



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 6

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

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

**INDAGINE CONOSCITIVA SUL TRASPORTO DEGLI INFERMI  
E SULLE RETI DI EMERGENZA ED URGENZA**

**34<sup>a</sup> seduta (pomeridiana): mercoledì 5 novembre 2008**

**Presidenza del presidente TOMASSINI**

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

* PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 7, 11	* FABRIS . . . . .	Pag. 3, 7, 10
BIANCHI (PD) . . . . .	8	PERLETTI . . . . .	5, 10
CALABRÒ (PdL) . . . . .	8	* TAGLIABUE . . . . .	4, 9
* SACCOMANNO (PdL) . . . . .	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: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP e Autonomie: UDC-SVP-Aut; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per l'Autonomia: Misto-MPA.

*Intervengono il professor Claudio Fabris, presidente della Società italiana di neonatologia, il professor Paolo Tagliabue, rappresentante della stessa Società, nonché direttore del dipartimento materno-infantile e dell'unità operativa di terapia intensiva neonatale dell'azienda ospedaliera San Gerardo di Monza, e il professor Lodovico Perletti, rappresentante della Società italiana di pediatria (SIP).*

I lavori hanno inizio alle ore 15,15.

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Audizione di esperti di servizi sanitari di urgenza ed emergenza**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza e urgenza, sospesa nella seduta del 29 ottobre scorso.

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

Oggi è prevista l'audizione di esperti. Sono presenti il professor Claudio Fabris, presidente della Società italiana di neonatologia, il professor Paolo Tagliabue, rappresentante della stessa Società, nonché direttore del dipartimento materno-infantile e dell'unità operativa di terapia intensiva neonatale dell'azienda ospedaliera San Gerardo di Monza, e il professor Lodovico Perletti, rappresentante della Società italiana di pediatria.

Saluto e ringrazio i nostri ospiti per la partecipazione. Cedo subito loro la parola, invitandoli a contenere la durata degli interventi, avendo comunque la possibilità di consegnare alla Commissione una documentazione scritta, qualora lo ritengano opportuno.

*FABRIS.* Ringrazio il Presidente e la Commissione per aver voluto ascoltare la nostra opinione.

La Società italiana di neonatologia, in accordo con quella di ginecologia e ostetricia, ha sempre sostenuto e sostiene che il miglior trasporto per il neonato sia quello in utero, in quanto capace di garantire al nascituro le condizioni ostetriche e neonatologiche migliori, evitando quindi un trasporto, che rappresenta sempre un evento rischioso. Ovviamente vi sono situazioni di emergenza non prevedibili che trovano la loro collocazione in un trasporto d'urgenza del neonato.

Come sempre in Italia alcune Regioni sono virtuose e altre meno, ma il risultato cui si deve tendere è garantire che almeno un 95-96 per cento di parti a rischio avvenga in strutture di terzo livello e che la piccola quota che sfugge a tale percentuale abbia il sostegno del trasporto neonatale.

Ci riserviamo di presentare successivamente alla Commissione un documento che illustri le considerazioni svolte.

La nostra società, che da tempo si occupa di questo aspetto, ha costituito un gruppo di studio *ad hoc*, di cui fa parte l'amico e collega Paolo Tagliabue, che illustrerà ora una fotografia dell'esistente.

*TAGLIABUE.* Signor Presidente, riporterò brevemente i dati di una ricerca della Società italiana di neonatologia e di un'indagine ministeriale da noi richiesta nel 2006. Il trasporto primario in emergenza del neonato è parte integrante del sistema di organizzazione delle cure perinatali. Questa organizzazione si basa sulla previsione del rischio di ogni gravidanza, in modo che questa possa essere espletata nell'ambiente più idoneo, sia per la parte ostetrica che neonatale. Purtroppo questa organizzazione non è perfetta e circa l'1-2 per cento delle gravidanze avviene in luoghi non idonei. Per tale ragione è estremamente importante che esista un servizio di trasporto d'emergenza neonatale (STEN) che possa limitare i danni. Trasporto primario in emergenza vuol dire che l'*équipe* del centro di rianimazione neonatale parte dal proprio ospedale e si reca nell'ospedale periferico: se arriva prima dell'espletamento del parto, assiste il neonato fin dal primo minuto, altrimenti inizia ad assisterlo nel momento in cui arriva.

Detto questo e sottolineato il ruolo essenziale di un adeguato trasporto neonatale, abbiamo fotografato la situazione dell'Italia e siamo andati a vedere quali Regioni avessero ottemperato a tale necessità. Questa indagine è stata realizzata nel 2002 dal professor Rinaldi, direttore dell'unità operativa di Foggia, che mi ha preceduto come presidente del gruppo di studio sul trasporto. All'epoca, nel 2002, dieci Regioni avevano attivato un sistema di trasporto neonatale, due Regioni (Piemonte e Sicilia) avevano parzialmente coperto il territorio regionale e otto Regioni (Emilia Romagna, Marche, Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria e Sardegna) non avevano alcun sistema di trasporto primario in emergenza. Nel 2008, ancora oggi, la fotografia è rimasta praticamente inalterata, tranne che per la Regione Marche che da due anni ha avviato un sistema di trasporto in emergenza. Oggi le Regioni in cui il trasporto è assente sono passate da otto a sette e le due Regioni che facevano trasporto parziale continuano a coprire parzialmente il loro territorio. Questa fotografia è stata confermata anche dall'indagine svolta dal Ministero della salute, che ha inviato ad ogni singola Regione la richiesta di descrivere la situazione esistente. Le risposte sono praticamente sovrapponibili e le due indagini hanno confermato lo stesso dato.

A quanto detto, aggiungerei qualcosa in più per quanto riguarda la Lombardia, in cui sono state svolte indagini conoscitive più approfondite che hanno dimostrato come un servizio di trasporto ben utilizzato non in-

duce a partorire nel posto sbagliato ma, al contrario, favorisce un notevole controllo delle nascite. In Lombardia si è stabilito per due quinquenni differenti (una prima indagine nel 2001 ed una seconda nel 2005) che il tasso di trasporto primario in emergenza resta inalterato attorno all'1,2 per cento; il che vuol dire che funziona bene il trasporto in utero e, quando necessario, altrettanto bene funziona il trasporto neonatale in emergenza.

Ritengo il sistema lombardo, che conosco molto bene, uno dei migliori applicabili perché fatto con modalità che consentono di ottemperare agli obblighi senza dover gravare in modo pesante sulle spese sanitarie della Regione.

Consegno comunque alla Commissione un documento che illustra quanto esposto nel mio intervento.

*PERLETTI.* Signor Presidente, vorrei accennare brevemente alla normativa di legge vigente nel nostro Paese.

Il trasporto neonatale in emergenza nasce di fatto nel 1990, quando, attraverso un finanziamento del CIPE (Comitato interministeriale per la programmazione economica), vennero assegnati fondi ad alcune Regioni italiane del Nord, del Centro e del Sud, in particolare Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia.

Nel 1993 poi, quando con il senatore Tomassini, illustre e bravo ostetrico e ginecologo lombardo, lavorammo al progetto obiettivo per un programma di tutela materno-infantile della Regione Lombardia, dedicammo un intero capitolo all'organizzazione e alla pianificazione del trasporto neonatale in emergenza. Successivamente, non solo il progetto obiettivo per un programma di tutela materno-infantile a livello nazionale contemplò il trasporto neonatale, indicando nel dettaglio gli interventi, ma anche lo stesso Piano sanitario nazionale per il triennio 2003-2005, preso atto delle differenze ancora elevate di mortalità neonatale esistenti tra il Nord e il Sud del Paese, indicò la necessità di attivare in ogni Regione italiana il trasporto in emergenza della madre e del neonato. La stessa cosa è stata nuovamente ribadita dal Piano sanitario nazionale 2006-2008, cui fa riferimento anche il professor Tagliabue.

Tuttavia, nonostante questa normativa a livello nazionale, siamo ancora lontani dell'aver risolto nel nostro Paese il problema del trasporto neonatale in emergenza: come è stato detto – ma credo si tratti tutto sommato di una provocazione – forse ci arriveremo nel 2050.

Oggi siamo qui per cercare di accelerare i tempi di intervento, soprattutto in quei territori nei quali il trasporto neonatale non è assicurato; mi riferisco, in particolare, ad alcune Regioni del Sud in cui la situazione è drammatica. Per conto del Ministero della salute, ad esempio, ho svolto alcune ispezioni in Sicilia e in Calabria, dove veramente i neonati – e non solo quelli a rischio, ma anche quelli di peso normale e senza patologie malformative – muoiono durante il trasporto, perché il trasporto neonatale non esiste. In quelle Regioni si ricorre di solito a un'autoambulanza – che qualche volta peraltro non arriva neppure – e a personale che, se è certamente capace di assistere durante il trasporto persone adulte (in realtà

si tratta per la maggior parte di soggetti traumatizzati o di anziani), non è tuttavia in grado di assistere un neonato. Vorrei ricordare che con un'autoambulanza specificamente attrezzata per il trasporto neonatale, con personale qualificato, ci si può anche fermare durante il viaggio, con la possibilità per il neonatologo e l'infermiere specializzato di procedere anche a manovre invasive, di intubare, di incanalare e, più in generale, di prestare l'assistenza intensiva eventualmente necessaria.

Il problema fortunatamente è limitato soltanto ad alcune Regioni: come è stato giustamente rilevato, 12 Regioni sono dotate di trasporto attivo e si sono organizzate bene (tra queste, in modo particolare la Lombardia); quattro hanno solo una copertura parziale e cinque non hanno assolutamente attivato alcun tipo di trasporto.

Credo, comunque, che il punto di partenza per risolvere il problema del trasporto neonatale sia rappresentato proprio dalla normativa di legge e, forse, anche dall'indagine conoscitiva condotta dal Dipartimento programmazione del Ministero della salute, in collaborazione con la Società italiana di pediatria e la Società italiana neonatologia: del resto penso che una nuova indagine non farebbe altro che ritardare la soluzione del problema ed i risultati sarebbero più o meno gli stessi.

Quanto alle cose da fare, passerei volentieri la parola ai senatori presenti. Ritengo tuttavia che, attraverso una collaborazione virtuosa tra il Dipartimento programmazione del Ministero della salute e le società scientifiche, si potrebbero esercitare le necessarie pressioni sulle Regioni. Sicuramente si dovrà studiare qualche soluzione: si potrebbe forse immaginare per il futuro un sistema premiale, in base al quale punire, ad esempio con una multa, chi si comporta male. In ogni caso credo sia necessario esercitare pressioni forti su certe Regioni, anche perché, a volte, le resistenze non reggono.

Quando, per esempio, ci siamo recati all'ospedale di Vibo Valentia (su cui sappiamo tutto) e poi a Cosenza per cercare di ricostruire la storia della ragazza deceduta per un intervento mal condotto – anche se non siamo qui per parlare di questo –, il direttore generale dell'azienda ci ha voluto mostrare, evidentemente orgoglioso, il bel reparto di terapia intensiva dell'ospedale di Cosenza. Quando poi davanti alla porta del reparto ho letto un lungo elenco di ben 14 dirigenti, ho chiesto al direttore generale se qualcuno tra quelli fosse andato nel Terzo mondo o magari in pensione; mi è stato risposto che erano tutti di ruolo. Ma, signori, con 14 dirigenti, più il primario, si può organizzare il servizio di trasporto neonatale per mezza Calabria!

Dobbiamo quindi tenere conto che a volte, forse, le resistenze non derivano soltanto da difficoltà di carattere economico, ma dipendono anche da altre ragioni, e non voglio dire altro.

Anch'io, signor Presidente, vorrei depositare una documentazione contenente le considerazioni che ho appena svolto.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per il loro contributo, riconoscendo in particolare al professor Perletti l'indomito e battagliero spirito che da tanto tempo lo anima.

FABRIS. Signor Presidente, se mi è consentito, vorrei intervenire incidentalmente solo per ricordare che il problema che stiamo esaminando si collega anche a quello delle risorse, che lei conosce benissimo, e sul quale, in qualità di presidente della Società italiana di neonatologia, ho scritto un articolo comparso su «Il Sole 24ore Sanità» del 27 ottobre scorso.

Le risorse vanno concentrate sui centri di secondo e terzo livello: i centri di primo livello, con meno di 500 nascite all'anno, dovrebbero progressivamente scomparire. Il senatore Ghigo, ad esempio, essendo stato presidente della Regione Piemonte, sa benissimo che in quel territorio si è passati da 23 a soli 8 centri con meno di 500 nascite all'anno, alcuni dei quali non potranno comunque essere mai chiusi perché situati in zone montane. Come è stato sottolineato, dunque, concentrando le risorse nei centri di secondo e terzo livello, il problema del trasporto neonatale in emergenza viene automaticamente risolto con una spesa irrisoria, senza che sia necessario costruire una struttura assolutamente dispendiosa ed inutile. Del resto, come è stato già rilevato, in un sistema ben fatto si dovrebbe ricorrere al trasporto neonatale il meno possibile, senza esporre quindi ad ulteriori rischi i bambini in quei casi in cui il rischio è davvero molto elevato.

PRESIDENTE. Prima di passare la parola ai colleghi che intendono intervenire, vorrei ricordare che già nel 1995, con la legge nazionale in materia di assistenza materno-infantile, la Commissione – ai cui lavori ho avuto l'onore di partecipare, anche se non ero ancora senatore – identificò nel numero di 500 parti all'anno la quota minima per tenere aperto un reparto maternità, alla luce di numerose valutazioni. Non escludo che ciò abbia poi fatto lievitare in varie zone il numero dei parti cesarei, per cui si tratta, a mio avviso, di una questione irrinunciabile, anche se non rientra nell'argomento specifico di cui oggi ci stiamo occupando.

Al tema della nostra indagine si ricollega, invece, il problema del trasporto del neonato in culla o nell'addome materno, per cui sono state previste le audizioni odierne. Si tratta di un tema secondo me molto delicato, che crea gravi problemi in tutte le Regioni, al quale tuttavia non è dedicato un segmento specifico nell'ambito della nostra indagine conoscitiva. Pertanto, se è stato sicuramente utile acquisire, per conoscenza comune, i dati che i nostri ospiti ci hanno fornito, proporrò comunque alla Commissione, una volta conclusa l'indagine conoscitiva, di avviarne una specifica su questa particolare problematica del settore materno-infantile, prendendo spunto dai documenti risultanti alle società scientifiche di cui oggi abbiamo ascoltato i rappresentanti.

CALABRÒ (*PdL*). Signor Presidente, innanzitutto vorrei ringraziare gli intervenuti per la chiarezza con la quale hanno illustrato il problema. Vorrei approfondire meglio, se possibile, la frase del professor Tagliabue, il quale ha affermato che con costi modesti, o anche senza costi, è possibile realizzare il servizio.

So come tale servizio sia stato realizzato nella Regione Campania e devo dire che i costi, se non sono stati eccessivi, tuttavia vi sono stati e vi sono tutt'ora.

BIANCHI (*PD*). Signor Presidente, voglio ringraziare anche io gli intervenuti e porre una domanda, soprattutto riguardo alle ultime affermazioni relative alla rinuncia a un servizio di trasporto dedicato che, secondo me, aiuterebbe indubbiamente anche quelle Regioni dove i centri di terzo livello non sono riusciti a decollare a causa di una frammentazione e dove, naturalmente, vi sono situazioni di maggiore pericolo per le donne partorienti.

Anzitutto vorrei porre una domanda riguardante l'addestramento del personale. In secondo luogo, sono convinta che in queste Regioni vi siano delle resistenze politiche; credo, però, che anche la classe medica in questo senso abbia determinato un percorso. Vorrei pertanto chiedere anche a voi come si procede nelle Regioni virtuose alla collaborazione e all'organizzazione insieme ai direttori generali e alle varie Regioni; desideravo anche sapere come è nato il servizio.

Provengo dalla Regione Calabria dove, naturalmente, il servizio di trasporto non esiste e sono pertanto interessata a questo aspetto.

SACCOMANNO (*PdL*). Signor Presidente, ringrazio gli auditi per le informazioni che abbiamo ricevuto e parlo anche alla luce di un'esperienza abbastanza recente della Commissione, che ha compiuto una visita a Firenze nell'ambito di questa indagine conoscitiva, volendo recarsi sul territorio per acquisire notizie ed effettuare controlli in una Regione, anche in questo caso, estremamente organizzata.

Su questo fronte, però, non siamo ancora al livello massimo di risposta che il servizio pubblico può fornire. Su questo punto poi svolgerei anche un ragionamento più ampio per capire se, in generale, la questione possa essere addirittura più semplice, ma non come ha detto il professor Tagliabue, bensì nel senso di individuare, da parte dello Stato, meccanismi più semplici dal punto di vista legislativo, onde incoraggiare un'organizzazione adeguata del trasporto neonatale.

Secondo voi, le terapie intensive neonatali sono distribuite con ocularità in tutta la nazione e con una copertura adeguata del territorio? Infatti, a fronte di ciò e per quello su cui noi stiamo indagando, potrebbe crearsi un collegamento anche logico sulla normativa di emergenza. Si potrebbe fare in modo che il servizio di trasporto diventi una componente organizzata, stabile e di riferimento in coordinamento con il servizio del 118, con centri provinciali ben definiti, con una graduazione organizzata



a seconda dell'esperienza (parliamo, lo ribadisco, di terapia intensiva) e in modo da favorire la creazione della rete necessaria.

Se infatti esiste una rete organizzata, con un servizio del 118 che deve contemplare una risposta uguale tanto per il neonato che per l'anziano che ha un problema cerebrovascolare, potremo probabilmente affrontare in modo più coordinato anche la normativa riguardante la risposta del trasporto neonatale.

*TAGLIABUE.* Signor Presidente, vorrei rispondere anzitutto al senatore Calabrò perché quello da lui sottolineato è un punto cruciale. La Regione Campania ha organizzato un servizio di trasporto cosiddetto dedicato, assumendo un'*équipe* che effettua solo trasporto. In Lombardia abbiamo invece utilizzato un modello diverso, quello dell'organizzazione a richiesta, e spiego ora in cosa consiste.

La Regione Lombardia ha identificato 11 unità di terapia intensiva cui ha assegnato il compito di organizzare il trasporto per un bacino di utenza già ben definito, che riguarda circa 10.000 nascite/anno. Il servizio di trasporto di Monza, da me rappresentato, copre cinque ospedali limitrofi definiti proprio per problemi logistici afferenti a Monza.

Per attuare questa organizzazione, la Regione ha previsto lo stanziamento di una somma *una tantum* di 300 milioni di lire (eravamo nel 1992) per acquisire il materiale (culla da trasporto), oltre all'assunzione di un'infermiera dedicata esclusivamente a quel servizio. Inoltre, la Regione Lombardia paga 150 milioni di lire (75.000 euro oggi) per ogni centro STEN (servizio per il trasporto d'emergenza neonatale).

Voi sapete che, in realtà, il pagamento di questi 75.000 euro è più virtuale che reale perché, quando si paga a funzione, il pagamento della Regione consiste generalmente in uno scalo al debito che l'ospedale accumula alla fine dell'anno. Quindi, se l'ospedale di Monza ha accumulato 100.000 euro di debito perché tra incassi e uscite di bilancio è in passivo, 75.000 euro verranno scalati perché viene attuato il trasporto neonatale. Per questo motivo, io dico che alla fine tale trasporto non è così costoso: di fatto, esso non comporta alcun costo se non per la sua attivazione.

Spero di essere stato chiaro; in caso contrario, posso ripercorrere qualche passaggio della mia esposizione.

Rispondo ora alla senatrice Bianchi e lascio al professor Fabris la risposta al quesito posto dal senatore Saccomanno.

Per quanto riguarda il *teaching*, cioè l'addestramento del personale, le posso dire che, di fatto, non ve n'è bisogno. Se è veramente il personale del centro di terzo di livello ad effettuare il trasporto, esso è già formato perché, di fatto, non fa altro che esportare le pratiche che normalmente attua all'interno della propria unità operativa. Quindi, parliamo di qualcuno che si attrezza per operare nella propria sede periferica con materiale esclusivamente di trasporto e che viaggia con un centro mobile di rianimazione ben compatibile con le culle e i respiratori in dotazione.

Per quanto riguarda l'avvio del servizio di trasporto, le posso descrivere la nostra esperienza. Essa ha visto una sinergia della volontà dei neo-

natologi: loro stessi hanno avvertito questa necessità perché, quando arrivavano i neonati non trasportati dal centro di terzo livello ma lasciati al centro periferico, ci trovavamo spesso di fronte a situazioni davvero catastrofiche: bambini che arrivavano con una temperatura di 33 gradi perché si raffreddavano durante il trasporto, e che talora giungevano in condizioni disastrose, cianotici, male ventilati. Da questo abbiamo capito che eravamo noi a dover andare a prendere i bambini. È impossibile demandare un compito così importante; in questi primi dieci minuti è in gioco la vita del bambino poiché, una volta arrivato al centro TIN, anche se lo si potrà assistere bene, ormai il danno è fatto. Siamo riusciti a trovare questa sinergia e, grazie alla Regione, che ha dimostrato di credere nel progetto, è stato possibile partire in breve tempo.

*FABRIS.* Signor Presidente, il senatore Calabrò, che è anche un collega e con il quale ci siamo già confrontati in altre occasioni, ha messo il dito nella piaga. Al giorno d'oggi, nel mondo, il sistema di trasporto dedicato non deve più esistere. Se il trasporto è dedicato, ciò vuol dire che si consente a una donna di partorire dove non deve partorire, perché tanto, in caso di emergenza, si effettua il trasporto. Se, invece, come ha detto il professor Paolo Tagliabue, il trasporto è affidato ai centri di terzo livello, le donne andranno a partorire in tali centri e l'evento non prevedibile sarà tamponato con spese minime, calandoci nel caso concreto, con un piccolo incremento di personale medico infermieristico che garantisca la reperibilità e, nel caso sia contemplato il servizio di trasporto, lo effettui.

Il senatore Saccomanno ha posto una domanda assai pertinente. I centri di terapia intensiva neonatale, quindi i centri di terzo livello, hanno *standard* universalmente riconosciuti che prevedono un bacino di utenza di almeno 4.500 parti, con un letto di terapia intensiva ogni 700 parti. La distribuzione in Italia non è uniforme e – sembrerà strano, ma sono dati pubblicati nel 2007 dalla nostra Società – dove ne esistono di più, si registra la più alta mortalità. Questo significa che alcuni non sono centri di terapia intensiva validi. Ce ne sono troppi e mal distribuiti, che assistono un numero troppo basso di neonati l'anno. Questo è il nocciolo della questione. È necessario che i centri di terapia intensiva di terzo livello assistano annualmente circa 60-80 neonati sotto i 1.500 grammi di peso. È un dato di fatto oggettivo e scientifico.

Tornando al discorso precedente, è chiaro che deve esserci una concentrazione dei parti a rischio nei centri di terzo livello, mentre, per i casi restanti, attraverso il servizio del 118 e con una spesa minima di potenziamento dei centri medesimi, occorre assicurare il trasporto in emergenza. Questo non perché un medico è bravo e l'altro lo è meno ma, se si vedono tanti casi all'anno, si ha più esperienza; se se ne vedono pochi, sia il personale medico che quello infermieristico, restano privi di un'idonea esperienza professionale, che in questi casi è di estrema importanza.

*PERLETTI.* Signor Presidente, trattandosi di un'occasione importante, tengo ad essere molto preciso. La Società italiana di medicina perinatale

qualche anno fa ha stabilito che il bacino minimo di utenza di un centro di terapia intensiva neonatale deve essere di circa 6.000 nati. Questo per quanto riguarda l'Italia, perché se guardiamo la letteratura europea e internazionale, soprattutto gli Stati Uniti, il bacino di utenza è molto più ampio e va da 7.000 a 12.000 nati. Questo è vero in relazione a quanto detto poc'anzi dal professor Fabris, dal momento che la validità del centro è in funzione del numero e della casistica. Se questa è troppo bassa, è impossibile che il personale medico e infermieristico possa acquisire un'adeguata preparazione professionale. In Italia abbiamo 125 centri di terapia intensiva neonatale. Di questi, il 25 per cento assiste meno di 16 bambini di peso molto basso all'anno. Questi centri non possono essere qualificati per occuparsi di patologia neonatale. Bisogna modificare i criteri di accreditamento e stabilire nuovi *standard* di riferimento.

Quest'anno, durante il congresso italiano di pediatria a Genova, ho avuto l'opportunità di tenere una relazione sulla mortalità infantile in Italia. Di questi problemi ovviamente si è parlato molto a lungo. Ho portato con me una copia della relazione, che depositerò agli atti della Commissione.

PRESIDENTE. Ricordo che i documenti consegnati alla Commissione saranno disponibili alla pubblica consultazione.

Ringrazio gli auditi nonché i colleghi intervenuti nel dibattito e dichiaro conclusa l'audizione odierna.

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

*I lavori terminano alle ore 16.*

