



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 4

*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 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».

245<sup>a</sup> seduta: martedì 29 marzo 2011

Presidenza del presidente TOMASSINI

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

|                            |                               |                   |                |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------|----------------|
| * PRESIDENTE . . . . .     | Pag. 3, 6, 12 e <i>passim</i> | ALIO . . . . .    | Pag. 3, 14, 18 |
| BASSOLI (PD) . . . . .     | 8, 12                         | SCAMBIA . . . . . | 6, 17, 18      |
| BIONDELLI (PD) . . . . .   | 10                            |                   |                |
| CHIAROMONTE (PD) . . . . . | 12                            |                   |                |
| GRAMAZIO (PdL) . . . . .   | 11, 12, 18                    |                   |                |

---

*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: CN; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei): UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-VN-MRE; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-Futuro e Libertà per l'Italia: Misto-FLI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem.*

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Luigi Alio, direttore del dipartimento materno infantile dell'ospedale Civico di Palermo ed il professor Giovanni Scambia, direttore del dipartimento per la tutela della salute della donna e della vita nascente, dirigente medico responsabile di struttura complessa patologia ostetrica e ginecologica (UOC) del policlinico universitario «Agostino Gemelli» di Roma.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,40.*

#### 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 di giovedì 3 marzo 2011.

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.

Sono presenti il professor Luigi Alio, direttore del dipartimento materno infantile dell'Ospedale Civico di Palermo ed il professor Giovanni Scambia, direttore del dipartimento per la tutela della salute della donna e della vita nascente, dirigente medico responsabile di struttura complessa patologia ostetrica e ginecologica (UOC) del Policlinico universitario «Agostino Gemelli» di Roma.

Cedo la parola ai nostri ospiti.

*ALIO.* Signor Presidente, è importante sfatare i luoghi comuni sulla percentuale dei tagli cesarei: questi numeri così eclatanti andrebbero sfoltiti dei cesarei iterativi. In realtà, in tutti i punti di nascita di terzo e secondo livello la percentuale dei primi cesarei non supera il 20 per cento; il resto sono cesarei iterativi, quindi retaggio di un passato in cui probabilmente si è esagerato nel ricorso a tale modalità.

La mortalità perinatale in Italia si aggira intorno al 3,7 per mille e la Sicilia purtroppo raggiunge il 5 per mille, tuttavia ci si va man mano attrezzando con delle modalità come l'accorpamento in grandi centri per far

sì che questo dato possa scendere. La mortalità materna in tutta l'Italia è omogenea: siamo il Paese del mondo in cui si partorisce meglio, assieme alla Francia. Non credo, quindi, ci siano problemi. Alle gravide nel percorso nascita dobbiamo offrire sicurezza e qualità: questa è la strada per avere una diminuzione dei cesarei.

La sicurezza si offre con la diminuzione dei punti nascita. Facendo parte della commissione siciliana sul percorso nascita vi posso trasmettere tutta la documentazione in maniera che la possiate mettere agli atti. In Sicilia ci sono 75 punti nascita che si stanno via via riducendo per arrivare entro il 2012 a 46. Di questi 75 punti nascita fanno parte anche le cliniche private. La riduzione dei punti nascita comporta una dotazione di risorse umane e strumentali adeguate: ci sono punti nascita con 80 parti l'anno che, quindi, non sono all'altezza di offrire quella sicurezza che è legata anche alla presenza del ginecologo, che è fondamentale. Perché ci possa essere tale sicurezza si deve garantire assistenza ostetrica, neonatologica e anestesologica H24, una minore medicalizzazione del percorso nascita, un maggior *know-how* di tutti gli operatori, un ambulatorio di gravidanza a termine che nel momento in cui la gravida si lega alla struttura favorisce anche il sorgere di un rapporto empatico con medico e ostetrica, il che fa sì che diminuiscano anche i contenziosi medico-legali. Nel nostro ospedale abbiamo istituito questo ambulatorio di gravidanza a termine in cui tutte le gravide dopo la 34<sup>a</sup> settimana vengono seguite dall'ostetrica. Spesso si tratta di gravide precesarizzate, a cui in questo modo è offerta la possibilità di partorire spontaneamente dopo un cesareo, cosa che non è molto radicata al Sud. Chiaramente offrire un *triage* ostetrico H24 è altrettanto fondamentale.

Secondo l'indirizzo ministeriale ci sono due livelli, mentre nella Regione Sicilia ce ne sono tre, ma ciò è dovuto al fattore territorio (montagna e paesini). Da noi, quindi, c'è ancora un primo livello sino a 500 parti, mentre secondo il progetto del Ministero della salute i livelli saranno solo due: il primo, al di sotto dei 1.000 parti e il secondo al di sopra di questa soglia. Secondo questo indirizzo ministeriale ogni centro di livello secondo o terzo deve prevedere l'unità di terapia intensiva neonatologica (UTIN) e la presenza di branche multidisciplinari, compresa la radiologia interventistica. L'Ospedale Civico è un punto di riferimento anche per questo: molte donne che a causa di cesarei precedenti hanno situazioni di placente previe, accrete, percrete, o per cui c'è un fondato dubbio di anomalie e di infezioni placentari (per il cui studio noi siamo un centro di riferimento nazionale), solo recandosi in un centro di terzo livello possono avere la possibilità di sopravvivere. In questi casi, sappiamo infatti che c'è una mortalità materna del 10 per cento a causa dei troppi cesarei fatti in anticipo. Avere una radiologia intervenistica diventa *condicio sine qua non*, quando il rischio è prevedibile, per la salvezza della donna.

La qualità si raggiunge quando tutti i parametri di sicurezza sono stati evasi e l'ho voluta descrivere come una forma di percezione della gravida stessa, la quale deve trovare operatori esperti e disponibili, che facciano una comunicazione completa e chiarissima. La gravida deve avere am-

bienti confortevoli sia nella fase del travaglio che dopo il parto e sapere che l'anestesista è sempre presente perché questo le dà un senso di sicurezza molto importante. Al Civico abbiamo un *team* di nove anestesisti che fanno i turni assieme ai medici e ai ginecologi offrendo tutte le opzioni possibili. Ho portato per questo delle diapositive per mostrarvi quanti interventi in partoanalgesia si fanno e quali sono i risultati. La donna deve avere la possibilità di vedere evasa ogni richiesta durante il travaglio, di scegliere il tipo di parto (offriamo il parto in acqua, in agopuntura, in analgesia) e la posizione più consona. L'ideale è avere un'ostetrica che segue la singola donna – questo è possibile quando non ci sono troppi travagli assieme – in modo da farla partorire nella posizione che più gradisce. La qualità consiste anche nella possibilità di avere un parto spontaneo dopo un taglio cesareo e nella possibilità per la gravida di sentirsi libera di fare ciò che vuole e in piena autonomia, senza eccessiva medicalizzazione (smettiamola con i tracciati e le visite continue). Allo stesso tempo, dobbiamo farla sentire non esclusa ma al centro dell'attenzione di tutti gli operatori. Avere vicino il *partner* per tutta la durata del travaglio è importantissimo: noi addirittura abbiamo una sala parto con un letto doppio, in cui nelle fasi iniziali del travaglio la coppia può stare sdraiata, conversare e condividere audiovisivi relativi a quello che sta avvenendo. La qualità sta anche nel fornire una risposta chiara ad ogni domanda o curiosità legata al percorso di travaglio.

Se c'è tutto questo viene fuori automaticamente una riduzione dei tagli cesarei. Premesso infatti che in Sicilia i tagli cesarei non iterativi negli ospedali con oltre 1.500 parti non superano il 20 per cento e quindi sono quasi incompressibili, a che cosa è legato l'eccessivo ricorso ai tagli cesarei nei piccoli ospedali? Vi ho portato i dati relativi al numero di parti per ospedale e alla percentuale dei tagli cesarei. Ebbene, nei piccoli centri non abbiamo innanzitutto la possibilità di un'assistenza 24 ore su 24 e dunque vi è una maggiore necessità di espletare il parto nelle ore diurne: evidentemente, stimolando il travaglio, vi è una ragionevole certezza che si vada a finire con un taglio cesareo. Vi è poi una maggiore richiesta da parte della donna di farla partorire, perchè non può pensare di restare di notte senza assistenza e in balia di un medico soltanto reperibile.

Per quanto riguarda, poi, il numero elevatissimo di tagli cesarei che si raggiunge nelle strutture private (purtroppo un'altra piaga nostra, con percentuali talvolta del 98 per cento) esso è legato a tutte quelle cause che riguardano i piccoli centri e alla maggiore voglia di programmare non solo delle utenti ma molto più spesso – purtroppo – degli stessi medici. Programmando un taglio cesareo, infatti, il medico si libera di un impegno non procrastinabile e suscettibile di verificarsi in un orario e in un giorno spesso non compatibile, in quanto egli ha già dato assicurazione alla coppia della sua presenza al parto e la gravida si ricovera in una determinata clinica solo perché lì verrà assistita dal suo medico.

Fino a pochi mesi fa si poteva pensare per le cliniche anche ad un aspetto economico, quello del DRG. Questo elemento oggi non esiste più posto che in Sicilia è stata emanata una delibera in cui il parto cesareo

dal punto di vista economico è equiparato al parto spontaneo. Non solo, ma su mia precisa richiesta per le donne che partoriscono naturalmente dopo un taglio cesareo e per le donne che partoriscono in partoanalgesia la struttura percepisce 400 euro in più, che sono destinati a finanziare la presenza dell'anestesista.

Tutto ciò premesso, quindi, si avrà una diminuzione dei tagli cesarei non idonei quando diminuirà la richiesta dell'utenza, il che avverrà se l'utente avrà la percezione di quei parametri di qualità e sicurezza che abbiamo precedentemente elencato e avrà stabilito un rapporto empatico con gli operatori della struttura, essendo stata seguita la donna dall'ostetrica presso l'ambulatorio della gravidanza fisiologica o della gravidanza a termine. Preciso che l'ambulatorio della gravidanza fisiologica deve essere seguito dalle ostetriche; c'è poi un ambulatorio delle gravidanze a rischio che viene gestito dai medici. La donna gravida avrà inoltre frequentato un corso di preparazione al parto (ne abbiamo tre in contemporanea che sono sempre superaffollati), magari insieme al *partner*, in un progetto di genitorialità condivisa e di ottimizzazione del percorso nascita.

Il percorso di preparazione al parto ovviamente potrà essere seguito anche presso il consultorio più vicino. In quel caso la gravida disporrà di una cartella clinica che è unica per tutta la Regione e assolutamente condivisa e leggibile da tutti gli operatori regionali. A quel punto, al termine della gravidanza, verrà invitata dall'operatore dell'ambulatorio o del consultorio a recarsi presso il presidio ospedaliero più vicino.

Inoltre l'innalzamento della qualità assistenziale offerta e l'automatico aumento di empatia tra operatore e utente porterà ad una diminuzione del timore da parte dei ginecologi di contenziosi medico-legali.

Infine, ma non da ultimo, è importante la formazione dei giovani medici e delle ostetriche, che non sarà costituita solo da dotte disquisizioni in aula ma sarà incrementata dalla frequenza presso strutture dove l'assistenza al parto avvenga più volte al giorno. In questo modo l'esperienza sarà acquisita veramente sul campo e non solo sui libri o con i video, sicuramente importanti ma non esaustivi per l'acquisizione del *know-how*. Quindi, parliamo di ospedali di insegnamento: ci sono ospedali che hanno 2.000-3.000 parti l'anno e ci sono sedi universitarie dove l'ostetricia non c'è. Gli ospedali di insegnamento sono una cosa a cui teniamo molto e che credo rappresenti il prossimo futuro, che a Palermo già è il presente.

Lascio agli uffici tutta la documentazione relativa a quanto ho illustrato, comprese le direttive dell'assessore alla sanità, e resto a disposizione per eventuali domande o richieste di chiarimenti. Vi ringrazio per l'attenzione.

PRESIDENTE. Siamo noi che la ringraziamo.

Do ora la parola al professor Giovanni Scambia.

SCAMBIA. Signor Presidente, onorevoli senatori, vi ringrazio per l'invito, è un vero piacere essere qui oggi. Non ho preparato del materiale da illustrare, che vi invierò in seguito, bensì desidero raccontarvi quella

che è la nostra esperienza al «Gemelli», che ha il limite di essere l'esperienza di un centro universitario di terzo livello, con delle caratteristiche particolari e una tipologia di pazienti particolari, per cui non esprime la normale situazione delle sale parto; presenta però il vantaggio, essendo un punto di riferimento, di dare un'idea di come il territorio interagisce con tali istituti.

Poiché condivido fundamentalmente quello che il collega Alio diceva poco fa, vorrei solo ribadire alcuni punti secondo me fondamentali.

Qui si parla di sicurezza in sala parto: ebbene, la sicurezza in sala parto è data fundamentalmente, dal mio punto di vista, dal numero di parti che fai, dalle attrezzature che hai, dal numero del personale e dalla sua formazione. Bisogna curare questi aspetti per arrivare ad avere una nascita sicura. Quindi condivido l'osservazione del collega: molte sale parto in Italia vanno chiuse o quanto meno accorpate. Non è più possibile pensare a sale parto in cui ci sia un numero di parti inferiore ai 700-800 l'anno; diversamente il personale non avrà la formazione necessaria per gestire un evento che molte volte è fisiologico ma quando diventa patologico rappresenta un momento in cui si deve decidere tutto in pochi minuti e gestire l'emergenza è veramente difficile. Vanno identificate, per esempio, strutture di terzo livello che siano in condizione di gestire delle emergenze gravi come le metrorragie *post partum*; il discorso relativo alla radiologia e all'urologia interventistica che veniva fatto prima è un discorso fondamentale, perché a volte consente di evitare l'asportazione dell'utero e comunque consente di salvare delle vite. Quindi non si può pensare ad un centro di terzo livello che non abbia tutto questo.

Un altro punto importante è il raccordo con il territorio. Il Lazio è organizzato in macroaree, quindi noi siamo punto di riferimento di una macroarea vasta che comprende anche Viterbo e Rieti, in cui tutte le gravidanze patologiche, con problemi materni o fetali gravi, afferiscono al policlinico «Gemelli», con tutti i problemi che ciò comporta in termini di affollamento e di gestione. Problemi aggravati dal fatto che molte Regioni meridionali mandano le pazienti – o le pazienti stesse arrivano di propria iniziativa – a Roma per essere assistite e di ciò non si può non tenere conto in una programmazione che non può pensare solo al livello regionale ma per alcuni centri deve ragionare in termini interregionali. Non è tanto importante che *in loco* ci sia tutto, quanto che il trasporto della paziente, ove necessario, sia assolutamente garantito; quindi, da questo punto di vista, occorrerebbe una politica sovraregionale di coordinamento.

Il parto è il momento finale di una gravidanza seguita bene, quindi tutto quello che viene prima deve essere garantito. Non è pensabile ragionare solo in termini di mortalità materna o perinatale quando mancano, in molti luoghi, strutture ambulatoriali che gestiscano l'*iter* di gravidanza. Si tratta di un elemento che va sicuramente potenziato.

Un altro punto nodale è il rapporto tra ginecologo e ostetrica nell'assistenza al parto, in particolare dove finisce la competenza dell'una e inizia quella dell'altro, posto che si tratta di un aspetto che si riflette in ma-

niera fortissima sulla formazione. Noi al «Gemelli» facciamo circa 3.500 parti l'anno, ma garantire la formazione di specializzandi medici e di allieve ostetriche non è facile: è difficile trovare il punto in cui finisce il parto fisiologico e inizia quello patologico. Vanno allora create nei punti di riferimento strutture didattiche adeguate. Penso, ad esempio, a simulatori per il parto, a manichini, strutture grazie alle quali il personale può addestrarsi rispetto a determinati eventi. Questo è bene che la gente lo capisca: certe situazioni non capitano tutti i giorni; ad esempio, in un anno, in un centro che fa 3.000 parti, capitano tre o quattro casi di metrorragia grave e bisogna saperli trattare; se nel centro ci sono 40 assistenti, nel corso di una vita può capitare una volta o due a ciascuno. Occorre essere preparati in quel momento, ma ci si deve esercitare in maniera diversa: oggi esistono simulatori chirurgici per il parto.

La qualità viene misurata in base alla quantità di cesarei. Credo che questo sia uno dei problemi, ma se mi chiedete un parere preferisco un cesareo in più e un problema in meno. Questa strumentalizzazione del discorso sul taglio cesareo che viene visto come il diavolo è sbagliata in una società in cui viene preteso che un feto sia sano e soprattutto nella quale non è stato rivisto il rapporto professionale e medico-legale. Se non mettiamo un argine e non creiamo una cultura circa il fatto che, purtroppo, non tutte le gravidanze vanno bene, che esiste un numero fisiologico di parti che non andrà bene e un numero fisiologico di feti che avrà dei problemi, il numero dei cesarei non diminuirà mai. Non si può lasciare questo alla responsabilità di un povero medico che si trova di notte in una certa situazione. Questo è sbagliato, disonesto e inaccettabile in qualunque contesto.

Secondo me, se si vuole affrontare il problema delle sale parto bisogna farlo a tutto campo, sotto tre punti di vista. Innanzitutto bisogna stabilire un *iter* formativo permanente che chi frequenta le sale parto deve seguire. Bisogna definire una adeguata campagna conoscitiva per le pazienti affinché conoscano i rischi di una gravidanza. Bisogna procedere ad una profonda revisione degli aspetti medico-legali. Diversamente non riusciremo mai a risolvere e ad affrontare adeguatamente questo problema. Dietro a tutto ciò, per quello che può interessare questa Commissione, c'è anche un problema politico. I sindaci non possono andare per le strade a difendere sale parto con 100 parti l'anno, a meno che non mettano in chiaro che se succede qualcosa in queste sale parto la colpa sarà loro che le hanno tenute aperte. Se fossi un medico che lavora in quelle strutture pretenderei che sia il sindaco che sostiene tutto questo a garantire nei confronti delle pazienti nel caso succeda qualcosa, altrimenti è un disonesto. Se fossi un medico di quelle strutture chiederei di essere trasferito in un grande centro, diversamente non avrò mai la competenza esatta per gestire situazioni di questo tipo.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, ringrazio i nostri ospiti per aver risposto al nostro invito.



Professor Alio, lei ha fatto un quadro che per i dati in nostro possesso mi sembra ottimistico. Non conosco la realtà della Sicilia, ma forse il suo ospedale è particolarmente qualificato. Vorrei capire se questo vale anche per il resto della Sicilia perché, secondo i nostri dati, il quadro è leggermente diverso. La prima domanda mira appunto a comprendere se l'Ospedale Civico di Palermo vive una situazione particolarmente favorevole o se questa è effettivamente generalizzata. Anche in base al dato della mortalità perinatale, osservo che c'è ancora qualche obiettivo da raggiungere: se la media italiana è del 3,7 per cento e quella della Sicilia è del 5, mi pare che ci siano margini per migliorare.

Per quanto riguarda l'assistenza al parto con l'anestesia epidurale, lei diceva che è assicurata 24 ore su 24: per 365 giorni all'anno? Noi abbiamo sentito, ad esempio, un primario dell'ospedale di Perugia che diceva che in quella realtà l'anestesista dedicato non sempre si può recare da loro quando c'è bisogno perché se è occupato non si può spostare.

Volevo inoltre chiederle della formazione e della preparazione al parto. In termini generali, nel nostro Paese i corsi di preparazione al parto anziché aumentare sono diminuiti. Vorrei sapere cosa succede nel suo ospedale e se conosce quello che accade più in generale in Sicilia.

Professor Scambia, sono d'accordo sul fatto che bisogna evitare di demonizzare l'elevato numero di parti cesarei in Italia perché lei giustamente ricordava che c'è un aumento dell'età cui le donne partoriscono. Questo è sicuramente uno degli elementi da considerare accanto a quello dell'attenzione per la salute del nascituro. La questione dell'aumento dei parti cesarei per un ospedale del suo livello assume altre dimensioni: dovendo trattare gravidanze patologiche è evidente che non si dovrebbe neanche porre il problema. In generale, però, abbiamo dei dati estremamente preoccupanti: in Campania, nelle strutture private, il 78 per cento delle nascite avviene con parto cesareo e, come diceva prima il professore Alio, in alcune cliniche private in Sicilia si arriva al 98 per cento. Ciò rende evidente l'esistenza di un'anomalia; non si tratta, secondo il mio parere, di fare una critica generalizzata al parto cesareo; bisogna invece saper individuare le situazioni in cui questo appare come un'anomalia e intervenire nei modi e nelle modalità opportune. Tra l'altro occorre tenere presente che nella società moderna è cambiata la percezione del dolore (con la legge sulle cure palliative e sul dolore abbiamo detto che questo non è per forza una conseguenza della malattia, ma è malattia esso stesso) e nel parto il dolore è dolore. Credo che oggi non possiamo non confrontarci con il fatto che culturalmente la percezione del dolore è cambiata: nessuno andrebbe più a farsi strappare un dente senza anestesia, a parte rarissime eccezioni; quarant'anni fa questa era la norma, oggi non è più così. La questione del dolore dovrebbe allora diventare centrale perché affrontare questo problema può voler dire diminuire il numero dei parti cesarei: molte donne si rivolgono alle cliniche private, corrono qualche rischio in più e fanno il parto cesareo perché non se la sentono di affrontare il dolore del parto. Pertanto, esiste il problema della mancata informazione e dell'assenza di preparazione, però c'è anche la questione di una perce-

zione diversa del dolore di cui dobbiamo tenere conto. Faccio questa valutazione sulla base di una mia esperienza politica sulle questioni al femminile e anche come donna, ma vorrei sentire su questo punto il vostro parere.

Infine, circa l'invecchiamento della popolazione medica che stiamo notando in generale, vorrei sapere se, sulla base della vostra esperienza, siete in grado di dirci se questo fenomeno colpisce anche specialità come la ginecologia.

Entrambi avete sottolineato l'importanza della formazione. Ho alcuni dati della Società italiana di ginecologia in cui si sottolinea la difficoltà di fare una formazione adeguata sia a causa delle scarse disponibilità sia a causa della precarietà del personale. La domanda è legata a quanto diceva il professor Scambia: è difficile vedere una differenza netta tra il parto naturale e il parto che non lo è. È evidente che in tal senso la formazione di un ginecologo deve essere in grado di gestire questa difficoltà a strutturare in maniera rigida la competenza in un campo piuttosto che nell'altro. La formazione, anche dal vostro punto di vista, è effettivamente più difficile e complessa per una serie di fattori oppure no?

BIONDELLI (PD). Ringrazio gli auditi per i loro interventi. Mesi fa, quando alcune donne morirono di parto – e si trattava di parti cesarei – tutti ci siamo sentiti di dire che forse sarebbe stato meglio promuovere il parto naturale. Ora però abbiamo sentito il professor Scambia affermare giustamente di preferire un parto cesareo in più che non in meno perché si garantisce il nascituro, si garantisce un percorso. Quindi lui non è sempre e comunque contro il parto cesareo. Ci sono però delle anomalie rappresentate da alcune Regioni del Sud – ma anche da qualche Regione del Nord – dove in alcune cliniche private (ma non solo nelle cliniche private) c'è il 98 per cento di parti cesarei. La Sicilia, la Campania, la Puglia, hanno un numero elevato di parti cesarei e diventa difficile pensare che tutte le donne del Sud siano così sfortunate da dover ricorrere al parto cesareo. Personalmente mi sono battuta per una riduzione dei parti cesarei; di fronte al professor Scambia, che sicuramente parla con competenza, e afferma che non è così, devo dire che restiamo un po' spiazzati. Non si sa come muoversi; forse bisogna promuovere anche un po' di etica, un po' di coscienza, perché la donna in fondo si affida al proprio ginecologo o ad una determinata struttura.

Per quanto riguarda il promuovere il parto indolore, ritengo questa una vera priorità, anche perché le giovani donne si pongono veramente in modo forte il problema di come partorire in modo indolore e per fare questo si spostano sul territorio. Purtroppo in diversi ospedali il parto indolore non è praticato o lo è poco, perché manca il personale, mancano gli anestesisti.

Sono d'accordo sulla questione della formazione di cui parlava il professor Scambia.

Quanto al problema politico dei sindaci che rincorrono i voti anziché tutelare la salute dei propri cittadini, sono d'accordo. Il fatto è che lo fac-

ciamo tutti, maggioranza e opposizione: quando ci toccano il piccolo ospedale tutti scendiamo in piazza. Lo stiamo facendo in Piemonte; prima ci siamo battuti noi contro la chiusura di un piccolo ospedale, oggi è la Lega che si batte per il potenziamento di un piccolo ospedale; il risultato è che il cittadino non capisce più cosa è utile e cosa non lo è. Per questo sarebbe opportuna, e mi rivolgo in primo luogo a me stessa, un po' più di correttezza da parte di tutti, per cercare tutti insieme di offrire un servizio migliore ai nostri cittadini, anche perché abbiamo una buona sanità e non devono essere pochi operatori o pochi sindaci a portarci su una strada sbagliata.

GRAMAZIO (*PdL*). Desidero intervenire a proposito dei parti cesarei. Controllando le statistiche dell'Agenzia della sanità pubblica della Regione Lazio ho visto che anche il «Gemelli» ultimamente ha avuto un balzo in avanti per quanto attiene alla percentuale di parti cesarei. Una volta si diceva: faccio il parto cesareo in quella clinica o in quella struttura perché il DRG è più alto; ma quando andiamo a vedere i conti reali ci accorgiamo che non è questo il problema. Il problema vero è la scelta del medico e della donna. L'aumento dei parti cesarei, a mio avviso, nasce dalla necessità delle donne moderne, che svolgono sovente attività fuori casa, di stabilire la data della nascita per avere tempi tranquilli e definiti. Però ritengo che la risposta da parte del medico non dovrebbe essere quella di dire: d'accordo, fissiamo la data. A mio avviso, e credo che il rappresentante del «Gemelli» lo abbia evidenziato, va sottolineata alla donna l'importanza della scelta di ricorrere al cesareo, perché se il primo parto è cesareo sarà ipotecato anche il parto successivo, che sarà un cesareo. Il professor Alio ci ha detto che non è necessariamente così, però ci sono dei rischi. Allora, secondo me, si tratta innanzitutto di un problema etico del medico: certo, eliminiamo i rischi, però alcuni parti cesarei sono a rischio. I decessi avvenuti in alcune strutture convenzionate e accreditate nella Regione Lazio e anche in altre parti d'Italia dimostrano che dei rischi ci sono. Dove viene fatto il parto cesareo? In una struttura completamente adatta e che dispone di tutto quanto può servire nel *post partum*, anche se avviene un evento particolare? In genere il medico porta la propria partoriente in un qualsiasi tipo di clinica accreditata. Se poi quella clinica non ha tutto ciò che occorre può accadere qualsiasi cosa, come è avvenuto, senza fare nomi, in strutture sanitarie che conosco perfettamente. Proprio questa mattina ero in una struttura di Roma dove sono nati tantissimi bambini, l'ospedale San Giovanni Addolorata, che per anni è stato il punto di riferimento della maternità del centro storico e della parte sud della città, al punto che negli anni Settanta fu convenzionata una clinica a Roma sud solo per i parti che il San Giovanni vi trasferiva. Mi riferisco all'ex casa di cura Villa Irma, una sorta di maternità aggiunta dell'ospedale San Giovanni, che ora è cresciuta ed è diventata il Policlinico Casilino, però ricordo ancora la piccola clinica del professor Trombetta. Ebbene, quando sono andato a vedere le vecchie statistiche del San Giovanni – sono stato consigliere d'amministrazione di quell'o-

ospedale – non ho trovato neanche un parto cesareo. E allora, mi chiedo e vi chiedo, come mai negli anni Sessanta e Settanta la percentuale di parti cesarei era così bassa e oggi nelle statistiche del Policlinico Casilino, del San Giovanni o dell'Umberto I trovo percentuali altissime, come le trovo per l'azienda ospedaliera che lei rappresenta? È una questione di cultura o c'è una pressione in qualche modo indebita? Io penso che ci siano entrambe le cose, perché pensando ad un altro possibile motivo di tipo economico, il DRG, la differenza è poca e d'altra parte una clinica che prende il DRG per il parto e per i successivi giorni di degenza ha il modo per aumentare i costi per chi va in una struttura convenzionata e poi paga altre voci oltre al parto.

BASSOLI (PD). Lavorano cinque giorni su sette e non hanno il turno di notte. Anche quello è un risparmio.

GRAMAZIO (PdL). Certo, ci sono i risparmi e ci sono i guadagni. E allora, è una questione di cultura della donna o del medico? È una domanda che mi pongo perché sono attento a questi problemi nella mia Regione ma li ho osservati anche in altre parti d'Italia, quando ci sono stati dei rischi per la salute e la vita della madre e del nascituro; abbiamo avuto questi problemi nelle strutture ospedaliere accreditate o private. Questo discorso per me vale ovunque: io voglio capire il contesto generale della situazione del nascituro e della madre.

CHIAROMONTE (PD). In realtà nei diversi interventi sono state già sollevate numerose questioni rispetto al quesito complessivo che ci stiamo ponendo. Quindi, chiedo se è possibile, guardando i dati, stabilire dove c'è il maggiore numero di parti cesarei – se nelle cliniche private o negli ospedali pubblici – perché anche questo potrebbe aiutarci a capire. Così come la percezione del dolore è cambiata, allo stesso modo per un certo tipo di farmaci, di cui abbiamo parlato in molte audizioni precedenti che non riguardavano questo settore, la medicina sta diventando una possibilità che prima non c'era. Quindi cambia il rapporto tra il paziente e la medicina in quanto tale. Di conseguenza, anche le esigenze diventano migliori. Se è vero che c'è un presupposto culturale per cui una giovane donna può prediligere un'opzione che le eviti di soffrire e la faccia stare tranquilla, bisogna però anche capire se da questo punto di vista, al di là della questione culturale, ci sono delle rassicurazioni «interessate». Questo forse si può comprendere soltanto guardando i dati e osservando dov'è il numero maggiore di parti cesarei.

PRESIDENTE. Prima di passare la parola ai due colleghi, che sono stati molto bravi nella loro esposizione – li ho percepiti tali da vecchio specialista –, mi permetto di dire che forse in alcuni passaggi non sono stati attentamente ascoltati per un'incapacità tecnica. Li ringrazio per aver cercato di far comprendere come un problema così delicato non può essere basato sull'emotività: ci sono troppi cesarei e allora bisogna

farne meno; se muore una donna è perchè si assiste male. Il primo dato che va sottolineato – lo hanno fatto entrambi – è che in Italia abbiamo uno dei tassi più bassi di mortalità perinatale (bambini che muoiono al momento del parto) e di mortalità materna. Siamo addirittura i secondi al mondo per eccellenza. Questo porta a riflettere su alcune questioni. Il collega Gramazio chiedeva come mai negli anni Sessanta e Settanta il ricorso al cesareo era raro; potrei rispondere che eravamo ancora all'epoca in cui le donne spesso morivano dopo il cesareo perché gli antibiotici erano poco diffusi e c'erano pochi anestesisti. Mi preme però fare un'osservazione molto più banale che è però importante per tutti, soprattutto per le donne: il tasso di parti operativi di allora non era tanto differente dall'attuale se si sommano le cosiddette manovre dell'arte ostetrica (rivolgimenti, forcipi e l'applicazione di cesarei verso i cesarei). I parti cesarei erano circa l'8 per cento e gli altri circa il 23 per cento. La mortalità perinatale ci vedeva al penultimo posto in Europa con circa il 18 per mille. Ora siamo sotto il 6 per mille e siamo tra i migliori. La mortalità materna era elevatissima.

Bisogna quindi analizzare il percorso. Si è parlato dei numerosi motivi che portano all'anomalia di un eccesso di cesarei (l'attuale diversa percezione del dolore, l'organizzazione, il discorso di una rete dal punto di vista organizzativo) però una cosa è stata, secondo me, omessa, una cosa che non si dovrebbe dire e che a me non piace molto: parlo dell'*high precious baby*. Per me tutti i bambini sono preziosi, non ce ne sono alcuni più preziosi di altri. L'aver spostato l'orologio biologico sopra i 35 anni può far sì che l'evento nascita sia talmente raro che nessuno lo affida ad un evento spontaneo non controllato perché, checché se ne dica, il cesareo è controllato ed è il modo più sicuro di nascere, se paragonato – so già l'obiezione degli ostetrici – ai parti naturali spontanei. Se andiamo sull'evento in emergenza, allora cambia tutto, e nel cesareo e nel parto.

Vengo ora al tema dell'addestramento che ha toccato la collega Bassoli. Faccio una domanda precisa, perché il professor Scambia ha parlato di questo aspetto, ma vorrei che lo enunciasse meglio. Addestrare a fare un cesareo è come addestrare una persona a guidare un *jet* piuttosto che un apparecchio ad elica con volo a vista. E questo accade talmente di rado (si usa un forcipe ogni quattro anni) che chi si trova lì lo fa se è capace e, se non lo è, sono guai. Questi elementi dell'arte ostetrica sono ormai così rarefatti che è meglio spariscano del tutto. Secondo me, l'ideale potrebbe essere una statistica in cui ci sono o parti spontanei o parti cesarei e null'altro. Esiste però anche l'ambito dei cesarei quasi incomprimibili e dei parti operativi totali. Il 10 per cento che residua rispetto ai cesarei incomprimibili (20 per cento) e ai parti spontanei (70 per cento) è il terreno dove si gioca una battaglia che si vince con mezzi, organizzazione e presenza H24.

Il professor Alio ha citato un caso molto bello e interessante, che non so quanto colleghe abbiano percepito. Parlo dell'analisi e dell'inserzione placentare rispetto al cesareo pregresso: questo è un elemento molto importante sulla prognosi di un parto spontaneo, che può essere seguito

con un'adeguata apparecchiatura che, purtroppo, non garantisce di eliminare tutti i problemi.

*ALIO.* Il 10 per cento delle morti avviene nelle strutture più accreditate.

*PRESIDENTE.* Figuriamoci cosa avviene dove si consente il parto senza quelle apparecchiature.

Voglio trattare un altro argomento che non è stato affrontato e che è fortemente discussione in campo clinico. La scelta volontaria della madre di voler fare un cesareo (depurato del caso in cui non è disponibile un parto in anestesia per cui si ricorre a quello in analgesia) nonostante sia garantito il parto in analgesia va accettata o no? In quel senso, le statistiche come devono essere depurate? Quello è evidentemente un fattore fortemente deviante in una statistica. Sono sempre stato per l'autodeterminazione, ma allora mi scontravo – parlo di oltre 15 anni fa – con moltissimi colleghi che dicevano che era assurdo perché il medico doveva dominare questa richiesta. Di fatto però è una questione che oggi si pone.

*ALIO.* Ringrazio il Presidente. Il discorso sulla demonizzazione del cesareo di cui parlava il professor Scambia è un fatto automatico: se le strutture sono sicure, le donne avvertono il senso di sicurezza e decidono di partorire spontaneamente. Quando la donna non percepisce questa qualità dell'assistenza, allora chiede il cesareo e il medico, nel momento in cui la donna ha chiesto il cesareo, sa che il parto spontaneo deve essere arcisicuro perché in caso contrario va a finire in tribunale. Quindi, asseconda la donna. Ecco perché dico che si può avere una diminuzione dei parti cesarei a fronte di una maggiore qualità e sicurezza, sia come percezione sia come rapporto empatico tra medico e paziente. Le due cose non sono in contraddizione, ma vanno nella stessa direzione. L'importante è eliminare quelle sacche di rischio rappresentate dagli ospedali con un basso numero di parti e dalle strutture private. Occorre eliminarli oppure accorparli, in maniera tale che raggiungano un numero di parti adeguato. È un punto davvero importante. Io ho vissuto due negli ultimi tre mesi due *Lotus birth*: una donna aveva girato mezza Italia perché voleva partorire in questo modo, nessuno però le offriva questo tipo di parto perché i pediatri non erano d'accordo, così come il direttore sanitario. Ebbene, ha partorito da noi. Il *Lotus birth* consiste nel partorire lasciando la placenta attaccata al bambino. Io non solo l'ho fatta partorire ma per evitare che potessero esserci problemi con altre donne del reparto le ho dato una stanza singola. E ora, un'altra donna è venuta da Belluno a partorire da noi in questo modo. Per l'amor del cielo, non è questo che ci qualifica, però assecondare la donna e rendersi disponibili è importante. Preciso che secondo la signora che ha scelto il *Lotus birth* nella placenta, finché non mummifica, ci sono delle sostanze che passano al bambino e possono essere benefiche. Ma lasciamo stare gli aspetti tecnico-scientifici, non entriamo nei dettagli: è comunque una scelta di parto. Offrire tutto rappresenta un mes-

saggio di sicurezza per la donna, che capisce che in quel luogo si partorisce come si desidera.

Per quanto riguarda il parto indolore, noi abbiamo nove anestesisti dedicati che dormono in reparto 365 giorni l'anno, quindi la donna sa che c'è sempre l'anestesista. Spesso arrivano donne che vogliono partorire in anestesia epidurale: vedono l'anestesista, noi spieghiamo che l'anestesia si esegue appena la dilatazione arriva sui 3-4 centimetri; nel frattempo la donna si rende conto che le contrazioni non sono così tremende, che l'anestesista comunque è sempre lì, e alla fine spesso partorisce spontaneamente senza anestesia, avendo però la sicurezza che in qualsiasi momento potrà essere assistita dall'anestesista.

Per quanto attiene ai corsi di preparazione al parto, noi ne facciamo tre e siccome il personale ostetrico è numericamente ridotto queste ostetriche tengono i corsi non ricevendo lo straordinario (anche questo ci è vietato nonostante sia io colui che firma lo straordinario come capo dipartimento), ma venendo a titolo gratuito una volta alla settimana. Ciascun corso è di otto sedute settimanali, quindi di otto settimane, poi ne inizia un altro. Come dicevo, le ostetriche fanno i corsi gratuitamente e non riescono a evadere tutte le richieste. Anche in questo caso, quelle ostetriche che lavorano in strutture dove ci sono solo 80 parti l'anno e che quindi stanno trecento giorni senza assistere ad un parto, potrebbero essere trasferite nelle strutture dove ci sono venti parti al giorno, potrebbero fare i corsi e magari riaccendere un entusiasmo spesso sopito. Io sono di un paese del nisseno e mi risulta che in questi ospedali a volte le ostetriche passano la mattina e chiedono: c'è nulla? Se la risposta è negativa, se non ci sono ricoverati, allora vanno a fare la spesa, lasciando il numero di telefono per essere rintracciate in caso di bisogno. Questa è la realtà, non ce lo scordiamo. Che poi il sindaco di qualche Comune si incateni perché sa che perderà trecento o mille voti si può capire, ma la realtà è questa: persone che stanno trecento giorni l'anno a non fare nulla quando i centri che lavorano magari sono in difficoltà.

E mi riaggancio al discorso precedente: in Sicilia è così dappertutto? No. Noi siamo l'unico ospedale della Sicilia occidentale e siamo un punto di riferimento nazionale, quindi c'è tutto; lo stesso discorso può farsi per il «Garibaldi» di Catania; non so se l'anestesista sia sempre presente, però so che ce l'hanno. Tuttavia in tutti gli altri ospedali ci sono 70-120 parti l'anno, questa è la verità. Il mio padiglione è il più grande della Sicilia: ecco perché parlavo di incomprimibilità: perché facciamo nascere i bambini di 600 grammi, facciamo partorire le donne con le placente previe precrete; perché si muore più di cesareo che di parto: al primo cesareo siamo tutti bravi, ma al secondo cesareo, in presenza di una placenta bassa, c'è il rischio che quest'ultima si vada ad attaccare in quello che noi chiamiamo istmocele, cioè sulla vecchia cicatrice danneggiata; se la gravidanza si va ad infilare dentro a questa specie di sacchetta, si può danneggiare la vescica. Io in questo momento ho due ricoverate in questo stato e non ci dormo la notte, perché so che da un momento all'altro potrebbero servire urologo, chirurgo vascolare, radioterapista; sono tutti al-

lertati perché la situazione può esplodere. Ebbene, a proposito di mortalità materna, bisogna dire che anche questo è il cesareo.

La popolazione medica negli ospedali è invecchiata perché in Sicilia non si fanno concorsi da vent'anni. Possiamo dire che le nuove specialiste saranno quasi tutte donne: da noi il 98 per cento degli specializzandi è donna. Vedremo poi che succederà: sicuramente è un fatto positivo però è un lavoro usurante; fare le notti per chi poi ha i bambini a casa non è facile, anche se spero che non saranno delle ginecologhe senza figli, mi dispiacerebbe moltissimo.

Per quanto riguarda la formazione, lo diceva anche il collega, questa si fa in parte sui manichini, molto con la presenza, molto con l'eccesso di numero di parti. Sono d'accordo con il Presidente che dice che è difficile, è una cosa rara volare a braccio; però in ogni sala parto che si rispetti, dove si lavora molto, ci sono tre distocie di spalla l'anno e non le può risolvere chiunque. Lì ci vuole il protocollo e più di un medico di guardia, per cui l'anziano viene chiamato dal medico più giovane e interviene se ritiene di dover intervenire o fa lavorare il medico giovane il quale sa che l'anziano è comunque lì accanto a fargli da chioccia. Per fare questo c'è bisogno di strutture adeguate: ecco perché l'ospedale da 80 parti l'anno non va bene, ecco perché si muore, ecco perché c'è una patologia perinatale elevata dove ci sono pochi parti: perché manca tutto questo. Fanno il cesareo, se possono entro le 20, e tutto si chiude. Ma se c'è l'urgenza, e purtroppo capita, magari può capitare di notte una distocia di spalla, con la donna che arriva a 4 centimetri di dilatazione in ospedale e non sanno dove mandarla perché non c'è l'elisoccorso, devono assisterla ma nel momento in cui c'è una distocia di spalla è fatta, il guaio è combinato. Questa è la verità e per questo è giusto accorpate gli ospedali. Poi, come diceva poco fa il senatore Gramazio, i sindaci che protestano sono quelli che magari portano la figlia a partorire a Palermo o alla Cattolica, mica la lasciano all'ospedale di Roccalumera, con tutto il rispetto per quel luogo: mia figlia non ha voluto partorire qua. Certo! E allora chi ci partorisce là? La poverina che non si può spostare e spesso si trova in difficoltà immense.

Rispondo al senatore Gramazio sul rapporto medico-paziente. Spesso noi medici avalliamo cose «ignobili» – lo dico in senso buono – che la donna ci propone. È una cosa gravissima questa. La donna fa il suo interesse, non sapendo se partorirà e quando partorirà; ma un ginecologo serio ormai sa che le linee guida internazionali parlano di ricovero dalla 41<sup>a</sup> settimana in poi (ora ci stiamo spostando verso la 42<sup>a</sup>). Io vedo le mie pazienti gravide una volta la settimana, verifico due parametri che può verificare anche un bambino o l'ostetrica: liquido amniotico e flusso sanguigno. Se va bene, altro che tracciati, ci si rivede a distanza di una settimana, sperando che la donna in quella settimana rompa le membrane, si metta in travaglio e si ricoveri. Ritorna alla 40<sup>a</sup> settimana, ritorna alla 41<sup>a</sup>, dopo la 41<sup>a</sup> settimana si ricovera e si fa una induzione con le prostaglandine. Questo dicono le leggi e questo dobbiamo rispettare. Facile per la donna a 36 settimane dire: ma perché non mi porta in clinica e non mi



fa il cesareo? Lì subentra il medico ansioso o in malafede, magari perché ha un sacco di impegni, che le dice che è giusto, che quel parto lo può fare così. Oppure trova il medico serio, e sono la maggior parte, quasi tutti, che dice: non se ne parla proprio, lei avrà il cesareo solo se sarà necessario, intanto la seguiamo, perché la sua è una gravidanza splendida. Devo dire che c'è una presa di coscienza delle donne immensa. L'altro giorno ho assistito una ingegnere argentina che aveva fatto due cesarei nel suo Paese e voleva partorire spontaneamente, pur non essendoci delle condizioni locali splendide. L'abbiamo seguita durante il travaglio, che è stato lungo e ad un certo punto le ho detto: signora, secondo me dobbiamo cominciare a prepararci per andare in sala operatoria perché c'è un arresto di progressione del travaglio. Mi ha risposto: le firmo tutte le carte che vuole ma lei non mi può togliere la gioia di partorire. Chiaramente non ci lasciamo prendere troppo dal cuore, dobbiamo essere attenti: l'abbiamo portata in sala operatoria, pronti a intervenire in qualsiasi momento, e la signora ha partorito. La signora allora ha chiamato «la Repubblica», redazione di Palermo, per raccontare la sua esperienza positiva. Le hanno detto: ma all'Ospedale Civico si partorisce sempre con il parto naturale dopo un cesareo, non è una novità; se vuole faccia una lettera di ringraziamento. Non hanno capito lo spirito: quella donna voleva lanciare il messaggio che dopo il cesareo si può partorire per via naturale e si è felici di assistere il proprio bimbo. Se si fosse rotto l'utero, allora sicuramente «la Repubblica» – a Palermo non ci sono altri giornali, il «Giornale di Sicilia» è poco seguito – avrebbe parlato di noi e non certo con toni positivi.

*SCAMBIA.* Questa discussione è molto interessante. La vera statistica sul numero dei tagli cesarei andrebbe depurata da una serie di fattori che cambiano in funzione del luogo. Non è un problema di clinica privata o di ospedale. Se in Italia esistono ospedali dove lavorano tre ginecologi che si danno il cambio, è facile comprendere perché, magari alle 20, dopo 12 ore di lavoro, si preferisce fare un taglio cesareo. Questi sono casi di stanchezza pura e i cesarei sono fatti perché la disorganizzazione e la sicurezza delle persone lo impongono. C'è una percezione del parto, come quella del dolore, che è cambiata nelle persone e negli operatori.

Stando a Roma, sono stato testimone di scelte di vostre colleghe, o professioniste di un certo livello, che addirittura calcolano quando partorire in funzione dell'udienza, della votazione, eccetera. Questo fa parte di un'autodeterminazione che non si può negare al giorno d'oggi; è un *trend* che riguarda una quota non bassa di donne, di un certo ceto sociale, che oggi preferiscono automaticamente il cesareo e che vengono assecondate perché non si ha alternativa. C'è poi una quota di tagli cesarei, che sono quelli secondo me benedetti, di cui parlava il Presidente, che evitano il forcipe o la ventosa. Io mi sono laureato nel 1983 e non ho mai visto un forcipe; nella sala parto del «Gemelli» non c'era più; non so nemmeno dove sia. Questo però è indice, secondo me, di progresso e non di regresso. Il discorso va ben differenziato: nella situazione culturale attuale dei medici e dei pazienti ci deve essere il parto fisiologico; se non è

così deve essere un cesareo, vista la cultura attuale. Se cambieremo cultura, dovremo essere pronti ad accettarne le conseguenze: se una donna vuole fare, dopo due cesarei, un parto spontaneo può farlo, ma deve essere consapevole che se si rompe l'utero e il bambino muore, se le leviamo l'utero o ha una un'emorragia grave è lei ad essere responsabile. Questo deve essere chiaro, altrimenti è troppo facile: se va bene ci si saluta con una stretta di mano, se va male avviene la crocifissione.

Sono perfettamente allineato con il Presidente; oggi ci vuole una grande formazione di tipo medico per portare a termine una gravidanza in condizioni ottimali, una grande capacità di capire dove arriva il fisiologico e una grande capacità di prevenire la patologia. Far partorire una paziente che ha la placenta accreta nella clinica privata «x» dove non c'è il recupero del sangue o il radiologo interventista, è da incoscienti.

GRAMAZIO (*PdL*). È successo.

SCAMBIA. È successo e va evitato perché frutto di sottovalutazione. Per favorire questo fenomeno dobbiamo concentrare le risorse. Se concentreremo, è automatico che i centri si attrezzano e si potrà partorire in sicurezza. Non ci sarà mai il 100 per cento di esiti ottimali – questo dobbiamo dirlo – perché è impossibile in qualsiasi procedura.

ALIO. Sul discorso del forcipe, vorrei dire che in un ospedale con tre o quattro medici di guardia ci sarà un momento in cui in sala parto si avrà una sofferenza fetale in periodo espulsivo e non ci sarà tempo per portare la paziente in sala operatoria; in quel caso (è vero che ci sono le nuove ventose, che hanno un tempo di trazione e di pressione) sarebbe utile sapere utilizzare il forcipe. Da noi c'è ancora: si usa due o tre volte l'anno su 3.000 parti, però c'è sempre un medico anziano in grado di utilizzarlo. Non va demonizzato neanche questo, perché si può presentare il caso in cui l'indicazione assoluta è al forcipe. Il poterlo fare non è male.

Vorrei infine farvi notare, come risulta dall'ultima riga del grafico, che dal gennaio 2010 al gennaio 2011 i primi cesarei vanno da un massimo del 28 per cento a un minimo dell'11,7 per cento con una media intorno al 20 per cento. Alla riga superiore ci sono i tagli cesarei iterativi. Far partorire spontaneamente una donna dopo un cesareo è molto difficile; ogni tanto, ci riusciamo: in 70 casi l'anno.

PRESIDENTE. Ringrazio i colleghi per la discussione che ci ha consentito di comprendere meglio i vari problemi e ringrazio soprattutto i nostri ospiti per il contributo offerto.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 15,45.*



