

Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali

Martedì 2 marzo 2010

Audizione di esperti e di rappresentanti delle categorie interessate ai «punti nascita».

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di esperti e rappresentanti di categorie interessate ai punti nascita. A nome della Commissione, desidero ringraziarli per aver accettato il nostro invito.

Questo filone d'inchiesta nasce da una sollecitazione molto forte dell'onorevole Fucci e risponde a un'esigenza della Commissione, che talora viene chiamata in maniera deviante Commissione sugli errori sanitari. Non abbiamo infatti la vocazione di inseguire gli errori sanitari, ma al contrario abbiamo l'ambizione di contribuire ad evitarli, creando un sistema di prevenzione dell'errore, che qualche volta riguarda l'azione dei sanitari, il più delle volte dipende dalle condizioni organizzative e funzionali, nelle quali i sanitari si trovano a operare, con la conseguenza che il «chi» dell'errore non coincide quasi mai con il «perché». Certo, può anche accadere che un sanitario entri in stato di ebbrezza in sala operatoria e in questo caso il «chi» ovviamente coincide con il «perché», ma nella gran parte dei casi il «chi», che pure chiediamo venga accertato e sanzionato nelle forme di legge, lascia irrisolto il tema del perché si sia verificato quell'errore. Mentre si impiega tempo e fatica per individuare la responsabilità del «chi», c'è il rischio che, non rimuovendo le ragioni del perché, si verifichino altri errori sanitari con la modesta e certamente non esaustiva soddisfazione di perseguire di volta in volta qualcuno, senza eliminare alla radice le ragioni del problema.

Il tema dei punti nascita, che porta con sé anche quello, strettamente collegato, delle unità di terapia intensiva neonatale, è al centro dell'attenzione della Commissione, che al termine di questa inchiesta vorrebbe elaborare indicazioni da fornire al Governo nazionale, ma soprattutto alle regioni, dirette responsabili di questa materia, per evitare il ripetersi di casi in cui madri e neonati subiscano disfunzioni, disservizi, assistenza inadeguata.

Prego l'onorevole Fucci di introdurre ulteriormente questo nostro incontro, prima di chiedervi di esporci le criticità da voi individuate e le proposte di soluzione, di cui la Commissione possa fare tesoro.

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. Signor presidente, ringrazio gli ospiti e i colleghi presenti. Questo argomento ci ha sempre occupati e preoccupati, perché, sin dalle prime audizioni dei vari presidenti di regione e assessori alla sanità, il comparto materno-infantile ha attirato la nostra attenzione sulle criticità esposte.

Essendo un ginecologo mi sento chiamato direttamente in causa e fortemente interessato a tali argomenti. Rimasi negativamente colpito quando in audizione un presidente di una regione meridionale dichiarò che, a fronte di un numero complessivo pari a 28-29 punti nascita, ve ne erano 12-14 con un numero di parti inferiore a 400 l'anno. Come nei nostri congressi, come molte volte nelle mie discussioni con il professor Vittori, cui mi lega una vecchia amicizia, rilevo che parlare in questi termini significava annunciare tragedie, che prima o poi inevitabilmente sarebbero accadute. Rafforzando l'idea del presidente, secondo cui in medicina spesso il «perché» non corrisponde fortunatamente al «chi», osservo che purtroppo molti operatori - come noi siamo stati e continuiamo a essere - in condizioni che non rispettano le elementari norme di sicurezza possono incappare prima o poi in qualche grosso disagio.

La scorsa settimana, ci siamo recati a Bari e a Barletta, in quest'ultima città per interessarci della tragica morte di un bimbetto, della quale si volevano individuare le responsabilità.

Credo che con l'aiuto delle società scientifiche da voi rappresentate potremo avviare un discorso dapprima informativo e che poi ci conduca alla formulazione di caratteristiche o di elementi irrinunciabili per ritenere sicuro un punto nascita.

Sono rimasto fortemente impressionato dalla lettura dei dati pubblicati dal Ministero della salute per quanto riguarda i punti nascita, il numero di parti e altre caratteristiche, legate per esempio alle convenzioni che le regioni stipulano con strutture accreditate o addirittura private. Su 443 punti nascita in Italia, ben 128 hanno un numero di parti inferiore a 500; il 13,19 per cento ha un numero di parti tra i 500 e gli 800; il 9,57 per cento ha un numero di parti tra 800 e 1000; in 145 punti nascita il numero di parti va dai 1000 ai 2499 e in 30 punti nascita il numero di parti è superiore a 2500. Il 35 per cento dei parti avviene in strutture il cui numero di parti è inferiore a 500, dato che lascia estremamente perplessi.

Dovremmo assolutamente analizzare un altro dato: la notevole discrepanza tra nord e sud per quanto riguarda l'accreditamento di punti nascita. A fronte di regioni che in sanità si definiscono virtuose per ragioni più generali, a fronte di punti nascita pubblici pari al 99 per cento in Piemonte, il 99,8 per cento in Veneto, il 98 per cento in Liguria, in Emilia-Romagna e in Toscana, abbiamo un numero di punti nascita accreditati pari al 14,9 per cento nel Lazio, del 14,3 per cento in Puglia, del 15,7 per cento in Sicilia, del 17,7 in Sardegna e - dato che ritengo scandaloso - del 45 per cento in Campania; in quest'ultima regione c'è il 53,2 per cento di punti nascita pubblici e il 45 per cento di punti nascita accreditati, ai quali va aggiunto l'1,7 per cento di punti nascita privati. Conseguenzialmente esiste l'annoso e ormai improcrastinabile problema dei tagli cesarei. Gli operatori sanitari (medici, ostetriche) sono costantemente sotto accusa, perché il taglio cesareo è spesso considerato frutto di una condotta opportunistica del medico, in quanto è più sbrigativo e non induce ad andare oltre l'orario consentito. Del resto, la medicina difensiva mette molti operatori nelle condizioni di accelerare la decisione verso un taglio cesareo. Anche in questo caso, però, bisogna fare una differenza: mentre il taglio cesareo occupa il 34 per cento delle nascite nei punti nascita pubblici, nei punti nascita accreditati questa percentuale sale al 61,6 e ancora al 76,1 per cento nelle case di cura private. Diretta conseguenza di questa situazione è che la quota percentuale dei parti effettuati con taglio cesareo rispetto al totale diminuisce proporzionalmente all'aumento del numero dei parti, ossia se passiamo da strutture in cui ci sono parti con un numero inferiore ai 500, verso strutture in cui il numero supera gli 800-1.000.

Abbiamo quindi nelle strutture pubbliche una percentuale del 42 per cento di tagli cesarei in strutture in cui il numero non supera i 500 parti. Poi c'è un drastico ridimensionamento di tale percentuale, che scende al 37 in strutture che hanno 500-800 parti e al 31,3 per cento in strutture in cui i parti superano i 2.000 all'anno. Le percentuali delle case accreditate non sono inferiori al 60 per cento circa.

Quando questi dati vengono analizzati, non è possibile non rifarsi al Progetto materno infantile, relativo al Piano sanitario nazionale nel triennio 1998-2000, che contiene indicazioni estremamente chiare. Richiamo l'attenzione sui requisiti organizzativi delle unità funzionali ostetriche di primo livello: si considerano tali unità come punti nascita in cui, eliminando patologie fetali accertate, vengono controllate le gravidanze e si assiste la gravida al parto in età gestazionale non inferiore a 34-35 settimane. Già da qui partiamo con un requisito irrinunciabile: devono esserci non meno di 500 parti per anno. Parliamo di un primo livello, per poi andare al secondo e al terzo. Non sto a tediarvi leggendovi dati che sicuramente conoscete.

Questa lettura e l'ascolto di autorità istituzionali di varie regioni (specialmente, purtroppo, dell'Italia meridionale) ci hanno convinti della necessità di un lavoro sinergico tra le società scientifiche di ostetricia, di neonatologia, di rianimazione e il mondo della politica, affinché si addivenga a decisioni, che chiaramente spettano al livello regionale, basate su dati inconfutabili e obiettivi e su certe indicazioni per i «paletti», le caratteristiche, gli *standard* indispensabili per offrire alla partoriente e al nascituro le garanzie di sicurezza indispensabili in una società, che, se non bada seriamente alla salute della mamma e del piccolo, non merita di essere definita civile.

PRESIDENTE. Vorrei pregare coloro che hanno accolto questo nostro invito - e che ringraziamo per la disponibilità - di riferire il loro punto di vista, le loro proposte e anche i loro eventuali contributi all'analisi appena accennata.

Do quindi la parola al professor Francesco Macagno, direttore della società di neonatologia e patologia neonatale, nonché del Dipartimento di assistenza integrata materno-infantile dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine.

FRANCO MACAGNO, *Direttore della società di neonatologia e patologia neonatale e del Dipartimento di assistenza integrata materno-infantile dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine*. Mi trovo qui come direttore della società di neonatologia e forse sono il veterano, avendo fatto parte di parecchi comitati, fra i quali il comitato estensore del Progetto obiettivo materno infantile, che è stato appena citato. Potrò mettere in evidenza alcuni aspetti che ci rivelano una certa attuazione delle norme del Progetto obiettivo e soffermarmi sugli aspetti che invece devono essere corretti.

Ritengo che oggi ci sia una forte richiesta nell'area materno-infantile di una maggiore equità, che vuole significare non eguaglianza nella distribuzione, ma equità nell'allocazione delle risposte. Questa è la base per ottenere maggior sicurezza e soprattutto per rispondere meglio alle reali esigenze della popolazione. Garantire cure appropriate equivale fondamentalmente, nell'ambito materno-infantile, a evitare quanto più possibile l'invasività per tutte le situazioni fisiologiche ed essere invece molto attenti al depistaggio e ai percorsi assistenziali in tutte le situazioni a rischio, che oggi possiamo genericamente identificare in un 12-13 per cento. Queste sono le categorie che più spesso contribuiscono alla mortalità, ma ancor di più agli esiti invalidanti.

Il Progetto obiettivo materno infantile, composto di novantaquattro pagine, come spesso capita nei documenti formali forse era troppo esteso e troppo analitico. Possiamo riconoscere però che, se non è stato applicato da tutte le regioni come tale, da quel giorno in poi ogni decisione in sede locale ha rispettato questa normativa. Sembra poco, ma non lo è rispetto alla situazione precedente. Un altro strumento che non rientra nella normativa di primo livello, ma che comunque dovrebbe essere enfatizzato, è rappresentato dalle linee guida dell'ISPESL, che sono state elaborate per migliorare la sicurezza dei lavoratori, ma tenendo ben presente la sicurezza degli utenti, a livello della sala parto e della sala operatoria. Queste linee sono state licenziate nel 2004, perciò sarebbe ora di tenerle presenti soprattutto quando si va alle fasi di accreditamento.

Bisogna cercare di garantire uniformità dei servizi offerti e valutare quello che effettivamente viene utilizzato dalla popolazione, abbandonando invece il concetto dell'uniformità, del numero delle sedi, del numero di posti letto, eccetera. Questo rappresenta, a mio avviso, un salto di qualità. Per garantire la qualità, bisogna garantire innanzitutto il rispetto dei livelli di attività, che devono essere valutati secondo i volumi e le tipologie delle prestazioni erogate. Bisogna indirizzarsi verso un corretto dimensionamento dei presidi, in base alla numerosità della casistica e soprattutto in base al livello di esperienza professionale. Il primo salto di qualità è sempre quello di migliorare quanto più possibile il livello dell'esperienza professionale.

A questo punto, viene fuori il discorso della rete integrata. La rete integrata non è solo ospedaliera, non è solo il sistema *hub and spoke*, che però è irrinunciabile soprattutto in questo momento. Attivare questo sistema di rete integrata non mira assolutamente a distinguere in serie A e serie B, ma significa avere una professionalità distribuita nei punti periferici rispetto ai punti centrali e altamente integrata anche dal punto di vista dell'aggiornamento professionale: nessuno deve sentirsi meno di un altro. Credo che siano maturi i tempi per fare passare questo aspetto, di cui si avverte l'esigenza anche a livello dei professionisti.

Il Progetto obiettivo materno infantile (POMI) prevedeva tre livelli. Sembrerà strano che chi ha contribuito a identificarli oggi possa spendere due parole nel concetto della rete e dello *hub and spoke* su due livelli. Saranno le regioni a intervenire nell'ambito dei loro livelli. La Toscana ha identificato addirittura cinque livelli. Non credo che l'organo centrale possa imporre queste cose. Credo che identificare due livelli della rete, con massima libertà da parte delle regioni di

organizzarsi come meglio ritengono, sia un altro punto di avanzamento rispetto al Progetto obiettivo materno infantile del 2000.

Bisogna certamente rivisitare i requisiti specifici per l'accreditamento. È già stato accennato. Molte strutture sono in piedi con pochi parti solo perché, derivando dalla legge n. 502 e andando avanti, continuano a non avere un vero accreditamento, bensì un'autorizzazione. Tutto quello che derivava dalle vecchie convenzioni procede attraverso l'autorizzazione. È invece necessario riuscire a condividere con le regioni un vero accreditamento, che sia basato non solo sui criteri strutturali, organizzativi e tecnologici sui quali le società scientifiche sono sempre state molto d'accordo, ma anche introducendo il concetto di accreditamento in base alla *clinical competence* e ai criteri di formazione e di riforma *in itinere*.

In questi ultimi quattro o cinque anni, anche il Ministero ci sta fornendo dati, che sono non solo sensibili, ma anche molto attendibili, ma quella che deve ancora passare è la cultura della valutazione: far capire che, anche nel momento dell'accreditamento, passerà quello che è stato filtrato in modo corretto, base per migliorare le prospettive future.

Abbiamo inoltre il problema del rapporto tra ospedale e territorio. Anche in campo materno-infantile, il territorio dovrebbe avere come suo epicentro operativo il distretto, che dovrebbe essere il perno dell'integrazione dei servizi territoriali, al quale afferisce in modo continuativo, più di quanto non avvenga in certe zone d'Italia, il consultorio familiare, il quale è preposto a identificare l'offerta del singolo consultorio e a integrare il consultorio familiare nell'offerta più generale dei servizi socio-assistenziali e sanitari offerti dal distretto.

A livello di territorio, continuano a essere applicati criteri valutativi molto diversi da quelli abitualmente utilizzati in altre sedi. C'è il criterio di andare a identificare quante funzioni esercita quel consultorio in quel posto. Se c'è un'incompletezza degli organici, allora magari facciamo solo questo o quello, magari in modo degnissimo. Invece, è ora che ci sia una precisa risposta, non dico olistica, ma almeno più estesa del consultorio e del distretto in base alla domanda della popolazione. Il consultorio tipicamente è rappresentato da punte di eccellenza, laddove poi invece ha altri problemi di base, senza colpa di alcuno.

L'elenco dei problemi da tenere presente in Commissione ha come primo punto la riduzione della mortalità materna, di cui parleranno meglio di me i colleghi ostetrici. Abbiamo un problema: apparentemente, abbiamo una mortalità materna in occasione del parto e del *post partum* che ci allinea quasi ai Paesi europei, ma le regioni che hanno effettuato valutazioni più precise ci dicono che c'è una quota di occulto attribuibile alla povertà della raccolta dei dati, che induce a triplicare o quadruplicare quel 2,3 per centomila. Evidentemente, poche donne muoiono in seguito al parto, ma questa è una spia forte della qualità dei servizi.

Sui tagli cesarei impropri non spendo nemmeno una parola, perché è un problema evidentissimo. A livello centrale, concordandolo ovviamente con le regioni, si dovrebbe suggerire un meccanismo di incentivazione e disincentivazione sul pagamento relativo ai tagli cesarei. Questo non significa che ancora una volta si calino dall'alto percentuali fisse, ma significa concordare con le regioni che, se in una regione c'è il 50 per cento di tagli cesarei, la regione stessa realizzi programmi per calare al 40 per cento e, se saranno raggiunti, ci saranno premi, se non saranno raggiunti, ci saranno non sanzioni, ma.... Questo è uno dei meccanismi che hanno funzionato in alcune zone. Ovviamente, è importante la chiusura e la redistribuzione dei punti nascita con troppo pochi parti. Per quanto riguarda le verifiche periodiche dei risultati, adesso abbiamo parecchi canali di raccolta dei dati, che non sono solo i certificati di assistenza e le schede SDO. I flussi dalla periferia sono molto migliorati rispetto a 5-6 anni fa. La pubblicizzazione di questi dati deve essere un «lubrificante» per migliorare. I dati invece sono generalmente conosciuti dai tecnici, ma non sono così diffusi.

Ad esempio, nella nostra piccola realtà, da un anno se una signora decide di accedere a un determinato servizio, sa che da tre anni in quel servizio non nasce un bambino di età gestazionale inferiore a trentadue settimane, per cui può scegliere di non recarsi lì, ma di andare altrove. Sa che la mortalità in quel servizio è in percentuale diversa rispetto ad altri. Conosce il numero di neonati

che sono stati trasferiti da quell'ospedale. Questo non significa promuovere o bocciare nessuno, ma solo fornire giusta informazione. Se la popolazione si orienta in base a questo, non ci saranno più tanti sindaci che protestano perché c'è da chiudere o da ridimensionare.

Un altro problema molto importante che merita una particolare attenzione - e la cui valutazione spetta ancora una volta alle regioni in sede locale - riguarda la popolazione di immigrati, che in certe regioni o in certe sedi è arrivata al 18-20 per cento, con bisogni sensibilmente diversi da quelli di altre popolazioni e che, ovviamente, vanno soddisfatti.

Tranne in due realtà, oggi si può dire che un servizio di trasporto neonati d'emergenza esiste: non funziona dappertutto così bene, ma esiste. Quello che invece manca è il servizio di trasporto della gravida, il cosiddetto «trasporto in utero».

Un altro punto di base è che, come già indicato dal POMI, oggi dove si nasce deve esserci un medico. Questo non toglie assolutamente nulla alla propensione verso la naturalità del parto, alla professionalità delle ostetriche, ma le reperibilità in area materno-infantile non rispondono bene ai bisogni, così come in pediatria, se c'è un pronto soccorso, deve esserci un pediatra e il bambino non deve vagare per l'ospedale aspettando che arrivi il pediatra da casa.

Ringrazio molto per questo spazio enorme che mi è stato concesso.

PRESIDENTE. Professore, vorremmo chiederle qualche indicazione specifica sulle Unità di terapia intensiva neonatale (UTIN), perché nel nostro Paese il numero di queste unità non corrisponde all'efficienza del servizio, poiché molte volte esistono solo sulla carta. In qualche regione, come il Veneto, le UTIN sono cinque o sei, in altre - la mia Palermo - sono otto, delle quali una sola ha il trasporto neonatale.

FRANCO MACAGNO, *Direttore della società di neonatologia e patologia neonatale e del Dipartimento di assistenza integrata materno-infantile dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine*. Lo so, anche perché nella sua regione si è scelto di attivare il trasporto di tipo dedicato. Questa è una scelta che spetta alle regioni. Oggi il cosiddetto trasporto dedicato è previsto nel Lazio, dove funziona da vent'anni, in Campania e ci si sta orientando in tal senso anche in Sicilia, anche se non era stato proprio codificato come tale, perché si pensava invece di legare il trasporto all'unità di terapia intensiva.

Indubbiamente, c'è stata una discrepanza tra numero di unità di terapia intensiva sulla carta e quelle effettive. In alcune regioni, il numero dei letti programmati quali unità di terapia intensiva è stato enorme e si è arrivati a 128, laddove ne erano sufficienti 60 o 65, in un meccanismo che vedeva privilegiata non certo la salute dei neonati, ma una spartizione di incarichi, di posti, di risorse, di personale.

Devo dire però che c'è una correzione. Oggi, assistiamo a situazioni di questo genere: per esempio, in questo momento, in Lombardia, se sta per partorire una signora che ha un parto trigemellare in una città in cui manca la possibilità di accogliere tutti e tre i bambini, viene allertata la rete e da altri due ospedali arrivano due *équipes* e mezz'ora dopo la nascita ciascun bambino è ricoverato, anche se in ospedali diversi. Non è certo l'ideale, ma ognuno deve risolvere i propri problemi. Sottolineo che far funzionare il servizio di trasporto di emergenza neonatale è cogente nei confronti delle unità di terapia intensiva, che colloquiano quotidianamente tra loro. Questo è un salto di qualità. Ovviamente, non si può paragonare una realtà con 96 mila nascite come la Lombardia o con 60 mila come il Lazio con altre come il Friuli Venezia Giulia o le Marche. La regione Marche non aveva servizi di trasporto neonatale, ma nel momento in cui è stata unificata tutta la regione in una azienda sanitaria è partito un servizio di trasporto che funziona. Questo è un esempio di come dal centro, sempre concordandolo con le regioni, possano partire indicazioni forti, ma è la periferia che poi deve organizzare questi servizi.

PRESIDENTE. C'è anche un aspetto, professore, la cui risposta credo debba essere data anche dagli altri ospiti. Esistono meccanismi di controllo della corrispondenza tra i posti disponibili per il parto

e i posti disponibili nella corrispondente unità di terapia intensiva? Talvolta infatti si rischia di accogliere più madri con figli a rischio rispetto ai posti disponibili nell'unità di terapia intensiva collegata a quel punto nascita.

FRANCO MACAGNO, *Direttore della società di neonatologia e patologia neonatale e del Dipartimento di assistenza integrata materno-infantile dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine*. Questo rischio c'è, ma esistono anche parametri di base che valgono per noi, sono ormai verificati da vent'anni, e sono quelli che si trovano in letteratura.

Oggi, i neonati *very low birth weight*, che hanno un peso inferiore a 1500 grammi, corrispondono a poco più dell'1 per cento e sappiamo che, se in una realtà nascono 10.000 bambini, sicuramente 100 all'anno hanno questo problema. Mentre prima la maggior parte era tra i 1000 e i 1500 grammi, oggi, grazie ai progressi dell'ostetricia e di altri fattori, questa quota non comporta più grossi problemi di terapia intensiva. Stanno invece aumentando quelli al di sotto dei 1000 grammi, e il grosso problema delle terapie intensive neonatali sono i bambini con peso inferiore a 600 grammi, che rappresentano lo 0,2-0,3 per cento.

Una terapia intensiva neonatale deve essere quindi calibrata sul numero dei parti che avvengono in quella sede, attraverso la concentrazione delle gravidanze a rischio. Si calcola che una rete funzioni abbastanza bene se la sala parto che serve, per esempio, 2000 nascite, invece di avere 200 *very low birth weight* all'anno, ne ha 400-500, perché il passaggio dall'1 per cento al 2-3 per cento significa che c'è una forte attrazione da parte di quella *équipe* ostetrica, che c'è una concentrazione prenatale, e di conseguenza la terapia intensiva deve essere calcolata tenendo conto di questi aspetti, più tutti quei casi che possono essere accolti attraverso il servizio di trasporto neonatale di emergenza.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Ringrazio il professore per la relazione chiara e puntuale. Nel parlare di mortalità materna, ha detto che ci sono dei dati, ma che molti sfuggono in quanto mancanti. Vorrei quindi sapere a cosa sia dovuta la mancanza di dati e dove si possa intervenire.

Naturalmente, avrete stilato una casistica di mortalità materna rispetto ai parti cesarei e spontanei, ai cesarei normali, gemellari o plurigemellari. Vorremmo conoscere quindi l'indice di allarme, a parte il fatto che una gravidanza plurigemellare è di per sé più a rischio rispetto ad altre.

FRANCO MACAGNO, *Direttore della Società di neonatologia e patologia neonatale e del Dipartimento di assistenza integrata materno-infantile dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine*. La ringrazio per avermi dato l'occasione di chiarire. Sulla mortalità materna mi baso su dati ufficiali quali i dati ISTAT. Recentemente, è molto migliorata. Solo 20-30 anni fa, l'OMS poneva come limite buono di un servizio la mortalità del 2 per mille, mentre l'ultimo dato del 2008 per l'Italia è del 2,3 per centomila.

Il problema è che la regione Lombardia e in parte la regione Emilia-Romagna, che sono andate a scavare a fondo con un progetto specifico, ci hanno comunicato dati che invece oscillano tra l'11 e il 13 per 100.000: cinque volte tanto.

Si valuta infatti la mortalità materna dal momento della nascita e fino ai 42 giorni (non so perché, ma si tratta di un criterio internazionale).

GIORGIO VITTORI, *Presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia*. È la definizione di puerperio.

FRANCO MACAGNO, *Direttore della Società di neonatologia e patologia neonatale e del Dipartimento di assistenza integrata materno-infantile dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine*. Tuttavia, non tutte le disavventure materne avvengono in rapporto proprio all'evento nascita, al parto. In alcuni casi la madre che va a casa, ma sopravviene la sepsi e viene ricoverata in un reparto infettivo, in terapia intensiva per adulti. È lì che si perde, perché quella diagnosi, anche con

delle SDO corrette, non afferisce più all'ostetricia. Occorre quindi una sensibilizzazione sul problema.

Certamente, la gemellarità è sempre una condizione di rischio sul fronte neonatologico. Per questa ragione, nelle sedi in cui si attua maggiormente la procreazione medicalmente assistita, il controllo della gravida, della gravidanza e del feto è molto attento, anche se poi i rischi legati alla condizione restano, come nel caso della prematurità. Fino a pochi anni fa, si riteneva che la nascita di un feto dopo le 33 o 34 settimane non lo esponesse a grossi problemi di prematurità, mentre adesso la letteratura, che ha concentrato l'attenzione sui cosiddetti *late preterm* di 35 o 36 settimane, ci dice che in questi la patologia è quattro volte tanto.

È quindi necessario fare attenzione. Ogni giorno guadagnato sulla induzione del parto o sul taglio cesareo migliora le percentuali di sopravvivenza e soprattutto diminuisce la probabilità di malattie.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Le ho posto questa domanda sui parti plurigemellari perché ho avuto notizia che nella mia regione, la Calabria, si stanno verificando in questo periodo - o sono maggiormente resi noti dai giornali - molti parti non solo gemellari, ma anche plurigemellari, in relazione ai quali la madre va a finire sempre in rianimazione, o prima o dopo, per eclampsie, per gestosi, sviluppando di tutto, dal CID (coagulazione intravascolare disseminata) al blocco renale, alla miocardite. Abbiamo assistito a parecchi casi, che per fortuna si sono sempre risolti in maniera positiva. A Locri, che tra l'altro è la mia ASL, non abbiamo un reparto di neonatologia intensiva, quindi questi neonati devono essere trasportati a Reggio Calabria, tragitto che richiede un'ora e mezza di tempo. In occasione di tutti questi parti plurigemellari, comunque, tutte le madri sono finite in rianimazione.

Parlando anche di maternità indotta, non sempre naturale...

PRESIDENTE. Do la parola al professor Giorgio Vittori, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia.

GIORGIO VITTORI, *Presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia*. Grazie presidente. È un piacere e un onore essere qui, signor presidente e signori membri della Commissione, per riferire alcuni commenti molto sintetici data la brevità del tempo a disposizione, ma soprattutto la complessità dei temi in argomento. Vorrei anche rispondere alla domanda di come mai sfuggano all'attenzione del sistema alcuni elementi importanti come la mortalità materna, laddove poche risorse potrebbero risolvere il problema.

Leggerò rapidamente la nota sintetica da noi consegnata, che cerca di evidenziare le criticità. Vorrei fare una breve premessa per inquadrare il problema dell'ostetricia e della ginecologia in questo momento storico.

Come brevemente accennato dal professor Macagno, viviamo un momento storico particolare. Abbiamo un tasso di fertilità che sta intorno all'1,2 per cento e si dice che una civiltà scompare quando va al di sotto del 2,11. Nella storia nessuna civiltà si è ripresa da un tasso al di sotto di 1,8. Questo porta a importanti considerazioni di tipo demografico. Tale «codice rosso» sta in questo momento attraversando la nostra nazione.

In secondo luogo, l'età media del primo figlio delle donne residenti in Italia attualmente è intorno ai trentacinque anni. Chi, come me, ha cominciato ad aprire i libri di ostetricia qualche tempo fa sa che questa veniva definita «gravidanza attempata», cioè una gravidanza in cui biologicamente la risposta è inferiore a quella di un'età più giovanile.

Oggi, il vero problema non è tanto l'assistenza a trentacinquenni, ma la percezione sociale e la consapevolezza delle nostre coppie, delle nostre donne e delle nostre ragazze che in realtà la gravidanza si possa pianificare indipendentemente dalla propria biologia. Ottenuti il lavoro, la casa e la macchina, si ritiene di poter finalmente avere una gravidanza quando la si vuole, il che è una deconnessione informativa molto importante.

Questo porta con sé altre rilevanti conseguenze: il nostro sistema sanitario in questo momento

«produce» 550.000 nascite per anno; di queste, il 16 per cento riguardano figli degli immigrati, che costituiscono il 6 per cento della popolazione. La percentuale di figli di immigrati è quindi del 16 per cento sulla base della popolazione che partorisce di circa il 6 per cento.

Questo è un interessante reperto di tipo demografico, ma è anche un problema di tipo clinico e sociale, perché in alcune popolazioni immigrate recentemente le persone si rivolgono alle strutture sanitarie per essere seguite in gravidanza solamente nel momento del parto, con la conseguenza pratica che il 20 per cento delle pazienti di questo gruppo non ha mai fatto un test batteriologico, non ha mai fatto un *test* HIV. È quindi necessario effettuare un *test* rapido con caratteristiche particolari per assistere adeguatamente la paziente e il nascituro, perché i percorsi sono differenti. Questi sono solamente alcuni *flash* sulle varie problematiche esistenti. In questa nostra nazione italiana, la problematica maggiore, sulla quale chiedo al presidente e a questa Commissione di fare particolare attenzione, riguarda il «codice rosso» dedicato al materno-infantile, che è un problema nazionale. Le regioni assicurano livelli di assistenza differenti per quanto riguarda il materno-infantile in funzione della politica regionale per un fenomeno che consideriamo completamente differente dall'assistenza per patologia chirurgica di tipo tradizionale (appendice, tonsille, ernie, colecisti). Come brillantemente evidenziato dal professore Macagno, la connessione tra il punto di nascita e la sede geografica della famiglia deve essere mantenuta e qualificata. È infatti inammissibile che per inseguire una struttura con livelli di assistenza adeguati la famiglia si debba deconnettere dall'impianto geografico di residenza. Anche se è tecnicamente possibile spostarsi da un'area all'altra, questo spostamento determina «buchi» nell'assistenza sociale. Penso ad esempio alla prevenzione della depressione *post partum*, fenomeno che colpisce il 10 per cento delle pazienti che partoriscono, quindi circa 55.000 donne, di cui l'1 per cento sono depressioni *post partum* gravissime di tipo psicotico, che possono portare al suicidio o all'omicidio, come si legge sui giornali. Deconnettere il punto di nascita dalla sede geografica della famiglia implica un rischio rilevante anche da questo punto di vista.

L'intera nazione nel corso di questi vent'anni dall'introduzione dei DRG (dicembre 1994) non ha qualificato i DRG ostetricia e ginecologia (si chiamano MDC 13 e 14, *Major Diagnostic Categories* della valutazione e della classificazione dei DRG), che riguardano sia la patologia ostetrica, sia la patologia ginecologica.

I due fenomeni sono connessi. Se le unità di ostetricia e ginecologia, che incidono sulle varie aziende sanitarie o ospedali, vengono valutate anche dal punto di vista della produttività economica, e se la produttività economica è anche un indice di valutazione dell'efficienza o dell'interesse di un *manager* che ha come obiettivo una produzione economica significativa, le unità di ostetricia e ginecologia sono state dequalificate con una lenta, progressiva devalorizzazione del DRG e soprattutto delle strutture. Arriviamo quindi alla medicina preventiva.

Il presidente ha aperto i lavori parlando dell'errore sanitario, ovvero del nostro interesse a prevenirlo e non a inseguirlo. Appare chiaro ed evidente a tutti noi che lavoriamo sul campo e a chi ci giudica da fuori che fenomeni come l'elevato numero di tagli cesarei, le problematiche perinatali appena enunciate e la problematica della morte materna possono essere indicatori di cui saremmo veramente lieti che la Commissione tenesse conto, perché sono molto facili da valutare e permettono di identificare le zone di rischio, laddove questo meccanismo di assistenza al parto e della componente di ginecologia presenta qualche problema. Nelle aree in cui si rileva un tasso di cesareo più alto del tasso atteso potrebbe essere interessante realizzare una sottoindagine, una valutazione più specifica, per valutare le dotazioni organiche, il tipo di guardie, il numero di parti, per «chiudere il cerchio».

Se una società scientifica ha il ruolo di distillare l'evidenza scientifica, dovrebbe anche farsi carico di rendere più facile il lavoro di una istituzione come la Commissione, per identificare i quattro o cinque punti critici, che possono essere facilmente compresi e corretti.

Abbiamo riassunto in poche righe il nostro intervento, che consegniamo alla Commissione. Il primo punto riguarda i DRG per l'ostetricia e ginecologia. La devalorizzazione dei DRG per l'ostetricia e ginecologia ha raggiunto livelli incompatibili con l'assistenza adeguata, ed essendovi un sistema di

remunerazione a «macchia di leopardo» differente da regione a regione e da ospedale a ospedale, si determina una netta differenza tra strutture che vengono remunerate a *budget*, per esempio Friuli Venezia Giulia e alcune aziende, e strutture che vengono remunerate a DRG. Ho allegato un articolo in cui analizziamo questa specifica situazione.

Il secondo punto concerne il rapporto con il territorio, rete di prevenzione, *screening*, supplementazione, gravidanza immigrati, percorsi specifici, consultori, diagnosi prenatale, gestione del rischio anamnestico e attuale. Terzo: rispetto del rapporto logistico tra ospedale e abitazione. Quarto: numero minimo di parti auspicati e tipologie di ospedale. Quinto: rapporti con il collegio delle ostetriche e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi; altro importante fenomeno critico, perché l'attuale normativa fa sì che l'ostetrica abbia completamente cambiato il suo ruolo, che è diventato attivo nella gestione della gravidanza, del travaglio e del parto, e quindi non sono ancora state scritte le regole del gioco del rapporto tra ginecologo e ostetriche. Taglio cesareo: l'evidenza scientifica al riguardo è enorme in letteratura. Abbiamo stretto un rapporto di collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità, al fine di ridefinire i tassi del cesareo e di presentare i nuovi tassi aggiornati per le cinque regioni del mondo durante il prossimo congresso mondiale dei ginecologi, che siamo riusciti ad avere a Roma. È un evento paragonabile a quello delle Olimpiadi o dei campionati mondiali di calcio: ci saranno circa 15.000 delegati provenienti da 130 Paesi e riteniamo che stimolare le istituzioni italiane a proporre in quella sede strategie volte a migliorare la nostra situazione nazionale possa essere una buona opportunità.

Il taglio cesareo può essere considerato come indicatore per ulteriori indagini e analisi nelle strutture dove la sua percentuale è elevata. Come evidenziato dall'onorevole Fucci, le statistiche italiane dimostrano che esso è maggiormente attuato nelle strutture dove il numero dei parti per anno è inferiore a 1000, e ancora maggiore quando il numero dei parti è inferiore a 400-500, dove non è prevista la partoanalgesia e gli organici sono ridotti.

Proponiamo un censimento delle attività dedicate ai punti nascita, che ancora manca. Ogni regione infatti legifera in maniera autonoma e ogni provincia sottolegifera, mentre abbiamo bisogno di una visione nazionale. Chiediamo alla Commissione un censimento non solo delle unità operative, ma delle dotazioni e degli organici, perché riteniamo che il rapporto tra dotazione di organici di guardia, medici realmente di guardia e indicatori di assistenza possa essere importante. Ho inserito all'ottavo punto l'analisi del contenzioso medico-legale. Recentemente, abbiamo fatto un sondaggio tra tutti i punti nascita italiani, al quale hanno risposto 250 punti nascita sui 428 censiti in Italia, quindi con una copertura del 50 per cento ben distribuita tra Italia settentrionale, centrale, meridionale e isole. Il primo punto giudicato come causa dell'elevato numero di tagli cesarei è la paura del contenzioso medico-legale, che fa sì che il ginecologo assuma un atteggiamento di medicina difensiva, che prelude a una devalorizzazione dell'assistenza e a ulteriori problematiche. Abbiamo proposto anche un confronto con i Paesi europei con un PIL simile al nostro, in particolare la Danimarca, che è il Paese di riferimento per quanto riguarda il taglio cesareo e che corrisponde a una regione popolata dell'Italia del nord. In Danimarca, il parto spontaneo viene valorizzato 4.000 euro rispetto ai 1.400-1.500 in Italia.

Un altro punto importante riguarda il controllo della formazione supplementare del personale. Sempre secondo questo nostro sondaggio, eseguito secondo la tecnica della *peer review*, ovvero un confronto tra pari che si parlano in maniera chiara senza il filtro dell'evidenza scientifica che elimina una serie di informazioni, come seconda causa dell'elevato numero di cesarei viene individuata la scarsa formazione del personale che si occupa della paziente. Lo indichiamo come punto particolarmente critico. All'undicesimo punto ricordiamo la partoanalgesia, che, secondo la nostra indagine, è disponibile solo nel 30 per cento circa dei punti nascita in tutta la nazione. Tra l'altro, nel POMI la partoanalgesia è uno dei punti critici identificati.

In sintesi, le criticità sono le seguenti: scarsa attenzione all'umanizzazione delle cure, eccessiva dispersione in unità operative perinatali (con la percentuale importante del 30 per cento di unità di volume di attività ostetrica inferiore ai 500 parti l'anno), l'eventuale carenza di posti letto di terapia intensiva o mancata correlazione con l'esigenza del territorio (non avere, come succede attualmente,

la possibilità che la mamma di un neonato nato a Viterbo debba portargli il latte a Latina, ove c'è la terapia intensiva di riferimento), l'area di assistenza ostetrica indistinta da quella dell'assistenza ginecologica. Questo è un altro punto importante della devalorizzazione, perché fenomeni come la gemellarità, l'elevato numero di tagli cesarei, il problema della diminuita fertilità e dell'elevato ricorso alle tecniche di fecondazione assistita non sono senza conseguenze. In conseguenza del maggior numero di cesarei, abbiamo patologie della placenta quale placenta a creta o iper-creta, che non viene via spontaneamente, porta a un aumento dei rischi per la madre, con la possibilità di dover ricorrere a una isterectomia per salvare la vita alla paziente.

Le gravidanze extrauterine non sono più soprattutto a carico della salpinge, ma sono intramurali o interstiziali, quindi non più nella tuba, ma nella parete dell'utero. Considerando quanto è vascolarizzato un utero in gravidanza, potete rendervi conto di quanto possa essere pericoloso gestire una gravidanza di questo genere. A ciò si aggiungano la carenza e la non ben definita collocazione delle risorse dedicate all'assistenza gravidanza, parto e rischi patologici, nonché il trasporto materno non organizzato secondo standard assistenziali definiti. Il trasporto del neonato, seppure esistente, deve essere accompagnato dall'informazione che, anche ove effettuato con la cosiddetta cicogna, l'ambulanza dedicata, presenta un rischio relativo di peggioramento delle condizioni neonatali tre volte superiore, se comparato allo stesso neonato trattato in unità operativa dotata di terapia intensiva. Si devono elencare, inoltre, un eccessivo ricorso al trasporto neonatale in alcune regioni con tassi circa doppi, l'incompleta realizzazione della rete per mancanza di percorsi definiti, tassi di mortalità neonatale ancora troppo elevati a confronto con altre regioni e mancanza di percorsi assistenziali *post partum*, altro aspetto importante, perché di quello che avviene a casa, ad una paziente che ha partorito, non importa più a nessuno.

Ho fatto riferimento alla stessa organizzazione citata dal professor Macagno, vale a dire tre livelli di cura: primo livello cure di base; secondo livello cure speciali; terzo livello cure intensive e alta specialità. Questa divisione in livelli deve essere aggiornata. A tale riguardo, il professor Macagno ha accennato a un ripensamento per una rete che potrebbe articolata in due livelli assistenziali, uno di base e uno di concentrazione della patologia.

La criticità del materno infantile, le problematiche esposte e la problematica della suddivisione in livelli rappresentano un codice rosso. Se infatti il trattamento di patologia oncologica rappresenta uno degli obiettivi primari per una regione o per una determinata azienda, il fenomeno materno-infantile deve trovare uno sponsor, che in questo momento ha difficoltà a identificare ed è la nazione intera. Il problema materno-infantile è un bene della nazione, e in quanto tale pensiamo di proporre anche a questa Commissione uno *slogan* mediante il quale si chieda che la situazione nazionale per il materno-infantile - siamo consapevoli dell'abrogazione del Titolo V e della delega alle regioni - riceva particolare attenzione per ovviare ai problemi demografici e clinici.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Chiedo scusa per il ritardo, dovuto a concomitanti impegni d'Aula, ma tenevo a partecipare, perché si tratta di una delle audizioni fortemente caldeggiate dai colleghi e da me condivisa. Uno dei temi che nei mesi scorsi era stato oggetto di considerazione, al di là dei fatti generali qui prospettati, riguarda l'Unità di terapia intensiva neonatale (UTIN).

Nell'ultima relazione si faceva riferimento ad alcune regioni che forse hanno un numero di posti insufficienti. Non so se siete in grado di indicare quali siano.

FRANCO MACAGNO, *Direttore della Società di neonatologia e patologia neonatale e del Dipartimento di assistenza integrata materno-infantile dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine*. Il problema non è numerico, è operativo. Paradossalmente, fatta salva la regione Veneto, nelle regioni in cui ci sono più posti letto di terapia intensiva neonatale ci sono meno unità di terapia intensiva neonatale funzionanti.

Con una modulazione che dipende anche dalle situazioni territoriali, il parametro è di 1 unità di terapia intensiva ogni 5.000 nati, mentre all'estero è ogni 10.000 nati. Tenendo conto di come è

variegata la nostra orografia, è di uno ogni 5.000 nati.

Ogni unità dovrebbe avere almeno otto posti di terapia intensiva attivi, meglio se sono dieci o dodici ovviamente, con organici proporzionati. Questi parametri devono essere rispettati. Sappiamo che non è più l'organo centrale a dare indicazioni, ma è necessario che l'organo periferico recepisca e che lo faccia in base a criteri obiettivi. Abbiamo anche la nostra storia nazionale, non dobbiamo sempre fare riferimento agli standard. Se infatti facessimo riferimento a *standard* internazionali, ancora adesso in Inghilterra c'è un pediatra ogni 7.000 bambini, mentre da noi, da quando è stata istituita la pediatria di famiglia, il rapporto è di uno ogni 590-600. È un'altra scelta politica, che ha dato i suoi risultati. Dove manca l'assistenza di terapia intensiva il più delle volte troviamo tante unità di terapia intensiva che non sono a regime.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Ho constatato che in particolare in alcune regioni come la Sicilia la questione delle UTIN è veramente drammatica. In Sicilia, le UTIN sono insufficienti, non nei piccoli ospedali che l'attuale assessore vorrebbe chiudere, a volte giustamente, ma nelle aree metropolitane. A Catania, la nascita di un bambino prematuro con problemi di insufficienza respiratoria il più delle volte comporta il trasporto - con i rischi richiamati - con l'elisoccorso all'ospedale di Patti o di Agrigento.

Volevo rimarcare questo dato: purtroppo, ci sono regioni - ho chiesto eventuali dati più analitici - che presentano situazioni veramente inaccettabili.

FRANCO MACAGNO, *Direttore della Società di neonatologia e patologia neonatale e del Dipartimento di assistenza integrata materno-infantile dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine*. I dati ci sono e sono anche ultrapubblici. Mi interesso della Sicilia dall'epoca di Liborio Giuffrè (1995-1996), sono stato in parte a fianco di Ettore Cittadini quando era assessore e si era posto il problema di risolvere questa situazione. La realtà è positivamente cambiata rispetto a dieci o dodici anni fa. Per il 35 per cento dei bambini oggi in Sicilia c'è un trasporto neonatale adeguato. Sono stati quindi compiuti dei passi avanti.

PRESIDENTE. Lei, professore, mi ha provocato un fremito di commozione ricordando una persona indimenticabile come Giuffrè, ma mi sembra che il tema posto dall'onorevole Burtone si possa esprimere così: abbiamo quattro unità a Catania e otto a Palermo, ma queste sono sulla carta, perché hanno solo una o due delle funzioni che dovrebbero avere. Mentre infatti in altre regioni si ha la terapia intensiva, la ventilazione, l'alta frequenza, l'ossido nitrico, la chirurgia pediatrica, la neurochirurgia, la cardiocirurgia pediatrica, la dialisi neonatale, piuttosto che il trasporto neonatale organico dedicato, in Sicilia ce ne sono otto o quattro nelle aree metropolitane, ma delle otto dell'area metropolitana di Palermo solo una ha il trasporto neonatale. Non sono quindi adeguatamente attrezzate.

Non vogliamo «sicilianizzare» questa Commissione, peraltro mi onoro di essere cittadino onorario di Moruzzo, quindi in parte friulano. Vorrei sapere però se si rilevi un rapporto di responsabilità tra l'ammissione al parto di una donna e i posti disponibili in una unità di terapia intensiva. Accade che lodevolmente ostetricia e ginecologia accolgano molte donne senza curarsi di chiedere se, qualora vi sia l'esigenza di terapia intensiva neonatale, possa essere garantito il posto corrispondente nella struttura ospedaliera di riferimento. Questo è accaduto drammaticamente in tanti casi, che l'onorevole Burtone intendeva qui denunciare. Non può ammettersi che in un ospedale come il Cannizzaro di Catania sia ricoverato, in ostetricia e ginecologia, un numero di donne con prevedibile esigenza dopo il parto di intervento di terapia intensiva neonatale superiore ai posti disponibili. Nessuno riusciva a capire perché bisognasse effettuare il trasporto del neonato anziché farlo in utero, con maggiori garanzie per tutti. Poi si corre con l'elicottero, che non è il mezzo più adeguato per il trasporto neonatale, per trasferire il neonato a Patti, piuttosto che a Palermo da Catania.

Questo sarà oggetto di specifica contestazione in occasione della missione che effettueremo il 15 e

il 16 in Sicilia. Vorrei quindi sapere cosa ci suggeriate di proporre perché ci sia un rapporto corretto tra il parto e la salute del bambino nell'unità di terapia intensiva neonatale, per evitare che le statistiche riferite ad entrambi siano perfette, ma la madre e il bambino muoiano senza che ne siano state rilevate le ragioni.

Considero opportuno chiedere alla dottoressa Teresa Matarazzo, Vicepresidente dell'Associazione anestesisti e rianimatori ospedalieri italiani di intervenire.

TERESA MATARAZZO, *Vicepresidente dell'Associazione anestesisti e rianimatori ospedalieri italiani*. Ringrazio la Commissione e i presenti. Spero di fornire spunti utili. Comunque, sono assolutamente disponibile a rispondere a eventuali quesiti, inviando in un secondo momento eventuale materiale, che, data la brevità dei tempi, purtroppo non sono riuscita a fornire alla Commissione.

PRESIDENTE. Vale ovviamente per tutti gli auditi: se riterrete di far prevenire successivamente una relazione, che sia integrativa o contenga dati utili per la Commissione, ve ne saremo molti grati. Il professore ha già provveduto a far avere una relazione che ha definito sintetica, ma che in realtà sintetizza l'argomento in maniera egregia.

TERESA MATARAZZO, *Vicepresidente dell'Associazione anestesisti e rianimatori ospedalieri italiani*. Sono qui non solo perché sono il vicepresidente dell'Associazione anestesisti e rianimatori ospedalieri italiani, ma anche perché da diversi anni in seno all'associazione stessa, per il ruolo di anestesista nel percorso professionale effettuato negli ultimi trent'anni, mi sono occupata di donne, di neonati, di analgesia del parto e ho stilato insieme ad un gruppo le prime raccomandazioni datate 2003-2004 per la realizzazione di un servizio di analgesia ostetrica. Queste sono state seguite da una serie di documenti, tra cui un questionario nazionale dedicato a tutti gli ospedali italiani, con la collaborazione dei presidenti delle Regioni, della AARO e dei delegati scientifici.

Tale lavoro, che è stato pubblicato, è perfettamente in linea con quello pubblicato nell'ambito dell'analisi del Certificato di assistenza al parto (CEDAP) relativamente alla realtà nazionale riguardante il percorso materno-infantile, cioè, nascite, nati, mortalità, tasso di natalità e fecondità, di cui brevemente vi riferisco.

È chiaro che parliamo di donne e di bambini, quindi di un bene fondamentale per l'economia di un Paese. L'Italia si avvicina al Giappone in termini di denatalità, quindi salvaguardare la donna e il bambino significa anche salvaguardare l'economia del Paese. Le donne sono anche l'elemento più importante per il futuro, relativamente alla possibilità lavorativa di accrescere il PIL. È quindi necessaria una particolare attenzione alla salute della donna, perché ciò significa prestare attenzione anche al sistema produttivo sociale e alla sua capacità di moltiplicare i servizi sociali. Qualora abbia la necessità di supportare non solo la famiglia nel sistema di cura, ma anche il bambino dalla nascita in poi, utilizza infatti servizi sociali *in loco*. A differenza di tutto il resto, questo non si può esternalizzare, quindi ancora una volta la donna si trova a essere moltiplicatore di un sistema.

Quando si parla di percorsi si usano termini quali: governo clinico, equità di accesso, equità di appropriatezza, di sicurezza e di monitoraggio, quindi di percorsi che nascono, crescono, si sviluppano, si sperimentano e si omogeneizzano con un risultato che deve essere indicato con numeri, con indicatori, altrimenti non possiamo parlare di sistema equo, sicuro, che abbia un livello di espressione in miglioramento.

Per quanto riguarda il livello contrattuale, già dal 1996 si prevedeva che negli ospedali l'assistenza relativa all'anestesia e alla rianimazione fosse tale per cui le reperibilità fossero solo integrative e non sostitutive della guardia. Nell'allegato 1 del contratto del 2005, ciò viene non solo ribadito, ma integrato con la specifica che la guardia debba essere prevista in tutte le realtà in cui c'è l'ostetricia, quindi la guardia ostetrica, la guardia pediatrica e neonatale, laddove vi siano le terapie intensive neonatali o le unità operative di pediatria, e anche nelle terapie intensive e subintensive,

nell'anestesia e rianimazione, laddove ci fosse un DEA di primo e di secondo livello.

Questo significa che nella miriade dei punti nascita nazionali il primo livello di sicurezza, che è quello della guardia, dovrebbe essere rispettato. I livelli contrattuali lo permettono, ma ciò alla fine non si realizza, perché purtroppo in molte realtà nazionali non esistono ancora né le guardie di anestesia, né quelle di terapia intensiva neonatale o pediatrica, ma solo le pronte disponibilità.

Non si può parlare di percorsi o di realizzazioni fantasiose, se non ci sono le basi per i livelli di sicurezza. Il mio primo suggerimento alla Commissione è dunque quello di inserire nella mappatura nazionale di sistemi basali di sicurezza anche la realtà delle guardie nei vari punti nascita e ospedali nazionali.

Come evidenziato dalla Commissione sui livelli essenziali di assistenza, senza un sistema di guardia, per quanto riguarda le figure dell'anestesista, dell'ostetrica, del neonatologo e del pediatra, manca la base di qualsiasi sviluppo di controllo del dolore e delle cure di sicurezza, perché avere un anestesista, un neonatologo, un ginecologo, un'ostetrica che siano integrati insieme permette un livello di assistenza di qualità. Si tratta, quindi, non solo della presenza contemporanea di più realtà, ma anche di come avere un anestesista in sala operatoria che garantisca a donne e bambini maggiore sicurezza non tanto nella situazione di *routine*, quanto in quella di emergenza.

L'analisi condotta nell'ambito del sistema dell'ostetricia italiana tramite un questionario rifletteva perfettamente la realtà nazionale della mappa dei punti nascita. Si trattava di 109 ospedali del nord, 99 del centro e 124 del sud. Le metodiche di umanizzazione erano assolutamente difformi, la partoanalgesia era realizzata in una percentuale più bassa rispetto ai dati riferiti precedentemente, ma soprattutto si evidenziava una situazione a macchia di leopardo. Veniva fornita h24 in pochissime realtà; nella maggior parte dei casi c'erano sistemi incentivati o un sistema di libera professione, e comunque non era esaustiva della richiesta della mamma, che ha sempre libertà di scelta, perché tutti i sistemi di umanizzazione vengono dati in base alla richiesta della donna. Il taglio cesareo è in percentuale elevata soprattutto nei punti nascita con minore numero di parti e all'aumentare del numero di parti diminuisce la percentuale di tagli cesarei. I tagli cesarei venivano realizzati anche in donne che già partorito con taglio cesareo, percentuale che, così come viene riportato a livello della sezione del CEDAP, invece diminuiva rispetto alle donne straniere, come se fossero più coraggiose o vi fosse una realtà di medicina difensiva diversa rispetto a quella delle donne italiane.

Le donne fondamentalmente volevano partorire in maniera sicura e, se fosse stata loro offerta, avrebbero sicuramente scelto di seguire la via dell'analgesia. La partoanalgesia era realizzata nei vari centri solo in piccola percentuale da un anestesista, che nel 68 per cento era dedicato a questo, mentre nei casi restanti aveva una guardia di tipo generale. Anche qui si rileva quindi una limitazione nei percorsi, che però è giustificata anche dal fatto che, avere un anestesista dedicato, deve presupporre un certo livello di numerosità del campione dei parti, perché altrimenti incrementerebbe i costi e sarebbe considerato improduttivo.

C'è una situazione a macchia di leopardo per quanto riguarda il valore economico dei DRG. Ogni regione sceglie le proprie economie sul parto. L'indagine evidenzia pertanto una grandissima limitazione per quanto riguarda le tecniche dell'umanizzazione del parto riguardanti anche la partoanalgesia e la necessità di lavorare molto soprattutto per l'equità di accesso. Avere un anestesista e dare la possibilità alla donna di scegliere liberamente in sicurezza la partoanalgesia, se questo entrasse nei livelli essenziali di assistenza, richiederebbe un organico adeguato, perché per un servizio di analgesia ostetrica sono necessari almeno sei anestesisti h24. Ciò implica economie e soprattutto impegni di spesa nazionali, che altrimenti non possono essere sicuramente realizzati in un momento economico molto critico.

Per quanto riguarda la partecipazione alla Commissione per i LEA e al percorso a livello regionale, in Emilia-Romagna abbiamo realizzato un percorso molto particolare: si è rispettato perfettamente quanto dettato nel documento della Commissione per i LEA, che riguardava il percorso materno-infantile. Dal 2008 al 2010, è stato infatti strutturato un piano di sviluppo, partendo dall'informazione. Senza informazione, sensibilizzazione personalizzata, anche multilingue in base

all'etnia, nessuno può fare una scelta personalizzata e in sicurezza. Attraverso l'informazione con documenti, lo sviluppo di azioni positive con un'integrazione di anestesista, ostetrica, ginecologo e neonatologo, si è sviluppato un percorso con un impegno di spesa da parte della Regione, che ha riguardato la formazione sia frontale, sia sul campo di tutti gli operatori, in maniera tale che dalle buone pratiche si sviluppasse anche i buoni comportamenti, quindi con centri *Hub and Spoke* e con l'integrazione di personalità nazionali - Danilo Celleno ha partecipato spesso ai nostri corsi in Emilia-Romagna - per realizzare la formazione di un gruppo di operatori sanitari che si integrassero anche con un monitoraggio in percorsi di accreditamento. Tale buona pratica nella nostra Regione, l'Emilia-Romagna, ha portato a un incremento dal 5 al 10 per cento per anno per l'analgia del parto, per arrivare a distanza di tre anni al 25 per cento, che rispecchia il livello nazionale di scelta della donna, in base al quale una donna su quattro vorrebbe praticare la partoanalgia.

A tali buoni percorsi, che possono essere omogenei, ho lavorato come rappresentante dell'associazione anestesisti e rianimatori emergenza area critica, perché niente può essere realizzato senza una pianificazione del lavoro e delle dotazioni organiche. Quel *gap* deve essere colmato, perché i percorsi dell'informazione, della sperimentazione e dell'organizzazione presuppongono sia un livello di *performance* di competenze cliniche, sia un numero di operatori congruo con l'impatto, per cui le economie sono assolutamente indispensabili.

Si possono realizzare numerosi risparmi e ridurre il numero dei cesarei è un obiettivo che ci si è posti a livello di regione. Ridurre il numero dei cesarei significa anche ridurre i costi. Tutto il percorso preparatorio è gratuito. Lavorare con degli indicatori ci permette anche di rilevare il grado di soddisfazione, elemento molto importante, e, quindi, la qualità percepita, perché lavoriamo non solo per la sicurezza, ma anche per raggiungere un determinato livello di qualità.

Il percorso si articola quindi in programmi sanitari adeguati, percorsi ben definiti, analisi delle criticità in ordine ai punti nascita presso le unità di ostetricia e di ginecologia, stratificazione anche in base alle caratteristiche delle donne in età fertile secondo un cronoprogramma, come i dati di statistica dinamica permettono, giacché da ora al 2025 possiamo conoscere il numero di donne in età fertile e la programmazione in base alle caratteristiche dei nati. Su questo poi la politica è dotata di elementi di economia e di conoscenza superiori ai miei, ma rispetto ai livelli di sicurezza e al percorso a livello nazionale riguardante il documento sulle *check-list*, tutto questo può agire positivamente per aumentare il numero di donne soddisfatte, ridurre la mortalità, migliorare tutti i percorsi e permettere anche un'integrazione tra tutti gli operatori, che è un elemento fondamentale. Anche alla luce delle nostre capacità di supporto e integrazione con gli altri ruoli professionali, come associazione siamo disponibili a mettere a disposizione quanto possa essere utile alla Commissione e soprattutto alle donne e ai bambini in Italia.

PRESIDENTE. Faremo avere anche a lei, come agli altri ospiti, il resoconto stenografico di questa audizione, cosicché possiate valutare l'opportunità di integrare quanto è emerso con altre indicazioni che possono essere utili alla Commissione. Do ora la parola al professor Danilo Celleno, Presidente del Club italiano di anestesisti e ostetrici.

DANILO CELLENO, *Presidente del Club italiano di anestesisti e ostetrici*. È stato detto tantissimo soprattutto sui numeri e sulle percentuali. Cercherò quindi di fare una sintesi con minime indicazioni generali, aggiungendo anche qualcosa di mio.

Credo che il punto essenziale sia quello introdotto dal presidente Orlando all'inizio della *best practice* e della prevenzione. Questo è il nostro obiettivo. Per raggiungere la *best practice*, la prevenzione è un punto essenziale. È necessario anche far comprendere, a livello nazionale, due punti fondamentali: la medicina non è matematica e non può essere rapportata a una formula matematica con cui si risolve qualsiasi equazione. Per quanto riguarda il livello materno-infantile, questo significa che il rapporto tra spesa o investimenti e soluzioni di tipo economico non sempre può coincidere. Allora, vediamo dove intervenire per avvicinare, se non per far coincidere, questi punti.

Credo che tutto sia stato scritto e definito. Potrebbe essere modificato perché può essere migliorato, ma considerando il progetto parto, i lavori della Commissione fatta con l'onorevole Guzzanti nel 2007 sui LEA e sul problema della partoanalgesia integrata, quanto è stato detto oggi era già stato definito.

I livelli di punti nascita sono sempre stati calcolati fino ad oggi in relazione ai bisogni del neonato. In realtà, i bisogni materni si possono individuare, ma non sono stati definiti come è stato chiesto dall'onorevole Laganà Fortugno, che ha domandato perché le donne che hanno avuto problemi finiscano in rianimazione.

Un'altra domanda più volte emersa riguarda la stima dei posti letto di terapia intensiva neonatale e dell'adulto. Come rianimatori, viviamo questa situazione tutti i giorni. Ho una rianimazione abbastanza grande per Roma, perché ho dodici posti letto oltre alla possibilità di altri quattro, ma, se ne avessi 150, mi chiederebbero il centocinquantunesimo, perché i criteri di prevenzione e quelli di ricoveri congrui rispetto a cure intensive o sub-intensive non sempre sono così giusti e ciò deriva da un'organizzazione a volte carente.

I parametri di accreditamento per i punti nascita possono essere rivisti e integrati, ma già esistono anche se, poiché nel 60 per cento dei punti nascita non sono stati verificati, non è detto che ci siano. Anche i parametri di accreditamento, da un punto di vista non legislativo, perché non esiste una legge vera e propria, ma normativo, sono sostanzialmente di tipo architettonico o relativi al materiale presente. Qualche volta si parla di personale, ma non si ha notizia della sua qualità e quantità. La partoanalgesia in un ospedale che effettua 500 parti l'anno significa che un anestesista fa dodici analgesie all'anno. È inutile chiedersi se un paziente che dovesse fare un trapianto di rene - situazione molto simile - andrebbe dove si effettuano tre trapianti all'anno o dove se ne fanno quarantacinque.

PRESIDENTE. Mi consenta, professore, qui diventa matematica.

DANILO CELLENO, *Presidente del Club italiano di anestesisti e ostetrici*. Esatto, diventa matematica, quindi condivido pienamente che, parlando di prestazioni di alta specialità anche invasiva, dunque con un costo quasi pari a zero (perché si hanno settanta probabilità in più di avere una grave lesione salendo in macchina rispetto ad un'anestesia, anche se nessuno ci pensa e per comprare una macchina nessuno chiede il consenso informato), i parametri di accreditamento siano verificati. Anche se prendessimo in considerazione quelli attuali, avremmo compiuto un salto qualitativo spaventoso, senza aggiungere nessun altro punto. Tali parametri di accreditamento non sono solo di tipo strutturale, ma per alte specialità anche di tipo numerico.

Il problema della gravidanza medicalmente assistita da cui poi derivano parti gemellari è purtroppo un mio pallino, perché avendo una rianimazione ostetrica cui afferisce la maggioranza delle situazioni ostetriche gravi derivanti da gravidanza assistita, se si parla di prevenzione, mi vengono i brividi pensando che non esiste uno stretto controllo della possibilità di una gravidanza assistita. La scorsa settimana abbiamo assistito una ragazza di sedici anni e mezzo e una gravida di sessantadue anni. Non pongo una questione di tipo etico o morale, ma mi chiedo se si possa definire fisiologica o non sia già patologica alla nascita visto che già una gravidanza è un'alterazione della fisiologia umana normale, ancorché fisiologica. Quando diventa un'alterazione patologica, si parte già da una patologia che, però, non viene presa minimamente in considerazione perché si tratta di un parto. Vorrei sottolineare le considerazioni del dottor Vittori sulla salvaguardia della fertilità, quindi sul neonato o feto prezioso. L'incidenza del parto cesareo aumenta non soltanto per una difesa medico-legale, ma per una situazione precedente, anche relativa alla spesa.

Nel 2007, fu presentata alla Camera e al Senato la proposta di legge, che costituiva un testo unico, e che venne modificato «stranamente» giungendo a 30-35 articoli, che ho vissuto riga per riga, quasi snaturalizzandolo perché prendeva in considerazione tutto lo scibile umano dell'ostetricia, pur essendo inizialmente relativo alla sola partoanalgesia. Questo non è altro che un banale «cavallo di Troia» per far lavorare finalmente 3-4 figure professionali insieme, cosa che un medico dovrebbe

essere abituato a fare in base all'antico concetto di dipartimento, di condivisione. Appaiono quindi importanti i parametri di accreditamento definiti, che devono essere rispettati, e i livelli che devono prendere in considerazione madre e figlio.

Il Gaslini di Genova, ospedale di altissima qualità neonatale, non ha una rianimazione per adulto. Se la madre sta male, deve essere trasferita in un'altra rianimazione di Genova, dove ci sono persone che non hanno idea di come si tratti una donna gravida in rianimazione, perché non hanno le maternità. È quindi evidente la situazione di discrepanza.

Molte cose sono state scritte: il trasporto della donna in gravidanza è importante, così come quello del neonato, che i neonatologi dovrebbero effettuare sul piano nazionale. Attualmente, sono molto aiutati dagli anestesisti rianimatori, che sono abituati a trasportare gli adulti, ovvero a fare un altro mestiere.

Ci sono punti su cui intervenire rapidamente, ottimizzando le risorse attraverso un'alta specializzazione solo in alcuni centri, perché non si può pretendere un'alta specializzazione se i numeri non ci sono.

PRESIDENTE. Vorrei chiederle se sia possibile identificare uno standard minimo di personale ostetrico in funzione del numero dei parti. Immaginando una sala parto per definizione h24, anche in ragione del fatto che pensiamo di dover ridurre i parti cesarei, quindi considerando l'imprevedibilità del momento del parto, vorremmo sapere se sia possibile avere questi riferimenti numerici, che possono essere utili alla Commissione e che in base alla vostra esperienza, sensibilità e professionalità, possiate fornire come indicazione rispetto alle linee proposte, laddove è necessario ridurre le spese del personale.

DANILO CELLENO, *Presidente del Club italiano di anestesisti e ostetrici*. Per quanto riguarda gli ostetrici e i ginecologi, credo che debba rispondere il dottor Vittori, così come per i neonatologi. A livello di letteratura, ci dicono che un anestesista fisso in sala parto è remunerativo dai 1.000 parti in su (il numero esatto sarebbe 1.200).

In casi eccezionali con patologie, in una situazione con 800 parti, ma con un unico punto dove afferisce la patologia ostetrica per ragioni di tipo geografico, la situazione cambia. Con l'allora Ministro Turco e il Direttore generale della programmazione del Ministero della salute, Palumbo, questo è stato uno dei punti più difficili da identificare per comprensibili motivi, anche se potrebbe essere matematica.

PRESIDENTE. Se facciamo riferimento a un dato numerico, l'indicazione non meno di 1.000 parti ci aiuta molto a mandare un messaggio.

DANILO CELLENO, *Presidente del Club italiano di anestesisti e ostetrici*. In realtà, nel documento della Commissione sui LEA c'è una definizione numerica definita e accettata.

GIORGIO VITTORI, *Presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia*. A pagina 34 del documento allegato sono indicati questi tassi e il numero dei letti che sono stati proposti. Questo è un gruppo di lavoro di neonatologi e ginecologi della regione Lazio. Si tratta di dati aggiornati a settembre 2009.

Vorrei comunque porre in maniera provocatoria alla Commissione una domanda, chiedendo quale livello vogliamo ottenere. In realtà, sul materno-infantile non abbiamo ancora definito che tipo di assistenza vogliamo, per cui 1.000 parti vanno benissimo, così come anche 500 in funzione di quello che vogliamo proporre. La grande domanda non ancora emersa è esattamente che tipo di livello di assistenza vogliamo fornire alla popolazione nazionale che si occupa di materno-infantile. Una volta definito questo, posso definire i numeri. In particolare, se oggi a Roma tutte le donne e le famiglie si aspettano che ci siano ad assisterle, durante un travaglio o un parto, almeno due ginecologi e due ostetriche, possiamo permettere che ad esempio, a Palmi, si scenda al di sotto di

questo livello? Questa è la domanda a cui vorremmo si desse una risposta.

Nell'affermare che c'è un codice rosso per il materno-infantile, non dico che non ci siano risposte pratiche a problemi di tipo matematico, perché attraverso la valutazione dei costi-benefici è abbastanza facile costruire un modello. Si tratta poi di realizzarlo. Ma il problema a monte oggi è capire che cosa vogliamo fare, cioè se vogliamo che la donna di Palmi venga trattata come la donna del Fatebenefratelli, se, quindi, parliamo di equità assistenziale.

Vorrei anche commentare l'importo di 350 euro previsto dal POMI come costo per la peridurale.

DANILO CELLENO, *Presidente del Club italiano di anestesisti e ostetrici*. Il valore economico, però, era definito solo in parte.

TERESA MATARAZZO, *Vicepresidente dell'Associazione anestesisti e rianimatori ospedalieri italiani*. Era definito come costo legato alla riduzione dei tagli cesarei.

DANILO CELLENO, *Presidente del Club italiano di anestesisti e ostetrici*. Non è passato perché non si trovavano i finanziamenti. La proposta era sui 500 euro.

TERESA MATARAZZO, *Vicepresidente dell'Associazione anestesisti e rianimatori ospedalieri italiani*. Il minimo era comunque legato al termine economico previsto per un'ora, che è pari a 60 euro a livello contrattuale. Poiché in media ci vogliono 4-5 ore, come minimo bisogna considerare 300-400 euro.

GIORGIO VITTORI, *Presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia*. Quello è il valore di riferimento.

Permettetemi di indicare un valore a titolo esemplificativo. Il costo di una sola cartuccia per cucitrice di tipo chirurgico che serve a tagliare e a cucire contemporaneamente un intestino, cosa che può essere fatta anche a mano con lo stesso risultato, è di 250-300 euro, e durante un intervento chirurgico se ne consumano 4 o 5. Sul piatto della bilancia si mette questo tipo di costo che va a finire in un certo capitolo contrapposto ad un altro tipo di costo e si confronta con maxivalutazioni generali dei costi e del loro aumento.

Dobbiamo chiederci dunque quale obiettivo vogliamo perseguire, se vogliamo migliorare la qualità di questo tipo di assistenza al parto e come possiamo contemperare i costi con le risorse.

Concordo con lei, presidente, che arriveremo a definire, secondo l'evidenza scientifica, che al di sotto di 1.000 parti probabilmente è ingiustificato mantenere un'unità operativa per assistere una donna durante il parto.

FRANCO MACAGNO, *Direttore della Società di neonatologia e patologia neonatale e del Dipartimento di assistenza integrata materno-infantile dell'azienda ospedaliero-universitaria di Udine*. I dati che lei ha chiesto, quali la necessità di letti o di personale, sono stati ampiamente calcolati nell'arco di trent'anni dalla Società di ostetricia e ginecologia e di neonatologia - il famoso libretto rosso ormai giunto alla terza edizione - e acquisiti nel Progetto obiettivo materno-infantile. Al 95 per cento sono tuttora validi, in quanto rispettano le indicazioni internazionali. Abbiamo quindi i dati numerici.

In merito all'analgesia nel parto, mi permetto di rilevare come al momento della discussione, essendo allora Ministro della salute un mio conterraneo, a nome della Società di neonatologia avevo scritto una nota di ultragradimento per l'implementazione della partoanalgesia, ma con un «però». Credo che poche persone andrebbero dallo stomatologo ad aprire la bocca senza anestesia, per cui ritengo che offrire la partoanalgesia sia un'obbligazione del Servizio sanitario nazionale. Deve essere vissuta come un'obbligazione *tout court*.

Se però da 530.000 nati togliamo il 35 per cento di tagli cesarei, si giunge a 330.000 parti, calcolando che una percentuale dal 25 al 40 per cento richiede la partoanalgesia o perlomeno

vogliono poter optare per essa al momento del parto, un altro piccolo calcolo ci porta alla mancanza di 1.500 anestesisti in Italia, per cui è necessario siglare patti con l'Università, con le scuole di specializzazione. Ciò dimostra l'esigenza di un piano che vada a regime nell'arco di 5-8 anni, tenendo conto anche delle cifre relative ai costi reali.

In questo settore, come tecnici riconosciamo concordemente che una cosa è il diritto delle donne, una cosa è l'obbligazione da parte del sistema, altra cosa è il percorso da fare.

Il Progetto obiettivo materno-infantile è costituito da tabelle e risultati attesi e da allegati, che sono stati infilati all'ultimo momento, dalle 14.30 alle 16 di un pomeriggio, perché non erano per nulla cogenti, ma erano solo raccomandazioni, anche se nel testo originale avrebbero dovuto essere un vincolo. Non lo è stato solo perché si è incominciato a fare i conti di quante ostetriche mancassero. Per quanto riguarda il problema della responsabilità e dei rischi che inducono determinati comportamenti di medicina difensiva, sarebbe opportuno recuperare almeno nella sostanza un disegno di legge presentato al Senato l'11 febbraio 2009, primo firmatario l'onorevole Marino e relatore l'onorevole Saccomanno, che, per ridurre i danni della medicina difensiva, introduceva alcuni articoli in cui veniva reso cogente per le ASL aumentare i premi delle assicurazioni, in modo che non fosse automatico riversare la responsabilità dall'istituzione al professionista, almeno tutte le volte in cui non c'è colpa grave. Considero opportuno recuperare almeno la sostanza di questo testo, che incontrava il favore di molti professionisti.

DANILO CELLENO, *Presidente del Club italiano di anestesisti e ostetrici*. Consentitemi di fare un commento alle considerazioni del professor Macagno. Se è sembrato che ci fosse un'idea di sponsorizzazione della partoanalgesia da parte degli anestesisti, questa non era assolutamente nostra intenzione, perché i 1500 anestesisti servono ugualmente per la quota dei cesarei o dei cesarei urgenti, e non credo che, se il professor Macagno si dovesse operare di appendicite, che pure si può curare anche con l'agopuntura, che personalmente sponsorizzo, si potrebbe applicare questo calcolo. Quindi, o riusciamo a dare sicurezza per l'emergenza e ritornare a ciò che chiedeva il professor Vittori, oppure è cosa diversa e, allora, facciamo la partoanalgesia solo in alcuni punti. Qui stiamo infatti parlando di *best practice*, prevenzione e riduzione del rischio. Mi scuso, ma il suo calcolo non è applicabile, e anche in Commissione le risposi nella stessa maniera.

TERESA MATARAZZO, *Vicepresidente dell'Associazione anestesisti e rianimatori ospedalieri italiani*. Desidero ricordare che purtroppo alla fine si arriva sempre ai conti, perché gli impegni di spesa sono quelli, e questi conti si sovrappongono ad altri legati a carenze non solo di anestesisti, ma anche di neonatologi e di altri ruoli professionali (ostetrici e ginecologi), che hanno un carico di lavoro in emergenza.

Sarebbe opportuno avere in ogni provincia almeno un servizio di controllo e contenimento, perché poi le donne devono poter scegliere tra i due, perché il controllo del dolore con l'analgesia del parto è diverso dal contenimento, che può essere fatto con vari sistemi (la TENS, i massaggi, l'agopuntura, il travaglio in acqua). Non dobbiamo permettere che le donne trasmigrino, perché il contesto sociale e quello in cui vivono deve essere assolutamente rispettato. Indipendentemente dal numero dei parti effettuati, quindi, almeno una struttura per provincia deve garantire un percorso integrato dei vari ruoli.

Vorrei inoltre fare un cenno alla grande criticità che ci sarà nei prossimi anni, che sarà legata proprio in termini numerici al numero di specialisti che verrà formato, perché ci sarà sicuramente una carenza di centinaia di anestesisti e di neonatologi, ancor più preoccupante considerando anche il *trend* dell'incremento della nascita grazie agli stranieri. È quindi necessario lavorare molto sui percorsi, sull'informazione e sulla sua personalizzazione nei livelli di sicurezza, perché poi con la delibera n. 533 del 2008 il percorso nascita e i vari punti sono moltissimi e possono essere sviluppati in altro modo.

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. Devo ammettere di aver violentato me stesso, perché eravate così interessanti nella vostra esposizione, sollecitando con argomentazioni ponderate i quesiti posti dalla Commissione, che sarei voluto intervenire.

Credo che la vostra presenza abbia confermato gli intenti che ci eravamo proposti. Lei mi consentirà di vincolare i carissimi ospiti e colleghi a successivi incontri, perché credo vi siate resi indispensabili nella formulazione di ipotesi di lavoro.

Vorrei rifarmi, professor Celleno, alle sue parole. La verifica dei parametri di accreditamento è la risposta al quesito del professor Vittori che chiedeva cosa vogliamo dare.

Come politici, dobbiamo basarci sulle esperienze professionali precedenti, ma evidenziare una verità: si vincono e si perdono le elezioni in base alla propria coerenza di comportamento. Considero indispensabile partire anche da quanto il professore Macagno diceva all'inizio: l'informazione. L'utenza, che dinanzi all'eventuale chiusura di un ospedale ha eretto barricate, deve sapere che, se questo non offre in termini di organico e di supporto tecnologico la sicurezza e i servizi (vedi la partoanalgesia) auspicati, sta erigendo barricate in contrasto con le proprie esigenze e rivendicazioni.

Dobbiamo fare obbligatoriamente i conti con la matematica, ma esistono sprechi che, a fronte anche di decisioni impopolari, dobbiamo assolutamente evitare. Dobbiamo porre le condizioni - sono pugliese e lei mi ha ricordato l'Emilia-Romagna essendomi laureato a Bologna, ove già allora la realtà era completamente differente - per mettere tutti di fronte alla necessità che, se economicamente non possiamo supportare lo spreco, non possiamo però rinunciare a una ottimizzazione dei servizi, che non può prescindere dalla chiusura e riconversione - ecco il punto nodale di questo incontro - di alcuni punti nascita.

Se non possiamo andare al di sotto degli 800-1000 parti per avere un organico di anestesisti, di pediatri e neonatologi, ostetrici e ostetriche, allora la gente deve sapere che non può pretendere da un lato un servizio ottimale e dall'altro rivendicare presenze di presidi ospedalieri che fanno ridere, o ospedali che nelle nostre realtà meridionali distano 20-30 chilometri l'uno dall'altro, con una viabilità ottimale.

Appartengo alla piccola e famigerata nuova provincia BAT: abbiamo una viabilità ottimale, tranne un paese nel murgiano, e su dieci paesi ci sono otto presidi ospedalieri. Mi chiedo come sia possibile avere un organico ad Andria, a Barletta e a Trani e assicurare tutti quei servizi oggi necessari alla donna e al bambino insieme (mi è piaciuta l'idea dell'inscindibilità tra mamma e feto) a fronte dell'attuale situazione economica e della dispersione di forze professionali. I dieci ostetrici che si trovano ad Andria uniti ai dieci ostetrici che si trovano a Barletta ci assicurano numericamente l'espletamento di quei servizi.

Vi chiedo scusa se mi sto dilungando, ma devo dire, caro presidente, che questa è una delle poche Commissioni dalle quali si va via a malincuore. L'onorevole Laganà Fortugno alle 12,30 aveva un impegno in un'altra Commissione, ma vi ha rinunciato perché ascoltarvi è stato veramente un piacere. Dobbiamo immediatamente partire anche con i nostri consulenti non per innovare nella formulazione di nuove caratteristiche, perché già esistono, ma per puntare alla verifica e indurre le varie realtà regionali a effettuare a loro volta una verifica dei parametri politici e sanitari che adotteranno per mantenere o per avere serie argomentazioni per la chiusura di un punto nascita.

PRESIDENTE. Grazie, onorevole Fucci. Vi ringrazio della vostra presenza. Una delle convinzioni di questa Commissione è che la politica debba compiere tre passi indietro rispetto alla sanità e tre passi avanti rispetto alla salute dei cittadini. Quando riusciremo a compiere tre passi indietro rispetto all'organizzazione sanitaria e tre passi avanti rispetto alla garanzia della salute, avremo raggiunto il nostro obiettivo.

Nell'intervento dell'onorevole Fucci era inserita la considerazione che le elezioni si possono anche perdere. Sarebbe però importante perderle perché i cittadini non hanno compreso e non perché gli operatori sanitari si arroccano su posizioni che nuocciono ai cittadini. Purtroppo, spesso questo accade a discapito di chi cerca di compiere operazioni anche opportune. Alla sconfitta elettorale del

precedente presidente della regione Puglia, che non è certamente nelle mie simpatie appartenendo ad altro schieramento, ha contribuito notevolmente la riforma sanitaria che ha cercato di fare razionalizzando e cercando di ridurre i numeri.

Vorremmo evitare che episodi come quelli si verificano anche dall'altra parte dello schieramento, per cui abbiamo bisogno di essere confortati dagli esperti del settore, che possono darci un aiuto che non è elettorale. Noi chiediamo consenso, non consensi.

Ringrazio nuovamente i nostri ospiti e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14,25.