



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 2

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»

234^a seduta: martedì 22 febbraio 2011

Presidenza del presidente TOMASSINI

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

* PRESIDENTE	Pag. 3, 13, 14 e <i>passim</i>	* DI RENZO	Pag. 3, 15
* BIONDELLI (PD)	14	ZANINI	8, 16, 17
* BOSONE (PD)	17		
COSENTINO (PD)	13		
FOSSON (UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-Io Sud-MRE)	15		

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: Futuro e Libertà per l'Italia: FLI; 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, Io Sud, Movimento Repubblicani Europei): UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-Io Sud-MRE; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-I Popolari d'Italia domani: Misto PID; Misto-Verso Nord: Misto-Verso Nord.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Gian Carlo Di Renzo, direttore della struttura complessa di clinica ostetrica e ginecologica dell'Università degli Studi di Perugia ed il professor Rinaldo Zanini, direttore del dipartimento materno infantile dell'Azienda ospedaliera «Ospedale provinciale di Lecco».

I lavori iniziano alle ore 14,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di esperti

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale, sospesa nella seduta del 27 ottobre 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 si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Abbiamo oggi il piacere e l'onore di avere la presenza del professor Gian Carlo Di Renzo, direttore della struttura complessa di clinica ostetrica e ginecologica dell'Università degli Studi di Perugia e del professor Rinaldo Zanini, direttore del dipartimento materno infantile dell'Azienda ospedaliera «Ospedale provinciale di Lecco», cui rivolgo i miei saluti non solo come Presidente della Commissione ma anche come collega.

Do quindi la parola al professor Di Renzo.

DI RENZO. Desidero innanzitutto ringraziare la Commissione ed in particolare il Presidente per l'invito. Cerco di riassumere in tre aspetti il tema oggetto di questa indagine conoscitiva. Il primo è relativo alla necessità di fare un'indagine che sia rivolta ad evitare i possibili errori nell'evidenziazione dei dati che arrivano dalle varie maternità per quanto riguarda soprattutto l'incidenza dei tagli cesarei o dei parti spontanei. Il secondo è rivolto invece a cercare di aumentare il fattore di sicurezza, soprattutto in virtù di episodi che hanno tristemente aggiornato la cronaca negli ultimi mesi. Il terzo riguarda la possibile proposta di cercare di creare un ulteriore fattore di sicurezza soprattutto per le madri, perché se la perdita di un feto o di un neonato, pur essendo sempre dolorosa,

può rientrare nella fatalità e nelle statistiche e si può fare poco per comprenderla, quella della madre diventa abbastanza inaccettabile per un Paese come il nostro, definito industrializzato e con un'ottima *care* per quanto riguarda il settore materno-infantile.

Affronterò per primo, avvalendomi di alcune diapositive predisposte allo scopo, il problema di come raccogliere i dati sul taglio cesareo. Un'analisi critica dei dati può essere effettivamente molto utile per individuare strategie di miglioramento della qualità delle cure. Come ben sapete, in Italia l'incidenza di questo intervento è distribuita sul territorio a macchia di leopardo, ma è comunque al primo posto nei *Diagnosis Related Group* (DRG) di tutti gli ospedali italiani, con percentuali che variano dal 15 al 60 per cento. Tale aumento è correlato ad un aumento di complicanze materne a breve ed a lungo termine, senza che siano dimostrati reali e grandi benefici di questa procedura per la madre e per il neonato. Le implicazioni economiche dell'aumento dei tagli cesarei hanno indotto la maggioranza degli amministratori delle aziende sanitarie locali ad includere la riduzione del numero di tali interventi tra gli obiettivi principali da raggiungere per i parti ostetrici, pur tuttavia senza delle strategie univoche.

Tra l'altro, ricordo che nell'aprile 2009 era stata presentata una mozione al Senato nella quale alcuni senatori invitavano il Governo e la Regione a sostenere un appropriato ricorso al taglio cesareo e ad introdurre e sviluppare strumenti di *audit* e di *feedback* efficaci ed attuabili nelle diverse realtà regionali, importanti per controllare alcune delle cause dell'elevato ricorso al taglio cesareo. Da allora ad oggi, non è stato ancora intrapreso uno studio italiano *ad hoc*. Posto che la percentuale dei tagli cesarei è un indicatore di qualità delle cure prestate nell'ambito della salute materno-infantile, l'interrogativo che bisognerà porsi è se il tasso dei cesarei sia congruo e soprattutto appropriato.

Occorre quindi disporre di informazioni accurate e tempestive, ma il problema chiave è soprattutto se il cesareo sia stato effettuato sulla donna giusta al momento giusto. Nelle attuali statistiche raccolte dall'ISTAT e dal CeDAP, non c'è la possibilità di indagare quest'aspetto, perché bisogna cercare di ricorrere ad una descrizione che sia riproducibile ed analitica. Non si può dire se in una certa struttura il numero di tagli cesarei sia troppo elevato o troppo basso, ma se essi siano appropriati, perché bisogna avere delle spiegazioni che giustifichino il ricorso a questo tipo di intervento. Fra le motivazioni possibili, come ha suggerito la Commissione, vi è quella di dare valenza alla donna nella scelta dell'eventuale via del parto, che può essere una decisione presa per vari motivi.

Una classificazione internazionale che è stata validata è quella proposta dal professor Robson, direttore della maternità più grande di Dublino. Egli ha creato una classificazione che è scevra dalle indicazioni sul taglio cesareo che sono quelle che il più delle volte falsificano la possibilità di indagare le reali cause per cui un intervento è stato effettuato. Il sistema si basa su quattro categorie classiche: se la gravidanza è singola o gemellare; se la donna è alla prima gravidanza o se la gravida ha già partorito; se il parto è iniziato spontaneamente o se è stato indotto o se è stato fatto un

taglio cesareo senza neanche attendere un eventuale inizio del travaglio; infine, l'età gestazionale, cioè l'epoca in cui è stato fatto. Tale sistema ha dato luogo all'identificazione di dieci classi diverse che possono avere caratteristiche mutuamente esclusive e totalmente inclusive di tutti i dati. Mi soffermerò soprattutto sulla prima e sulla seconda classe per mostrarvi come si possono ottenere utilissimi confronti validi anche in situazioni in cui siamo agli antipodi tra chi effettua pochissimi cesarei e chi ne effettua moltissimi. Alla prima classe, ad esempio, appartengono quelle donne che sono alla prima gravidanza, hanno un feto solo, che magari si presenta nelle migliori condizioni per poter essere partorito per via vaginale e hanno un travaglio spontaneo, ma ad un certo punto vengono comunque sottoposte ad un taglio cesareo. Nella seconda classe rientrano invece quelle donne che vengono sottoposte a taglio cesareo perché il parto è stato indotto o perché il taglio è stato fatto prima dell'inizio del travaglio. Le altre sono classi che hanno caratteristiche abbastanza precise, ad esempio nel caso di gravidanze multiple, cioè quelle gemellari, di donne che hanno già avuto un precedente taglio cesareo, visto che è estremamente probabile che esse ripetano l'intervento una seconda volta; oppure, il taglio cesareo viene effettuato se il feto non si presenta in posizione adeguata. Tenuto presente questo, si può fare un confronto; ovviamente questo è stato fatto solamente in studi parcellari. Prendendo ad esempio l'Emilia Romagna, che ha un tasso di tagli cesarei all'epoca di questo studio (2008) del 30 per cento, considerando diverse maternità con elevata attività ostetrica e le aziende ospedaliere universitarie nelle varie Province, si vede che l'incidenza dei tagli cesarei (rappresentata in bianco nel grafico) comincia già a variare. Se poi prendiamo in considerazione la prima classe, che è quella che dovrebbe avere la minore incidenza di tagli cesarei, perché costituita da donne che si presentano dopo una gravidanza normale, a termine di gravidanza, con feto singolo, con travaglio iniziato spontaneamente, prendendo i vari punti nascita dell'Emilia Romagna, e in particolare gli ospedali con al massimo 800 parti, il numero di tagli cesarei varia dal 3 per cento al 30 per cento, cioè in alcuni ospedali una donna che arriva in condizioni perfettamente normali viene cesarizzata in un caso su tre. Ovviamente questo permette il confronto, perché si potranno andare a ricercare le cause per cui si fanno così tanti cesarei rispetto all'ospedale vicino che ne fa esattamente dieci volte di meno. Prendendo in considerazione ospedali un po' più grandi (che effettuano da 800 a 2.000 parti), l'incidenza è già cresciuta tra l'8 per cento e il 18 per cento, ma non si hanno punte critiche, come negli ospedali più piccoli, del 30 per cento.

Infine, andando oltre i 2.000 parti, effettivamente vi è, in media, un'incidenza ancora più bassa. Addirittura, solo nell'1-2 per cento dei casi questo tipo di gestante viene cesarizzata; cosa abbastanza presumibile perché anche nei travagli spontanei può verificarsi sempre un'emergenza che richiede l'intervento improvviso per un *distress* fetale o un problema materno.

Questa classificazione permette una razionale e obiettiva valutazione, delle differenze tra le varie sedi. Essa, inoltre consente di andare a cercare di capire perché, in una data popolazione, vengano effettuati parti cesarei più in un ospedale che in un altro. Ciò è relativo al fatto che alcuni ospedali (come nello studio dell'Emilia Romagna, quelli di Parma, Modena e Reggio-Emilia) vi sia un'incidenza più alta di tagli cesarei e, di conseguenza, vi siano più manovre di rianimazione neonatale (non mi addentro però su questo tema, in quanto lo descriverà meglio il neonatologo). Con riferimento all'Emilia-Romagna, l'unico altro confronto statistico è stato fatto con la ASL di Bari. Anche in questo caso, con riferimento alle prime due classi (che sono quelle, ripeto, che dovrebbero essere a più basso rischio in assoluto di ricorso al cesareo), l'Emilia-Romagna mantiene, tutto sommato, una percentuale abbastanza bassa (a Bari il valore è doppio nelle stesse classi). Evidentemente, quindi, nel *management* di questo tipo di gestante c'è qualcosa di differente che va modificato se vogliamo raggiungere l'obiettivo della riduzione. Vi invito ad osservare i dati riportati nella *slide*. Con riferimento alla clinica di Bari «Nostra Signora di Lourdes», è riportato un 70 per cento di tagli cesarei nella seconda colonna.

Ciò significa che le modalità del parto presentano una grandissima variabilità per area geografica e tra punti nascita anche all'interno delle stesse aree geografiche. Se due punti nascita presentano, nella medesima classe, una percentuale di popolazione sovrapponibile, ma differenti tassi di taglio cesareo, allora si può formulare l'ipotesi che la differenza osservata sia attribuibile, oltre che alla normale variabilità clinica, a comportamenti assistenziali diversi. La classificazione ha pertanto la finalità di descrivere la presenza, la dimensione e la variabilità nel ricorso al taglio cesareo in sottopopolazioni di donne che hanno partorito. Con tale classificazione abbiamo a disposizione un numero definito e riproducibile di classi di popolazioni confrontabili tra aree e punti nascita diversi e nello stesso punto nascita, ma in diversi periodi di tempo. Queste classi (soprattutto la prima, la terza e – se vogliamo – anche la seconda) sono definite da caratteristiche anamnestico-cliniche tali da giustificare l'ipotesi di una discreta omogeneità tra un punto nascita e l'altro. Tale caratteristica permette, quindi, di avanzare l'ipotesi che le differenze osservate siano attribuibili, oltre che a una normale variabilità clinica (compresa tra il più 1 e il meno 5 per cento), anche a comportamenti assistenziali completamente diversi e che potrebbero essere modulati. È quindi importante, non tanto descrivere la percentuale totale di tagli cesarei definendola troppo alta o troppo bassa, quanto – piuttosto – cercare di valutare la loro appropriatezza. Questo è il concetto che porterei avanti su questo aspetto dell'indagine conoscitiva. Il tasso non deve essere considerato troppo elevato o troppo basso solo perché ha una certa percentuale; dipende dalla popolazione che insiste in quella particolare maternità. Dovremmo avere a disposizione informazioni che spieghino e giustifichino il motivo.

Il secondo aspetto riguarda il problema dell'eventuale accorpamento di maternità. Infatti, si è detto che le maternità sotto i 500 parti rischiano

di essere estremamente pericolose: si fanno troppi tagli cesarei a pazienti definite normali, che non avrebbero alcuna ragione per ricorrere al taglio cesareo. Bisogna, però, anche trovare la maniera di giustificare l'eventuale chiusura o accorpamento di maternità così piccole: lo si fa solamente sulla base di numeri o c'è alla base una decisione razionale? Razionale potrebbe essere ciò che suggerivo, ossia creare delle linee guida su quello che viene chiamato pronto soccorso ostetrico-sala parto e dei minimi requisiti per garantire la sicurezza. In questo modo, le Regioni sarebbero costrette a dover decidere chi privilegiare e chi no, a chi far avere il pronto soccorso ostetrico-sala parto. Infatti, al di sotto di questi requisiti non si garantisce la sicurezza e, quindi, bisogna chiudere. Non c'è più una giustificazione di tipo sociale o geografico: diventa una giustificazione di sicurezza rispetto ai requisiti minimi che possono essere stabiliti da una commissione istituita *ad hoc*. Tra l'altro, un gruppo di studio della Società Italiana di Medicina Perinatale stabilì dei requisiti e delle raccomandazioni su questo aspetto. Essi risalgono ormai alla fine degli anni Novanta, però possono essere aggiornati abbastanza facilmente ed eventualmente riproposti. Credo che questa sia la via per dare più sicurezza anche in quei luoghi dove possono accadere delle catastrofi perché non c'è il medico, oppure perché vi sono problematiche relative al non adeguamento a certi requisiti che noi, tra l'altro, abbiamo propugnato ripeto da anni nell'ambito delle Società scientifiche.

L'ultimo aspetto è quello che ho proposto alla Regione Umbria e che è in sede di valutazione, con riguardo alla garanzia di quello che può succedere alla madre. Effettivamente, se nell'ambito fetale possiamo avere una perdita che alle volte può essere giustificata per la grave prematurità, o per le malformazioni e per eventi acuti che possono accadere, il decesso di una mamma che sta partorendo o che ha partorito è invece una tragedia estremamente grave e ritenuta per lo più inaccettabile. Tali casi, pur essendo – fortunatamente – estremamente ridotti in Italia, fanno però sempre «notizia»: sono sempre discussi, quanto meno con un *audit clinico*, e molto spesso arrivano nelle aule del tribunale. Ho proposto un sistema che ho visto all'estero e che viene chiamato «*Speed*» (velocità): si tratta del collegamento in rete di maternità più piccole con un punto di riferimento di terzo livello che garantisca il trasferimento rapido di una donna che ha caratteristiche di «alto rischio di mortalità». Un esempio, l'emorragia subito dopo il parto: questa è un'evenienza che può essere controllabile anche in un piccolo centro, ma può anche non esserlo e, a quel punto, lo *shock* può diventare irreversibile da portare alla morte. Il sistema di cui sto parlando presuppone un canale preferenziale «veloce» di aiuto con posti di rianimazione – nell'ospedale di terzo livello – che permetta che qualunque donna che versi in una situazione di questo tipo venga automaticamente e velocemente trasferita nell'ospedale di terzo livello (che deve ovviamente trovarsi a una certa distanza). Ricordo, che gli ospedali di terzo livello hanno un bacino di popolazione che è in genere compreso tra il mezzo milione e il milione di abitanti. Occorre garantire che all'atto del trasferimento sia approntato, tramite meccanismi di passaggio di notizie

molto semplici (relative, ad esempio, alla necessità di trasfusioni di sangue), tutto ciò che serve, di modo che la sala operatoria e gli operatori siano già pronti all'arrivo della paziente. Questo è il sistema *speed*, che all'estero funziona molto bene e che ha dimostrato di consentire la drastica diminuzione della mortalità materna.

Quelle che ho illustrato sono le tre proposte che mi sono sentito di avanzare nell'ambito di questa indagine conoscitiva. Si tratta, *in primis*, di un sistema di raccolta dati moderno, diverso e validato all'estero (anche in qualche piccolo studio italiano), che è – a mio parere – il più utile. Se valutiamo le indicazioni del taglio cesareo, ci accorgiamo che in tutti gli ospedali italiani ci sono, molto spesso, indicazioni di comodo. Infatti, sappiamo benissimo che molti tagli cesarei sono fatti per i cosiddetti «ritmi nictemerali», perché il medico non c'è durante il *week-end* o perché la donna è troppo agitata. Quando lavoravo all'università di Messina, feci una statistica sui tagli cesarei effettuati di giorno e di notte. Le variazioni risultarono elevate, proprio perché di notte si utilizza poco l'arte ostetrica operativa, mentre di giorno essa è molto più usata proprio per evitare di farvi ricorso di notte (lo stesso dicasi per il sabato e la domenica). Con questo tipo di valutazione, si va a porre l'attenzione sul *management* di certi tipi di gravidanze che potrebbero modificare l'atteggiamento assistenziale in un dato ospedale.

La seconda proposta è quella di elaborare dei requisiti minimi per il pronto soccorso ostetrico-sala parto: per l'ostetrica si tratta della stessa cosa, perché – in realtà – quando una donna gravida arriva al pronto soccorso essa deve essere valutata in relazione al fatto che sia o meno in travaglio e alla necessità di doverle effettuare o meno un taglio cesareo urgente. Vi è quindi la necessità di requisiti minimi «di sicurezza» che permettano di valutare se un ospedale è congruo oppure no, chiudendo quelli che non lo sono. Infine, ho proposto un sistema (applicato a livello provinciale nelle grandi Province, o a livello regionale nelle piccole Regioni) che possa collegare rapidamente le maternità su problematiche materne di altissimo rischio, facendo in modo che la maternità centrale possa fungere da riferimento per la rianimazione e le cure salvavita per le gestanti. In conclusione, sono queste le tre proposte su cui mi sento di richiamare la vostra attenzione.

ZANINI. Ho preferito rielaborare i dati che volevo condividere con la Commissione anche alla luce dei dati forniti dal professor Di Renzo, in modo che si potesse fare un discorso più armonico.

Anch'io vorrei prima di tutto ringraziare la Commissione perché per me è veramente un onore poter esporre alcune ipotesi di valore in un ambiente così importante e dove la capacità di decisione è assolutamente centrale.

Vorrei incentrare la mia relazione essenzialmente sul concetto del nascere. Non dobbiamo affrontare il problema confondendo l'obiettivo con lo strumento: l'obiettivo è la nascita sicura; la modalità del parto e la tecnologia sono strumenti successivi a questo obiettivo. Poiché sento molto

forte l'impegno morale dell'utilizzo corretto delle risorse, vi mostrerò alcune diapositive che raffigurano il planisfero come è disegnato solitamente e in cui l'Italia occupa una certa proporzione rispetto al resto del mondo; tuttavia se si ridisegnano le proporzioni in rapporto ad alcuni parametri, si può osservare come le dimensioni cambino radicalmente. Se si prende in considerazione il numero di ostetriche che lavorano, si può vedere come già il terzo mondo diventi molto più piccolo rispetto all'Italia, ma se si utilizza come parametro il numero di medici, il numero di letti negli ospedali per abitanti o le risorse, questa proporzione cambia ulteriormente; considerando poi le nascite controllate, certi Paesi del mondo addirittura spariscono, mentre diventano enormi assumendo come parametro la mortalità materna prima e infantile dopo.

Vorrei prima di tutto condividere il fatto che nella stragrande maggioranza dei casi disponiamo degli strumenti e abbiamo una responsabilità nel loro utilizzo adeguato e preciso. Entrando nel vivo del problema, in questa tabella proveniente da una fonte ufficiale del Ministero, in cui emerge il numero dei punti nascita e come questi sono divisi per categoria, ho evidenziato con il colore rosso il numero di punti nascita che secondo l'ultimo decreto del ministro Fazio dovrebbero essere prima o poi ristrutturati o comunque chiusi (348). Al di là del numero, va condiviso il concetto che in Italia i punti nascita sono assolutamente troppi e questo mal si correla con il concetto di sicurezza.

Immediatamente dopo il concetto di numerosità, c'è un collegamento, come il professor Di Renzo ha mostrato in maniera perfetta e che non posso che riconfermare, tra dimensione del punto nascita e frequenza del taglio cesareo. C'è anche un andamento regionale, da questo punto di vista, che non attribuirei unicamente ad una colpa dei professionisti. Talora il taglio cesareo è stata una scelta che poi è diventata quasi una moda, ma inizialmente tale incidenza era maggiore in strutture che funzionavano male e non potevano garantire l'apertura della sala operatoria in tempi rapidi. C'è quindi una quota di questi interventi che si giustifica con un problema organizzativo complessivo del punto nascita. La numerosità dei punti nascita, però, mette in evidenza un altro squilibrio. Nel grafico che ho elaborato viene rappresentato il rapporto fra punti nascita e centri di terapia intensiva neonatale, che è una rete che sta dietro al punto nascita ma che garantisce l'intervento in caso di emergenza. È evidente che c'è uno squilibrio e verosimilmente questo sarebbe ancora più grave se si potesse verificare il numero dei letti operativi, perché una cosa è definire una struttura «centro di terapia intensiva neonatale», altra cosa è valutare con attenzione cosa effettivamente fa e questo è un elemento cardine. La terapia intensiva neonatale e l'assistenza non sono tali solo in virtù della loro definizione, ma sulla base della loro operatività reale e concreta. Questo è un altro punto che contraddistingue il nostro Paese e si riflette anche sulla mortalità dei neonati di basso peso. Il grafico visibile in diapositiva mostra, oltre al numero delle terapie intensive coinvolte, un dato, che riprenderemo più avanti, del *network* neonatale italiano, tratto da circa 70 unità di terapia intensiva neonatale nel nostro Paese (si tratta

quindi di un dato credibile e rilevante), dove si vede che c'è un gradiente di mortalità nei bambini di basso peso, che va dal Nord al Sud. Richiamerei la vostra attenzione soprattutto sulla riga azzurra nel grafico, che rappresenta la media nazionale, e sulla riga superiore viola che invece è la media di questo *data base* mondiale che coinvolge circa 45.000 neonati sotto il chilo e mezzo all'anno e dove vediamo che le parti più efficienti del nostro Paese stanno abbondantemente sotto questa media, mentre le parti meno efficienti hanno bisogno di lavorare ancora.

Vorrei poi esaminare attentamente con voi un altro grafico, che è la visualizzazione di quanto il professor Di Renzo ha detto prima. Il grafico mette a confronto il numero di parti in relazione all'ora di nascita, su un periodo di un anno, fra una struttura che fa il 40 per cento di parti con taglio cesareo ed un'unità operativa che fa circa il 18 per cento di parti con taglio cesareo. La riga di colore rosso rappresenta il numero di parti per ora che è la somma dei tagli cesarei e dei parti vaginali. Si può osservare che dove il tasso di cesarizzazione è basso, i parti avvengono grossomodo in maniera abbastanza costante nell'arco delle 24 ore. C'è un picco di tagli cesarei circa a metà mattina, che induce poi un aumento dei parti totali, considerando che i dati si riferiscono ad un centro che fa circa 2.500 parti ed è collegato ad una terapia intensiva neonatale e quindi concentra gravidanze a rischio.

Nel grafico che si riferisce all'andamento di una struttura più piccola, non collegata ad una terapia intensiva neonatale, che fa circa 1.000 parti all'anno, si può osservare che i parti sono tutti concentrati nella seconda parte del pomeriggio o da mezzogiorno in poi, per esigenze organizzative. Uno strumento fantastico per vedere quali sono le unità operative che medicalizzano il parto rispetto a quelle che non lo medicalizzano è quello di osservare l'ora del parto (facilmente recuperabile dalla scheda di dimissioni ospedaliera), che diventa un elemento concreto su cui impiantare un'indagine conoscitiva. Un altro elemento è che la concentrazione di parti in alcune ore della giornata implica che in queste ore il rischio, legato al carico di lavoro di ogni singolo operatore, aumenta per la donna e per il bambino. Questo è un altro elemento che va contro la sicurezza. L'aver utilizzato con grande frequenza il taglio cesareo ha evidenziato negli ultimi 15 anni una nuova patologia. In ambito neonatologico il termine *late-preterm* (o prematurità tardiva, che è una contraddizione in termini) prima non esisteva proprio. Ci si è resi conto che l'utilizzo di mezzi artificiosi per far nascere i bambini su altre indicazioni che non siano il segnale biologico dell'unità materno-fetale che è pronta al parto, ha indotto una serie di patologie a livello respiratorio e le necessità di intubare i pazienti, di procurare assistenza respiratoria e di utilizzare il surfattante. Senza entrare nei dettagli, vi posso garantire – esiste ampia letteratura su questo – che i quadri peggiori di insufficienza respiratoria (anche se non i più frequenti) si hanno in bambini la cui nascita è stata indotta al di fuori del travaglio con taglio cesareo. Questo comporta, anche problemi neurologici a distanza e problemi di tipo metabolico. Ciò significa che il

parto con taglio cesareo, in assenza di indicazione materna o fetale, è un rischio aggiuntivo importante per il neonato.

A mio parere, però, negli ultimi mesi sono nati due o tre strumenti importanti. Il primo è il decreto del ministro Fazio sui punti nascita, che contiene almeno un elemento assolutamente fondamentale: la decisione, propria di un Paese avanzato e non di un Paese del terzo mondo, di cominciare a puntare su punti nascita su due livelli. Questo è un aspetto fondamentale. C'è però una raccomandazione: bisogna puntare sul concetto di sicurezza e qualità e non sul concetto numerico. Infatti, se puntassimo soltanto sul concetto numerico (che è un modo facile di misurare alcune cose), assisteremmo a una rincorsa al più elevato numero di parti e ciò sarebbe veramente drammatico per donne e bambini. Vanno quindi trovati altri indicatori che puntino sulla sicurezza. Prima ne ho dato un esempio con la definizione della distribuzione oraria della nascita.

C'è un altro elemento che aggiungo. Ormai nel mondo professionale – sia quello di competenza neonatologica, che quello di competenza ostetrica – è passato ed è percepito come fondamentale il messaggio che o ci riorganizziamo, recuperando e riducendo i punti nascita, oppure affondiamo tutti. Infatti, sta passando il seguente concetto: se è vero che il nostro obiettivo è il paziente – il neonato o la donna – e se è vero che abbiamo una quantità enorme di conoscenze scientifiche, allora dobbiamo curare quel meccanismo che mette insieme le conoscenze scientifiche e le fa arrivare al paziente nel modo e nel momento appropriati. In caso contrario, tutta la nostra cultura non serve. Un passaggio obbligato nel nostro Paese è la riduzione dei punti nascita. A mio parere (ma non solo secondo me), il mondo professionale è pronto a sostenere questo tipo di sforzo. Vi è un esempio incredibilmente importante nel Portogallo: intorno agli anni Novanta questo Paese ha fatto una riforma sanitaria rilevante ed è passato da un sistema a tre livelli a un sistema a due livelli. Ci sono stati una spinta economica fortissima e un'occasione importante nel mondo professionale persa (ricordo che c'era da giocarsi tutta la questione relativa al Trattato di Maastricht). Il Portogallo è grande come la Lombardia – stiamo parlando di circa 10 milioni di abitanti – ed è chiaro che è un esempio che va preso con cautela. I risultati sono però stati straordinari: nel giro di vent'anni la mortalità dei bambini nel primo anno è scesa dall'11 al 4 per mille. Se guardate la classifica, potrete osservare che è riportato un dato preso da una rivista americana del 2008 (si tratta dell'ultimo dato noto in questo senso) riguardante l'elenco di tutti i Paesi che hanno una mortalità infantile migliore di quella degli Stati Uniti. Come vedete, gli Stati Uniti sono l'ultimo Paese e poi, a salire, sono riportati gli esempi migliori. L'Italia non si classifica male: si trova vicino alla Spagna, alla Francia e alla Germania. Il Portogallo, però, è migliore e non si distingue per applicare tecnologie particolarmente aggressive o avanzate: quel Paese ha diminuito gli incidenti dovuti a ridotta esperienza e a tecnologia assolutamente obsoleta, come frequentemente si trova nei punti nascita più piccoli.

Esiste un problema: come facciamo a mettere insieme la necessità di esperienze accettabili e di *skills* con la necessità, talora fisica, di garantire piccoli punti nascita? Rifacendomi alla mia zona, constato che ci sono punti nascita in mezzo alle montagne e più vicini all'Austria che a Milano, rispetto alla quale la distanza si misura veramente in alcune centinaia di chilometri. Il problema, pertanto, non è il numero, ma l'esperienza. Un'ipotesi di lavoro potrebbe essere quella di garantire per i punti nascita più piccoli il mantenimento delle esperienze attraverso la rotazione del personale. Ciò potrà non essere gradito a tutti, ma se si vuole mantenere l'esperienza anche in punti periferici questa è l'unica strada percorribile. Ricordo che sul piano medico-legale oggi per un neonato asfittico – non voglio sembrare cinico perché non lo sono, ma voglio darvi l'idea – il rimborso è intorno ai 4-4,5 milioni di euro. Quindi, ci si rende conto che, al di là dell'aspetto morale ed etico, si tratta di un costo assolutamente sostenibile quello connesso alla possibilità che un mese all'anno, a rotazione, un'*equipe* – parlo di ostetriche, medici e neonatologi – si rechi a lavorare in punti nascita più grandi per mantenere le abilità. Questo non è un meccanismo di eutanasia dei piccoli ospedali – e neanche di apoptosi, di morte programmata – bensì una necessaria metamorfosi: in caso contrario, saranno gli stessi utenti che non andranno più in quegli ospedali, accettando però il rischio legato a un percorso eccessivamente lungo che ci fa ricadere nella problematica di avere qualche cosa che non funziona.

Vorrei fare due considerazioni sulla terapia intensiva neonatale, perché questa è la rete che recupera gli elementi che non hanno funzionato. Cito i dati del *Network* neonatale italiano, che esiste nel nostro Paese da circa dieci anni e che raggruppa oggi circa 90 terapie intensive italiane. Il *Network* si occupa di bambini di basso peso e raggruppa circa il 75-80 per cento delle terapie intensive neonatali. Vorrei anzitutto sottolineare che le nostre dimensioni non sono così drammaticamente inferiori rispetto alla dimensione media delle unità operative (il grafico che vi sto proponendo illustra quello che si registra nel mondo). Nel complesso, la mortalità nel Paese non è drammatica, però la situazione cambia facendo delle analisi Regione per Regione. Quello che voglio dire è che il sistema nel suo complesso funziona e non deve essere scardinato, ma ha bisogno di essere messo a punto e migliorato. Siamo orgogliosi che la numerosità delle donne che escono allattando al seno dopo un ricovero in terapia intensiva con il loro neonato è decisamente buona se la confrontiamo con il resto del mondo. Ciò vuol dire che l'attenzione alla costruzione del rapporto madre-neonato è passata nella nostra cultura. Queste sono le unità operative che fanno parte di questa rete.

In conclusione, per migliorare la qualità *hic et nunc* non si può attendere che si realizzi la riorganizzazione dell'assistenza da due a tre livelli, un passaggio assolutamente auspicabile ma che non è immaginabile avvenga nei prossimi sei mesi. Basterebbero due impegni, come la letteratura ci indica. Bisognerebbe innanzitutto lavorare nell'ottica della continuità all'interno del punto nascita: per usare un paragone anatomico, il pe-

rineo non deve diventare una barriera tra il mondo ostetrico e il mondo neonatologico e pediatrico, ma deve diventare uno strumento di passaggio e quindi bisogna fare in modo che nel punto nascita le *èquipe* lavorino in maniera il più possibile coordinata e questa è la prima raccomandazione che fa il *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* inglese. Il secondo impegno è quello di utilizzare un substrato documentale che è la cartella unica. Questi due obiettivi sarebbero facilmente raggiungibili, in quanto, pur rappresentando un cambiamento culturale importante, non hanno costi improponibili e verosimilmente potrebbero essere strumenti importanti di miglioramento.

Per quanto riguarda poi il concetto di libera scelta della donna, questo va sostenuto e difeso, ma va costruito nel tempo: non si può immaginare che la libera scelta venga esercitata nell'ultima mezz'ora prima del parto, in quanto non ci sono le condizioni, essendosi già instaurata, se mal indirizzata, un'alleanza importante con un curante che ha altri interessi che non sempre sono quelli di garantire il rispetto della biologia. La libera scelta va quindi costruita passando attraverso le scuole, attraverso l'*empowerment* dei corsi pre-parto e attraverso la demedicalizzazione della gravidanza. Penso che ci sia uno spazio importante per passare da un'indagine conoscitiva, che sarebbe uno strumento incredibile, ad un sistema di monitoraggio che sarebbe uno strumento ancora più incredibile, costruendo in maniera sistematica ed organizzata un'alleanza forte con le società scientifiche e con il mondo dei decisori, passando attraverso i meccanismi di misura e certificazione, che sono quelli che, a mio modesto giudizio, consentono di passare dal desiderio e dall'intenzione alla realizzazione concreta di qualcosa che poi sia effettivamente misurabile e monitorizzabile. Vi ringrazio dell'attenzione.

PRESIDENTE. La ringrazio, professor Zanini. Ricordo ai colleghi che gli impegni di questa Commissione ci impongono di terminare l'audizione alle 15.30. Invito quindi a porre domande succinte cui i nostri ospiti potranno rispondere immediatamente, se ve ne sarà il tempo, o in un secondo momento con documenti scritti.

COSENTINO (PD). Ho apprezzato moltissimo la sua relazione, che credo sia molto utile anche alla riflessione della nostra Commissione. Lei ha fatto rapidamente cenno al fatto che il puro dato quantitativo non è un buon indicatore di qualità e vorrei che me ne spiegasse meglio il motivo. In effetti, almeno ad oggi e sulla base di elementi di valutazione generale, è certamente, sia pure pur grossolanamente, vero che il dato quantitativo indica approssimativamente ma con sufficiente sicurezza un elemento che può guidare la programmazione regionale nella riorganizzazione della rete dei punti nascita. Infatti, dovendo decidere fra le varie ipotesi, quello è certamente un elemento di cui oggi si tiene conto.

Vorrei quindi capire quali sono le riflessioni che esistono in letteratura o comunque nella sua personale esperienza che l'hanno spinto a riflettere su questo parametro.

BIONDELLI (*PD*). Vorrei rivolgere alcune domande al professor Di Renzo, che ringrazio per il suo contributo. È vero che non interessa tanto il numero dei tagli cesarei effettuati, quanto la loro appropriatezza, ma è anche vero che in alcune Regioni, a macchia di leopardo, questa estate si sono verificati gravi fatti di cronaca che hanno visto la morte di alcune madri decedute proprio per parto cesareo. Se lei ricorda, però, proprio in Sicilia l'assessore alla sanità emanò molto velocemente una circolare nel mese di luglio volta a diminuire questa non appropriatezza dei parti cesarei. Vi erano DRG che effettuavano il parto cesareo ed avevano una maggiore remunerazione e DRG che effettuavano il parto naturale e ne avevano una inferiore. Vi è quindi il dubbio che questo tipo di intervento sia anche talvolta utilizzato dai medici in modo inappropriato. Sarebbe opportuno chiarire se dietro alla preferenza per questa modalità non vi sia anche questo tipo di speculazione, perché se ad un assessore viene in mente di diramare una circolare così velocemente, in una notte, in cui si stabilisce che in Sicilia ai parti cesarei e a quelli vaginali si applica lo stesso tariffario, vuol dire che qualche anomalia c'era.

Credo anche, come rilevava il professor Zanini, che bisognerebbe promuovere una campagna di informazione rivolta alle donne, perché non si può indicare ad una donna un'opzione o portarla a conoscenza di una situazione all'ultimo momento, ma andrebbe fatto tutto un percorso. Penso però che il parto indolore sia sicuramente da promuovere in Italia in modo molto più forte, perché il nostro Paese è veramente il fanalino di coda sotto questo aspetto e penso che soprattutto le giovani donne un po' di paura del parto ce l'abbiano.

PRESIDENTE. Ho apprezzato molto che entrambi gli auditi abbiano fissato il concetto che non c'è un obiettivo numerico, ma un obiettivo di sicurezza. Il dato numerico, quindi, va valutato in relazione alle circostanze e alle situazioni. Questo è collegato all'assioma, da sempre valido, che non esiste la definizione di un parto a basso rischio se non dopo che esso è avvenuto, perché la situazione si può complicare fino all'ultimo momento.

Sulla base dei dati presentati, il professor Zanini ha sostenuto l'opportunità di programmare, sia per l'assistenza ostetrica che pediatrico-neonatalogica, soltanto due livelli, eliminando il terzo, come peraltro era nel progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000. Mi chiedo però se non sarebbe più utile mantenere invece un livello unico, nel quale sia possibile garantire tutte le sicurezze perché quel tasso, per così dire, di possibile sbilanciamento nella prudenza avviene nel limite in cui tutti gli strumenti per intervenire, ad esempio per la rianimazione, siano pronti e disponibili. Credo sarebbe importante giungere a questa definizione.

Al professor Di Renzo, che ha portato dei dati che credo in seguito potranno essere sviluppati (se non può farlo adesso, l'importante è che li faccia pervenire alla Commissione anche in un secondo momento), vorrei chiedere chiarimenti in merito al fatto che, ad esempio, alcune nazioni,

come l'Olanda, che avevano impostato la loro assistenza al parto a basso rischio (parto domiciliare), abbiano poi fatto marcia indietro sul problema dei costi. La cosa andrebbe riaffermata, perché il Parlamento viene attraversato da proposte diverse sulle quali bisognerebbe dire una parola importante.

Lei ha anche ricordato, attraverso il riferimento al professor Robson, il caso dell'Irlanda, che credo sia stato il primo esempio importante, già molto tempo fa, di grosse concentrazioni di neonati. Una volta, però, il ricorso al taglio cesareo era centellinato, a mio parere oltre le possibili indicazioni, anche quelle della scala di Robson, e questo determinava un tasso di mortalità perinatale ben più grave del nostro. Vorrei avere qualche dato in tal senso.

Infine, è chiaro che abbiamo tenuto in assoluta considerazione le proposte che avete avanzato, ma mi permetto di fare un'altra osservazione. La senatrice Biondelli ha parlato di un problema di possibile aumento di cesarei in relazione alla diversa retribuzione e credo sottintendesse anche in relazione al contenzioso medico-legale. Mi permetto di accennare anche un altro problema relativo alla catena gerarchica, che nell'ambito di un rapporto personale diretto medico-paziente si configura chiaramente in un certo modo, ma laddove si svolge un lavoro di *equipe* non sempre è evidenziata come dovrebbe. Temo che questo sia un altro degli elementi che complicano numericamente i tagli cesarei o le vicende in relazione alle quali siamo finiti sulla stampa.

FOSSON (*UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-Io Sud-MRE*). Ringrazio i due esperti che sono intervenuti. Anche io ho dei dubbi sulla riduzione dei punti nascita non basandosi solo sul fattore numerico, perché questo è un fattore obiettivo. C'è il discorso della sicurezza e sappiamo come si sviluppano questi discorsi.

In secondo luogo, anche il Presidente ha parlato del tema del contenzioso. Vorrei sapere quanto i contenziosi e le questioni medico-legali influiscono sulla percentuale dei tagli cesarei. In Valle d'Aosta, dove ho svolto le funzioni di assessore, vi è un solo punto nascita e ricordo che, dopo un contenzioso importante per un parto vaginale con delle conseguenze che hanno coinvolto il figlio del pubblico ministero della procura del luogo, il numero dei tagli cesarei si è alzato in modo significativo.

Infine, faccio presente che molte donne che risiedono in Valle d'Aosta vanno a partorire a Monza, il cui ospedale è uno di quelli a più basso indice di tagli cesarei. C'è però anche da considerare che dopo un parto vaginale molto lungo, quando alla fine il bambino è già in fase di espulsione e bisogna applicare una ventosa, nessuno dei giovani ginecologi è in grado di farlo e bisogna cercare un vecchio ginecologo con più esperienza.

DI RENZO. Quanto alla speculazione sui DRG, la vedo più facile forse a livello di case di cura private e convenzionate, perché in quel caso c'è un guadagno notevole di un migliaio di euro almeno come differenza tra parto cesareo e parto vaginale. Sicuramente c'è un pò di spere-

quazione tra case di cura private e ospedali in relazione alla speculazione sui tagli cesarei. È chiaro che essa riguarda in parte anche gli ospedali pubblici, però è più appannaggio di quelli privati.

Non ho accennato al parto indolore, perché credo sia estremamente importante valutare ciò nell'ambito della scelta della donna di andare incontro al taglio cesareo perché non ci sono garanzie che il suo dolore venga protetto o quanto meno considerato (alle volte, infatti, non è neanche considerato e messo in conto in alcuni ospedali). Credo che questo aspetto sia estremamente importante. Gli ulteriori elementi da considerare sono due: in primo luogo, vi è il fatto di avere un sistema che classifichi i tagli cesarei in maniera molto obiettiva, senza i grossi *bias* che verrebbero da statistiche che sicuramente sono artefatte (vi è infatti un *mix* di elementi che altera le cose: la medicina difensivistica, oppure l'«opportunità» della paziente o del medico). Come accennava il Presidente, qui il contenzioso si creerebbe, perché se noi abbiamo ospedali che praticano tantissimi tagli cesarei a fronte di un'alta presenza di gestanti assolutamente normali, allora è evidente che lì si fa molta medicina difensivistica. Ho già fatto l'esempio dell'Emilia Romagna, che ha una percentuale di tagli cesarei intorno al 30 per cento. Per quanto riguarda la classificazione di Robson, che nasce da un'esperienza irlandese traslabile molto bene a tutti i Paesi europei, la questione è mantenere un basso tasso di tagli cesarei con una mortalità perinatale che rimanga ai migliori livelli europei. Come ho già detto, sono convinto non dobbiamo più ragionare domandandoci se i tagli cesarei sono troppi o troppo pochi. Infatti, in alcuni casi i tagli cesarei sono a volte troppo pochi perché c'è chi vuole a tutti i costi dimostrare di ridurli. Penso, ad esempio, alla vicenda cui si è fatto prima riferimento: in Sicilia l'assessore ha invitato con una circolare a diminuire i tagli cesarei e il giorno dopo, a Messina, un primario si è rifiutato di fare un taglio cesareo ad una partoriente e è stato poi messo sotto processo perché il bambino non è «nato bene». Il medico ha ritenuto di far nascere il bambino con parto vaginale perché a suo giudizio non vi erano indicazioni al cesareo. Ripeto, quindi, che bisogna stare attenti anche quando la percentuale risulta troppo bassa. Ad esempio, la statistica proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che fa riferimento al dato del 15-20 per cento come tetto per i cesarei è assurda al giorno d'oggi e non riguarda certo noi. Il progresso medico fa aumentare i rischi della maternità al pari dell'età della donna e delle problematiche connesse alla procreazione assistita. È quindi inevitabile che la percentuale di tagli cesarei aumenti, però ripeto, un conto è praticare l'intervento sulla persona giusta, secondo il principio di appropriatezza, un altro è farlo per mille altri motivi. Credo con ciò di aver dato risposta alle vostre richieste di chiarimenti.

ZANINI. C'è una domanda che non mi è stata posta, ma che credo debba essere affrontata. Il taglio cesareo costa molto meno di un parto vaginale, in quanto nel cesareo sono io che governo i tempi, mentre per il parto vaginale bisogna avere un'organizzazione con turnazione H24, sem-

pre pronta a partire. Il vero nodo della questione è che il parto cesareo è tre volte più economico di quello vaginale e ciò può essere facilmente dimostrato analizzando un minimo di organizzazione ospedaliera. Questo è un punto di vista che va assolutamente considerato. Non si tratta dei 1.000 euro in più. Ripeto: il taglio cesareo è spaventosamente più economico perché ne governo i tempi. Una cosa è avere un turno con quattro ostetriche in turnazione H24, altra cosa è disporre di quattro ostetriche al mattino e un'infermiera.

BOSONE (PD). È più remunerato ma costa meno.

ZANINI. Certo, ma il vero *business* non è la remunerazione, quanto il costo spaventosamente inferiore del modello organizzativo.

L'obiettivo è la sicurezza e il numero è uno strumento, un *proxy*. Voglio sottolineare che se il concetto di sicurezza è collegato unicamente al numero, allora gli ospedali che sono vicini ai 1.000 parti (ma che non ci arrivano e si sentono per questo prossimi alla chiusura) sono ospedali che massacrano le persone. È per questo che dicevo che non si può certo rinunciare al concetto di numero, ma utilizzare solo quello come strumento di misura diventa pericoloso quando si è vicini al confine. È chiaro che c'è una correlazione tra abilità e numerosità, che la medicina moderna ci impone. Vorrei inoltre chiarire che il concetto di passaggio a due livelli è connesso al fatto che viene eliminato il primo livello: c'è quindi un secondo livello che è in grado di affrontare, sempre e comunque, l'emergenza, mentre quello che una volta era il terzo diventa, per una questione di numeri, il secondo livello, ma le capacità passano lì dentro. Anche in questo caso c'è un problema di numeri. Non si tratta di esperienze moltiplicabili, nel senso che possiamo anche prendere l'*equipe* più brava e con i neonatologi più esperti, ma se essi non hanno una numerosità minima di pazienti, nel giro di pochissimo tempo perdono le abilità. Questo vale per qualsiasi specialità ed è evidente in cardiocirurgia, dove le cose sono più facilmente misurabili. Anche in un ambito di neonatologia-ostetricia o altre specialità, dovremmo trovare il bilanciamento perfetto tra dimensioni e *skills* (abilità), perché oggi la medicina è potentissima, ma presuppone delle abilità che si basano sui numeri e sull'esperienza. Il medico che fa tutto non esiste più.

PRESIDENTE. Ringrazio gli auditi per il contributo fornito.

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

I lavori terminano alle ore 15,35.

