



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 12

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»

280^a seduta: mercoledì 21 settembre 2011

Presidenza del presidente TOMASSINI

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

* PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 15	* CAPOGNA	Pag. 3, 11
BASSOLI (PD)	8	* MATARAZZO	5, 13
* BIONDELLI (PD)	9		

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-Forza del Sud: CN-Io Sud-FS; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo (ApI-FLI); Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Giorgio Capogna, coordinatore del gruppo di studio «Anestesia e analgesia in ostetricia» della Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI) e la dottoressa Teresa Matarazzo, vice presidente dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica (AAROI-EMAC).

I lavori hanno inizio alle ore 15.

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 28 luglio 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.

È oggi prevista l'audizione del professor Giorgio Capogna, coordinatore del gruppo di studio «Anestesia e analgesia in ostetricia» della Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI) e della dottoressa Teresa Matarazzo, vice presidente dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica (AAROI-EMAC), che salutiamo e ringraziamo per il loro intervento.

Faccio presente agli auditi che, al di là di quanto dichiareranno, hanno la possibilità di consegnare tutta la documentazione che riterranno più opportuna.

CAPOGNA. Presidente, saluto lei e i membri della Commissione. Io rappresento la Società scientifica degli anestesisti italiani e la Società di anestesia e rianimazione e, in particolare, il gruppo di studio per l'anestesia ostetrica. Abbiamo letto con estrema attenzione il documento che ci è stato inviato e, chiaramente, siamo in totale sintonia con un'indagine di questo tipo. Nel corso della mia esposizione illustrerò alcuni stralci del documento che ho già consegnato agli Uffici della Commissione, onde essere ancora più breve.

La SIAARTI ha tra i suoi fini istituzionali, che sono soprattutto culturali, quello di promuovere e incentivare, per quanto di sua competenza, la cultura del parto sereno, sicuro e senza dolore, che si tratti di travaglio, di parto spontaneo, di parto cesareo, di cui tanto si parla recentemente, e di parto patologico, cioè di maternità a rischio. Ciò, in sintonia con quanto espresso dieci anni fa dal Comitato nazionale di bioetica, che già allora si esprimeva promuovendo la cultura del parto senza dolore attraverso gli strumenti tecnici che la moderna medicina mette a disposizione, e segnatamente l'analgesia epidurale.

Di particolare interesse è che già all'epoca il Comitato nazionale di bioetica stressava il fatto che partorire senza dolore è un percorso – e non soltanto una tecnica – che parte da molto lontano e che va oltre il parto stesso. Tale aspetto è molto importante e la nostra società lo sottolinea.

Come Società scientifica continuiamo a impegnarci nella formazione e nell'aggiornamento dei tecnici, in questo caso medici anestesisti e rianimatori, condividendo e supportando le richieste delle donne, delle loro associazioni di categoria o delle associazioni dell'utenza, di poter partorire non solo senza dolore ma anche in sicurezza.

Come ho già ribadito in altre audizioni, pur essendo consapevoli dei vincoli finanziari che sottendono la realizzazione di questo diritto, la nostra società condivide le preoccupazioni istituzionali sulla funzionalità e sulla efficienza dei punti nascita e ritiene che l'istituzione di un servizio di anestesia e di analgesia in ostetricia possa contribuire efficacemente a migliorare la sicurezza, il conforto materno e infantile nelle sale parto della nostra nazione, rassicurando nel contempo le donne che scelgono il parto cesareo come male minore rispetto a un travaglio doloroso e stressante.

Sappiamo benissimo che non ci sono stanziamenti mirati, ma prendiamo comunque in considerazione il fatto che l'analgesia dovrebbe essere un indicatore per lo meno di qualità del settore materno infantile. Riteniamo pertanto indispensabile che venga attribuito un DRG specifico a questo tipo di attività medica. Facciamo presente che l'istituzione di tali servizi di analgesia ostetrica potrà innalzare sicuramente anche i livelli di sicurezza, non solo del parto fisiologico e del parto a rischio, ma anche del parto cesareo e dell'emergenza.

Come è coinvolta la figura dell'anestesista all'interno di una sala parto e perché riesce a rendere più sicuro e più umano il parto? Perché le tecniche di analgesia e del parto senza dolore nel parto spontaneo sono operate da questa tipologia di medico; perché attualmente le tecniche in nostro possesso riescono a umanizzare anche il parto cesareo, offrendo la possibilità alla coppia, nella sua centralità, di poter partecipare appieno all'evento nascita, anche in caso di intervento chirurgico; perché le tecniche di analgesia *post* operatoria rendono possibile l'allattamento precoce, in piena sintonia con le norme UNICEF e i suggerimenti dell'OMS, che tanto premono sull'aspetto del primo *infant bonding*.

La presenza dell'esperto in rianimazione, accanto al ginecologo e al neonatologo, inoltre, garantisce sicuramente più sicurezza in tema di *expertise* professionale in caso di emergenza di patologie materne, fetali e neonatali.

In conclusione, in accordo con le linee-guida emanate dal Ministero della salute e dalla Conferenza Stato Regioni in merito ai punti nascita, la SIAARTI condivide pienamente l'attuazione di un'indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita italiani, al fine di individuare le criticità specifiche ai fini della tutela della salute della donna e del bambino.

La nostra Società si mette a disposizione della Commissione per tutte le attività di competenza anestesiologicala ritenute opportune e necessarie. In particolare, in merito agli obiettivi di questa indagine, vogliamo informare la Commissione che la nostra Società sta svolgendo un'indagine nazionale sulla frequenza e sulle modalità di erogazione dei servizi di parto senza dolore. Tali indagini sono state effettuate anche precedentemente. Le società scientifiche specifiche continuano a indagare, perché questo è il *primum movens* per migliorare la situazione. Il documento conclusivo di tale indagine sarà completato entro la fine dell'anno e, se richiesto, verrà messo a disposizione della vostra Commissione.

MATARAZZO. Presidente, ringrazio lei e i componenti della Commissione per l'invito e l'attenzione che vorranno porre alle parole che qui riferirò. Mi dispiace molto di non essere riuscita, per la tempistica molto ridotta, a raggruppare per tempo il materiale che avrei voluto fornire; mi riservo comunque di inviarvelo quanto prima.

Rappresento gli anestesisti e rianimatori ospedalieri italiani, i medici dell'emergenza dell'area critica, quindi l'AAROI-EMAC che ha al suo interno una società scientifica, la SIARED. La nostra Associazione rappresenta, al 31 dicembre 2010, 9.400 anestesisti, su un totale di circa 11.500 professionisti. La categoria è dunque pienamente rappresentata nell'Associazione.

All'interno dell'AAROI-EMAC, coordino la commissione dolore e, già da tempo, mi occupo delle problematiche del percorso nascita sicura e del parto in analgesia, per la tematica che vede gli anestesisti, insieme al *team*, coinvolti per quanto riguarda i percorsi di formazione e di comunicazione e i percorsi di sicurezza, di gestione del rischio, di equità e di sollievo e di umanizzazione del dolore.

Come donna mi sento parte in causa e ritengo che la salute delle donne sia assolutamente importante per tutta la società, non solo dal punto di vista della cura ma soprattutto perché il prodotto interno lordo sicuramente trova nella buona salute delle donne un elemento centrale. Gli anestesisti, attualmente, hanno delle grosse criticità legate alla riduzione del numero di specialisti e alla non congrua numerosità dei medici che si specializzano.

Ho letto con attenzione il percorso compiuto dalla Commissione, che trovo assolutamente interessante e, soprattutto, rigido e pregnante per

quanto riguarda il metodo. La questione, pertanto, mi interessa ancora di più perché le audizioni svolte rispecchiano esattamente la mia idea di percorso integrato e il nostro percorso all'interno del sindacato relativamente alle analisi di conoscenza della realtà italiana del percorso nascita e, soprattutto, dei punti nascita e delle loro caratteristiche organizzative.

Vi ho fornito un documento relativo all'indagine epidemiologica, che ha riguardato tutti i punti nascita italiani, che ha avuto una buona risposta in termini di questionari distribuiti e restituiti e che, a tutt'oggi, è l'unica, completa ed esistente a livello nazionale in grado di dare un'idea di base anche per lo sviluppo dell'indagine conoscitiva che la vostra Commissione vuole portare avanti.

Una criticità riguarda la carenza di anestesisti e, quindi, la probabile non possibilità di risposta alle normative che prevedono l'analgesia del parto come un elemento di qualità dell'assistenza sanitaria. Qualsiasi tipo di sistema innovativo presuppone, infatti, un'organizzazione e una gestione integrata che comunque, laddove si decide di avere e portare avanti l'analgesia del parto, necessita della presenza costante dell'anestesista, che deve sicuramente essere dedicato, laddove il numero di parti è superiore a 2.000, mentre deve essere facilmente liberabile nel caso in cui tale numero sia compreso tra i 1.200 e i 2.000.

Le problematiche relative all'organizzazione riguardano non solo la carenza, ma anche le scelte politiche. Le ultime leggi finanziarie bloccheranno il *turn over* e anche le possibilità di formazione culturale fondamentale per processi innovativi integrati, perché i fondi destinati alla formazione della dirigenza medica sono stati dimezzati. Questa riduzione porterà a privilegiare alcuni settori anziché altri.

La nostra risposta alle richieste delle donne, di partorire senza dolore, che reputo una scelta di cui tutti i politici italiani dovranno assumersi la responsabilità, è anche legata al fatto che all'incremento delle precarietà contrattuali, conseguirà una limitazione allo sviluppo del percorso «Nascere sicuri». Si tratta, comunque, di una soluzione su cui non concordiamo assolutamente, anche perché il numero e l'esiguità degli anestesisti presuppone di valorizzare la formazione delle risorse umane nelle sedi laddove operano e non disperse.

Un'altra problematica è legata alla femminizzazione del ruolo sanitario che ha portato nella nostra realtà ad avere tra gli iscritti più donne che uomini. Poiché speriamo che tutte le anestesiste possano anche loro avere la possibilità di seguire un percorso nascita e di partorire, c'è la grossissima problematica delle sostituzioni in gravidanza, che a tutt'oggi sono bloccate, che non farà altro che aggravare il sistema di recupero delle figure professionali.

Come AAROI-EMAC abbiamo portato avanti un percorso, in cui crediamo molto, di informazione, di comunicazione e, soprattutto, di formazione su temi come quello, ad esempio, dei percorsi nascita dedicato agli anestesisti e rianimatori, che è ripetuto ogni anno con grande soddisfazione.

Faccio presente alla Commissione che dal mese di ottobre di quest'anno, essendo stato acquistato un centro di simulazione, a Bologna, partiranno anche corsi di simulazione e prevediamo di dedicare grande attenzione proprio al tema del percorso «Nascere sicuri», nell'ambito sia dell'organizzazione sia della gestione pratica di tutte le azioni e complicità. Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi laddove il numero di parti è superiore a 2.000, l'anestesista deve essere in sala parto non semplicemente per seguire il parto in analgesia, ma anche per integrarsi con le figure professionali ivi presenti. La presenza dell'anestesista in sala parto, infatti, può essere un valore aggiunto anche nel momento più critico della decisione del parto con taglio cesareo in urgenza perché, essendo già *in situ* il catetere, in peridurale, la tempistica si riduce di netto. Mentre la possibilità di offrire la partoanalgesia nelle strutture sanitarie italiane e, quindi, l'*expertise* degli anestesisti per quanto riguarda l'utilizzo della peridurale e la gestione del parto registra, numeri superiori al 25 per cento, la partoanalgesia, secondo i nostri dati, viene data con una media di circa il 9 per cento, arrivando a picchi come quelli registrati, ad esempio, in Emilia-Romagna, dove però già da tempo è stata fatta una politica di integrazione e formazione con fondi stanziati dalla Regione. Attualmente è in corso un *audit* i cui elementi potrebbero essere utili anche per l'indagine e per le scelte che porterete avanti.

Al di là di questa bassa percentuale, ciò che ha sostenuto la formazione di tutti gli anestesisti è stato il mutuo soccorso: chi aveva più esperienza ha aiutato chi ne aveva meno. A questo proposito, ricordo il caso dell'ospedale «Fatebenefratelli», dove operano il dottor Celleno e la dottoressa Frigo, che hanno formato moltissimi anestesisti e che sono riusciti a creare una rete di qualità che fa da supporto nel caso in cui ci possano essere delle problematiche.

Concludo dicendo che, a nostro avviso, per assicurare la partoanalgesia, com'è segnalato nelle raccomandazioni pubblicate nel 2002, bisogna che ci sia un percorso che preveda un sistema di integrazione, di organizzazione, di tracciabilità, di responsabilità (chi fa cosa, come e quando), di *empowerment* della cultura della sicurezza del paziente e delle responsabilità professionali e organizzative con l'istituzione di un *database* nazionale d'incidenti e rimborsi delle compagnie.

Sappiamo che l'ostetricia è ad altissima sinistrosità, che c'è un grande sviluppo della medicina difensiva e che le assicurazioni stanno abbandonando gli ospedali. Di conseguenza, ci sentiamo più responsabili per la salvaguardia dei nostri iscritti e di tutti i medici che afferiscono all'organizzazione che rappresento. A tal fine, è stato elaborato un programma di miglioramento per la sicurezza all'interno delle organizzazioni sanitarie, la cultura dell'*audit* e dei corsi di simulazione e di formazione in simulazione.

Ricordiamo anche che ci sono moltissime donne straniere, che la comunicazione è difficile e che bisognerà comunicare con empatia anche a chi non parla la stessa lingua perché il diritto possa essere equamente distribuito. Bisogna parlare, inoltre, non solo alla donna ma anche al papà

perché la genitorialità deve essere salvaguardata; a tal fine ritengo che l'impegno finanziario della politica nelle pari opportunità debba essere considerato. Al riguardo, vorrei sapere se sono stati realizzati a tutt'oggi i trasferimenti di risorse previsti e le azioni a tutela delle donne, della salute e della parità.

BASSOLI (PD). Presidente, ringrazio il professor Capogna e la dottoressa Matarazzo per essere intervenuti a questa audizione. Credo che da questa occasione, anche se il tempo che ci concedete è molto breve, dovremo ricevere un contributo importante a questo tema, che fa parte della nostra indagine e riguarda, appunto, la promozione del parto senza dolore. Nel nostro Paese, infatti, l'accesso a tale tecnica è ancora ridotta, tant'è vero che, anche nelle zone dove la sanità è a buon livello, non tutte le strutture ospedaliere hanno la possibilità di fornire il parto senza dolore. Con il vostro contributo, oggi dovremmo cercare di ampliare ulteriormente l'analisi che l'indagine deve fare rispetto a questo tema.

In diverse occasioni ho sentito dire che l'accorpamento del numero dei posti letto, e quindi la possibilità di disporre di strutture dove avvengano almeno 1000 parti, rende possibile la presenza dell'anestesista che è la figura che consente di fare il parto senza dolore. Mi sembra però di aver sentito dire ora da voi che perché ciò sia possibile devono esserci almeno 2000 parti; ciò però non corrisponde a quanto ha assicurato il Ministro in questa sede quando è stato ascoltato in audizione. Su tale punto chiedo, pertanto, un chiarimento ulteriore.

Avete riferito di aver compiuto un'analisi rispetto alla realtà dei DRG regionali, laddove il numero di queste analgesie in ostetricia sono insufficienti. Anche su questo punto vorrei che ci forniste, se possibile, qualche elemento di conoscenza in più.

Avete poi introdotto un argomento di un certo interesse quando avete fatto riferimento al fatto che la figura dell'anestesista deve essere non volatile ma parte integrante dell'attività della sala parto. Ciò richiede un ulteriore passo avanti perché, da quanto abbiamo compreso, in molte realtà tale attività è praticata spesso sulla base di una convenzione che non copre tutte le 24 ore, ma soltanto un pacchetto di ore diurne. Tanto meno – da quanto ho capito ma vorrei che ci deste chiarimenti in tal senso – si pensa che questa figura faccia organicamente parte dell'*équipe* che interviene nella sala parto. Questo mi sembra un aspetto di maggiore qualità circa la possibilità di dare una risposta che sia completa rispetto alle aspettative di ridurre il dolore e di rendere la donna soggetto e non oggetto del parto.

Mi è sembrata molto interessante anche la parte riguardante la possibilità, attraverso questa analgesia, di garantire la presenza del padre in sala parto anche in caso di parto cesareo, pratica che notoriamente esclude il padre dalla sala parto.

In conclusione, sulla questione della riduzione degli specialisti anestesisti, dei pochi che accedono alla professione e di una femminilizzazione della stessa, vorrei che la dottoressa Matarazzo fornisse qualche ele-

mento in più perché ritengo si tratti di argomenti di grande interesse, anche dal punto di vista delle possibilità di sviluppo di questa prospettiva.

BIONDELLI (PD). Presidente, anch'io ringrazio il professor Capogna e la dottoressa Matarazzo. Il percorso «Nascere sicuri» è seguito molto bene dalla collega Bassoli e dalle altre mie colleghe, vorrei pertanto porre una domanda banale.

Si è parlato di parto cesareo affermando che sovente esso tutela la madre e il nascituro. Sono fermamente convinta che soprattutto le giovani donne scelgano il parto cesareo come male minore rispetto a un travaglio doloroso e stressante. Affermo ciò perché so che molte giovani donne e molte ragazze (ad esempio, mia figlia e le sue amiche) sono spaventate dal parto con dolore. Forse è una generazione più delicata della nostra, ma questa è una realtà.

Mi preme sottolineare quanto ha detto la dottoressa Matarazzo sulla criticità che vivono gli anestesisti, relativamente alla loro riduzione, alla non sostituzione di chi va in pensione o di chi cambia ospedale. Probabilmente il parto indolore non parte in tutti gli ospedali anche per questa grave criticità, che non va dimenticata. Pongo una domanda che forse può sembrare banale ma, siccome non sono un medico, vorrei poter rispondere bene alle ragazze che mi pongono tale questione: esiste un rischio nell'analgesia per il parto indolore spontaneo?

PRESIDENTE. Prima di dare la parola agli auditi per la replica, vorrei aggiungere qualche domanda ed esprimere qualche considerazione.

Premetto che, se non riuscirete a rendere compiuta la vostra replica nel tempo a vostra disposizione, potrete integrarla successivamente con una documentazione scritta.

A mio giudizio, il problema centrale evidenziato da entrambi i nostri ospiti in qualità di esponenti dei medici anestesisti è quella dell'anestesista in sala parto.

Nel termine di un'indagine che si pone il problema del «Nascere sicuri», mi sembra che rispetto alla partoanalgesia si renda necessario capire se la sala parto debba essere considerata come una unità di terapia intensiva con alcune figure stabili, presenti h 24, ovvero se per assicurare tale presenza si possa ricorrere ad altri istituti, quali la reperibilità, la pronta disponibilità, la presenza contestuale in altro reparto o, magari, in un *pool* generale di un ospedale, senza quindi prevedere una particolare dedica in sala parto. Questo è già un elemento importante.

Senza snocciolare qui i dati, ritengo inaccettabile che in Italia presso le sale parto esistano diversi e variegati livelli di assistenza. Poiché tale questione riguarda la presenza ma anche l'emergenza urgenza e la capacità, per garantire la piena sicurezza del percorso nascita è importante migliorare l'organizzazione nel suo complesso. Vi invito pertanto a riferire se, su questo punto, la direttiva emanata dal Ministro a seguito dei fatti verificatisi lo scorso anno, dalla quale scaturisce la nostra indagine cono-

scitiva, si inquadri comunque in un processo migliorativo e ponga al momento argomenti di tutela sufficienti a garantire un percorso di cura.

Per quanto attiene alle tecniche e alle capacità, entrambi gli specialisti hanno parlato di una maggiore diffusione del parto in rachicentesi, con un'anestesia loco-regionale che garantisca un'assistenza più sicura, sia a un parto spontaneo sia a un possibile parto cesareo, con la partecipazione della genitorialità.

La prima questione mira a sapere se tutti gli anestesisti e rianimatori sono in grado di effettuare rachianestesia e se è possibile effettuare una selezione in tal senso anche attraverso i concorsi di assunzione. È indubbio, infatti, che da questa presenza dipende la capacità di un'azienda sanitaria di rispondere a questa specifica domanda. Ovviamente, condivido la richiesta della senatrice Biondelli circa i rischi connessi alla partoanalgesia, soprattutto in termini di assicurazione nei confronti del neonato.

Vorrei sapere poi se in alcuni casi particolari le tecniche di anestesia generale leggera possono essere utili per la sala parto e se esistono prodotti anestesiológicos o farmacologici che garantiscano, senza rischi, anestesie di questo tipo.

Vorrei avere poi delle indicazioni sul ruolo che possono svolgere tecniche integrative quali il parto in acqua e l'agopuntura. Chiaramente si tratta di tecniche che in sala parto non dipendono strettamente dall'anestesista ma dal complesso dell'*équipe* di assistenza. Quanto all'agopuntura, bisogna capire se tale tecnica – che è peraltro oggetto di un disegno di legge allo studio di questa Commissione – può rimanere nell'ambito delle terapie integrative oppure se è necessario prevedere una figura propria.

Passo ora ad alcune considerazioni di carattere generale che le vostre affermazioni mi inducono a fare.

Inizio con i DRG. Riteniamo assolutamente necessario individuare un DRG specifico per la partoanalgesia e tale aspetto sarà sicuramente inserito nelle considerazioni conclusive di questa indagine conoscitiva.

Il secondo punto riguarda i risultati. È pur vero – come ha sottolineato la professoressa Matarazzo – che nella media nazionale si crea un dato sfavorevole per la rachianestesia. Tuttavia, in una precedente indagine conoscitiva, svolta nella XIV legislatura da questa Commissione – che avevo anche allora l'onore di presiedere – emerse in alcune situazioni un risultato di circa il 35 per cento nel ricorso a tale pratica.

La comparazione di questi dati è fatta considerando anche il citato problema del blocco del *turn over*. Debbo ricordare alla dottoressa Matarazzo che nessuno di noi ama il *turn over*; è altrettanto vero però che esso esiste da più di tre legislature (lo ricordo perché ero già tra questi banchi) e non ha mai inficiato la salvaguardia delle specialità che attengono alle terapie intense, agli anestesisti e ai rianimatori. Proprio per questo motivo si pone il problema dell'identificazione della sala parto come sede di terapia intensiva. Al riguardo voglio ricordare anche che un emendamento presentato sull'ultima manovra economico-finanziaria da alcuni senatori ha garantito – ovviamente nell'assoluta gracilità del provvedimento in sé – la possibilità di modulare le restrizioni all'assunzione anche nelle Re-

gioni che non hanno sostanzialmente i conti in regola e che non sono virtuose.

Abbiamo parlato anche del problema degli anestesisti con riferimento alle responsabilità professionali. A tal proposito, comunico che in questa Commissione, che ho l'onore di presiedere, i disegni di legge in materia di responsabilità professionale del medico (A.S. n. 6 e connessi) sono in avanzato stato d'esame. Sul punto siamo aperti alle vostre osservazioni; i testi sono disponibili, come anche gli emendamenti che sono stati presentati.

Quanto al comprensibile lamento della professoressa Matarazzo in merito allo stato dei trasferimenti delle risorse, debbo dire che – pur potendo i parlamentari ricorrere al potere di sindacato ispettivo – questo argomento sfugge ai loro poteri diretti. Si tratta, infatti, di materia rientrante nelle competenze del potere esecutivo, quindi del Governo e soprattutto dei governi regionali, ai quali inequivocabilmente con la modifica del Titolo V della Costituzione sono stati assegnati alcuni poteri di cui, pur con mille critiche, sono molto gelosi. Quindi, pur dovendoci assumere le nostre responsabilità, non possiamo sommare quelle responsabilità alle nostre.

Quanto al parto cesareo programmato, senza volere assolutamente accettare – su ciò il vostro parere sarà fondamentale – il principio di un taglio cesareo facile, non si può nascondere che in certe condizioni tale pratica rappresenta un elemento di sicurezza nell'ambito organizzativo e della programmazione rispetto alla carenza degli organici e alle difficoltà dei luoghi. Resta da stabilire se, di fronte alle carenze economiche e di organico, siano da preferire pochi punti nascita attrezzati in grado di garantire tutti gli *standard* di sicurezza rispetto a tanti punti disseminati, utili a soddisfare le esigenze del campanile ma anche ad aprire tutti i problemi che ci siamo trovati ad affrontare lo scorso anno.

CAPOGNA. Presidente, il nostro parere tecnico è che attualmente la medicina dell'evidenza, che tutti guardiamo e che è la creatrice delle nostre linee guida, afferma che l'analgesia epidurale (quella peridurale è un sinonimo) è la tecnica più sicura e più efficiente per la mamma e per il bambino. Negli ultimi anni sono stati fatti grandi passi in avanti e attualmente una donna è in grado di partorire senza dolore, mantenendo tutte le sensazioni. Il problema non è tanto avere una buona tecnica quanto avere la possibilità di applicarla. In ciò si crea il problema. Le complicanze sono accettabili in termini soltanto medici, etici, ma anche fisici, sono rarissime e, comunque, benigne, transitorie e reversibili e rendono la tecnica competitiva in assoluto sopra ogni altra tecnica.

È chiaro che in una situazione dove non c'è nient'altro ci si rivolge anche a tecniche alternative. Dobbiamo però ricordare che – è un assioma che posso fare in tutta scienza e coscienza – la medicina dell'evidenza non dà certezze sulle tecniche alternative e soprattutto sull'efficacia delle stesse, in quanto esse sono giudicate talvolta poco più di un placebo. C'è quindi controversia e non mi sentirei di fare un'affermazione positiva

verso queste tecniche sia per quanto riguarda l'anestesia generale sia per i problemi di rischio materno-neonatale e fetale. Si presuppone, infatti, un monitoraggio ancor più attento da parte di tecnici e medici specialisti, quali gli anestesisti, delle tecniche alternative, che intervengono dove non si può fare altro; dunque è bene tenerle in considerazione ma non porle sullo stesso piano.

A conoscenza mia e delle nostre Società – ma penso anche di AA-ROI-EMAC – esistono in Italia dei centri di eccellenza. È molto importante che prendiate coscienza che dove c'è l'eccellenza la richiesta della donna arriva fino al 96 per cento; abbiamo dati in tal senso. Il problema non sta in cosa offriamo, ma se riusciamo ad offrirlo e come riusciamo a farlo, non a singhiozzo ma in modo continuativo, 24 ore su 24, in convenzione e, quindi, gratuitamente e con l'organico giusto. Il problema è passare da un certo tipo di cultura ad un'altra ricordando che partorire senza dolore è un anello di un qualcosa che inizia molto prima con la preparazione responsabile alla nascita e alla genitorialità. Questo è tecnicamente possibile.

Se si facesse un'indagine sui centri di eccellenza (se la Commissione lo volesse, avrebbe da entrambi piena collaborazione, e penso di poter parlare anche a nome della dottoressa Matarazzo), si scoprirebbe che in alcuni punti del nostro Paese lo *standard* è effettivamente molto elevato. Rimane sempre la criticità d'organico e di mancanza di un DRG o, comunque, di un codice che possa identificare le procedure e che consenta quindi una statistica appropriata.

Vorrei confermare l'ipotesi del Presidente secondo cui la sala parto è da considerare un'area dove avviene l'integrazione tra vari professionisti che seguono il parto, che è qualcosa di naturale. Ciò non significa però che possa diventare improvvisamente qualcosa di più drammatico: le evidenze di tutti i giorni e i *mass media* ce lo ricordano. Per questo motivo sono necessarie tutte le competenze professionali con allo stesso tempo un *savoir faire* completamente diverso. Nella cultura nuova cui dovremo passare rientra l'educazione, cioè l'addestramento professionale che non è solo tecnico ma anche culturale. Il medico professionista, sia esso anestesista – per i ginecologi vale già da tempo – o di altra categoria, dovrà essere addestrato a essere presente, con tutta la sua *expertise*, in modo discreto, lasciando la centralità alla coppia, alla donna e alla sua scelta. È un mestiere difficile e la classe medica andrebbe educata. Le società sono qui per questo ed è quello che stanno facendo.

In conclusione, abbiamo le esperienze e le eccellenze, ma non possiamo rispondere per motivi a volte insuperabili, a volte probabilmente superabili; la Commissione ce lo ha già accennato.

Un'ultima considerazione riguarda i 2.000 parti. Non credo che si voglia stabilire esattamente questa cifra. L'anestesista però deve essere comunque presente in un centro dove avvengono 1.000 parti all'anno. Ricordiamo che alcune Regioni hanno un tasso di natalità molto basso e, di conseguenza, non dispongono di strutture così grandi. La maggior parte delle 350 maternità italiane sono piccole ed è anche controversa la tesi se-

condo la quale avere una maternità così grande sia compatibile con una perfetta umanizzazione. La dimensione giusta è quella che concilia l'esigenza di umanizzazione e di ruolo centrale dei genitori con l'*expertise* dei tecnici. Maternità enormi, come quelle americane, verrebbero meno a queste esigenze. A noi non serve solo la tecnologia, ma anche l'aspetto umano, dal momento che stiamo parlando di parto e non di interventi.

Vorrei sottolineare poi un'altra possibilità che sottopongo all'attenzione della Commissione: l'umanizzazione del taglio cesareo. È vero che molte donne vivono il taglio cesareo come scelta personale di fronte al dolore. Forse, anche a livello istituzionale, dovremmo porci il problema di come identificare l'umanizzazione del taglio cesareo, che non è un intervento chirurgico ma un parto; pertanto, non andrebbe chiamato taglio cesareo ma parto cesareo. Esso coinvolge una coppia e le tecniche moderne permettono alla coppia di viverlo appieno e alla donna di allattare al seno immediatamente, in accordo con quanto l'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda. Ciò è possibile e, probabilmente, questa alternativa andrebbe favorita con opportune disposizioni e opportuna educazione nei confronti anche di noi medici.

MATARAZZO. Presidente, faccio subito una revisione di quanto ho detto, perché forse mi sono espressa male. La presenza dell'anestesista nelle sedi e nei punti nascita in cui si fanno più di 2.000 parti non è la presenza in guardia per tutto l'ospedale, ma è una presenza dedicata in sala parto. Esiste a livello normativo e contrattuale l'obbligo per tutte le aziende sanitarie che hanno un punto nascita di avere la guardia di anestesia. La situazione è a macchia di leopardo perché – rispondendo alla senatrice Bassoli che ha posto la domanda – soprattutto al Sud, ma anche al Centro e al Nord, molti piccoli ospedali non hanno la guardia di anestesia. Questo sottende il fatto che si parta già da una criticità importante. Sono state condotte delle lotte ma le guardie non sono state realizzate.

La presenza costante dell'anestesista in sala parto, dedicato e parte integrante del *team*, dunque, deve sicuramente esserci laddove avvengono più di 2.000 parti. Negli ospedali laddove il numero dei parti è inferiore, la presenza dell'anestesista deve sempre esserci; è più difficile che ci sia la guardia dedicata, anche se noi, nei casi dove avvengono da 1.200 a 2.000 parti, auspicheremmo vi fosse. Poiché negli ospedali con più di 1.200 parti all'anno possono verificarsi urgenze, essendo comunque strutture dove possono esserci anche 800 posti letto, se l'anestesista è impegnato in altre urgenze, chiaramente si chiamerà l'anestesista reperibile; non è detto però che venga data risposta sicura alla donna che vuole partorire senza dolore. Il servizio di analgesia ostetrica è un servizio che deve essere il più possibile disponibile per rispondere alla richiesta della donna; ciò è più facile in strutture dove si fanno da 1.200 parti in su, mentre è più difficile dove il numero dei parti è inferiore.

Ricordo ancora che il parto in analgesia è una libera scelta della donna e che la legge n. 38 del 2010 obbliga tutte le aziende a fare in modo che il dolore sia valutato, monitorato e trattato. Nel momento in

cui qualcuno viene a controllare – come accaduto nel mese di luglio – se questo servizio sia effettivamente garantito e se una donna in travaglio stia soffrendo, non so come l'azienda possa rispondere o se non si debba invece iniziare una medicina di tipo difensivo anche contro chi ci rappresenta a livello governativo.

Per quanto concerne le metodiche alternative, invierò alla Commissione tutta la documentazione, che è abbastanza interessante e che è stata realizzata come percorso nella regione Emilia Romagna, dove si prevede che la donna possa partorire con tecniche sia farmacologiche che non farmacologiche, a seconda della scelta della donna stessa e di quanto offre il percorso. Tra le metodiche alternative sono compresi l'agopuntura, lo *shiatzu* e il travaglio in acqua (perché il parto in acqua è molto più complicato). Non è assicurata l'assistenza ostetrica *one to one*, cioè l'ostetrica dedicata, essendo il numero di queste ultime relativo. In tutta la *Cochrane* però non si parla di controllo del dolore per quanto riguarda l'utilizzo delle metodiche alternative ma di contenimento; esiste una documentazione interessantissima al riguardo. Dare il giusto significato alle parole è sicuramente importante.

Per quanto riguarda l'*expertise* dei neospecialisti in anestesia nell'ambito del percorso formativo della scuola, esiste un sistema di risposte che devono essere date in sede di formazione professionale. Chiaramente, il medico specializzando, se si trova in una struttura aziendale, ospedaliera o universitaria, in cui l'analgesia del parto viene effettuata, ha più possibilità di apprendere questa tecnica. Se questo non avviene, molte scuole di specializzazione inviano sulla base di convenzioni i medici in formazione nei centri di eccellenza. L'*expertise* in anestesia loco-regionale, quindi la subaracnoidea più la peridurale (che è l'anestesia tipica del parto in analgesia), non si limita solo alla subaracnoidea ma comprende anche l'epidurale con l'introduzione di un catetere *in situ*, ed è l'*expertise* propria di tutti gli anestesisti.

Il problema è che non tutti gli anestesisti gravitano sulla sala parto, che rappresenta un mondo a parte. Quindi, è importantissimo il lavoro di integrazione. Non ci si può inventare anestesisti ostetrici improvvisamente per rispondere all'urgenza di una donna alla quale, comunque, non si può dire di no. Ricordiamo infatti che, anche se il parto in analgesia non viene dato a tutti, viene comunque dato per indicazioni di tipo medico ben strutturate, ben codificate e presenti (almeno dovrebbero essere presenti), in ogni struttura ospedaliera.

I medici in formazione che si specializzano in anestesia in realtà, dal punto di vista della quantità, sono i più numerosi a livello delle scuole di formazione nazionale. Il fatto che siano tanti naturalmente dimostra che esiste grande attenzione all'anestesia. Attualmente gli specializzandi entrati nelle scuole quest'anno e che si specializzeranno tra 4 anni (a seconda di come si modificherà il numero di anni delle scuole di specializzazione) saranno circa 580. Nel frattempo però saranno molti di più quelli che andranno in pensione, anche perché la nostra è una classe professionale di età abbastanza elevata.

In conclusione, riservandomi di inviare al riguardo della documentazione integrativa, mi preme sottolineare un punto veramente importante: la scelta della maggior parte degli anestesisti è di fare gratuitamente l'analgesia del parto 24 ore 24 e non dalle ore 8 alle ore 20 e di scegliere di non farla affatto, se deve esserci un limite orario. Il diritto di chi vuole o deve partorire al mattino, infatti, è lo stesso di chi partorisce durante la notte e noi riteniamo molto importante questo punto.

Infine, crediamo moltissimo nel percorso di informazione per ridurre l'ansia e la tendenza delle giovani donne – anch'io ho una figlia giovane – a scegliere il taglio cesareo.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Giorgio Capogna e la dottoressa Teresa Matarazzo per il contributo offerto ai nostri lavori.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

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

I lavori terminano alle ore 15,50.

