



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 13

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

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

INDAGINE CONOSCITIVA SUL PERCORSO NASCITA E SULLA SITUAZIONE DEI PUNTI NASCITA CON RIGUARDO ALL'INDIVIDUAZIONE DI CRITICITÀ SPECIFICHE CIRCA LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL FETO E SULLE MODALITÀ DI ESERCIZIO DELL'AUTODETERMINAZIONE DELLA DONNA NELLA SCELTA TRA PARTO CESAREO O NATURALE: «NASCERE SICURI»

283<sup>a</sup> seduta: mercoledì 28 settembre 2011

Presidenza del vice presidente GRAMAZIO

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

* PRESIDENTE .....	Pag. 3, 17	* FRIGO .....	Pag. 3, 12, 13
BASSOLI (PD) .....	12	* MOSCARINI .....	6, 15, 16
FOSSON (UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI) .....	12, 16	RICCIARDI .....	10
GUSTAVINO (UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI) .....	11		

---

*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, la dottoressa Maria Grazia Frigo, responsabile del percorso formativo del Lazio del Club italiano anestesisti ostetrici (CIAO), nonché il professor Massimo Moscarini, presidente dell'Associazione ginecologi universitari italiani (AGUI), accompagnato dal dottor Enzo Ricciardi, presidente dell'Associazione ginecologi in formazione (AGIF).*

*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, sospesa nella seduta del 21 settembre 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 prevista oggi l'audizione della dottoressa Maria Grazia Frigo, responsabile del percorso formativo del Lazio del Club italiano anestesisti ostetrici (CIAO), e del professor Massimo Moscarini, presidente dell'Associazione ginecologi universitari italiani (AGUI), accompagnato dal dottor Enzo Ricciardi, presidente dell'Associazione ginecologi in formazione (AGIF).

Cedo dunque la parola alla dottoressa Frigo.

*FRIGO.* Signor Presidente, il Club italiano anestesisti ostetrici è un'associazione scientifica, che è stata costituita circa 20 anni fa e che si è sempre occupata di promuovere la formazione specifica nell'ambito dell'anestesia ostetrica nell'ottica di garantire la libera scelta materna e di potenziare la sicurezza materno-fetale nel percorso della nascita. A nostro avviso, la presenza di un anestesista, laddove si configuri un servizio dedicato, non può che potenziare e migliorare le condizioni di nascita, non solo nell'ottica dell'«ospite a bordo» (come spesso viene definito il neonato), ma anche in quella del conducente, dell'autista, cioè della madre.

Per quanto riguarda la mia esperienza personale, sono anche la responsabile di un servizio di analgesia ostetrica che in Italia rappresenta quasi un santuario della peridurale. Questa associazione, pertanto, si fonda anche sulla mia esperienza personale: la mia formazione è quella di uno specialista in ginecologia e poi in anestesia, che da sempre ha focalizzato l'attenzione sul diritto insopprimibile della madre (in realtà, negato in Italia) di scegliere liberamente il controllo del dolore. In tale ottica, dunque, sono molto partigiana, anche se in questo momento rappresento l'associazione.

In Italia l'analgesia epidurale in travaglio di parto è un'analgesia farmacologica attualmente molto sicura, ma poco diffusa per motivazioni che solo in parte sono attribuibili a problemi di natura organizzativa o connessi alla carenza di personale dedicato (anestesisti); molto più frequentemente ciò deriva da un'impostazione culturale caratterizzata da una scarsa accettazione del controllo farmacologico del dolore in travaglio, quasi come se il dolore del parto fosse dovuto. Pertanto, di fondo vi è un problema di tipo culturale. Ripeto che spesso ci si maschera dietro l'«alibi» della scarsa organizzazione, ma in realtà esiste un problema di accettazione.

Se ci confrontiamo con i Paesi industrializzati, l'Italia appare uno dei fanalini di coda: noi siamo in testa alle classifiche per il numero dei tagli cesarei (38,4 per cento), ma siamo in coda alle classifiche nell'offerta di analgesia in travaglio di parto. Infatti, soltanto il 10 per cento delle donne italiane usufruisce gratuitamente di una procedura di questo tipo. Anche nella cattolicissima Spagna l'analgesia viene utilizzata nel 60 per cento dei parti. A questo punto, dunque, ciò non deriva solo del fatto che il nostro è un Paese cattolico.

La nostra associazione promuove anche l'interdisciplinarietà d'approccio: è inutile fare corsi dedicati unicamente ad anestesisti perché il parto, anche quando è indolore, è un evento di *équipe*. Dunque, l'approccio deve essere multidisciplinare.

All'ospedale Fatebenefratelli, presso l'isola Tiberina (dove si effettuano 4.400 parti), il 90 per cento delle donne usufruisce dell'analgesia. Dall'ottica di questo santuario di peridurale in Italia, mi permetto di esprimere alcune opinioni, non solo personali.

Innanzitutto, l'obiettivo non è unicamente quello di soddisfare una richiesta egoistica, non si tratta cioè soltanto del fatto che la mamma non vuole soffrire. Siamo totalmente convinti – e la scienza lo dimostra – che attenuando la risposta al dolore si ottengono indubbi vantaggi per il nascituro, per un parto in sicurezza e per aumentare la qualità dell'offerta nel punto nascita. Non intendo, però, soffermarmi su tali vantaggi perché la questione esula dal quesito che mi è stato posto e non vorrei rubare troppo tempo alla Commissione. Ribadisco, però, che il controllo del dolore è un vantaggio anche per il nascituro.

Per noi l'analgesia in travaglio deve essere una metodica efficace che garantisca il mantenimento della sensibilità, l'abolizione della sensazione dolorosa, la libertà di movimento anche in analgesia peridurale e la sicu-

rezza attraverso il bassissimo dosaggio dei farmaci. Inoltre, l'analgesia non deve influenzare negativamente l'*outcome* del parto, perché la donna che partorisce in analgesia perimidollare deve poter avere un parto fisiologico (intendo dire vaginale); dunque, non deve aumentare il numero dei tagli cesarei, dei parti operativi.

Quanto alle indicazioni rispetto all'analgesia, sottolineo che inizialmente, nel 1985, sono state stabilite alcune opzioni terapeutiche (cioè quelle considerate mediche, dal travaglio lungo o doloroso alle varie anomalie di presentazione, alle situazioni di patologia della gravidanza); dal 1996, anno di apertura di un servizio gratuito 24 ore su 24, per noi solo la libera scelta della donna è l'indicazione principe per il controllo farmacologico del dolore.

Tutto ciò si avvale di indicazioni bibliografiche dell'*American college of obstetricians and gynecologists* e, quindi, non siamo i primi a sostenerlo.

Inoltre, il processo di gravidanza deve essere protetto dall'inizio; deve essere fornita un'informazione adeguata, a cominciare dai *mass media*; nella sala parto si deve creare un *team* che preveda la partecipazione di tutti, con la presa in carico della partoriente che viene posta al centro della scena. Anche questo significa lavorare verso la formazione. Tutto ciò ovviamente si può realizzare soltanto in realtà che effettuano numerosi parti, perché altrimenti non si potrebbe garantire neanche una *clinical competence* degli operatori stessi.

Nella documentazione, che consegnerò agli Uffici della Commissione e che si aggiungerà al *file* che ho già inviato (potrebbe essere di una qualche utilità), sono riportati alcuni paragrafi in relazione al *training*; alla necessità di sviluppare una formazione specifica nell'ambito della partoanalgesia; alle condizioni di sicurezza minime da garantire per portare avanti un progetto di questo tipo; ai protocolli e alle procedure in atto, sulla base di indicatori di qualità da adottare universalmente (non si tratta soltanto di posizionare un piccolo catetere nella schiena della donna, perché è molto di più). Tutti questi elementi costituiscono una sorta di manuale delle procedure, che è indispensabile.

Quindi, l'anestesia perimidollare richiede queste condizioni per essere messa in atto in sicurezza.

Le linee guida basate su livelli di raccomandazione sono indispensabili per la sua attuazione. È necessaria, poi, un'organizzazione, con un servizio attivo 24 ore al giorno. Ricordo che alcune Regioni d'Italia si sono lanciate (forse per la scarsità di risorse) in un progetto di limitazione del servizio a 12 ore al giorno, dalle ore 8 alle ore 20 o addirittura – cosa ancora più patetica – dalle ore 8 alle ore 17. In tal modo, però, non si può offrire un servizio: o sì o no! D'altra parte questo è il minimo per avere uno *standard* di sicurezza adeguato.

Vorrei evidenziare un'altra problematica molto tecnica. Come ho già sottolineato, garantire la sicurezza vuol dire assicurare un parto vaginale e non aumentare l'incidenza dei parti operativi. Contesto, quindi, quelle teorie che attribuiscono all'analgesia epidurale l'aumento dell'incidenza dei

parti operativi. Credo invece – questo è l'ultimo lavoro da noi svolto – che si debba ricostruire la modalità di gestione di un travaglio in analgesia con strumenti adeguati, legati ad uno studio attento della popolazione e ad una selezione dei lavori.

Nella nostra esperienza, i parti spontanei nella popolazione in peridurale sono l'85 per cento.

In conclusione, signor Presidente, siamo fortemente legati al concetto di medicalizzazione, quasi che l'anestesia in ostetricia sia una connotazione negativa dell'evento. Per me, invece, la medicalizzazione consiste non nel praticare analgesia in travaglio di parto, ma probabilmente nell'ansia che poniamo in attesa dell'evento, che magari ci porta anche ad essere eccessivamente interventisti.

Pertanto, ribadisco la necessità di adottare strumenti culturali adeguati. Occorre, in sostanza, istituire linee guida e protocolli aggiornati per l'anestesia e l'analgesia in ostetricia ed elaborare partogrammi che descrivano l'andamento del travaglio di parto e consentano di gestire e controllare il dolore. Tali strumenti consentono di dare una risposta alla domanda del perché partorire senza dolore. Tutto ciò rientra, peraltro, negli orientamenti del Comitato nazionale di bioetica che, sebbene datati ormai da 10 anni, non fanno parte ancora del nostro modo di pensare. Tali orientamenti sono riconducibili, in sostanza, alla necessità di garantire la libera scelta per quanto riguarda il controllo del dolore, dando alla mamma una maggiore consapevolezza dell'evento splendido che sta per realizzare.

*MOSCARINI.* Signor Presidente, ho predisposto una relazione da parte dell'Associazione ginecologi universitari italiani che ha tra i suoi primi scopi quello di garantire la formazione delle generazioni future, tema su cui verterà principalmente il mio intervento.

Mi sia consentito però di esprimere alcune considerazioni anche in virtù della mia lunga esperienza in questo campo. Tra i vari incarichi ricoperti, sono stato primario della Divisione di clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Roma «La Sapienza», per dieci anni direttore della Scuola di specializzazione in ginecologia ed ostetricia dell'Università di L'Aquila e da altri dieci direttore della Struttura complessa «Ginecologia Ostetrica» Azienda ospedaliera Sant'Andrea di Roma, dove non ho, ahimè, il reparto di ostetricia. È stata una scelta dolorosa, ma quando mi offrirono di avere un reparto con pochi posti letto di ostetricia, con un'ipotesi di 800 parti l'anno, d'accordo con la Regione e con la Direzione generale del Sant'Andrea, feci la scelta di convenzionarmi con il San Pietro. Di questa scelta sono tuttora felice perché si tratta di una struttura che permette agli specializzandi di fare realmente ostetricia, con più di 4.250 parti ogni anno e con due *equipe* che 24h su 24h possono somministrare anestesie per un parto senza dolore a tutte le donne che spontaneamente compiono tale scelta. Effettivamente il reparto di maternità infantile è molto ben seguito. Nello stesso ambito universitario tre docenti del settore ginecologico e neonatologico afferenti a tale struttura coordi-

nano gli specializzandi e le allieve ostetriche. La collaborazione instaurata consente agli specializzandi e alle allieve ostetriche della mia scuola di svolgere realmente attività di formazione.

L'intero mio intervento, dunque, sarà incentrato sulla rilevanza della formazione, di cui si sta discutendo molto e per la quale sono state avanzate varie proposte. A mio giudizio, occorre intensificare l'attività di controllo sull'efficacia e sui risultati in luogo di vincoli normativi eccessivi; direzione, questa, intrapresa anche dalla nostra Associazione ginecologi universitari.

L'AGUI ha iniziato un percorso didattico e di formazione che si basa sull'interazione di più interlocutori ed ha supportato al suo interno la creazione dell'AGIF, società che rappresenta giovani ginecologi italiani, medici in formazione, dottorandi e giovani specialisti sotto i 40 anni di età. Tale associazione, che è integrata nell'AGUI, oggi siede come rappresentante italiano dell'*European network of trainees in obstetrics and gynaecology* (ENTOG), *network* europeo di 29 nazioni di medici in formazione in ambito ginecologico-ostetrico. Lo stesso ENTOG collabora con l'*European board and college of obstetricians and gynaecologist* (EBCOG), *board* europeo dei ginecologi ed ostetrici. Questi si confrontano a livello europeo per avere le stesse possibilità, le stesse capacità e gli stessi risultati.

Stiamo lavorando molto, a fronte di alcune problematiche e di alcuni vincoli che, di fatto, ci impone la legge. Ad esempio, quando parliamo dell'esistenza di un «tronco comune» previsto dalla legge che si è rivelato non utile ai fini formativi e così anche la divisione tra interventi di alta, media e bassa chirurgia, senza indicare quale debba essere quella alta, quella media o quella bassa, lasciando libertà ad ogni scuola di definirne i contenuti; questo determina a volte sostanziali differenze formative per queste scuole. Ci siamo molto impegnati su questo versante e altrettanto pensiamo di fare in futuro. Del resto, la mia esperienza ostetrica è dovuta, fondamentalmente, alla mia preparazione di base, all'attività che ho svolto da specializzando, quando al Policlinico Umberto I c'erano 5.000 parti l'anno. E quello che si impara anche dagli errori degli altri non lo si dimentica più.

E se anche concordo con quanto detto dai colleghi che sostengono che le problematiche della formazione oggi sono diverse, ci tengo a precisare che non esiste una formazione utile e necessaria in questo momento da parte di tutti perché vengono a mancare alcune basi fondamentali. Se una volta la formazione veniva svolta solo in pochi ospedali e di grandi dimensioni (a Roma, a Milano, per esempio) a causa della frammentazione degli stessi, comincia a diminuire tale possibilità, anche se permangono strutture universitarie e ospedaliere dove ancora si può fare formazione. Dipende dalle scuole e da come si muovono.

In ogni caso, la differente esposizione nel numero e nel tipo di casi è senz'altro fondamentale e può derivare dalla diversa utenza dei singoli centri. Per questo motivo riteniamo occorra incentivare realtà formative che introducano i simulatori nel campo ostetrico. Non dobbiamo dimenti-

care che la gravidanza e il parto si rivolgono a donne giovani, che apparentemente dovrebbero godere di buona salute. Di conseguenza, una disgrazia o un incidente nei loro confronti desta scalpore, mentre se l'infortunio si verifica su una persona affetta da grave malattia, ovviamente, fa meno notizia.

Detto questo, riconosciamo che la formazione va perfezionata e nella relazione abbiamo cercato di esprimerne le problematiche puntando molto sul fattore tempo, in particolare nel settore dell'ostetricia. In virtù di ciò stiamo lavorando alla creazione di realtà formative che introducano i simulatori, poiché nel campo ostetrico essi danno un'opportunità unica: quella di ricreare in ogni momento situazioni di emergenza altresì rare e quindi di preparare gli operatori ad affrontarle. Basti pensare alle emorragie *post-partum*, che sono per fortuna un evento non frequente, ma che richiedono un notevole impegno e preparazione. Pertanto, è nostro obiettivo implementare tali procedure di simulazione.

Detto ciò, sulla formazione si chiede un confronto un po' più serrato. Come ho già avuto modo di dire, credo che la politica debba intensificare l'attività di controllo piuttosto che pensare ad emanare regolamenti e vincoli normativi eccessivi.

Quanto al problema della sicurezza in sala parto me ne occupo da tempo. Più di cinque anni fa, insieme a Claudio Donadio, primario di ginecologia e ostetricia e direttore del Dipartimento per la tutela della salute della donna e del bambino all'Ospedale San Camillo Forlanini di Roma, affrontammo il problema delle nascite che avvengono in Italia presso strutture che non garantiscono la sicurezza di un parto sicuro. Già allora, in tempi non sospetti, ebbi modo di dire che esiste una grande differenza tra una donna che partorisce in una struttura dove si fanno 200-300 parti l'anno e una che, invece, può contare su una struttura che assiste più di 1.500 future mamme ogni anno; basta rileggersi gli articoli di giornale del tempo. Oggi ci troviamo nuovamente ad affrontare il problema alla luce dei gravi incidenti avvenuti e riportati dalla stampa.

Tuttavia, se analizziamo i fatti concreti, vediamo che non si può generalizzare. Dall'analisi dei dati, si evince infatti che in alcune Regioni vi è una percentuale di tagli cesarei più bassa rispetto ad altre e che all'interno della stessa Regione si possono notare differenze tra le varie strutture. Questo è quello che accade, ad esempio, a Roma dove in alcuni ospedali la percentuale dei tagli cesarei è accettabile (vedi l'ospedale San Pietro), in altri è invece troppo elevata, e quindi ingiustificata. Al San Pietro il 40 per cento delle gravide partorisce con taglio cesareo, ma bisogna considerare che si tratta di una struttura che ospita 4.400 parti l'anno, molti dei quali a rischio, trattandosi di donne extracomunitarie che arrivano in ospedale all'ultimo momento. Non si può demonizzare, dunque, il ricorso al taglio cesareo, il numero dipende dalle motivazioni; pertanto, non focalizzerei l'attenzione sulle percentuali.

Ci sono poi altri miti da sfatare, come, ad esempio, l'istituzione delle cosiddette case da parto, oggetto di grande propaganda. Nel Lazio c'è la Casa del parto naturale Acqualuce dell'Ospedale Grassi di Ostia; conosco

molto bene tale realtà il cui responsabile è il dottor Pierluigi Palazzetti. Alcuni ricercatori hanno dedicato le loro tesi di laurea a tale struttura e sono in possesso di alcuni dati. Ebbene, risulta che la Casa parto Acqualuce di Ostia, inaugurata nel marzo 2009, al 31 luglio 2011 ha registrato 59 accessi (non intendo commentare i dati), cioè 59 donne che, nell'arco di due anni, hanno scelto di partorire in quella struttura. A fronte di questi 59 accessi, vi sono stati 19 trasferimenti: due per emorragia *post partum*, due per problemi neonatali, sette per distocia e otto per volontà della donna che si era stancata di stare nella Casa del parto. Questi sono i dati reali dal marzo 2009 al 31 luglio 2011.

Si tratta senz'altro di idee belle e divertenti, ma propongo di valutare i fatti concreti. Ricordo, ad esempio, che all'ospedale «San Camillo» fu inaugurata una vasca, che però venne chiusa il giorno successivo.

Nello stesso tempo, non si possono demonizzare i parti cesarei, ma si deve capire dove si sbaglia, dove se ne fanno troppi. La questione non è intesa in senso generale; ad esempio, un certo ospedale potrebbe non essere criticabile se presenta un'incidenza di tagli cesarei pari al 30-40 per cento perché magari in quella struttura (penso ai centri di terzo livello) vengono seguite molte gravidanze ad alto rischio, e quindi la percentuale potrebbe essere giustificata.

Oggi tutti vogliono essere più tutelati e pertanto la struttura deve offrire il massimo della garanzia. Sottolineo che, se si vuole garantire la sicurezza, una struttura che esegue 200 parti all'anno ha gli stessi costi di un'altra struttura da mille parti all'anno. Credo che questa linea sia stata accolta un po' da tutti, anche se a volte alcune difficoltà reali determinano un arretramento.

Dunque, questo è il quadro generale.

Inoltre, desidero sottolineare che per noi è fondamentale la formazione. Infatti, se l'ostetrico non ha esperienza della sala parto, del parto spontaneo, quella mancata esperienza induce ad eseguire più parti cesarei. La stessa situazione si verifica se non si può garantire a chi lo richiede il parto senza dolore; infatti, il dolore è un'altra causa che porta la donna a chiedere il taglio cesareo.

Dunque, dobbiamo evitare quelle situazioni che aumentano l'incidenza dei tagli cesarei, tenendo conto dei cambiamenti avvenuti nella società: oggi l'età media di una donna al primo parto è di 32 anni. Quindi, è cambiata la stessa fisiologia della gravidanza. Peraltro, in passato si partorivano otto o nove figli, mentre oggi una famiglia è costituita da uno o due figli al massimo. È evidente che il figlio era prezioso anche allora, ma oggi è diverso perché la donna corre il rischio di non poter avere altri figli. Per questo motivo, si chiede la massima garanzia.

A quel punto, il ginecologo si sente più tranquillo nel fare un taglio cesareo, anche se in realtà questo tipo di parto non è privo di rischi (che, anzi, sono maggiori rispetto al parto spontaneo). Pertanto, è necessaria una valutazione clinica, cioè il medico, sulla base della propria esperienza, deve valutare l'assenza di rischi per un parto spontaneo ovvero l'opportu-

nità di procedere con il taglio cesareo. Solo l'esperienza permette di fare tale valutazione, che dunque considero la base fondamentale.

Non mi soffermo sull'analisi precisa di tutti i punti, su cui sono state già svolte numerose considerazioni (non vorrei ripetermi), ma ribadisco che in questo momento noi puntiamo fortemente sulla formazione.

Signor Presidente, vorrei lasciare la parola al dottor Ricciardi, che è il presidente dell'Associazione ginecologi italiani in formazione (AGIF): si tratta di un'associazione di giovani ginecologi universitari, presenti anche a livello europeo.

*RICCIARDI.* Signor Presidente, il professor Moscarini ha riassunto le tematiche riguardanti la formazione e le attività che stiamo svolgendo con l'Associazione ginecologi universitari italiani (AGUI).

Aggiungo che abbiamo creato questa associazione nel 2009 e da allora stiamo lavorando, in accordo con le associazioni europee EBCOG e ENTOG, per stabilire *standard* qualitativi di formazione in Italia paragonabili a quelli europei.

Sottolineo un dato molto importante rappresentato dalla differente tradizione di ogni nazione europea. Infatti, se analizziamo i dati che rilevano, ad esempio, la diversa incidenza dei tagli cesarei tra l'Italia e gli altri Paesi, notiamo che al riguardo non esiste una tradizione sovrapponibile tra le nazioni. Basti pensare che in Gran Bretagna o in Irlanda tradizionalmente si predilige un approccio operativo (mi riferisco al forcipe, che in Italia non viene assolutamente utilizzato). Vi è anche una tradizione di parto vaginale; ad esempio, nella scuola irlandese il professor Robson classificò i parti in 10 classi per ridurre per singola unità i tagli cesarei. A fronte di tali differenze, è importante mantenere *standard* analoghi per ogni realtà.

Il professor Moscarini ha parlato della simulazione, un tema di grande importanza, al quale noi teniamo moltissimo; infatti, attraverso la simulazione, si garantiscono una gestione in sicurezza della formazione ed un ottimo approccio alla sala parto. Ciò non riguarda soltanto il medico in formazione, ma tutto il personale operante nella sala parto. Cito l'esempio delle emorragie *post partum*: oggi vi sono simulatori che simulano questo evento, che peraltro rappresenta un'emergenza ostetrica gravissima, che mette la mamma in grave rischio di vita. In tal modo, tutto il personale può mettere in atto i protocolli adottati ed intervenire prontamente nel caso in cui questo evento si verifichi, anche al di fuori dell'emergenza. Poiché generalmente si tratta di due o tre casi all'anno, non si riesce a maturare un'esperienza sufficiente.

In conclusione, aggiungo che noi teniamo molto ad avere una valutazione della formazione attraverso la creazione di *logbook* adatti (speriamo che la politica dia un supporto per quanto riguarda l'uso dei *logbook* all'interno delle scuole di specializzazione); inoltre, rispetto alla semplice valutazione finale, noi propendiamo per una valutazione *in itinere*, cioè per una valutazione annuale basata su tre livelli (autovalutazione del medico in formazione, valutazione del *tutor* e valutazione del direttore).

GUSTAVINO (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI*). Signor Presidente, è stato opportuno ascoltare anche l'intervento del dottor Ricciardi.

Oggi vengono affrontati due argomenti apparentemente separati, che però sono uniti da un filo conduttore: per quanto concerne l'aspetto conoscitivo, esso riguarda la possibilità di ricavare modelli; vi è, poi, l'aspetto legato alla possibilità di una buona ricaduta sul sistema sanitario nazionale, ed in questo caso mi pare di scorgere una grande fatica. Si tratta di due aspetti differenti. Per quanto riguarda il modello, mi sembra che l'intervento della dottoressa Frigo si commenti da sé e non vi sia altro da aggiungere. Sembra una vicenda da manuale.

Verrebbe da chiedere innanzi tutto chi si deve occupare di questo tema, se lo dobbiamo fare noi che abbiamo una qualche responsabilità o chi ha la responsabilità del Governo oppure se anche i tecnici devono partecipare per diffondere questa realtà, magari a poco a poco (magari un po' meno a poco a poco di quanto si faccia ora), affinché possa diventare un'opportunità per chi lo desidera.

Noi fotografiamo perennemente una drammatica forbice rispetto alle possibilità dei cittadini – in questo caso, delle cittadine – del nostro Paese. Come noto, la questione della copertura del servizio per 12 ore o per 24 ore sta diventando un problema esclusivamente di ordine economico e solo qualche volta di tipo organizzativo. Pertanto, alla fine, il concetto di LEA e di prestazione improntata alla possibilità di qualificare sempre meglio il nostro sistema viene ridotto dalle situazioni locali.

Ringrazio il professor Moscarini perché il tema dell'esperienza, della competenza e della formazione è fondamentale. Tuttavia conosciamo perfettamente alcune realtà in cui i cosiddetti politici hanno responsabilità straordinarie perché non si vogliono scontrare con i comitati dei cittadini che vogliono mantenere – ad esempio – l'ostetricia da 200 parti con l'idea che i bambini devono nascere con l'etichetta di quel quartiere. Qualche volta ciò è anche suffragato da tecnici che devono mantenere situazioni e posizioni. Allora, non posso non fare una domanda perché, se è vero che la fatica è quella di far quadrare un po' tutto, avendo lei parlato di formazione, vorrei che riflettesse su quanto sto per dirle riguardo alla riorganizzazione sanitaria in Liguria per sviluppare, su questo tema, un confronto, visto che nella mia Regione è diventato un vero argomento di discussione. Mi riferisco all'orientamento emerso di sopprimere alcuni reparti di maternità di alcuni ospedali oppure di fondere strutture analoghe dell'area genovese nell'ottica di un maggior risparmio.

Con riferimento alle considerazioni svolte dal professor Moscarini sono d'accordo nel superamento della dicotomia esistente tra l'obiettivo della formazione, le esigenze del Servizio sanitario nazionale e la tutela della salute che va garantita ai cittadini; anche per questo, in materia di sicurezza del parto, dovrebbero essere fornite linee guida che siano davvero di indirizzo. Credo che quando lei ha parlato di controlli abbia fatto riferimento a ciò che veramente il sistema politico dovrebbe fare, vale a dire legiferare meno e controllare di più quello che di buono già c'è.

FOSSON (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI*). Presidente, rivolgerò alla dottoressa Frigo una domanda tecnica, facendo prima una premessa. Oltre ad aver svolto la professione di chirurgo, per tanti anni ho ricoperto anche l'incarico di assessore alla sanità della Val d'Aosta. Nella sede distaccata di ostetricia dell'ospedale della mia Regione vi è un'elevata percentuale di impiego dell'anestesia epidurale, con un servizio 24 ore su 24, per tutte le donne che ne fanno richiesta, comprese quelle cattoliche. Non penso infatti sia una questione etica.

*FRIGO*. In alcune realtà esiste il problema.

FOSSON (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI*). In Val d'Aosta non succede, anzi cattolicissime donne partoriscono con l'epidurale. È un luogo comune che non riscontro nella mia esperienza.

In ogni caso, vorrei sapere dalla dottoressa Frigo, se questo tipo di anestesia può comportare delle complicanze locali. Come chirurgo posso dire che nel mio settore è molto usata e vorrei sapere se, nella sua vasta esperienza, ha mai incontrato complicanze e, in caso affermativo, di quale natura ed entità numerica.

Mi complimento poi con il professor Moscarini per le iniziative messe in campo e per averci mostrato come l'Università si sia evoluta, a cominciare dagli aspetti legati alla formazione. In tale contesto, mi ha fatto molto piacere sentire parlare di realtà formative che hanno introdotto i simulatori in campo ostetrico.

Per quanto riguarda il mio *curriculum* personale ho conseguito, al termine del corso universitario, due specialità in chirurgia, cinque anni a Genova e cinque a Milano e mi sono abilitato con il massimo dei voti. In questi dieci anni non mi sono mai stati richiesti cinque minuti di presenza in sala operatoria. Per fortuna qualcuno mi ha insegnato a fare il chirurgo in altre istituzioni diverse da quella universitaria. Dunque, rinnovo al professor Moscarini i miei complimenti per l'iniziativa dei simulatori in campo ostetrico. La valutazione sulla formazione, poi, mi è sembrata un dato estremamente importante.

BASSOLI (*PD*). Signor Presidente, innanzi tutto ringrazio gli auditi per la loro esposizione.

Concordo pienamente con la dottoressa Frigo sull'impostazione data al discorso dell'anestesia in travaglio di parto e del parto senza dolore, nel senso che, anche a mio avviso, deve trattarsi di una libera scelta. Oggi, purtroppo, tale condizione non si realizza. Le audizioni recentemente svolte dalla Commissione hanno messo in luce le enormi differenze esistenti nel Paese, cosa che già sospettavamo. Riguardo a tale discorso però e alla distinzione tra cattolici e no, la libera scelta non si realizza oltre che per la carenza di operatori, anche per un problema di tipo culturale, quasi che il dolore del travaglio sia dovuto.

Credo che la dottoressa Frigo abbia colto nel segno. La prova di quello che sto dicendo sta nel fatto che, in occasione della discussione av-

venuta in Aula sulla nuova legge sulle cure palliative e sulla terapia del dolore, abbiamo cercato di equiparare il dolore da parto alle altre forme di dolore, ma questo non è stato accettato. Ciò significa che mentre in questi anni, nella cultura diffusa, è cambiata la concezione del dolore per cui non esiste più nessuno disposto a togliersi un dente senza anestesia, un dolore come quello del parto che può durare ore, talvolta anche giornate intere, è percepito come un atto dovuto, quindi lecito e quasi auspicabile. A mio parere, quindi, esiste obiettivamente un problema di tipo culturale, che chiama in causa la classe dirigente di questo Paese, ma anche gli operatori medici e gli specialisti del settore.

In sostanza, l'opportunità di un parto senza dolore è ancora fortemente negata in Italia. Pertanto, vorrei comprendere se la mancanza di questo servizio sia legata a un'effettiva carenza di personale, a una carenza di formazione a livello universitario, di specializzazione o se, invece – come ho detto – dietro ciò si nasconde un problema di ordine culturale. La risposta a tale quesito rappresenterebbe per noi che dobbiamo tirare le fila di questo discorso un elemento di valutazione per richiedere di includere lo studio della terapia del dolore all'interno della formazione di coloro che poi andranno a operare, a vari livelli e con le varie specializzazioni, nell'assistenza al parto.

Un altro aspetto che mi ha colpito nel discorso della dottoressa Frigo è che il controllo del dolore avvantaggi anche il nascituro. Spesso ho sentito dire che l'uso dell'epidurale può avere conseguenze sia sulla madre che sul nascituro. Vorrei alcune delucidazioni su tale aspetto e conoscere se esistono dati scientifici in grado di confutare questa teoria, dal momento che spesso a sostenerla sono persone con competenze specifiche non lontane da queste realtà.

Professor Moscarini, sarebbe utile avere maggiori informazioni sul completamento delle proposte di miglioramento della formazione che ci ha illustrato nel corso della relazione, in sintonia con gli *standard* internazionali.

Da ultimo, visto che il professor Moscarini ha parlato nel suo intervento delle esperienze di simulazione che, evidentemente, non avvengono in tutte le realtà dove si praticano le specializzazioni, vorrei capire se e dove questo modello è abbastanza diffuso e se è possibile estenderlo alle realtà in cui non lo è. In tale ottica, sarebbe opportuno sapere che ruolo può svolgere il legislatore. Vorrei sapere se sarà possibile incentivare l'utilizzo della proposta dell'AGUI affinché il nostro sistema formativo e di specializzazione sia adeguato agli *standard* europei.

*FRIGO.* Signor Presidente, prima di rispondere in maniera schematica ai vari interventi, tengo a precisare di aver vinto un bando proprio al Ministero della salute – AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) come Fatebenefratelli per un centro di simulazione incentrato sulle emergenze materno-fetali. Ci si dimentica spesso, infatti, che la mortalità materna risulta frequentemente associata all'assistenza al di sotto dello *standard* (*sub-standard care*) e alla mancanza di un'adeguata comu-

nicazione tra i componenti d'*equipe*. Non si tratta soltanto di un problema di *screening*.

A dicembre scorso ho chiesto i finanziamenti per tale progetto e mi sono stati concessi. Sto creando una palestra permanente di formazione per tutta l'*equipe* perché non si può dividere per settori l'approccio alla problematica emergente, e questo non soltanto per l'analgisia.

Certo, l'ospedale «Beauregard» di Aosta, con il 30 per cento di analgesia, non è la patria dell'analgisia in travaglio di parto; ci sono altre metodiche di controllo e contenimento naturali. So che si tratta di un'ottima struttura perché visito spesso questi centri.

Sottolineo, poi, che vi è una scarsa incidenza di complicanze tecniche in strutture dove si registra un elevato livello di *clinical competence*; ad esempio, nel centro in cui io opero, dove mediamente si effettuano 4000 blocchi epidurali all'anno, la problematica più ricorrente nello 0,3-0,4 per cento della popolazione è l'insorgenza di un mal di testa, cioè della famosa cefalea *post-peridurale*, che peraltro viene contenuta senza esiti a distanza, almeno nella mia statistica (ho effettuato 60.000 parti con questa tecnica): io non ho mai avuto complicanze permanenti, neurologiche o di altro tipo, né ho mai visto fantasmi di donne sulla sedia a rotelle come spesso si racconta nel vissuto popolare. Posso affermare, dunque, che l'analgisia epidurale attualmente è sicura dal punto di vista tecnico.

In letteratura si parla di un'incidenza di *deficit* permanenti di 1 a 200.000: tale dato, però, indica che si tratta di un fatto casuale più che concausale. Non si registrano problematiche che mettano a repentaglio la sicurezza della madre nei centri – ripeto – dove si registra un elevato livello di *clinical competence*, dove si fa formazione specifica. D'altra parte, io non mi sottoporrei ad un trapianto di un rene in una struttura in cui si esegue un trapianto all'anno.

Inoltre, in letteratura, dal 1987 vi sono indicazioni (i lavori di Joupila) secondo le quali soprattutto per i bambini critici in utero il meccanismo della vasodilatazione o simpaticolisi ha il vantaggio di permettere il miglior scambio di ossigeno al livello di placenta e quindi il miglior *outcome* neonatale. Nella storia vi sono stati corsi che hanno insegnato a respirare, il *training autogeno respiratorio* (R.A.T.), l'ipnosi: tutto ciò è finalizzato al contenimento del dolore. Come noto, una donna che prova dolore respira male e ventila male se stessa ed il suo bambino. Quindi, è inutile pensare a questo dolore come ad una forma di espiazione di qualcosa.

Per quanto riguarda il fatto di essere cattolici, ricordo che io rappresento un ospedale cattolico, ma anche in tempi non sospetti qualcuno prima di me, molto più in alto, ha affermato che questa non era l'interpretazione della «Genesi». Peraltro, probabilmente il riferimento era alla fatica del parto più che al dolore.

Dunque, noi dobbiamo mettere in sicurezza, non pregiudicare, non condizionare. Il conflitto culturale non dipende tanto dall'impostazione cattolica del nostro Paese, quanto dal fatto che purtroppo al controllo

del dolore in travaglio, che diventa medicalizzato, si è contrapposto il concetto di «naturale»: sembra quasi che, se non si fanno le cose naturalmente, non si diventi una buona madre. In questo caso, il problema è ancora più profondo e riguarda purtroppo alcune correnti «talebano-ostetriche» (se mi posso permettere l'espressione) e non mediche. Non voglio entrare in polemica con nessuno, ma questo è un problema di cui noi abbiamo la percezione. Infatti, la più grande opposizione non è stata fatta dal cittadino o dalle donne, ma è stata fatta proprio dall'interno, forse per un conflitto di ruoli, per il timore di perdere la gestione. Credo, dunque, subentrino problematiche che esulano dal discorso del dolore come espiazione del peccato originale. Se si gestisce il dolore, si ha un potente strumento di controllo e quindi si rimane il punto di riferimento in quelle situazioni, per quelle donne e per quella categoria.

*MOSCARINI.* Signor Presidente, per quanto riguarda la questione dello scorporo di ostetricia da ginecologia, sottolineo che ginecologia può rimanere a se stante a differenza dell'ostetricia; diversamente l'ostetrico deve essere un chirurgo per fare fronte ad eventuali incidenti. Tale divisione è stata attuata in Spagna, dove però ora stanno riconsiderando tutte le problematiche e quindi stanno riaccorpendo le specialità di ostetricia e ginecologia, pur tenendo conto del fatto che oggi la ginecologia ha tante nuove evoluzioni, che cominciano ad essere subspecialità.

Per quanto concerne la formazione, ritengo sia un compito degli universitari. In tutti i campi, poi, vi è chi non fa il proprio dovere, a volte anche tra i politici. Pertanto, ritengo che le situazioni vadano distinte: c'è chi è stato sfortunato e chi è stato più fortunato.

Io provengo dalla scuola del professor Ingiulla. Nel primo periodo si utilizzava come anestetico il Gamma-OH, perché il professor Ingiulla non voleva sentire gridare le donne. All'epoca registravamo una patologia del 40-50 per cento ed i tagli cesarei erano aumentati all'estremo. È subentrato, poi, il professor Crainz che voleva il parto spontaneo e quindi è diminuito rapidamente il numero tagli cesarei e la patologia si è ridotta fortemente perché l'anestesia era ancora agli albori. In seguito è arrivata l'epidurale: oggi io mi trovo molto meglio ad assistere ad un parto con l'anestesia epidurale perché matura il collo dell'utero. Infatti, l'anestesia epidurale, oltre a sopprimere il dolore, facilita la stessa progressione del parto.

Per quanto riguarda la simulazione, stiamo cercando di inserire tali apparecchiature (abbiamo svolto recentemente un convegno al riguardo). Il problema è che un solo simulatore per il parto costa minimo 30.000 euro e non viene comprato dall'azienda, ma dall'Università; ad esempio, il mio dipartimento ha potuto ordinarne uno, perché come dipartimento universitario dispone di fondi. I simulatori, peraltro, oggi vengono prodotti da ditte che hanno sede in Italia e che quindi si occupano anche dell'assistenza. Pertanto, la gestione è più facile, ma comunque si tratta di prodotti abbastanza recenti, almeno per quanto riguarda l'ostetricia.

Per la ginecologia, abbiamo già avuto alcuni simulatori e ne vengono prodotti sempre di nuovi, tutti però costosissimi. In questo momento, dunque, per acquisire un simulatore si pone un problema di costo. Infatti, un buon simulatore per la laparoscopia costa 60.000-70.000 euro. Tali fondi si devono reperire in qualche modo: forse 30.000 euro si riescono a trovare, ma diventa più difficile reperire 70.000-80.000 o anche 100.000 euro. A volte, però, abbiamo alcune sovvenzioni. Proprio in questi giorni sto acquistando un simulatore per la chirurgia robotica: si tratta di un ottimo simulatore, che però è costosissimo.

Dunque, vanno operate delle scelte, cioè si deve capire se ci si può permettere di prendere un piccolo *robot* che costa tanto. A Roma, ad esempio, ne abbiamo sette di cui quattro inutilizzati.

Ciò detto, le simulazioni sono importanti, ma prima di acquisire il simulatore deve essere preparato il personale; altrimenti si rischia di impiegare persone che non sanno risolvere i problemi o non sanno utilizzare quegli strumenti.

In ogni caso, ribadisco che in questo momento la simulazione è fondamentale; al riguardo, infatti, come area ginecologica ci stiamo fortemente impegnando, anche sulla base di un programma europeo che stiamo elaborando, per sviluppare sempre più i simulatori. Cito l'esempio dei simulatori del parto che addirittura mostrano perdite di sangue e simulano situazioni di emergenza.

FOSSON (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI*). Signor Presidente, approfitto della competenza del professor Moscarini per porre una domanda. Forse io sono stato più sfortunato, ma quando ero assessore mi sono trovato di fronte ad un movimento culturale molto intenso, con raccolte di firme, che proveniva dal Piemonte, sul parto a domicilio. Vorrei chiedere al professor Moscarini cosa pensa al riguardo.

MOSCARINI. Il parto a domicilio viene effettuato, ad esempio, in Olanda, ma comporta una particolare organizzazione (come un'ambulanza attrezzata sotto casa). Oggi non lo fa nessuno perché nessuno vuole rischiare. Io sono nato a casa, ma i tempi erano diversi: all'epoca vi era un altro tipo di mortalità e si accettava tutto; si partorivano 10-12 figli di cui due o tre morivano e gli altri sopravvivevano. Era la selezione naturale della razza. Oggi tutto ciò è meno accettato, anche dal punto di vista culturale.

Personalmente non sono favorevole a questo tipo di esperienza, perché nei fatti concreti non ha dimostrato di poter risolvere i problemi. Poi può capitare il parto che avviene tranquillamente in mezzo alla strada, ma di norma non ne farei una legge.

Infine, sottolineo che il fatto di essere cattolici non c'entra niente con il dolore del parto.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per il prezioso contributo offerto ai lavori della Commissione.

Avverto che la documentazione sarà resa disponibile alla pubblica consultazione nella pagina *web* della Commissione.

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

*I lavori terminano alle ore 15,50.*





