che se si vuole, si può fare, cerchiamo almeno di valorizzare queste esperienze dove la costituzione di gruppi di lavoro per la gestione del rischio è un dato di fatto. Potrebbe essere utile conoscerne anche i risultati e poterli mettere in evidenza almeno per quei reparti a rischio, come può essere nel caso di un parto.

FOSSON *(UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI)*. Signor Presidente, vorrei approfittare dell'eccellenza delle due esperienze per porre la questione che è alla base di tutto.

Al «San Gerardo» di Monza risulta dai dati una percentuale di cesarei bassissima; il che è anche un richiamo – io lavoro in Val d'Aosta – alle nostre partorienti per rivolgersi a quell'ospedale. Fermo restando che il rapporto cesarei-parti naturali dipende chiaramente dall'organizzazione – la dottoressa Vergani lo ha dimostrato molto bene – tuttavia, essendo noi dei politici e non dei tecnici, anche se molti di noi hanno svolto la professione medica, dobbiamo chiederci quale fattore determinante spinge una donna in gravidanza a chiedere il parto cesareo. Su che cosa dobbiamo spingere la nostra azione? Capisco che si tratta di un problema che ha molte sfaccettature, ma sarebbe opportuno che ci deste un'indicazione, tenendo anche conto di quanto osservava il collega Gustavino, ovvero che non tutti possono arrivare ad un tipo di organizzazione come quella di Monza.

Anche oggi la stampa riporta il caso di una donna che ha partorito al «Sant'Anna»; non ha fatto il cesareo, il bambino è nato asfittico. Vi chiediamo di darci un'indicazione sul percorso da seguire.

GRANAIOLA *(PD)*. Dottoressa Vergani, in una delle *slides* che lei ci ha illustrato si parlava di dimissioni che avvengono entro le 48 ore dal parto: volevo capire se il dato è riferito ai soli parti vaginali.

VERGANI. Sì, solo ai parti fisiologici.

GRANAIOLA *(PD).* Signor Presidente, devo dire che, pur essendo toscana, sono molto invidiosa delle due esperienze che oggi ci sono state riferite.

In particolare, mi ha molto colpito quello che ci ha riferito la professoressa Vergani: se ho ben capito, ci sarebbero quattro ostetriche presenti in sala parto ventiquattr'ore su ventiquattro. È così?

VERGANI. Sì, e questo è fondamentale per garantire il «*one to one*».

GRANAIOLA *(PD).* Vi faccio allora i miei complimenti.

Ci tenevo poi a ribadire una cosa che ha già detto la senatrice Bassoli per quanto riguarda il dolore fisiologico: mi ha un po' stupito la distinzione che voi effettuate e su questo vorrei richiamare anch'io l'attenzione.

PRESIDENTE. Permettetemi di aggiungere alcune brevi considerazioni a quanto finora è stato detto non prima, però, di aver ringraziato per la sua presenza il sottosegretario di Stato per la salute, Cardinale.

È evidente che quelle che sono state rappresentate qui oggi sono due situazioni di eccellenza difficilmente esportabili, soprattutto per l'intensità e la puntualità con cui si concretizzano, con la previsione, tra l'altro, di sistemi di controllo e di forme di gerarchia interna profondamente rispettate.

Per quanto mi concerne, farò una domanda a ciascuno dei nostri interlocutori, per poi chiudere con un quesito che rivolgerò invece ad entrambi, con l'invito, sin d'ora, ad essere diretti nelle risposte, soprattutto per agevolare chi non è medico e, soprattutto, non è ginecologo.

Il dottor Cambieri ci ha parlato di tutto un sistema di digitalizzazione del percorso nascita molto interessante. La questione è capire in quale misura questo sistema possa essere «tollerato» dal punto di vista medico-legale. A questo proposito voglio ricordare che, proprio la scorsa settimana, abbiamo ascoltato in audizione il Garante per la protezione dei dati personali, che ha suscitato in noi davvero molti dubbi circa la possibilità di sostituire l'utilizzo del cartaceo e in ordine a quei profili strettamente connessi alla tutela della *privacy*.

La seconda domanda è invece specificamente per la professoressa Vergani: si è parlato del rischio di asfissia *intrapartum*, che è indubbiamente il problema principale dal punto di vista della morbilità fetale, soprattutto per quella a lunga distanza. Vorrei sapere, quindi, qual è il metodo per misurare ed evidenziare i casi di asfissia neonatale, in modo da poter certificare la percentuale in cui essi si verificano.

Infine, vorrei sottoporre all'attenzione di entrambi i nostri ospiti un'ultima questione. Ho sentito entrambi parlare di un terzo livello di assistenza, e per la verità il piano obiettivo materno-infantile di 10-12 anni fa – che è legge ed è rimasto tale – faceva riferimento ancora a tre livelli, che credo però non siano in assoluto accettabili. In effetti, se dal punto di vista neonatologico possono forse avere ancora una logica, dal punto di vista assistenza-parto, a mio avviso, non trovano più una giustificazione.

Dunque, mentre si giustifica un sistema a due livelli, i cui al livello base se ne affianca uno di altissima specializzazione in caso di rischio, nel caso di tre livelli vorrei capire chi viene affidato al primo livello e con quali garanzie, anche perché, nel caso del parto, il risultato lo si vede solo alla fine.

Lascio dunque la parola ai nostri ospiti, avvertendoli che, laddove non riescano a dare risposte esaustive nei tempi a loro disposizione, potranno comunque inviarci successivamente delle integrazioni scritte.

CAMBIERI. Signor Presidente, procederò a ritroso, perché mi è più semplice.

Per quanto riguarda il terzo livello, ho fatto riferimento alla modellistica della Regione Lazio, anche se sicuramente tutte le modellistiche sono discutibili. Noi siamo un *hub*, quindi un'organizzazione di vertice al centro di una rete su cui insistono 1,5 milioni di abitanti, con punti nascita periferici anche molto lontani e tutta un'area metropolitana che non sceglie spesso l'ospedale in base alla dislocazione geografica, ma in base alla reputazione o quant'altro. Da questo punto di vista, quindi, organizzazione e modellistica rappresentano una semantica che cambia chiaramente Regione per Regione, mentre la sostanza organizzativa rimane invece inalterata.

Per quanto riguarda il profilo strettamente medico-legale, anche per noi la documentazione cartacea è ovviamente quella che ha valore, fermo restando che viene assicurata la massima tutela anche all'integrità dei dati informatici che, una volta che sono stati registrati, non sono più modificabili, nel senso che ogni modifica aggiunge qualcosa e mai sottrae, per cui da questo punto di vista essi non sono volatili.

Non vedo invece problemi sotto il profilo della *privacy,* perché parliamo di una documentazione dell'ospedale: ogni volta che la documentazione genera un *output*, questo consiste in una lettera di dimissioni, piuttosto che una cartella clinica o in un referto ambulatoriale, che seguono la normativa interna o la legge nazionale per quanto concerne la tracciabilità e la veridicità delle informazioni in essi contenute.

Sempre procedendo a ritroso, per quanto riguarda la prevenzione, forse l'unico strumento è quello di fornire rassicurazioni sin dall'inizio – dalla presa in carico ambulatoriale – sulla professionalità dell'intero percorso, sulla sicurezza tecnologica e sugli *skills*, tenendo presente – e questo è un problema – che, almeno per il Policlinico Gemelli, un terzo delle pazienti è inviato da altre strutture e per esse la presa in carico inizia dunque già a metà percorso, per cui si deve ragionare con la paziente: il *counseling*, l'affiancamento e la rassicurazione interviene per modificare qualcosa che però è già dentro.

Il Policlinico Gemelli ha poi una tradizione storica di patologia ostetrica per cui effettivamente l'alto numero apparente di interventi cesarei, che potrebbe sembrare in contraddizione con le linee guida o con gli indici nazionali, è giustificato dal tipo di patologia sottostante che l'ospedale tratta.

Quanto poi alle madri a rischio di depressione, abbiamo un servizio psichiatrico con ambulatorio, per cui esiste da questo punto di vista un supporto evocabile *on demand*. La rilevazione del dolore, soprattutto in questo settore, è tutt'altro che un atto dovuto di carattere documentale: è un atto di affiancamento e di vicinanza al paziente.

La rilevazione del dolore è stata introdotta quand'è uscito il relativo indirizzo governativo, verificato anche recentemente dalle autorità competenti: questa estate c'è stata un'indagine nazionale, che ha contribuito a suggerire correttivi farmacologici o quant'altro in tutti i tipi di reparto, quindi in ambito gravidico, ma non solo.

L'analgesia epidurale è presentata nella carta dei servizi, nel sito e nel portale: viene segnalata in tutte le attività ambulatoriali ed evidentemente nel corso di preparazione al parto.

Le gravidanze a rischio vengono prese in carico nel momento stesso in cui c'è un contatto ambulatoriale. Come vi ho detto anche prima, tutti i medici dell'*équipe* hanno la possibilità di visualizzare la scheda della paziente da qualunque punto dell'ospedale, ogni volta che hanno un contatto con la stessa. L'indirizzo è dunque lungo percorsi capaci sicuramente di contribuire a ridurre l'incidenza di parti strumentali, tenendo presente però che il ruolo di *hub* in qualche modo contrasta con questo tipo di situazione.

Con riferimento, infine, al discorso delle unità operative, la sala parto è un centro servizi e le unità operative complesse che afferiscono alla sala parto sono più di una: tuttavia, se gli organici tendono ad una rotazione lunga, per gli specializzandi questa è più breve, dal momento che è la stessa attività formativa a comportare questo. In ogni caso, non ho qui con me il dato specifico riferito alle unità operative complesse, che provvederò a trasmettere poi alla Commissione.

VERGANI. Signor Presidente, nella documentazione che lascerò agli atti troverete tutti i dati riferiti alla nostra struttura e alla nostra attività: stante il tempo limitato a mia disposizione, infatti, ho ritenuto più interessante soffermarmi sulla nostra esperienza di tipo culturale.

In ogni caso, noi abbiamo la clinica ostetrico-gincologica, ma c'è comunque una funzione di ostetricia e una funzione di ginecologia. Io sono responsabile dell'area ostetrica e il mio direttore, il professor Milani, dirige la clinica chirurgica e sovrintende tutto – come negli Stati Uniti dove c'è il CHIEF (Capo dipartimento specifico di ostetricia e ginecologia) – nonché è responsabile degli specializzandi, mentre io lo sono del corso di laurea, pur avendo divisioni integrate. Quindi, 13 medici sono assegnati all'ostetricia e lavorano in ambiente ostetrico, e altrettanti medici operano in ambiente ginecologico. Le guardie sono condivise; c'è sempre un ostetrico abbinato a un ginecologo, e anche l'*audit* e le riunioni divisionali sono condivise e obbligatorie. Tutti i lunedì abbiamo una riunione di *audit* a cui devono obbligatoriamente partecipare tutti i medici, tranne quelli assenti e di guardia. Ci sono tre coordinatrici ostetriche, un caposala e 77 unità tra ostetriche (60), puericultrici e infermiere, oltre al personale

di supporto. Abbiamo una psicologa integrata nello staff, quindi assunta, che ci aiuta per tutta la parte relativa al disagio psicologico, soprattutto in gravidanza e nel puerperio.

Per quanto riguarda l'analgesia, mi preme intanto ringraziarla per la domanda, senatrice Bassoli, perché è molto pertinente. Direi che l'analgesia non è solo di tipo farmacologico; anche un ambiente è analgesico.

PORETTI *(PD)*. Dottoressa, per cortesia.

VERGANI. Una donna che non è lasciata sola in gravidanza e che ha un'assistenza ha un punto di forza. Infatti, lei, senatrice Granaiola, si meravigliava del fatto che abbiamo quattro ostetriche ad assistere la paziente contemporaneamente, per una media di otto parti al giorno, nell'ottica del ruolo incisivo che assume il *one to one*. All'interno della nostra sala parto non c'è nessuna donna lasciata anche solo cinque minuti senza la sua ostetrica, che sta accanto alla paziente dall'inizio alla fine del turno. Questo è il supporto più importante che una donna ha per il suo dolore, perché partorire in solitudine con un *monitor* attaccato è la condizione più faticosa per qualsiasi donna.

PORETTI *(PD)*. Questa è una sua opinione ma non ce la spacci come una verità.

VERGANI. Certo. Infatti, l'attuale frequenza d'uso dell'analgesia è del 25 per cento; come ho detto, c'è un protocollo e quindi tutti i parti patologici e tutti gli interventi iatrogeni prevedono l'analgesia. D'altra parte, il 25 per cento di analgesia è la percentuale media richiesta come buona pratica di assistenza.

Abbiamo due incontri mensili aperti a tutti sull'uso dell'analgesia, tenuti dagli anestesisti – non vogliamo siano le ostetriche a parlarne al corso di preparazione al parto –, quindi non credo manchi un'attenzione in questo senso. Tuttavia, ci sono altri metodi di analgesia: il rilassamento nell'acqua, per esempio. D'altra parte, mi permetto di dire che antropologicamente per noi donne – io ho avuto sette figli – il dolore del parto non è equiparabile al dolore di un tumore o al dolore di una frattura; è diverso, perché è costituivo della nostra natura.

PORETTI *(PD)*. Ma cosa sta dicendo? Io non ho avuto sette figli, ne ho avuta una; non ho avuto ancora un tumore, ma la prego.

VERGANI. Lo dico per un'esperienza che ho riscontrato su tante donne.

PRESIDENTE. Professoressa Vergani, lei deve dare la fotografia dell'esperienza clinica. Collega Poretti, la professoressa Vergani ha esposto i dati dell'analgo-analgesia, così come i dati relativi al sovranumero dei parti in anestesia secondo la necessità degli interventi operativi, e questo

è un altro dato clinico. Noi non dobbiamo entrare in discussione con la professoressa Vergani sui dati relativi all'esperienza specifica della Fondazione Monza e Brianza; la professoressa, a sua volta, è pregata di non entrare su valutazioni generali del dolore, che saranno fatte in altra sede. D'altronde, la tematica della analgo-analgesia in sala parto, proprio perché è uno dei temi che sta più a cuore ad una delle relatrici, la senatrice Bassoli, credo con molta volontà di approfondimento, è già stata oggetto di numerose audizioni durante il corso di questa indagine conoscitiva e di esperienze da mettere in rapporto.

È chiaro che parliamo di un reparto che ha una puntualità di presenze così precisa e un protocollo così chiaro perché magari ha possibilità che non tutti possono vantare. Qualcuno chiedeva come mai si ricorre con tanta fiducia al cesareo in taluni momenti; la risposta è che se non c'è il *one to one*; se mancano certi modelli o la sorveglianza, di fronte a certe modalità di rischio e preoccupazione si sfocia in quella direzione. Noi dobbiamo svolgere una valutazione nazionale del percorso nascita. Le esperienze di Monza e del Gemelli sono a dir poco apprezzabili, ma non rappresentano tutta Italia; purtroppo, le realtà da cui siamo partiti per questa indagine conoscitiva sono molto degradate e lontane mille miglia da queste.

Capisco la meraviglia della collega Granaiola nel chiedere come sia possibile che quattro ostetriche assistano contemporaneamente la paziente per tutto il turno. Dietro c'è una scelta aziendale precisa, ma questo è un discorso che non è sempre possibile portare avanti, ed è su questo che dovremmo dare un parere complessivo. Il confronto e il dialogo su temi di fondo politico sono importantissimi, ma al di fuori dell'alveo dell'indagine conoscitiva.

VERGANI. Presidente, mi scuso se sono intervenuta malamente, ma ci tengo ad evidenziare, come dimostrano i nostri dati, che sono pubblicati, che abbiamo seguito non solo le raccomandazioni ma riteniamo che l'analgesia sia uno strumento fondamentale, e la utilizziamo, tanto è che siamo arrivati al 24 per cento d'uso. I dati nazionali non dimostrano che l'aumento dell'analgesia riduce il tasso dei tagli cesarei; non c'è alcuno studio che lo dimostri. Anzi, generalmente gli istituti che più praticano l'analgesia prevedono anche un maggiore tasso di tagli cesarei; quindi, questo è un altro punto che sarebbe da valutare e sul quale chiedo la vostra attenzione.

Per quanto riguarda il dolore del parto, esso ha una connotazione che può essere anche fisiologica, quindi è giusto esprimere questo termine. Nella fisiologia della nascita anche un'espressione di dolore che non è prolungata, non esagerata, che è contenuta e sopportata dalla donna, educata a quello, può avere una funzione positiva anche per la crescita che comporta mettere al mondo un figlio, diventare madre.

PORETTI *(PD)*. Questa è una valutazione morale, per cortesia. Abbiamo letto pagine su Internet in cui donne che facevano l'analgesia sarebbero state cattive madri.

VERGANI. Chi lo dice questo? Queste sono sue considerazioni.

PORETTI *(PD)*. Si fa alla svelta ad arrivare da queste valutazioni ad altre.

VERGANI. Allora secondo lei cosa è un travaglio fisiologico? Cos'è per lei la fisiologia? Non esiste quindi una condizione nella natura di fisiologia?

PORETTI *(PD)*. Ma perché deve dire «buona madre»?

GRANAIOLA *(PD)*. La sua è un'affermazione grave, dottoressa.

VERGANI. Ho forse parlato di «buona madre»?

PORETTI *(PD)*. Lo ha appena detto. È grave.

PRESIDENTE. Purtroppo, in questo caso devo dare ragione alla colleghe senatrici che ritengono che ci siano affermazioni di convincimenti che non possono appartenere a questa presentazione. La prego nuovamente di rientrare nell'ambito della presentazione, dottoressa Vergani. Peraltro, proprio in questa legislatura abbiamo approvato una legge sulla terapia del dolore, quindi l'approfondimento su questo tema, attraverso l'ascolto del Comitato nazionale per la bioetica, tra gli altri, ha portato a valutazioni che già appartengono a quella legge.

VERGANI. Per quanto riguarda l'attività consultoriale ed il protocollo d'intesa tra noi e la ASL, così come negli ambulatori intraospedalieri, vi è un'attenzione particolare all'ambulatorio personalizzato: per ogni consultorio, quindi, il «contratto» tra noi e la ASL prevede un rapporto tra un determinato medico ed un consultorio, per cui la turnazione stessa avviene in modo diverso da quanto accade invece in altre strutture. Si tratta di un rapporto preciso tra uno strutturato, cioè un medico specialista, ed il consultorio stesso, tant'è che nella gestione dei turni è prioritaria l'attività consultoriale del medico, per cui si tiene assolutamente conto di questo.

Quanto al *risk management*, vi ho mostrato prima quello che abbiamo fatto: si tratta di un lavoro importante, che ha preso le mosse chiaramente da una nostra attenzione al riguardo, oltre che da quella dell'ufficio del *risk management*. È un lavoro che viene dunque portato avanti insieme, all'interno dell'ospedale, utilizzando gli strumenti del *risk management* che vengono adattati alle problematiche tipiche dell'ostetricia, quindi con tutto un lavoro di sensibilizzazione e di attenzione al rischio e alla prevenzione. È chiaramente un'attività fatta di incontri, di *audit*, di valu-

tazioni e, come avete visto, anche di cambiamenti che poi nel tempo si realizzano, come ad esempio nel caso della pratica dell'episiotomia.

Per quanto riguarda poi la questione del taglio cesareo, la riduzione o comunque il contenimento del taglio cesareo nasce secondo me, innanzitutto, dall'assoluta conoscenza del fatto che il taglio cesareo aumenta i rischi per le donne e per i bambini: al riguardo c'è un bellissimo studio pubblicato nel 2006 che prende in esame l'aumento esponenziale del rischio per mamme e bambini in caso di taglio cesareo.

FOSSON *(UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI).* Parliamo di rischi di che tipo?

VERGANI. Il rischio riguarda la morte materna, gli eventi avversi perinatali, la prematurità, il ricovero in terapia intensiva neonatale, l'uso di antibiotici e così via. Se siete interessati, comunque, posso lasciare alla Commissione il relativo riferimento.

Il convincimento, dunque, è che la nascita chirurgica di per sé non riduce il rischio per mamma e bambino: l'aumento del taglio cesareo, infatti, non ha portato ad una riduzione dell'asfissia o dell'encefalopatia ipossico-ischemica o della conseguente paralisi cerebrale infantile.

La prima cosa dunque, lo ripeto, è l'assoluta conoscenza e poi – come abbiamo detto – un'organizzazione all'interno della sala parto, che si basa su strumenti molto puntuali e precisi. Il primo di questi strumenti è rappresentato dalle linee guida e dai protocolli, basati sull'evidenza, che tutto il personale è tenuto a rispettare e che tendono a ridurre il più possibile il rischio di asfissia neonatale, che non avviene comunque con il taglio cesareo.

Ci sono sicuramente degli eventi imprevedibili, ma vorrei dire che pensare che il taglio cesareo sia una buona pratica per ridurre l'encefalopatia ipossico-ischemica o la paralisi cerebrale infantile non è assolutamente dimostrato. Sono altri gli interventi, come quelli previsti all'interno della strategia che vi ho presentato: penso, ad esempio, all'uso del partogramma e ad altri tipi di intervento che possono aiutare.

L'uso indiscriminato dell'ossitocina, ad esempio – piccola pratica che deve essere normalizzata – aumenta l'ipercinesia ed il rischio che il feto possa avere alterazioni del tracciato ed un'asfissia. È chiaro che se c'è un protocollo preciso e una sorveglianza sul rispetto dello stesso è molto meno probabile che un medico decida di testa propria di fare una cosa piuttosto che un'altra.

Per quanto riguarda il rischio di asfissia, si procede per tutti i bambini alla gasanalisi sul cordone ombelicale, una pratica che nel nostro ospedale viene attuata nel 97 per cento dei casi. La diagnosi di asfissia da noi è formulata quando il PH alla nascita è inferiore a 7, associato ad un *base deficit* inferiore a 12, è lo stesso criterio che l'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) consiglia – o quando vi è un'encefalopatia ipossico-ischemica, quindi un evento clinico neonatale (convulsioni) piuttosto che sintomi neonatali di un'insufficienza di organo

legati all'asfissia. Questi sono i criteri che noi usiamo per valutare questo dato e in questo momento l'incidenza dell'asfissia, con il 18 per cento di tagli cesarei, è del 2 per mille nel nostro istituto, compresi chiaramente tutti i bambini, a termine e pretermine.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli intervenuti ed i nostri ospiti per il contributo dato ai nostri lavori.

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

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

I lavori terminano alle ore 16,15.

Licenziato per la stampa dall'Ufficio dei Resoconti

€ 2,00