



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 25

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»

331^a seduta: giovedì 10 maggio 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Audizione del sottosegretario di Stato per la salute Adelfio Elio Cardinale**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 15
BASSOLI (PD)	10
CARDINALE, sottosegretario di Stato per la salute	3, 13
GUSTAVINO (UDC-SVP-UT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI)	8

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.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Cardinale.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del sottosegretario di Stato per la salute Adelfio Elio Cardinale

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 3 aprile 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 in programma l'audizione del sottosegretario di Stato per la salute, Cardinale, che ringraziamo per aver accolto l'invito della Commissione.

Ricordo che la fase delle audizioni si intende conclusa con la seduta odierna, salva la necessità di effettuare un ulteriore approfondimento nel senso richiesto ieri dalla senatrice Baio per quanto riguarda la dotazione di strumenti nei punti nascita utili a prevenire le patologie rare nel neonato. A tale proposito, invito le relatrici e i consulenti a fornire una valutazione sui suddetti aspetti, anche nella prospettiva di prevedere un'eventuale specifica audizione sul tema.

Cedo immediatamente la parola al sottosegretario Cardinale.

CARDINALE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, onorevoli senatori, vi ringrazio per l'opportunità che mi viene data di illustrare le iniziative che il Ministero ha avviato nell'ambito della tematica oggetto dell'indagine condotta da questa Commissione.

L'Organizzazione mondiale della sanità ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale; pertanto, la tutela della salute della donna rappresenta un interesse prioritario, in quanto è strettamente legata con la tutela del bambino e della famiglia nel suo complesso, e di conseguenza è un investimento sulle generazioni future. Questo è uno degli obiettivi strategici del Progetto obiettivo materno-infantile adottato

nell'aprile 2000 dai piani sanitari nazionali che negli anni si sono succeduti. L'accordo in Conferenza unificata del 16 dicembre 2010 reca «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo».

Tale accordo propone un programma nazionale, articolato in dieci linee di azione, per la promozione ed il miglioramento della qualità, della salute, della sicurezza e dell'appropriatezza (uno dei parametri, quest'ultimo, su cui si deve impostare tutta la sanità, non solo per la qualità dell'assistenza, ma anche ai fini del risparmio evitando spese superflue. Le dieci linee di azione sono: misure di politica sanitaria e di accreditamento; carta dei servizi per il percorso nascita; integrazione territorio; sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo; programma di implementazione delle linee guida; elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita; procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto; formazione degli operatori; monitoraggio e verifica delle attività; istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita. Si tratta di un progetto a 360 gradi che, prendendo lo spunto da questo pur importante settore, abbraccia tutta l'organizzazione della sanità futura in Italia.

Tali linee di attività, complementari e sinergiche, da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale, riguardano misure di politica sanitaria tra cui la razionalizzazione dei punti nascita (ostetricie e neonatologie-terapie intensive neonatali), il possesso per le strutture di determinati standard, il completamento e la messa a regime del trasporto assistito materno e neonatale d'urgenza, l'adeguamento della rete dei consultori familiari.

Sembra opportuno segnalare che il raggiungimento di tali obiettivi è considerato come parametro per la valutazione dei direttori generali delle Aziende, dei direttori di dipartimento e di unità operative complesse.

L'accordo in questione ha avuto, inoltre, il merito di individuare i requisiti, gli standard e i criteri per l'accreditamento, necessari per l'adozione delle singole delibere regionali.

Il traguardo da raggiungere vede da una parte la realizzazione di strutture ben organizzate, turni ben coperti, personale specialistico operativo h24, e contestualmente misure volte ad assicurare l'aggiornamento degli operatori.

L'accordo in esame va considerato come un atto complementare ad altre strategie già avviate, quali: gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel piano sanitario nazionale, i cosiddetti obiettivi di piano (anticipo che quest'anno una somma pari a 20 milioni di euro, che sarà vincolata per progetti inerenti il percorso nascita); il patto per la salute; il piano nazionale della prevenzione; l'emanando piano sanitario nazionale.

Le iniziative avviate dal Ministero della salute sono finalizzate a ricondurre al principio dell'appropriatezza, l'assistenza della donna che ha

una gravidanza fisiologica, nel senso di superarne la eccessiva medicalizzazione, diversificando l'assistenza della gravidanza fisiologica da quella patologica. L'assistenza della gravidanza fisiologica va garantita sul territorio, principalmente nei consultori familiari e possibilmente dalle ostetriche in *team* con il ginecologo. Come diceva un antico proverbio, il futuro ha un cuore antico; ciò perché il ritorno all'importanza del consultorio è una cosa che risale a decenni fa e che poi si era sfarinata. Ciò permetterà di sviluppare una vera presa in carico ed una conseguente continuità assistenziale con l'integrazione tra territorio ed ospedale.

Contestualmente alle iniziative sopra sintetizzate, si procederà alla formazione ed aggiornamento degli operatori avviando iniziative con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, sui programmi delle scuole di specializzazione, e sviluppando l'attività formativa d'insegnamento anche negli ospedali.

Per completezza di informazioni, attualmente è in corso un tavolo – di cui sono il coordinatore per delega del Ministro e di cui fanno parte anche il Presidente della Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina, professor Gaudio, il Presidente del CUN, professor Lenzi, e due rettori di facoltà mediche – che ha il compito di rivedere le modalità dell'esame di ammissione al corso di laurea in medicina e chirurgia, che attualmente viene valutato più una lotteria che una metodica capace di apprezzare le differenze in termini di merito.

La prima modifica va nel senso di considerare il voto di diploma, sia pur pesato, perché non si possono disconoscere quindici anni di attività di studio del candidato. La seconda modifica è l'abolizione dell'esame di stato, nella modalità in cui oggi è praticato, perché da una statistica molto superficiale che ho avuto modo di fare in dieci anni di attività, anche in qualità di preside, negli ultimi 6-7 anni non è mai stato bocciato nessuno all'esame di stato, per cui certamente esso non dà le garanzie di professionalità necessarie.

Sono state inoltre proposte delle modifiche per la scuola di specializzazione, non solo con riguardo al *curriculum* formativo, ma anche per correggere un'anomalia: infatti, come sapete, a seguito dell'ampliamento del numero dei posti nelle varie facoltà di medicina e chirurgia, rimanendo intatto invece il totale di 5.000 borse di studio per le specializzazioni in medicina, si è venuto a creare un imbuto, per cui il 50 per cento circa dei laureati non ha la possibilità di accedere alla scuola di specializzazione. Questo crea nocumeto per le assunzioni, perché oggi la specializzazione è un parametro necessario. Una delle ipotesi che è stata suggerita, in adeguamento alla normativa europea, è quella di ridurre la durata di alcune specializzazioni di un anno: il risparmio in termini di borse di studio farebbe aumentare del 20-30 per cento la dotazione globale, per cui il suddetto disavanzo verrebbe ridotto.

Il 21 settembre 2011 sono state adottate le linee guida sulla gravidanza fisiologica, mentre il 31 gennaio 2012 sono state adottate quelle sul taglio cesareo. Tali documenti hanno il merito di costituire i documenti che, unitamente alle raccomandazioni, sono gli strumenti per la sicurezza

del percorso nascita. Viene sottolineata l'importanza del parto indolore, da attuare con appropriati protocolli sulla base della razionalizzazione dei punti nascita esistenti. Voi sapete che una delle ragioni che ha portato all'aumento dei cesarei in Italia è l'assenza di anestesia peridurale in molte strutture sanitarie pubbliche, per cui viene spesso avanzata l'opportunità di ricorrere al cesareo.

Il monitoraggio e la verifica delle attività deve essere assicurata, oltre che dalle singole strutture e dalle Regioni, che hanno la possibilità di verificare le ricadute cliniche e assistenziali delle attività stesse, anche mediante l'attività del Comitato nazionale per il percorso nascita, istituito con decreto del Ministro della salute, con funzioni di coordinamento e verifica delle attività previste dall'Accordo, nonché di supporto per le difficoltà riscontrate dalle Regioni. La composizione del Comitato vede sia la componente istituzionale del Ministero della salute che la rappresentanza regionale (nello specifico il Veneto, la Lombardia, la Campania, la Basilicata e la Sicilia). In esso è rappresentato anche l'Istituto Superiore di Sanità e l'Agenas.

Il Comitato percorso nascita nazionale sta elaborando materiale di supporto utile alle attività regionali. In particolare, il Comitato nazionale si è attivato in ordine alle seguenti tematiche: la definizione dell'architettura della rete del Comitato percorso nascita nazionale, regionale e locale, con l'individuazione e il suggerimento alle Regioni delle qualifiche dei componenti strategici all'interno dei Comitati locali; un modello di rilevazione dell'operatività dei punti nascita, sia sul versante ostetrico che su quello neonatale; un manuale sulla certificazione di qualità dei punti nascita; la costruzione di indicatori di comune utilizzo; la predisposizione della carta dei servizi del percorso nascita; la modalità di implementazione delle linee guida e la realizzazione di un *software* per il confronto regionale/nazionale *on-line* delle modalità di parto tra punti nascita.

Mi auguro che quest'ultimo obiettivo sia effettivamente raggiunto: ieri è infatti emerso, nel corso di due convegni sulla sanità (ad uno dei quali partecipava anche il presidente Tomassini), che, mentre la sanità elettronica nel suo complesso potrebbe portare ad un risparmio annuo di ben 13 miliardi di euro (pensate che attualmente non si riescono a trovare i 7 miliardi di euro del Patto della salute), molte strutture pubbliche, sebbene dotate di buone attrezzature informatiche, non comunicano tra un reparto e l'altro e spesso fanno un uso della tecnologia informatica solo per fare «il conto della spesa, ma non per la gestione globale delle strutture sanitarie. Mi auguro sinceramente che si riesca a realizzare questo confronto *on-line* a livello regionale e nazionale.

Infine, il Comitato nazionale si è attivato per la realizzazione di un *software* per monitorare le attività dei consultori familiari, per elaborare strumenti utili alla continuità assistenziale e per fornire raccomandazioni.

La strategia in corso punta quindi all'implementazione delle linee guida, con percorsi di appropriatezza, protocolli studiati per ogni singola struttura e percorsi di integrazione (ad esempio, presa in carico e conti-

nuità assistenziale) tra territorio ed ospedale, e si ispira ai principi molto importanti della trasparenza e dell'informazione ai cittadini.

Si coglie l'occasione per segnalare che, nel corso della riunione del Comitato nazionale del 13 marzo scorso, è stato comunicato alle Regioni (sia all'atto della convocazione che ai presenti durante la riunione) che, tra gli adempimenti e i criteri di valutazione delle Regioni e delle pubbliche amministrazioni, in sede di verifica dei livelli essenziali di assistenza, saranno considerati quali punti fondamentali: il recepimento da parte delle Regioni dell'Accordo Stato-Regioni del 16 Dicembre 2010; la riorganizzazione dei punti nascita regionali sulla base delle linee d'indirizzo di cui all'Accordo già delineato, salvo eventuali deroghe, motivate, rispetto al principio del valore superiore ai 500 parti per anno per struttura. Questo è il *target* medio e il discrimine tra i vari punti nascita che possono continuare ad operare e quelli sui quali bisogna fare una riflessione per disporre eventualmente la chiusura. Il problema, che naturalmente non sfugge a voi senatori, è che spesso il numero dei parti praticati annualmente porta alla chiusura di piccoli ospedali, la cui problematica è però complessa e dovrebbe essere anche rapportata alle condizioni orogeografiche delle singole Regioni. Per cui credo – questo lo dico anche come medico – che un numero da solo non possa determinare la chiusura, non solo del punto nascita, ma dell'intero ospedale.

Nel corso della medesima riunione è stata illustrata la situazione relativa al servizio di trasporto assistito materno (STAM) e al servizio di trasporto d'emergenza neonatale (STEN) nelle varie Regioni. Nello specifico, è stato presentato il modello organizzativo sperimentato dalla Regione Lombardia.

Sono state inoltre presentate le modalità operative per la diffusione ed implementazione delle linee guida e dei percorsi formativi, finalizzati alla presa in carico, continuità assistenziale e integrazione territorio-ospedale, da strutturarsi su percorsi differenziati, sia per gravidanze fisiologiche, sia per quelle che richiedono assistenza, e secondo modelli operativi flessibili. Tutta la documentazione di lavoro presentata e illustrata nella riunione sarà messa a disposizione di tutte le Regioni.

Un'altra questione delicata è quella che concerne le isole minori. È stato predisposto un progetto specifico (per isole minori non intendiamo solo quelle della Sicilia, ma anche quelle di altre Regioni, come la Toscana), in quanto la riorganizzazione regionale dei servizi sanitari non può non tener conto delle peculiarità e specificità di un territorio insulare, che per caratteristiche geografiche e spesso per le condizioni meteorologiche, rende complessi, soprattutto nel caso dell'emergenza-urgenza, gli spostamenti verso le strutture sanitarie ubicate fuori dall'isola.

Per tali ragioni deve essere attuata da parte delle Regioni interessate un'attenta analisi delle singole realtà locali che deve tener conto del numero degli abitanti, delle caratteristiche geografiche, della presenza o meno di presidi ospedalieri e della possibilità di sviluppo dei collegamenti interni ed esterni rispetto all'esistenza di un presidio ospedaliero lontano; anche alla luce delle opportunità fornite dai collegamenti telematici per la

sanità, delle possibilità di sviluppo del volontariato locale, dalla riconversione dei presidi ospedalieri. Inoltre, va tenuto conto dell'afflusso turistico stagionale, che determina per alcuni periodi dell'anno una situazione particolarmente critica.

Proprio al fine di assicurare una risposta sanitaria adeguata a garantire l'effettiva erogazione del LEA, il Ministero ha provveduto, previa intesa con la Conferenza Stato Regioni, del 20 luglio 2011, a formalizzare la proposta di deliberazione CIPE che, nell'ambito dell'assegnazione delle risorse vincolate alla realizzazione degli Obiettivi di Piano sanitario nazionale, prevede un accantonamento di risorse economiche (che dovrebbe essere pari a 20 milioni di euro globalmente, per tutte le isole minori) finalizzato a un progetto interregionale in materia di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle piccole isole ed in altre località caratterizzate da eccezionale difficoltà di accesso; un progetto interregionale in materia di comunicazione ai cittadini per l'accesso ai servizi sanitari.

Le iniziative in corso per il miglioramento dell'assistenza nel periodo perinatale, vanno viste alla luce di una maggiore umanizzazione dell'evento nascita, che tiene conto anche degli altri standard definiti sia dall'OMS che dall'UNICEF, chiamato «Ospedali amici dei bambini». Il tutto deve contribuire a superare le disuguaglianze esistenti fra le Regioni italiane, a ridurre la mortalità neonatale, ottimizzando il numero dei reparti pediatrici, dei punti nascita e assicurando la concentrazione delle gravidanze a rischio e il servizio di trasporto.

Da quanto sopra emerge la necessità di una continua e attiva partecipazione «attiva» delle Regioni a mettere in atto le azioni previste dall'Accordo del 16 dicembre 2010. Queste, in sintesi, sono tutte le azioni delineate e messe in atto dal Ministero.

GUSTAVINO (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI*). Presidente, ringrazio il sottosegretario Cardinale. Ritengo che questa sintesi (che, in qualche modo, alla fine di questa nostra indagine conoscitiva pone le premesse per una definizione organica del lavoro svolto) sia estremamente puntuale e, secondo me, anche esaustiva di una posizione del Ministero.

Mi piace citare, però, signor Sottosegretario, un intervento da lei fatto proprio ieri, in uno dei due convegni che ho potuto seguire, e che mi è particolarmente piaciuto. Mi riferisco a quando lei ha detto che il Ministero assomiglia molto al prete che in chiesa, dal pulpito, invita a determinati comportamenti i fedeli che poi però, quando escono, fanno ciò che vogliono. In questo caso, il prete è il Ministero e i fedeli sono le Regioni. Ed è proprio a questo che noi abbiamo assistito in questa indagine conoscitiva, nel corso della quale è passato veramente di tutto.

Signor Sottosegretario, questa mattina, giustamente, lei ribadisce che bisogna implementare le linee guida. Ebbene, io credo che bisogna ripensare il governo del sistema perché implementare le linee guida, francamente, è un atto sempre dovuto e scientificamente ineccepibile.

Signor Sottosegretario, nella mia Regione, più di 20 anni fa (cioè quasi un quarto di secolo fa), è stata decisa – da chi allora governava la Regione (nel frattempo sono cambiate giunte e amministrazioni) – la creazione di un'azienda per l'informatizzazione del sistema sanitario regionale. Anche se tale azienda è nata con questo scopo, nei nostri ospedali – vecchi di 70 anni – i reparti oggi non parlano tra loro. E parliamo dei 13 miliardi che si potrebbero risparmiare. Nel frattempo, quell'azienda ha una quantità di personale quasi imbarazzante, ma non si può toccare.

Potremo essere seri al termine di queste vicende, se saremo in grado di riportare la parte al tutto. Quello del «Nascere sicuri» è certamente un tema. Le linee guida sono sufficienti a risolvere il fatto che al Nord esista una divisione di ostetricia in un ospedale per bambini che non ha la riattivazione per adulti? La risposta è no, appunto perché quel fedele esce dalla chiesa e fa ciò che vuole.

Pertanto, se abbiamo una qualche possibilità di essere significativi e di non limitare la nostra attività a quella svolta da un gruppo di studio, dobbiamo porre questo problema almeno nei termini della coscienza che il fatto di essere legislatori ci impone. La legislatura sta per finire, quindi non possiamo fare altro che lanciare appelli generici, che però siano perlomeno indirizzati affinché gli stessi siano raccolti in un determinato contesto.

I colleghi sanno quanto mi stia a cuore il tema del «Nascere sicuri» e anche del partorire sicuri, temi che non sempre coincidono, come penso di avere dimostrato con l'esempio testé fatto. Alla fine, però, se non porremo questi temi all'interno di un pensiero del governo del sistema che, secondo me, a noi tocca, i nostri sforzi resteranno inutili.

Nel corso di questa indagine è apparso marcatamente come in questo ambito il nostro Paese si presenti come una sorta di vestito di arlecchino; mi chiedo pertanto se, nel caso di questa vicenda specifica, il nostro compito non sia quello di tentare di darle quanto meno una veste meno colorata, scegliendo ovviamente il colore migliore (che oggi non so quale sia, ma che mi pare facilmente intuibile).

Conosco quella fatica e so che essa, qualche volta, fa restare un po' imbarazzati rispetto a quanto si può dire o si può fare. Tuttavia, poiché è nostro compito fare tesoro di quella fatica, a conclusione di un'indagine come quella che stiamo conducendo dobbiamo riuscire a cogliere il fatto che siamo in presenza di una realtà che pone in modo importante il tema dell'efficienza del nostro sistema, che in questo caso non è tra i migliori del mondo. Non vorrei che ci cullassimo eternamente in questa illusione. Rispetto a temi come quelli in discussione l'efficienza del nostro sistema – ripeto – non è la migliore del mondo, mentre su altre questioni, di carattere più generico, siamo sicuramente più avanzati. Mi premeva soltanto dire che questa mi sembra un'occasione che dovremo saper cogliere.

Ringrazio comunque il signor Sottosegretario che anche in altre occasioni ha dimostrato di avere a cuore questo tema, che è ricompreso in una visione sicuramente più generale e che, a mio avviso, non è più di molto rinviabile.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, ringrazio il sottosegretario Cardinale per la sua ampia relazione e chiedo che i documenti da lui citati, che rappresentano tappe fondamentali del percorso che il Ministero sta compiendo sul tema oggetto della nostra indagine conoscitiva, possano entrare nel patrimonio di conoscenza della Commissione e diventare elemento di ulteriore riflessione.

Il senatore Gustavino ha posto una questione che purtroppo non riguarda solo il percorso nascita – ma sarebbe già abbastanza negativo se fosse così –, perché condizioni completamente diverse tra una realtà e l'altra del nostro Paese esistono in tutto il sistema sanitario nazionale. Alcuni dati dimostrano come, soprattutto nelle realtà del Mezzogiorno, gli *standard* in tema di diritto alla vita e alla salute siano molto inferiori rispetto a quelli di molte aree del Nord. Tengo a sottolineare però che, secondo i dati di una rivista medica pubblicata di recente che ha confrontato i dati economici e sociali con il livello di salute e le aspettative di vita, anche alcune Regioni settentrionali – ad esempio il Piemonte e la Liguria – hanno *standard* inferiori rispetto a quelli della Toscana, del Veneto e della Lombardia.

Credo che uno dei primi problemi in Italia sia la mancanza di controlli. In altri Paesi le leggi sono fatte in maniera tale da prevedere degli *step* di controllo sul modo in cui vengono utilizzate le risorse e una verifica dei risultati conseguiti e dei tempi impiegati per raggiungerli. Nel nostro Paese, invece, ogni volta si dice che, se una legge non ha funzionato, bisogna farne un'altra. Le leggi non possono funzionare se non sono poi previsti controlli sull'applicazione delle stesse e se non si riesce ad intervenire dove si manifestano eventuali errori. In primo luogo, occorrono leggi realizzate in modo diverso che consentano di controllare i risultati.

Inoltre, è necessario un sistema di informatizzazione che – come ha ricordato prima il signor Sottosegretario – non venga utilizzato solamente come uno strumento minore all'interno delle strutture, ma diventi una grande rete di connessione che consenta, nel caso della sanità, un confronto tra dati omogenei.

Credo che dovremmo porre tali questioni nel documento conclusivo della nostra indagine, perché non siamo un organismo di studio bensì una Commissione con un ruolo politico, che non può astrarre una ricerca dal contesto di conoscenza più generale in cui, data la nostra attività, siamo immersi ogni giorno.

Vorrei porre all'attenzione del Sottosegretario anche la questione della sicurezza, sia per quanto concerne il trasporto della madre e del bambino sia per quanto attiene alle sale chirurgiche. Uno dei temi più volte richiamato nelle audizioni svoltesi in questa sede è quello di dotare di strutture adeguate i reparti in cui si partorisce. Molte volte in alcune realtà che conosco ho constatato che si privilegia la qualità alberghiera alla sicurezza del parto. Mi domando se ci siano dei parametri in grado di valutare la sicurezza delle strutture, con particolare riferimento ai punti nascita più piccoli. In alcuni casi non si possono ridurre i punti nascita e lo stesso Sottosegretario ha fatto riferimento a questioni orografiche nel

nostro Paese che non lo permettono. Dove non è possibile chiudere i punti nascita più piccoli, bisogna garantire sicurezza, qualità della struttura e un sistema di informatizzazione che consenta anche la telemedicina.

Un'altra questione che vorrei sollevare, citata dal ministro Balduzzi, riguarda il ricorso e la promozione della partoanalgesia; ritengo essenziale, in particolare, che essa sia riconosciuta e inserita nell'elenco dei livelli essenziali di assistenza. Accanto a ciò, occorre una grande azione di formazione. In Commissione abbiamo avuto uno scontro, che considero opportuno menzionare perché mi ha veramente colpita, con un primario di un grande ospedale della Lombardia, il quale ci ha spiegato che chi ricorre al parto in analgesia si trova in una situazione patologica.

A tale riguardo, penso sia necessario un cambiamento in primo luogo culturale, poiché la concezione del dolore è mutata nel tempo, è stato introdotto il concetto di ospedale senza dolore e sono state approvate alcune leggi che riconoscono la necessità di ridurre il più possibile il dolore. La partoanalgesia non può più essere considerata come una soluzione da adottare in situazioni patologiche. Oggi le donne vivono una vita molto diversa da quella di alcuni decenni fa ed hanno il diritto di chiedere di soffrire meno.

Vi è pertanto una questione culturale di cui ci dobbiamo fare carico, perché questo Paese non può uscire dalla crisi soltanto con provvedimenti di carattere economico, ma ha bisogno di cambiare profondamente la propria modalità di pensiero e di una profonda innovazione, nel rispetto della persona, investendo soprattutto sullo sviluppo della risorsa umana.

PRESIDENTE. Vorrei aggiungere una mia considerazione. Ho trovato la relazione del Sottosegretario molto ampia e puntuale, considerata anche l'attenzione posta a tutti gli elementi emersi nel corso del nostro lungo percorso di audizioni. Sono rimasto personalmente sorpreso da iniziative e stanziamenti che ritengo molto significativi, per cui mi unisco alla richiesta della senatrice Bassoli di poter disporre della documentazione menzionata dal Sottosegretario affinché possa essere inclusa nel patrimonio di conoscenza della Commissione che si occuperà a fondo del tema oggi in discussione.

Come ha sottolineato il collega Gustavino, non siamo un gruppo di studio; quanto meno abbiamo un tempo per esprimere delle volontà precise. Da questo punto di vista vorrei ricordare due punti e accennare a un'istanza che ritengo realizzabile nel corso di questa legislatura.

Il Sottosegretario ha parlato di importanti iniziative sul versante della formazione. Credo che quello dell'ostetricia sia uno dei pochi campi fortemente legati all'esperienza acquisita. Non possono non essere coinvolti nella formazione tutti i punti nascita, perché se restiamo fermi a quello che è strettamente collegato alle strutture universitarie, non sarà mai una formazione sufficiente e adeguata all'esperienza. Ne conseguirà che le decisioni poi saranno sbagliate.

Su questo aspetto vorrei collegarmi alla tematica dei piccoli ospedali, nei confronti dei quali è stato fissato un limite minimo di parti l'anno. Si-

curamente il problema dei piccoli ospedali, collocati nelle zone disagiate, va riconosciuto, ma se vogliamo affrontare questa problematica, questi centri nascita, anche se in perdita economica, devono possedere tutte le dotazioni di sicurezza. Voglio ricordare che il parto può definirsi sicuro solo quando avviene in termini di sicurezza e solo dopo che il bambino è nato. Nella previsione questo non è mai possibile fino all'ultimo minuto.

Non possiamo regredire ad un metodo in cui vi sia dell'artificio e in cui i famosi parrochiani che citava il collega Gustavino non diano l'esempio (come avveniva nel caso delle comunità montane che si trovavano a 200 metri dal mare). Bisogna essere puntuali. Perché non lavoriamo ad un progetto di interesse nazionale, come abbiamo fatto su altre tematiche? Ieri abbiamo sentito parlare di centri di terapia oncologica nazionale. Il riconoscimento delle necessità dei punti nascita collocati nelle zone disagiate deve essere inserito in un progetto di interesse nazionale.

Dopo aver espresso queste due volontà, vorrei sottolineare un aspetto importante: tornando ai piccolissimi ospedali, vi sono dei casi in ginecologia che si presentano una volta ogni mille parti. Se il centro nascita fa cento parti l'anno, vuol dire che un determinato caso lo si incontra una volta ogni dieci anni e se non si possiede l'adeguata formazione non lo si riconoscerà e il ginecologo sarà lì da solo ad operare.

Come ultima considerazione, sono convinto che abbiamo il tempo, nell'ultimo scorcio di legislatura, per approvare due importanti interventi legislativi. Il primo, in avanzato stato di approvazione, è la legge di riforma del governo clinico, attualmente all'esame della Camera dei deputati, che stiamo seguendo molto da vicino anche qui al Senato perché è un progetto fondamentale. Il secondo provvedimento riguarda la disciplina della responsabilità professionale dei medici, cioè del cosiddetto rischio clinico: questa Commissione ha affermato come necessità assoluta quella di rivolgersi al rischio clinico. Questa in ostetricia è una battaglia cruciale. Per tale ragione le rinnovo con determinazione la richiesta, che è stata già posta al ministro Balduzzi, a nome di tutta la Commissione, a portare avanti questo disegno di legge che è inspiegabilmente fermo in Commissione bilancio e che è sostenuto all'unanimità da tutti i partiti rappresentati in Senato.

Non vogliamo appuntarci una medaglietta che siamo stati noi senatori ad affrontare questo tema. Potranno essere altri i veicoli legislativi in cui inserire questi principi, ma se non si risolve il problema del rischio clinico – lo abbiamo sentire affermare con forza durante le nostre audizioni – non si risolverà il problema del nascere sicuri. Questo è un problema di natura assicurativa, dal momento che ormai vi sono centri nascita che non sono assicurati (e le cosiddette coperture autonome delle Regioni, che proveremo ad audire, secondo me non possono risolvere il problema). Vi è la necessità di istituire un fondo sociale, perché purtroppo i danni neurologici da parto sono una relazione incompressibile nell'ambito delle percentuali delle nascite e non è ammissibile che ogni giudice trovi un nesso causale per imporre sui danni neurologici un risarcimento sociale. Deve essere creato un fondo sociale per la copertura dei danni neurologici da parto,

perché altrimenti non si risolve il problema. Deve essere riconosciuto il diritto di una professione usurante. Mettetevi nei panni di chi, ostetriche e medici, fa 25 anni di sala parto per capire con che serenità possano affrontare queste situazioni.

Infine, bisogna dire con chiarezza ai magistrati che bisogna limitare nella maniera dovuta l'accesso a queste richieste di risarcimento, che bisogna riconoscere la lite temeraria, laddove questa sia evidente, e porre un tetto al risarcimento. Siamo i primi a riconoscere le esigenze importantissime di risarcimento che derivano dagli episodi di malasanità, particolarmente quelli legati al parto, ma non possiamo trasformarli nel biglietto di una lotteria in cui c'è una vincita inaudita ed irrisarcibile, altrimenti il problema della sicurezza sarà sempre meramente un'ipocrisia.

Abbiamo il tempo di fare tutto questo. La prima richiesta, avanzata all'unanimità da tutti i partiti di questo Senato, impegna il Governo a fornire su questo tema una risposta concreta e non fatta di parole. (*Applausi*).

CARDINALE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, concordo a pieno con le valutazioni dei senatori che sono intervenuti e con le loro proposte.

Nella giornata di ieri ho avuto la fortuna di partecipare a tre convegni su problematiche sanitarie, in occasione dei quali ho ribadito – rispondo prima al Presidente per dovere di ufficio e di grado – la necessità che la formazione non sia chiusa nelle torri d'avorio dell'università. Se mi è permesso fare un po' di *outing*, quando era direttore dell'Istituto di radiologia a Palermo, sono stato il primo ad aprire a tutte le convenzioni con gli ospedali, ma fui criticato da molti «baroni» – se posso usare questo termine – della sanità. Tutte le strutture ospedaliere della Sicilia occidentale hanno avuto accesso a convenzioni con l'Istituto di radiologia e hanno praticato la formazione, cosa che reputo ancora più necessaria oggi. Pertanto sul tema della formazione sono pienamente d'accordo e vedremo quali potranno essere gli strumenti da adottare.

Concordo anche sulla necessità che, a monte di tutto, si pervenga alla forte diminuzione del rischio clinico (purtroppo non è possibile giungere alla sua completa abolizione in una disciplina come la medicina): questo è un dovere scientifico, medico ed umanitario. Mi fa piacere che la vostra Commissione stia elaborando questa iniziativa e auspico che presto si riesca ad approvare il disegno di legge in questione.

Senatrice Bassoli, in occasione dei convegni cui ho partecipato ieri, che vertevano quasi tutti sul tema dell'innovazione in sanità, ho affermato che l'innovazione principale, sia culturale che mentale, prima ancora che tecnologica, è certamente l'inserimento del parto in analgesia tra i livelli essenziali di assistenza. Siamo in fase di rivisitazione dei LEA: com'è noto, ogni cinque anni le nozioni mediche risultano obsolete per il 50 per cento e, quindi, a maggior ragione, è necessario rivedere anche i LEA, alcuni dei quali ormai sono superati, mentre altri – come il parto in analgesia – devono essere introdotti.

Per quanto riguarda il problema della sicurezza e del destino dei piccoli ospedali, credo che non si possa fare una valutazione meramente numerica. In Italia stiamo facendo molti passi avanti (sapete che è stata approvata due giorni fa alla Camera dei deputati la legge sul trapianto da viventi) che ci portano all'avanguardia rispetto alle più gravi problematiche sociali, civili e mediche d'Europa. Su questo problema – ripeto – non si può fare soltanto una valutazione numerica, ma ove questa venisse fatta e dovesse portare alla necessità di chiudere la struttura, ho sempre detto – ma credo che questo sia l'orientamento generale – che bisogna riconvertire questi piccoli ospedali. Infatti, al di là del fatto che il piccolo ospedale in un Paese svolge una funzione sociale, come la caserma dei carabinieri, o come la farmacia e la parrocchia, non si può improvvisamente lasciare una comunità senza un minimo di assistenza. Il piccolo ospedale deve essere trasformato e questo implica anche la possibilità concreta di cominciare a fare medicina sul territorio, perché noi sbandieriamo il fatto che bisogna fare una «deplezione» sui grandi ospedali, ma ci vuole una medicina del territorio.

Siamo tutti al corrente dei problemi seri e drammatici che riguardano il pronto soccorso delle grandi città. Avendo l'abitudine di conservare gli articoli passati, sono andato a rileggere cronache di tre o quattro anni fa: il problema è ciclico e si ripropone. Non ci sono novità, né in meglio, né in peggio. È sempre la stessa situazione: sapete che ogni anno ci sono 25 milioni di accessi al pronto soccorso e di questi solo il 2,5 per cento rappresenta un codice rosso, cioè quelli che hanno veramente necessità di accesso. Tutto questo però è comprensibile perché un anziano, se la sera del sabato ha una colica e non trova il medico, va in ospedale. In tal senso, la trasformazione e la riconversione dei piccoli ospedali ha una funzione importante e le possibilità sono tante. Io ho proposto di darli in gestione gratuita ad associazioni di medici e di specialisti o a cooperative di giovani medici con tre finalità: la prima è di creare una struttura territoriale, la seconda di dare lavoro a questi giovani, la terza di non far andare perso il patrimonio edilizio. Come sapete, infatti, se si tiene chiusa una casa per 15 anni, questa è perduta. Pertanto, se dessimo la struttura in gestione gratuita con l'obbligo della manutenzione, salveremmo in tutto o in parte la struttura stessa. Dunque, sono perfettamente d'accordo con tale iniziativa.

In primo luogo, bisogna valutare l'inserimento nei LEA del parto in analgesia che, secondo me, è ormai una pratica comune che non si può disconoscere. In secondo luogo, bisogna studiare attentamente l'eventuale modifica e quindi la rielaborazione dei piccoli ospedali. A tal proposito, concordo con il Presidente relativamente a quei medici che per 20 anni non hanno praticato. Il medico è come un pianista. Il grande chirurgo non è tale perché ha un dono innato, ma perché ha fatto 20.000 interventi. Se il pianista non si esercita tre ore al giorno, non sarà mai un grande pianista. Se per necessità questa manualità si è persa, bisogna provvedere diversamente.

Concordo con il professor Gustavino sul fatto che in Italia viviamo in una specie di *nirvana* perché ci culliamo nel fatto che l'Organizzazione mondiale della sanità, circa 10 anni fa, ci giudicò il secondo sistema sanitario d'Europa (e, dunque, del mondo), sulla base di tre parametri: l'universalità, la solidarietà e la gratuità. Il parametro della gratuità sta progressivamente venendo meno, ma ritengo che partecipare alle spese sanitarie proporzionalmente al reddito sia un segno di equità sociale. Non possiamo essere però come i vecchi nobili che si cullano su casati ormai finiti perché non siamo più nella situazione di 10 anni fa. Nel 2010 in Svizzera un'importante società scientifica e di analisi – che utilizza altri parametri per la valutazione del sistema sanitario (sanità elettronica, incontro con il paziente, liste di attesa, qualità dei servizi) – ha pubblicato una statistica in base alla quale, su 33 nazioni, l'Italia si colloca al quindicesimo posto. Non vi è dunque un livello di eccellenza tale da farci dire che c'è poco da cambiare perché siamo molto bravi.

La seconda è una questione importante perché, in tutti i settori della vita sociale, si è sempre trascurata la valutazione, che deve sempre essere seria e periodica. Sono un professore universitario e ripeto sempre che vengono valutate periodicamente le attività e la qualità delle pubblicazioni scientifiche anche di professori per decenni considerati baroni o faraoni. A maggior ragione serve una valutazione seria che – ripeto – deve essere periodica per verificare se sono stati raggiunti gli obiettivi e, nel caso, intervenire anche drasticamente.

Io ritengo vi sia una speranza di poter perlomeno iniziare questo nuovo percorso.

PRESIDENTE. Ringraziamo il sottosegretario Cardinale per tutti i dati che ci ha fornito e per questa importante replica.

Si conclude qui il cammino e la parte, molto importante, delle audizioni riguardanti il «Nascere sicuri». Naturalmente, invito le relatrici e i consulenti a definire al più presto un programma dei sopralluoghi da effettuare, prima della elaborazione del documento conclusivo, tenendo anche conto di quanto ci ha reso noto oggi il Sottosegretario.

Ringrazio ancora il signor sottosegretario Cardinale e i senatori per la loro partecipazione e dichiaro chiusa l'audizione.

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

I lavori terminano alle ore 9,30.

