



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 10

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»

264^a seduta: martedì 28 giugno 2011

Presidenza del presidente TOMASSINI

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

* PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 12 e <i>passim</i>	ALLEGRA	Pag. 6, 13
BASSOLI (PD)	10, 15	* GILIBERTI	7, 14
GUSTAVINO (UDC-SVP-AUT:UV-MAIE- VN-MRE-PLI)	11	* MOSCA	3, 13
SACCOMANNO (PdL)	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: Coesione Nazionale-Io Sud: CN-Io Sud; 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, Partito Liberale Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI; 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 il professor Fabio Mosca, direttore Unità operativa di neonatologia e terapia intensiva neonatale dell'Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena – Fondazione IRCCS, il professor Eugenio Allegra, professore aggregato di ginecologia e ostetricia dell'Università degli Studi di Tor Vergata di Roma, in rappresentanza della Società italiana di medicina perinatale (SIMP), e il professor Paolo Giliberti, presidente della Società italiana neonatologia (SIN).

I lavori hanno inizio alle ore 15,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di esperti

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale: «Nascere sicuri», sospesa nella seduta del 14 giugno scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e del segnale audio e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È oggi prevista l'audizione del professor Fabio Mosca, direttore Unità operativa di neonatologia e terapia intensiva neonatale dell'Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena – Fondazione IRCCS, il professor Eugenio Allegra, vice *past president* della Società italiana di medicina perinatale (SIMP) e professore aggregato di ginecologia e ostetricia dell'Università degli Studi di Tor Vergata di Roma e il professor Paolo Giliberti, presidente della Società italiana neonatologia (SIN).

Cedo subito la parola al professor Fabio Mosca.

MOSCA. Signor Presidente, ringrazio per l'invito per noi molto prezioso perché discutere con il mondo della politica le problematiche tecniche è un'opportunità davvero unica.

Prima di parlare della prematurità, vorrei fare un quadro generale e rapido da cui emerge che ogni anno nascono in Italia circa 600.000 bambini. Il fenomeno della gravidanza però è più ampio perché a questo numero vanno associate le donne che iniziano una gravidanza e la interrompono, che sono altre 115.000.

In merito alla distribuzione dei punti nascita in Italia, dalla tabella si evince che dei circa 600 punti nascita, 358 hanno meno di 1.000 nati all'anno, un numero magico sotto il quale gli operatori non raggiungono gli *skill* che garantiscono la sicurezza. Se dovessimo pensare ad un primo intervento sarebbe quello – con tutte le dovute eccezioni legate alle zone disagiate – di addivenire gradualmente ad un miglioramento con la concentrazione dei parti in meno strutture. La diapositiva mostra le circa 160 strutture che non raggiungono i 500 parti. Se dovessimo rispettare quanto il recente accordo tra Stato e Regioni ha stabilito, le colonne gialla, rossa e verde dovrebbero ridursi fino a scomparire.

In Italia, come in tutto il mondo, si nasce con due modalità (parto spontaneo e taglio cesareo) che sono influenzate da tutta una serie di fenomeni. Il parto, se fosse solo un evento biologico, dovrebbe essere uguale in tutte le Regioni italiane, invece nella presentazione potete notare come le percentuali dei cesarei sia più alta in Campania e Sicilia e più bassa in altre Regioni. C'è un'evidente differenza nel tasso dei cesarei che non ha motivi scientifici. Un motivo lo si ravvisa da questa diapositiva che ci fa vedere una prima differenza: le strutture pubbliche fanno cesarei per il 34 per cento, diversamente da quanto avviene nelle private accreditate e in quelle non accreditate, dove la percentuale di cesarei è rispettivamente del 61 e del 75 per cento. Non è una scelta sanitaria.

Un altro aspetto che è la conseguenza di quello che dicevamo prima è che le strutture più piccole con 500 nati fanno più cesarei delle strutture più grandi. Questi sono elementi di politica sanitaria che ci devono portare a compiere delle scelte, anche perché il cesareo inappropriato è correlato ad una serie di rischi per la mamma, ma anche per il neonato. Ne cito solo uno: un bambino che nasce a 37 settimane con taglio cesareo corre un rischio di avere una patologia respiratoria, che lo porta ad essere ricoverato in terapia intensiva neonatale, quattro volte maggiore rispetto al caso in cui nascesse per vie naturali.

Questo è il quadro generale in cui rientra il fenomeno della prematurità. A nascere prima delle 37^a settimana è circa l'8-10 per cento dei bambini che, in termini assoluti, significa circa 50.000 neonati all'anno. Di questi, circa il 9 per cento nasce con un peso inferiore a 1.500 grammi, soglia al di sotto della quale si parla di neonati altamente prematuri. Il dato è di 5.500 neonati così piccoli. I neonati che pesano meno di 2.500 grammi costituiscono circa il 7 per cento di tutti i nati. Secondo i Certificati di assistenza al parto (CEDAP) i neonati che nascono a termine sono il 93 per cento; le fasce rosse e blu della *slide* mostrano invece gli estremi della prematurità e quella viola della *post*-maturità.

Tutto questo serve a dire che, se misuriamo l'importante dato della sopravvivenza in anni di vita – lo fa per noi la letteratura scientifica internazionale –, l'Italia globalmente ha un tasso di mortalità nel primo anno di vita del 3,6 per mille, che è un dato ottimo che ci pone in un contesto di eccellenza. Da questo punto di vista le cose non vanno male, però non bisogna accontentarsi: c'è chi fa meglio ed è possibile far meglio, anche se già globalmente l'Italia, ha dati di mortalità per bambini sotto il chilo e mezzo migliori ri-

spetto alla media internazionale. Da qui si evidenzia che la Lombardia è meglio dell'Italia (di questo parlerà approfonditamente il professor Giliberti) e che l'Italia è a macchia di leopardo. Globalmente non andiamo male, ma il Nord va meglio del Centro e il Centro va molto meglio del Sud, quindi, dobbiamo pensare a interventi mirati in queste Regioni che portino a recuperare rispetto alle Regioni del Nord.

Quando nasce un bambino di 24 settimane, per assistere un bambino ai limiti della sopravvivenza (vi mostro un filmato che è più esplicativo) servono organizzazione, cultura, conoscenze, formazione, attrezzature e un contesto che non è possibile replicare in 600 punti nascita. Serve, pertanto, una politica di centralizzazione delle nascite per far in modo che le gravidanze a rischio vengano seguite in posti che siano in grado di garantire un'adeguata assistenza, perché i primi due o tre minuti di vita di questi bambini sono quelli che determinano la prognosi a distanza.

La sopravvivenza ad età gestazionali basse è buona: a 25 settimane sopravvive il 75 per cento dei bambini. Con un percorso complesso, sotto il chilo e mezzo, la metà di questi bambini ha complicanze acute durante la degenza e servono reparti capaci di curare bene tutte le complicanze acute. Spesso si tratta, inoltre, di bambini che hanno necessità chirurgiche: sotto i 750 grammi il 40 per cento di questi neonati va dal chirurgo. Servono, pertanto, posti dove c'è la chirurgia pediatrica e serve monitorare l'*outcome* di questi neonati dal punto di vista motorio, cognitivo e comportamentale.

Non scendiamo oggi nel dettaglio dei problemi maggiori e minori, ma vi riporto solo un dato interessante che va nell'ottica di un miglioramento globale: se osserviamo l'andamento degli *handicap* a distanza tra il 2003 e il 2007, si evince una forte discesa. Non stiamo migliorando la capacità di far sopravvivere questi neonati – ormai siamo arrivati al *plafond* – ma stiamo migliorando la capacità di farli vivere meglio. Questo è importante.

Se dovessi enumerare le aree d'intervento direi che innanzitutto bisogna migliorare l'assistenza in sala parto (le sale parto devono essere dotate non solo di attrezzature ma anche di medici e infermieri formati) e l'organizzazione ostetrico-neonatologica. È il discorso della distribuzione dei parti, della definizione dei livelli di cura e della creazione di una rete assistenziale connessa.

Bisogna applicare poi quanto è stato così ben scritto nell'Accordo Stato-Regioni, cioè stabilire un primo e un secondo livello di cure, avere un'equivalenza tra il livello ostetrico e quello neonatologico e dotare davvero i centri ostetrici e neonatali dei requisiti organizzativi previsti. Abbiamo già documenti e leggi ben fatte, però dobbiamo applicarle e bisogna effettuare molti investimenti in questo senso.

Concludendo, a sostegno dell'idea di concentrare i punti nascita che gestiscono il neonato critico in pochi grandi centri e ben attrezzati, ricordo che secondo la letteratura scientifica i migliori dati sulla sopravvivenza si hanno nei grandi centri piuttosto che nei piccoli. Bisogna migliorare gli aspetti strutturali delle terapie intensive, che oggi in Italia troppo spesso non sono ancora adeguate, per arrivare, come ormai stanno facendo in America, a creare terapie intensive basate sulla *single room* e non sull'*open space*, per

dare ai genitori la possibilità di stare insieme al loro bambino, per rispettare la loro *privacy* (così sarà la terapia intensiva del policlinico Mangiagalli) e per migliorare l'assistenza infermieristica. Questi neonati vivono se ci sono bravi infermieri; pertanto, bisogna tutelare il corso di laurea di infermiere pediatrico che ogni anno si vorrebbe abolire, mentre rappresenta un valore estremamente importante. Le terapie intensive vanno implementate dal punto di vista tecnologico ed informatizzate. È inoltre necessario un trasporto neonatale d'emergenza adeguato, perché purtroppo non tutte le Regioni lo garantiscono.

Da ultimo, vi segnalo che sarebbe davvero necessario codificare nell'ordinamento nazionale l'esigenza che questi neonati che sopravvivono siano seguiti da servizi di *follow up* strutturati in cui vengano stabiliti gli intervalli e le tecniche con cui sono accuditi questi bambini, che non devono esser abbandonati a sé stessi una volta dimessi dai nostri reparti. Tutto ciò lo si fa con formazione, aggiornamento e ricerca.

È di ieri la notizia che il presidente della Federazione italiana medici pediatrici esprime parere favorevole a una non meglio definita proposta del Ministro competente di ridurre la durata del corso di studi di alcune specialità tra cui la pediatria. Crediamo che questo sia un grave errore. Se dobbiamo ricalibrare la specialità pediatrica considerando la complessità delle cure neonatologiche, dobbiamo eventualmente pensare ad un triennio per la pediatria di famiglia e a un altro triennio per le aree specialistiche; di certo non dobbiamo immaginare di ridurre il corso di formazione per un lavoro estremamente delicato e così sensibile.

PRESIDENTE. La ringrazio, professor Mosca. C'è grande partecipazione a questa esposizione che, nella sua sintesi, mi è sembrata esplorare ogni aspetto.

ALLEGRA. Signor Presidente, onorevoli senatrici e senatori, il collega ha già anticipato alcuni dati, ma io vorrei rilevare che sicuramente negli ultimi anni nei Paesi industrializzati la frequenza del ricorso alla tecnica chirurgica del taglio cesareo per la nascita è in forte aumento. L'Italia, infatti, è al primo posto in Europa in termini percentuali con una frequenza del 38 per cento raggiunta in 30 anni. Pensate che nel 1980 si era partiti da un semplice 11 per cento e che nel 1985 l'Organizzazione mondiale della sanità aveva raccomandato una frequenza di tagli cesarei non superiore al 15 per cento. In Europa, dove purtroppo siamo al primo posto seguiti dal Portogallo e da altre nazioni, esistono Paesi cosiddetti virtuosi come l'Olanda e la Slovenia, ma a tal proposito bisogna considerare anche una differente localizzazione geografica all'interno del continente.

Dal punto di vista regionale, la frequenza dei tagli cesarei è di gran lunga superiore in Campania, dove raggiunge valori pari al 62 per cento, mentre si attesta al 23 per cento nell'Italia settentrionale e in Regioni virtuose come il Friuli Venezia Giulia e in Provincia di Trento. Probabilmente la differente frequenza dei tagli cesarei va considerata però anche alla luce della disomogeneità della popolazione per la presenza di più immigrati nel

Centro-Sud rispetto ad una percentuale maggiore di popolazione autoctona nelle Regioni centrali.

Non dobbiamo inoltre dimenticare che negli Stati Uniti, Paese al quale sempre più spesso abbiamo fatto riferimento, l'incidenza del taglio cesareo è pari al 37-38 per cento, quindi si riscontrano valori tutto sommato sovrapponibili a quelli italiani. A tale proposito bisogna distinguere tra l'incidenza dei primi tagli cesarei e di quelli ripetuti; va cioè distinto il cesareo di elezione da quello a cui si ricorre in seguito a pregressi tagli cesarei o comunque a interventi chirurgici che abbiano riguardato una patologia uterina determinando la presenza di cicatrici, che, come sappiamo, sono punti di maggior debolezza.

In passato c'è sicuramente stato un abuso – se mi consente il termine – di ricorso al taglio cesareo, ma si è riscontrato anche un miglioramento per quanto riguarda la sopravvivenza dei neonati. D'altro canto, dobbiamo aspettarci, come già da oggi stiamo toccando con mano, un aumento dell'incidenza dei secondi tagli cesarei e di cesarei a seguito di interventi di correzione di difetti, come la fibromatosi uterina in età giovanile in donne che non hanno avuto figli e che quasi sicuramente hanno necessità di ricorrere a un taglio cesareo per effettuare il parto.

Non illustrerò le tecniche chirurgiche che sono più a rischio per la ricidività del taglio cesareo, anche se è un dato molto importante.

A mio parere l'azione del Governo dovrebbe promuovere interventi di sanità pubblica finalizzati al recupero dell'appropriatezza della pratica clinica perché, come troppo spesso si verifica per un difetto della relativa didattica o per una mancanza di quelle che un tempo erano considerate le vecchie scuole di tradizione ostetrica o ginecologica, potrebbe verificarsi un ricorso sempre più frequente al taglio cesareo. Ciò potrebbe avvenire anche per una sorta di cautela dal punto di vista medico-legale per l'aumentata incidenza del contenzioso a cui abbiamo assistito nel corso degli anni, come se si considerasse il taglio cesareo meno rischioso di un parto spontaneo, anche se la realtà è ben diversa. Il collega ha precedentemente portato alcuni esempi: il taglio cesareo è a tutti gli effetti un intervento chirurgico e ne presenta i rischi tipici.

A mio parere, bisogna informare maggiormente le donne per quanto riguarda la gravidanza, i rischi e i pericoli e le modalità del parto. Serve quindi un'informazione più capillare e corretta dal punto di vista didattico, affinché si possa garantire una partecipazione attiva alle scelte che spesso siamo costretti a prendere in sala parto per motivi legati a emergenze ostetriche.

GILIBERTI. Signor Presidente, molte delle cose che avevo in animo di dire sono state anticipate dal collega Mosca; mi devo, pertanto, ritagliare un piccolo spazio.

Il motivo alla base di questa iniziativa credo sia fondamentalmente il tasso di natalità, che in Italia è di 1,33 figli per donna in età fertile, espressione del cambiamento dei tempi, dell'ingresso poderoso della donna nel mondo del lavoro e non solo. Questo però comporta la necessità prioritaria di programmi che garantiscano efficacia e sicurezza nel percorso nascita

nel suo complesso. Ricordo, per inciso, che i Paesi a più grande sviluppo, di maggior cultura in questo senso e con un'entità di aumento della popolazione pari zero come i Paesi scandinavi, hanno sviluppato nel modo migliore un interesse verso il nato e il singolo individuo, che è proporzionalmente più alto quanto minore è la natalità.

Ci troviamo in questa situazione e – ricordando macroindicatori come la mortalità materna, neonatale e quella infantile in Italia – potremmo dire che non abbiamo problemi perché gli indici ci mettono in ottima luce a livello internazionale. Si pensi a quanto risultano arretrati gli Stati Uniti rispetto a noi su questo parametro. Non possiamo accettare però questo dato come tale per le enormi differenze che – come già è stato detto – esistono tra Nord, Centro e Sud del Paese, che penalizzano le Regioni meridionali in maniera drammatica. Per citare dei numeri: in Italia i centri nascita sono circa 560, ma il 65 per cento di questi ha un volume di attività inferiore ai 1.000 nati all'anno e soltanto il 35 per cento (potremmo discutere dal punto di vista scientifico questo limite di 1.000) dei centri nascita sarebbe adeguato allo scopo.

Se si osserva poi la percentuale dei centri con un numero di nati per anno inferiore a 500, si nota che essi rappresentano il 28 per cento nell'intero Paese. Se osserviamo poi Regioni come la Sicilia, la Campania, la Calabria e la Puglia, rileviamo che la maggior parte dei centri nascita hanno un numero di nati per anno inferiore ai 500, il che forse spiega il maggiore indice di mortalità neonatale di queste zone rispetto al soddisfacente valore medio e ai valori più bassi delle Regioni più illuminate.

Lo Stato sicuramente interviene. Nell'Accordo Stato-Regioni del dicembre 2010 c'è la grossa novità – esplicitata in maniera chiara – di procedere a una razionalizzazione e riduzione di tutti i centri nascita inferiori a 1.000 nati l'anno, assicurando l'abbinamento di pari complessità tra attività di tipo ostetrico e neonatologico. Sono anche previste eccezioni – che all'italiana non so come si manifesteranno – nell'accettare centri con volumi di attività minore ma mai sotto i 500 per particolari condizioni geografiche. Questo Accordo raggiunto a livello di Conferenza Stato-Regioni può considerarsi un grandissimo successo.

Il programma mi sembra ambizioso perché s'intende giungere a questo risultato entro un triennio. Mi auguro che tutto questo avvenga realmente perché alla base della scelta c'è l'idea di portare tutto il Paese a un modello ben determinato, che prevede un centro *hub* di grandi dimensioni, al quale siano collegati dei centri *spoke* di minori dimensioni, non solo dal punto di vista dell'erogazione dell'assistenza, ma anche della formazione e dell'educazione medica continua. A un centro *hub* devono corrispondere tanti centri *spoke* in base alle esigenze territoriali del settore e dell'area geografica considerata.

Un errore che si potrebbe commettere, ove mai raggiungessimo il traguardo dell'azzeramento di tutti i centri di piccole dimensioni, è quello di considerare il programma chiuso. Non può essere così perché, collegata a una scelta di questo tipo, c'è la necessità di garantire gli organici medico ed infermieristico necessari per l'efficienza del sistema. Mi riferisco alla for-

mazione a livello universitario, già carente dal punto di vista quantitativo e qualitativo dell'insegnamento della neonatologia, come avviene nel nostro Paese, e molto turbata dall'ipotesi di contrazione del corso di laurea.

C'è poi il grande problema dell'educazione medica continua perché siamo tutti convinti che si può apprendere una cosa ed essere dei grandi esperti, ma se non la si pratica continuamente la si dimentica. Il problema dell'educazione medica continua è reale e spero si vada sempre più verso forme di formazione ad alta simulazione, compito che deve essere gestito non dal singolo professionista, ma da un programma affidato a qualcuno che, per me, è il centro *hub* della determinata area territoriale, che deve assicurare la possibilità educativa a tutti i centri *spoke* di riferimento.

Pur se realizzassimo tutto questo in un determinato numero di anni, vi è l'altro fondamentale aspetto dell'attenzione sulla qualità e la sicurezza dei servizi che vogliamo offrire, che devono essere percepite e fatte proprie dall'utente, il quale deve essere messo nelle condizioni di scegliere di andare in un centro piuttosto che in un altro in base a dei parametri oggettivi e internazionalmente riconosciuti. La migliore definizione di qualità credo si rinvenga nella capacità dei servizi sanitari dedicati agli individui e alla popolazione di aumentare la probabilità di esiti desiderati di salute e di ridurre esiti indesiderati alla luce delle attuali conoscenze e delle risorse disponibili.

Dobbiamo fare nostri parole e concetti quali sicurezza, efficacia, efficienza, equità, centralità dei pazienti e delle loro famiglie e tempestività d'intervento. In questa linea la Società italiana di neonatologia si è mossa su base volontaristica, trovando grande consenso e grande armonia con la Società italiana dei medici *manager* e con la Società italiana di ginecologia e ostetricia, nell'immaginare la creazione di un gruppo multidisciplinare che, per essere tale, ha voluto fin dall'inizio coinvolgere tutte le sigle non solo mediche ma anche quelle di infermieri, ostetriche, associazioni di genitori, Cittadinanzattiva e di tutti coloro i quali sono interessati al percorso nascita e alla qualità e sicurezza dei centri nascita. Ne è nato un gruppo multidisciplinare che si è dato una metodologia tesa a individuare un insieme di *standard* condivisi dai professionisti che porti all'elaborazione e alla stesura di un manuale con l'esplicitazione degli *standard*, degli elementi misurabili e delle modalità di valutazione. Ciò al fine di diffondere la conoscenza di questi *standard* e fare formazione sugli stessi, per verificare la *compliance* tra *standard* e comportamenti attraverso un'autovalutazione sistematica.

In altri termini, lo scopo è quello di giungere a una verifica, con visita *on site*, della *compliance* del comportamento riscontrato in una singola unità al fine di arrivare a una certificazione del centro nascita. Ciò consentirebbe di giungere finalmente al biglietto da visita che ogni struttura dovrebbe essere in grado di presentare ai propri utenti per richiamarli verso se stessa. Speriamo di arrivare a una conclusione su questo argomento entro la fine dell'anno e di riuscire veramente a produrre il manuale che ha già ricevuto l'attenzione del Ministero della salute.

Siamo molto speranzosi che in questo percorso molto importante, che riteniamo debba esser compiuto dalla società scientifica, ci sia data la possibilità di rivestire il ruolo di garanti del processo, della certificazione. Siamo

confortati dal fatto che nella bozza del Piano sanitario 2011-2013 un articolo fa espressamente riferimento a questa modalità di collaborazione tra le istituzioni e la società scientifica.

Senza voler essere ripetitivo, sono necessarie altre considerazioni sul taglio cesareo. In Italia i parti effettuati con questa modalità sono il 39 per cento, record mondiale, in Campania sono il 61,96 per cento, record italiano. I motivi di questo andamento li abbiamo visti. È interessante notare che nelle strutture che raggiungono il tasso del 40 per cento, gli interventi di taglio cesareo sono distribuiti negli orari di lavoro, quindi c'è una concentrazione nelle ore diurne o pomeridiane; invece, in un centro dove i cesarei rappresentano meno del 18 per cento dei parti, tali interventi sono distribuiti nelle 24 ore. Ciò fa capire che è un problema non soltanto di natura medica ma anche di tipo organizzativo. Che questo fenomeno avvenga con estremizzata frequenza nelle strutture con pochi nati, al di sotto dei 500 annui, è abbastanza intuitivo. Al di là delle motivazioni sociali, individuali, economiche, si affaccia, anche se meno prepotentemente di quanto avviene negli Stati Uniti, la scelta della donna di partorire per cesareo come un problema maggiore anche nel nostro Paese.

Ritengo che il problema si risolva solo in un modo, ritornando al primo concetto, creando cioè in tutte le Regioni dei centri *hub* di dimensioni largamente al di là dei 1.000 nati all'anno che abbiamo individuato come limite. Soltanto attraverso le conoscenze esperienziali, infatti, si riesce a ridurre il fenomeno che deve riguardare in maniera prioritaria il cesareo nella prima gravidanza, perché è il momento in cui si condiziona la riproduzione della donna per tutta la sua vita. Il cesareo ha piccoli vantaggi, ma sicuramente grandi svantaggi per la madre e per il neonato. Il professor Mosca ha citato le problematiche respiratorie che interessano questi neonati in maniera preponderante rispetto alla frequenza con cui lo stesso fenomeno si riscontra nel neonato da taglio vaginale.

Credo di essere arrivato alla conclusione di quest'intervento e spero di essere utile ai lavori della Commissione.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, vorrei innanzi tutto fare i miei complimenti per l'iniziativa – cui ha fatto cenno il professor Giliberti – del gruppo multidisciplinare relativo alla certificazione dei punti nascita, che vede la partecipazione, oltre che della società scientifica, anche delle associazioni dei pazienti, come è sicuramente previsto nel Piano sanitario nazionale. Trattandosi di un sistema ancora da sperimentare nel nostro Paese, sarebbe utile acquisire maggiori elementi di conoscenza sul lavoro svolto da questo organismo, nonché sui risultati attesi e sulle difficoltà incontrate. Tale sistema potrebbe diventare utile nella definizione di un modello generalizzato sul territorio, e non solo in riferimento a questa specializzazione e a questo tipo di strutture.

Vorrei poi chiedere di acquisire, se possibile, maggiori elementi di conoscenza e di riflessione sulla problematica in esame. In questo modo si potrebbe favorire una migliore informazione verso le donne, vista la carenza di

conoscenza che oggi si riscontra non solo sulle modalità di parto (cesareo, naturale o indolore), ma anche sulla preparazione al parto.

Nel corso delle altre audizioni svolte è emerso anche come sia estremamente carente l'informazione per quanto concerne le strutture esistenti. Insisto nel dire che è più facile scegliere un albergo, perché ci si può regolare in base al numero di stelle, che una struttura ospedaliera o sanitaria adeguata alle proprie esigenze di cura. Pertanto, questo lavoro è benvenuto.

È inoltre emerso che vi è una carenza molto forte di informazione soprattutto nelle Regioni del Centro-Sud, ma che anche in quelle del Nord si riscontra ancora qualche difficoltà. Molte delle strutture che prima facevano informazione tra le donne, i consultori, infatti, sono estremamente carenti anche nel Nord del Paese e manca un'informazione mirata. Si può pensare ad un'informazione mirata rivolta alle donne, come d'altra parte l'Unione europea chiede anche per altre malattie? Ciò consentirebbe di rendere più appropriata la scelta del parto cesareo e le modalità con cui formarsi per compiere una scelta cosciente e responsabile nel momento in cui si decide la modalità con cui partorire.

Un'altra carenza che abbiamo denunciato spesso concerne la mancanza di attenzione al dolore del parto. Ancorché i livelli essenziali di assistenza (LEA) del 2008 – che non sono stati ancora approvati definitivamente – prevedano la possibilità di accedere all'anestesia epidurale o ad altri tipi di parto con sollievo dal dolore, purtroppo tale pratica non è sufficientemente diffusa. Vorrei quindi chiedere ai presenti un giudizio su questo aspetto che mi sembra molto importante.

Infine, l'accorpamento, in base all'accordo 16 dicembre 2010, delle strutture con meno di 1.000 parti l'anno mi sembra molto importante. Secondo il vostro parere quali difficoltà organizzative impediscono l'accorpamento dei punti nascita attraverso un sistema a rete? Posso immaginarne alcune: la mancanza di risorse e di volontà a procedere effettivamente alla riorganizzazione; le difficoltà anche dal punto di vista territoriale per un Paese che ha barriere fisiche molto rilevanti; un modello organizzativo di lavoro che non corrisponde all'esigenza di procedere ad accorpamenti prevedendo un sistema a rete sul territorio. Vorrei capire come è possibile superare queste difficoltà e sapere se ve ne sono anche altre che non sono riuscite a individuare.

GUSTAVINO (UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI). Signor Presidente, vorrei avere un piccolo scambio di opinioni su un tema che mi sta molto a cuore. Ho la sensazione che nel sistema sanitario del futuro – che ora facciamo molta difficoltà a immaginare essendo molto legati al presente – molte cose ci porteranno a dover ridiscutere anche l'organizzazione complessiva.

Dovremo fare molta attenzione ai temi della certificazione e del ruolo delle società scientifiche, come peraltro quello degli ordini perché questi potranno tradursi in un sistema innovativo di cui si ha bisogno. La certificazione delle strutture da parte delle società scientifiche è un punto di arrivo importantissimo e mi chiedo se possa essere prodromica alla certificazione

dei dirigenti di struttura complessa, come avviene in alcuni Paesi anglosassoni. In questo modo si potrebbe riportare il tema delle competenze al centro della vicenda sanitaria nel suo complesso.

Vorrei sapere inoltre se esiste una difficoltà oggettiva a elaborare cose di grande significato dal punto di vista tecnico, scientifico e organizzativo a causa del sistema ormai profondamente regionalizzato, che quasi non riconosce alcuna possibilità d'appello e impedisce l'uniforme applicazione delle buone pratiche.

PRESIDENTE. Ho trovato molto interessanti le relazioni. Il professor Mosca ha sottolineato un dato che mi ha sorpreso. Mi riferisco all'alto sviluppo di *stress* respiratori nelle gravidanze a termine e in particolare nei bambini che nascono a 37 settimane con taglio cesareo. Sappiamo che molte volte nel *timing* a 38 settimane viene offerto un dato sicuro. Questo è un fatto rilevante che pone con molta importanza il discorso che un cesareo, oltre ad essere una distorsione di un certo metodo di assistenza, se eseguito secondo regole di massima e non scientifiche può causare guai.

Mi sono meravigliato che nella sua esperienza e in quella riportata dagli altri ospiti non si sia accennato ai parti operativi vaginali o strumentali. L'ottica del professor Mosca mi piace molto perché si parla di parti spontanei e di parti cesarei. In realtà, il tasso di parti operativi vaginali si pone sempre come un elemento di *airbag* e di *fisarmonica*: laddove si può rischiare di più, si può fare qualche parto vaginale in più. Se si è molto preoccupati del modello organizzativo di assistenza, si guadagna a fare un cesareo in più. Mi sembra di ricordare che a nascere prima delle 37^a settimana è circa l'8-10 per cento dei bambini; tale tasso percentuale dipende da come ci si vuole comportare: se si parte dall'idea di ottimo auspicio di classificare i posti buoni che ancora non c'è, la linea guida deve partire da una realtà di fatto ed essere prudentiale rispetto al modello organizzativo.

Vi è un altro tema che questa Commissione ha trattato nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sull'emergenza ed urgenza e che riguarda il modello di trasporto neonatale, che è profondamente diverso da Regione a Regione. Conosco l'ottimo funzionamento del piano regionale Lombardia, vorrei sapere però se esiste un osservatorio sulla gestione a livello nazionale di questo tema e quanto esso incida sul discorso *hub* e *spoke* dei centri nascita.

Per quanto riguarda la specialità, mi richiamo a quanto ha detto il senatore Gustavino e su cui credo vi sia la condivisione di tutti. Mi riferisco alla necessità di una maggior autorevolezza delle società scientifiche nell'accreditamento dei propri specialisti. Condivido le parole del professor Mosca, ma ricordo che, purtroppo, non sarà questa ma la Commissione istruzione a decidere sul tema, a parte le dichiarazioni del Ministro. Ciò nondimeno, siccome quanto rilevato mi sembra puntuale, daremo risalto al tema nell'ambito della relazione che elaboreremo al termine di questa indagine conoscitiva.

Infine, il discorso della classificazione è condivisibile, ma ad esso bisogna collegare la questione del *follow up* dei neonati.

MOSCA. Signor Presidente, tornando ai cesarei e al rischio per il neonato, il rischio respiratorio è alto a 37 e 38 settimane. Se non c'è un motivo per il cesareo, questo non andrebbe fatto prima di questa età gestazionale. È un dato dimostrato, ma non c'è solo questo; ci sono anche altre patologie che riguardano il neonato.

Credevo siano emersi elementi che vorrei sottolineare. La certificazione è estremamente importante e deve andare di pari passo con l'altro tema importante che è stato richiamato. Abbiamo uno strumento forte che ha definito molto bene alcuni aspetti: l'Accordo Stato-Regioni. Oggi quel documento deve essere declinato; il passo successivo reputo debba essere quello di chiedersi, a livello italiano, come sono oggi i nostri reparti di ostetricia e ginecologia e i nostri reparti di neonatologia rispetto a quello che dovrebbero essere alla luce dell'Accordo Stato-Regioni. Credevo che la società scientifica debba essere un *partner* importante della politica e debba dire alla politica come vedrebbe la raccolta dei dati per rappresentare la situazione attuale. Su questo stiamo già lavorando e lo stiamo facendo come Società italiana di neonatologia in almeno tre Regioni italiane. Abbiamo predisposto un questionario per la parte neonatale, per quella ostetrica, per i centri *hub* e *spoke*, per fare la fotografia che è indispensabile: se viene definito uno *standard*, si deve determinare lo stato attuale; dopodiché la politica deve declinare i cambiamenti.

L'osservazione sulla regionalizzazione che crea difficoltà certamente può essere vera, ma crea dei vantaggi e degli svantaggi. Credevo però che la non conoscenza della situazione sia comune a tutte le Regioni. Oggi non conosciamo bene il numero di nati prematuramente, i servizi di *follow up*, i centri dei vari livelli. Dobbiamo fare la fotografia prima di intervenire. Non conosciamo i posti dove viene fatta l'anestesia per togliere il dolore durante la gravidanza. Ci manca la conoscenza della situazione: abbiamo stabilito le regole; adesso facciamo la fotografia; poi stabiliremo i criteri per certificare. A quel punto, potremo intimare ai punti nascita certificati come primo o secondo livello di ottemperare a certi indicatori. La società scientifica è pronta e ha scritto. A questo punto ci sarà una regola stabilita dalla politica, una fotografia che il mondo scientifico definisce con la politica e una valutazione migliorativa sul campo, con un percorso di qualità che la politica fa con la società scientifica. Vedrei un'operazione di questo tipo. Su questo siamo molto disponibili.

ALLEGRA. Signor Presidente, lei ha sollevato un quesito molto interessante in relazione ai parti operativi per via vaginale. Purtroppo sono poco considerati, ma a mio avviso ciò è dovuto ad un motivo molto semplice. Torno al concetto a cui avevo appena accennato nell'introduzione: c'è un problema di formazione del personale sanitario, dei medici, quindi delle scuole di specializzazione, e contemporaneamente di strutture, che peraltro ci sono, in quanto le sale parto sono organizzate in tal senso. Il problema è che il parto operativo per via vaginale è considerato più rischioso – ed effettivamente lo è – perché esula dalla fisiologia, ma questo concetto è legato al funzionamento normale del parto e agli ostacoli, ai pericoli e alle complicanze legate ad esso anche nella fase successiva.

Troppo spesso questo non è ben chiaro a tanti colleghi che pertanto preferiscono ricorrere al taglio cesareo, che è meno rischioso dal punto di vista operativo, ma è sempre un intervento chirurgico che ha altri rischi.

D'altra parte, la donna stessa richiede sempre con maggior frequenza il taglio cesareo, alla luce di qualche complicanza vera o presunta nell'evoluzione del travaglio, ma non richiede mai, anche perché è spaventata, il parto operativo. Mi riferisco in particolare all'applicazione della ventosa e del forcipe, ma parlare oggi del forcipe in sala parto sembra molto difficile, per quanto sia uno strumento, se saputo usare, assolutamente indispensabile; in caso contrario diventa un'arma impropria.

Vorrei ora ritornare all'importanza della formazione a livello del corso di laurea, delle scuole di specializzazione e dell'informazione delle donne nel percorso nascita. A livello territoriale certamente i consultori sono diminuiti dal punto di vista numerico e anche per il tipo di formazione, ma così come in molte strutture c'è stato un aumento della partoanalgesia; parallelamente ci sono iniziative, purtroppo legate alla buona volontà del singolo, volte a garantire un'informazione alla donna quanto più completa possibile.

GILIBERTI. Signor Presidente, ritengo che l'Accordo Stato-Regioni sia una specie di pietra miliare, perché, diversamente dai piani sanitari degli anni passati, fa importanti affermazioni in modo convincente e credo che questo sia un segnale importante che il mondo politico dà a quello tecnico. Ovviamente il rischio è che rimarrà qualcosa di scritto sulla carta che non troverà traduzione; pertanto, il percorso immaginato dal professor Mosca dovremo farlo insieme.

Indipendentemente da questi segnali politici, come società scientifica abbiamo voluto seguire il nostro istinto, che è improntato al volontarismo spinto. Non si diventa neonatologi per caso, nel senso che tutta la storia della neonatologia italiana è stata fondata sul volontarismo di un gruppo di professionisti che hanno ritenuto di seguire le evoluzioni di una determinata e affascinante disciplina e di cercare di tradurla nella realtà.

Anche l'idea della certificazione è qualcosa di volontaristico che rischiava seriamente di rimanere nelle stanze segrete della società scientifica o nei nostri studi, ma che invece ha trovato un elemento di apertura nell'idea molto brillante di coinvolgere la società attiva, tutti gli utenti (l'Associazione dei genitori dei prematuri, l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, Cittadinanzattiva), il mondo reale che collabora con noi e che fa parte integrante della commissione. Evidentemente, man mano che riusciremo a raggiungere dei risultati dovremo confrontarci per valutare se riusciremo a prospettare un modello che abbia il bollino dell'applicabilità da parte del mondo politico. Il discorso che facciamo oggi non può essere isolato; dobbiamo cercare di risolvere insieme i problemi che si affacciano.

L'idea del senatore Gustavino di pensare non solo alla certificazione del centro, ma anche degli operatori è molto interessante; mi sembra però molto futuribile, perché molti sono i bastoni che si possono mettere tra le ruote di un processo del genere. Ovviamente, il federalismo peggiora lo stato delle cose perché è abbastanza complicato trasmettere il segnale dal centro verso

la periferia. Mentre noi vogliamo parlare di rapporto *hub-spoke*, non credo che a livello politico si parli in questi termini con lo Stato e le Regioni che interagiscono e concordano le rispettive posizioni.

In ultimo, per quanto riguarda il *follow up*, effettivamente i progressi che abbiamo compiuto in Italia e anche nelle maltrattate Regioni del Sud permettono la sopravvivenza di un bambino di 24-25 settimane, che prima non poteva sopravvivere. Io uso spesso il termine – non so quanto felice – di modello biologico unico. Noi non lo conosciamo; stiamo imparando a comprenderlo, ma non lo conosciamo in tutti i suoi aspetti, soprattutto quelli relativi alla sua evolutività. Il *follow up*, quindi, è centrale perché noi produciamo qualcosa che deve essere accudito, assistito, compreso e guidato dalla società civile nel suo complesso e non solo dall'operatore medico. Dal punto di vista tecnico vi dico che oggi, ad esclusione dei pochi specialisti aggregati alle terapie intensive, non abbiamo degli esperti del *follow up* del neonato pretermine. Questo ruolo non può essere rivestito dal pediatra di famiglia né dal neuropsichiatra, perché è una figura nuova: è un modello biologico unico che siamo riusciti a produrre e che vogliamo difendere perché altrimenti questi sforzi perderanno il loro significato nel tempo e si tradurranno in qualcosa di negativo per la società e le famiglie.

Poiché, come ha detto il presidente Tomassini, la decisione non può essere presa dalla Commissione sanità, la prego di farsi portatore del seguente messaggio presso le Commissioni che si occupano specificamente della formazione. Visto che vogliamo degli specialisti estremamente qualificati, la riduzione del corso di specializzazione a quattro anni è inaccettabile, perché è contro i tempi. Potremmo accettare la riduzione del corso di specializzazione di altri specialisti, come la pediatria di famiglia. Noi come neonatologia non possiamo accettarla; vorremmo che fosse di sei anni invece che di 5 e se tutto ciò non sarà possibile, vorremmo avere una nostra specializzazione (pur sapendo che è un'utopia) perché la neonatologia non è la pediatria. Incominciamo a distinguere queste due realtà: siamo simili, abbiamo la radice comune, che non vogliamo assolutamente perdere, ma i rami si sono diversificati.

SACCOMANNO (*PdL*). Signor Presidente vorrei dare un incoraggiamento perché c'è un comune sentire con quanto riferito dal senatore Gustavo.

Nel luglio dello scorso anno molti componenti di questa Commissione hanno presentato il disegno di legge n. 2296, recante disposizioni per l'accreditamento professionale di eccellenza, che prevede la valutazione da parte delle società scientifiche, non solo delle strutture, ma anche della specialità e degli specialisti con sistemi di *peer review*; quindi c'è già un provvedimento che in Parlamento sta compiendo il suo *iter*.

BASSOLI (*PD*). Signor Presidente, intervengo per sottolineare quanto da lei detto prima sull'esigenza di segnalare alla 7^a Commissione le osservazioni emerse oggi in questa sede. Potremmo scrivere una lettera firmata da lei, ma a nome di tutta la Commissione, nella quale evidenziare

non solo questi aspetti del nostro lavoro, ma anche la necessità di ascoltare le società scientifiche quando si devono assumere decisioni di questa natura. Ogni Commissione ha una sua ottica per affrontare i problemi, ma in questo caso dovrebbe esserne assunta una nell'interesse del paziente per una maggior qualità della cura, che può essere data solo da un'alta specializzazione.

PRESIDENTE. Concordo con la richiesta avanzata dalla senatrice Bassoli. Mi riservo pertanto di informare il Presidente della Commissione istruzione e il Ministro della salute sugli aspetti legati alla formazione emersi nel corso dell'audizione odierna, che potranno essere ripresi anche nel documento conclusivo dell'indagine conoscitiva.

Credo che la seduta di oggi sia stata particolarmente interessante. Ringrazio pertanto i nostri ospiti per il contributo offerto ai nostri lavori e dichiaro conclusa l'audizione.

Comunico che la documentazione fornita dal professor Mosca e dal professor Giliberti sarà disponibile per la pubblica consultazione presso il sito *web* della Commissione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,10.