

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIUSEPPE PALUMBO

La seduta comincia alle 15.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

**Audizione del Ministro della salute,
professor Ferruccio Fazio.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nel contesto dell'indagine conoscitiva nell'ambito dell'esame delle abbinare proposte di legge C. 918 Marinello, C. 1353 Livia Turco, C. 1513 Palumbo, C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte e C. 3303 Lucà, recanti « Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato », l'audizione del Ministro della salute, professor Ferruccio Fazio.

Do la parola al Ministro Fazio.

FERRUCCIO FAZIO, *Ministro della salute*. Ringrazio il presidente e gli onorevoli deputati della Commissione per questo invito che offre la possibilità al Governo di illustrare le iniziative che ha avviato nell'ambito di questa tematica.

In Italia si fa un ricorso particolarmente elevato al taglio cesareo: siamo al

38 per cento come media nazionale, che ci mette al primo posto in Europa, con il Portogallo al secondo con il 33 per cento. Seguono tutti gli altri Paesi con un 15 per cento in Olanda e un 14 per cento in Slovenia. Nel nostro Paese, inoltre, il ricorso al taglio cesareo è in continuo aumento. Nel 1980 era l'11 per cento ed è passato nel 2008 al 38,3 per cento, con delle differenze regionali e intraregionali molto importanti: 23 per cento in Friuli, 62 per cento in Campania, 52 per cento in Sicilia. Esiste anche una variabilità molto alta a livello intraregionale, quindi tra punti nascita con differente tipologia amministrativa e differenti volumi di attività.

Non ci sono evidenze di nessun genere che il maggior ricorso alla pratica chirurgica, ossia al taglio cesareo, sia in qualche modo associato a fattori di rischio materno-fetali né tanto meno a miglioramenti significativi degli esiti perinatali. Al contrario, i dati disponibili ci dicono che la mortalità perinatale è più alta nelle regioni meridionali, dove è più alto il ricorso al taglio cesareo.

Questa variabilità interregionale e intraregionale sembra essere indice di un comportamento clinico-assistenziale non appropriato, riconducibile a un insieme di fattori indipendenti dalle necessità cliniche: carenze strutturali e organizzative, come assenza, per esempio, di anestesisti o di cure perinatali 24 ore su 24; aspetti culturali che assimilano il taglio cesareo a una modalità elettiva di nascita; medicina difensiva e così via.

Sulla base di queste considerazioni il Governo ritiene che siano necessari interventi di sanità pubblica finalizzati al contenimento del fenomeno e alla diffusione di pratiche cliniche di efficacia e appro-

priatezza comprovata per un approccio che non riguardi solo il parto, ma l'intero percorso nascita.

In data 3 novembre ultimo scorso è stata trasmessa dal Ministero della salute alla Conferenza Stato-regioni una proposta/accordo Stato-regioni contenente le linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. Il documento sarà esaminato e, mi auguro, approvato nella seduta del 1° dicembre prossimo dalla Conferenza Stato-regioni. Questo, di fatto, è un programma nazionale, articolato in 10 linee di azione, per la promozione del miglioramento di qualità, sicurezza e appropriatezza del percorso nascita.

Andrò a elencare le 10 linee di azione del programma. La prima concerne misure di politica sanitaria di accreditamento: razionalizzazione, con una riduzione progressiva, di tutti i punti nascita con numero di parti inferiore a 1000 all'anno. Questo non significa la chiusura *tout court* di tutti i punti nascita con un numero inferiore di parti all'anno, ma la razionalizzazione progressiva, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle unità ostetriche e ginecologiche con quelle neonatologiche e pediatriche e prevedendo, quindi, anche il passaggio da 3 a 2 livelli di cura.

In particolare, viene anche previsto che siano realizzati a livello regionale dei criteri di premialità positiva o negativa per le strutture e per i giudizi sui direttori generali, i direttori dipartimento e i direttori di unità complessa attinenti al numero dei parti con taglio cesareo o all'appropriatezza dei parti stessi. Questo è un aspetto particolarmente qualificante perché si prevede che ci siano delle misure dissuasive in quanto, nella valutazione di queste figure, se ci sarà l'approvazione alla Conferenza Stato-regioni, verrà tenuto conto dell'appropriatezza dei percorsi nascita che queste figure direttive garantiscono in base alle proprie competenze.

L'ultimo aspetto organizzativo riguarda la rete dei servizi territoriali, ossia i con-

sultori familiari, che rappresenteranno il punto nodale per la presa in carico della gravidanza fisiologica.

Il secondo punto attiene alla Carta dei servizi per il percorso nascita. Le aziende sanitarie in cui è attivo un punto nascita devono predisporre una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita in cui, in conformità ai principi di qualità, sicurezza e appropriatezza, siano contenute indicazioni riguardanti le informazioni generali sull'operatività dei servizi. In particolare, bisognerà tener conto di indicatori di esito — quindi mortalità e morbilità relativa associata ai parti con taglio cesareo — di modalità assistenziali del percorso nascita — rete, ospedale e territorio, anche in considerazione del percorso intero, ossia del rientro a domicilio della madre e del bambino — e infine, del sostegno all'allattamento al seno.

Il terzo punto riguarda l'integrazione tra territorio e ospedale, inteso a garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita attraverso l'integrazione di servizi tra territorio e ospedale.

Il quarto punto prevede lo sviluppo di linee guida sulle gravidanze fisiologiche e sui parti a taglio cesareo da parte dell'Istituto superiore di sanità. La prima di queste linee guida è pronta, ne ho approvato le bozze proprio nel corso di questa settimana.

Il quinto punto prevede l'implementazione delle predette linee guida, il sesto l'elaborazione, diffusione e implementazione di raccomandazioni e strumenti, come il monitoraggio di eventi sentinella e relativi *audit* per la sicurezza del percorso nascita.

Il settimo punto prevede procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto, ossia procedure assistenziali farmacologiche e non. Si parla, in altre parole, di parto indolore con relativi protocolli diagnostici terapeutici condivisi per la partoanalgesia e la possibilità di garantire tali prestazioni con la presenza di anestesisti sulla base dei volumi di attività del punto nascita. È chiaro che questo sarà possibile nei punti

nascita con oltre 1000 parti all'anno perché gli altri non potranno avere, evidentemente, due anestesisti 24 ore su 24.

Un punto molto importante è l'ottavo, che riguarda la formazione degli operatori. Con il MIUR stiamo già procedendo alla verifica e all'adeguamento dei livelli formativi teorico-pratici delle scuole di specializzazione in ginecologia e ostetricia e anche in pediatria e neonatologia. È prevista per queste scuole l'obbligatorietà ad avere punti nascita nella scuola. Dovremo prevedere che chi si specializza in ginecologia e ostetricia abbia preso un certo numero di parti e fatto un certo numero di procedure. È prevista l'integrazione della funzione didattica università-ospedale negli ospedali di insegnamento. Questo è un altro aspetto molto importante che vuole mettere a sistema le reti università-ospedali.

Un altro aspetto formativo è il coinvolgimento delle società scientifiche - abbiamo collaborato sia con AOGOI sia con SIGO per la realizzazione di questo decalogo - nella formazione continua dei professionisti e degli anestesisti per la partoanalgesia nonché per aspetti della formazione delle ostetriche.

Altri due punti sono il monitoraggio e la verifica delle attività, per cui si ha l'utilizzo di sistemi di monitoraggio e di verifica delle attività e l'istituzione di una funzione di coordinamento centrale permanente per il percorso nascita, ovvero un comitato percorso nascita interistituzionale a livello centrale con il coinvolgimento delle direzioni generali coinvolte dal ministero nonché le regioni, le province autonome e l'Agenas. Analoga funzione dovrà essere attivata a livello di ogni singola regione e provincia autonoma.

Il Governo sta già lavorando insieme con le regioni per mettere a norma questo sistema, anche a seguito dei recenti episodi che hanno attirato l'attenzione un po' di tutti su questi aspetti.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro e, come relatore, non posso che apprezzare sicuramente le sue parole e quello che il Governo sta portando avanti in questo

campo. Si tratta di iniziative in parte già previste nei vari testi e disegni di legge che qui stiamo trattando, necessarie e importanti e che sicuramente possono essere applicate e integrate anche come leggi che eventualmente questo Parlamento approverà. Tali iniziative del Governo ci vedono, quindi, favorevoli; ne prenderemo senz'altro atto e le terremo nella debita considerazione.

Nell'eventuale elaborazione successiva del testo, se mi consente, Ministro, in qualità di relatore mi permetto non di contestare, ma di rivedere il problema dei premi e delle sanzioni. A mio avviso, la riduzione va fatta con un criterio clinico, scientifico: non si può dire che diminuiscono i parti a taglio cesareo perché si possono ottenere premi superiori in un'azienda. Io sono convinto che i cesarei siano eccessivi, per carità, lo dico in premessa, ma per ridurli basterebbe già ridurre l'alta incidenza nelle regioni in cui questa è elevatissima, rifacendosi alle quelle in cui, invece, è relativamente bassa. Sul problema dei premi, quindi, svolgerei una riflessione. Non vorrei che questo creasse degli anticorpi. È una mia opinione personale.

FERRUCCIO FAZIO, *Ministro della salute*. Forse non sono stato chiaro. Non si tratta di ciò che è già avvenuto in qualche regione in questa direzione. Non si è parlato di premialità per il numero di parti a taglio cesareo. Vanno esaminati gli esiti, quindi si tratta di un discorso molto complesso che deve essere esaminato e affrontato dalle regioni, ossia un percorso generale di appropriatezza, ma anche legato agli esiti. Non va preso, quindi, con questa crudezza. Di certo, dobbiamo andare comunque in direzione di una verifica delle attività cliniche anche con criteri di appropriatezza. Questo rientra in un discorso molto più generale che non riguarda solo i parti, ma una serie di altri aspetti. Da questo punto di vista, dunque, non esistono le preoccupazioni che lei esprime.

PRESIDENTE. Do la parola ai colleghi che intendono intervenire per porre quesiti e formulare osservazioni.

ANNA MARGHERITA MIOTTO. Spero che nel documento che il Governo ha inviato alle regioni si sia fatto tesoro del lavoro già svolto e che ha già trovato al ministero poiché risale al Governo precedente. Si tratta di un grande lavoro già fatto che, con due anni di ritardo, trova l'opportunità di essere raccolto con un documento da sottoporre alla Conferenza Stato-regioni.

Tuttavia, presidente, io mi pongo un problema. Le audizioni sui testi che abbiamo alla nostra attenzione sono terminate oggi. Inoltre, abbiamo avuto l'occasione di leggere sui giornali questo documento e non è proprio bellissimo leggere sui giornali che esiste un documento già predisposto, da alcuni giorni già inviato alla Conferenza, sapendo che è da settimane che siamo qui in audizione su queste stesse materie. Sarebbe stato utile averne copia.

Le chiedo, presidente, se non sia il caso di sospendere i lavori attorno ai progetti di legge che abbiamo al nostro esame per procedere preliminarmente alla discussione sul documento del Governo, in modo da confrontarsi sul merito e successivamente assumere delle iniziative che vedremo di che natura potranno essere. Non facciamo noi ciò che il Governo ha fatto nei nostri confronti, ossia non facciamo finta di non vedere. Il Governo ha fatto finta di non sapere, ma non facciamo noi ciò che il Governo ha fatto. È chiaro che è poco cortese, nel rapporto tra livelli istituzionali, questo comportamento. Tuttavia, io le chiedo di dare la precedenza a una seduta nella quale si possa esaminare il provvedimento. Chiedo al Governo di trasmettercene copia, dopodiché decideremo come orientarci.

Faccio fin d'ora notare che, a proposito dell'analgia, non ho sentito un'espressione che è indispensabile in questi casi citare: un nuovo livello essenziale. Non ho sentito, ripeto, quest'espressione. Spero che sia scritta nel documento. Diversa-

mente, si tratta di un altro manifesto, dei quali veramente non abbiamo più bisogno.

LUCIANA PEDOTO. Ha già parlato il mio capogruppo e quindi non dovrei aggiungere nulla perché sono le stesse osservazioni che avrei fatto io.

Tuttavia, vorrei fare una riflessione ad alta voce: noi avevamo dei punti di partenza, che erano equilibri di diverse posizioni raggiunte anche nella scorsa legislatura; il nostro punto di partenza era diverso, ossia non ampliare eccessivamente l'oggetto della legge; avevamo stabilito alcune questioni, come quella che faceva riferimento all'articolo sul cordone ombelicale; avevamo stabilito di toglierne alcune altre. Avevamo, quindi, molti punti in comune e due obiettivi che erano stati ripetuti in questa sede: cercare di regolarizzare la materia e, anche se ai tempi in cui abbiamo iniziato il dibattito c'erano stati parecchi incidenti nelle sale operatorie, farlo a prescindere dai fatti capitati. Avevamo l'obiettivo di ridurre il divario esistente tra regione e regione, tra nord e sud ed era emersa l'esigenza, anche questa da più parti condivisa, di rendersi conto che gran parte dei ricorsi al parto con taglio cesareo era dovuto a questioni legate più all'assenza di terapie analgesiche che ad altro, da una parte, e a un fatto di rimborso di DRG, dall'altra. Se non ricordo male, proprio l'onorevole Di Virgilio aveva fatto riferimento alla necessità di questo aspetto.

Davanti a questa ottima relazione del Ministro, che ringrazio e che apprezzo, mi chiedo quasi provocatoriamente a che scopo fare la legge. D'altro canto, direi comunque che da questa relazione resta fuori tutta la parte della terapia del dolore, delle ragioni che devono farci capire le motivazioni dei divari dal tra nord e sud e tutta quella parte della dissuasione al ricorso, a proposito della quale il Ministro, giustamente, ha tenuto a precisare le misure dissuasive, nella cornice di una valutazione più completa dell'appropriatezza delle prestazioni legata anche agli esiti.

Sappiamo, tuttavia, e credo che lo abbia ripetuto anche il Ministro, che le

ragioni che inducono il ricorso al parto con taglio cesareo non sono quasi mai cliniche, ma quasi sempre organizzative: come facciamo, quindi, a valutarlo rispetto agli esiti nel momento in cui non si tratta di valutazioni cliniche? Purtroppo, questo significa, come al solito, risolvere un problema, che c'è, trasladolo sulle spalle di chi in quel momento può solo subirlo e non può neanche ribellarsi, ossia la partoriente, la quale spesso, ripeto, ricorre al parto con taglio cesareo per motivi di rimborso di DRG, per motivi di carenze organizzative o — parliamoci chiaro — perché non c'è disponibilità di accesso a tutta la parte rappresentata dall'analgescia, il parto senza dolore che conosciamo tutti quanti visto il lavoro svolto dal Ministro Livia Turco nella scorsa legislatura.

ANTONIO PALAGIANO. Ritengo che non risolveremo il problema dei parti a taglio cesareo con i 10 punti elencati dal Ministro, innanzitutto perché non vanno a centrare il problema reale, che il presidente Palumbo conosce molto bene e che sicuramente condividerà.

Io ho ascoltato le audizioni della SIGO e della AOGOI e il problema che questi punti non comprendono è quello legato, ovviamente, alla medicina difensiva. Bisogna risolvere il problema, direi anche audacemente, dando delle garanzie a quei due terzi dei medici ingiustamente denunciati che perdono l'onorabilità e il rispetto per tanti anni. Credo che, nonostante le linee guida e tutto quello che lei dice, Ministro, lei si scontrerà con le autonomie regionali, con Tremonti perché ritengo che le cose che eccitava l'onorevole Pedoto siano sacrosante e vorremmo sapere se l'analgescia del parto fa parte dei LEA, come ieri volevamo sapere se i poveri malati di SLA avranno qualche carità da questo Governo.

Io conosco i suoi intenti, che sono nobili, e lei è una persona apprezzabile, ma conosco anche i suoi limiti. Ministro, proprio perché lei conosce i problemi, credo che se non risolviamo quello della medicina difensiva questi rimarranno soltanto dei proclami e non basteranno,

quindi, a risolvere un problema che non si può risolvere prescrittivamente se non con una legge che riesca a garantire l'onorabilità dei medici ingiustamente accusati. Questo è il primo punto.

Il secondo punto che ritengo non sia stato neanche affrontato è legato al fatto che in Italia esiste un legame indissolubile tra paziente e ginecologo, fenomeno a cui non si assiste all'estero. Come lei sa, in Canada non esistono cliniche private perché c'è fiducia per le istituzioni e per la sanità pubblica. Evidentemente, in Italia, a torto o a ragione, manca questo legame fiduciario, ci si attacca a un ginecologo che decide di intervenire.

A questo è legato l'altro punto, che l'onorevole Palumbo conosce molto bene: i DRG devono essere uguali, per parto spontaneo e per taglio cesareo, non deve esserci la clinica che preferisce avere un rimborso maggiore. Credo che i controlli sull'appropriatezza siano un problema che riguarda tutta la sanità, non soltanto il parto a taglio cesareo: impiantare una protesi pone lo stesso problema, come asportare un lobo polmonare. La clinica Santa Rita, che lei conosce bene, è testimonianza di quanto dico.

Occorre, quindi, che, nell'ambito della sanità, che lei ha l'onore e l'onere di dirigere, l'appropriatezza delle terapie, ripeto, non solo del parto a taglio cesareo, venga monitorata da una commissione che abbia la caratteristica dell'indipendenza, scelga lei se ministeriale o regionale, che possa comparare i dati di unità operative diverse. Chiaramente, infatti, se esiste un divario tra il 61,8 per cento della Campania il 25 per cento del Friuli c'è qualcosa che non va e bisognerà andare ad agire dove la sanità non funziona bene, dove c'è un eccesso di prestazioni diverse rispetto a agli andamenti europei, neanche italiani. Solo in questa maniera, e incidendo in questo modo, avendo anche il coraggio di fare la voce alta qualche volta, probabilmente riusciremo a ridurre il numero dei parti a taglio cesareo cercando di guardare il problema in faccia.

CARLA CASTELLANI. Ringrazio il Ministro Fazio per la sua relazione, che credo sia molto importante anche ai fini del provvedimento su cui stiamo lavorando in questa Commissione. Oltretutto, credo che debbano procedere in sintonia. Sia le linee guida, infatti, sia il nostro provvedimento dovranno definire un percorso quadro in questa materia. È poi compito delle regioni l'organizzazione nell'ambito con cui verrà definito.

Io ho già avuto modo di fare un'interrogazione al Ministro in Aula e mi fa molto piacere che, nell'ambito dei dieci punti, ci sia anche il percorso di un potenziamento dell'analgia per il parto. Tuttavia, signor Ministro, sappiamo perfettamente che quello della carenza degli anestesisti è un tema ancora molto forte nel nostro Paese. Bisogna prevedere allo stesso tempo anche un aumento di numero degli specializzandi in anestesia e, soprattutto, un percorso successivo. L'analgia epidurale per il parto, infatti, richiede una manualità e una competenza di altissimo spessore e so da anestesista che, se praticata in maniera un po' estemporanea, si può correre qualche rischio.

È importante, quindi, accanto all'integrazione e alla presenza degli anestesisti 24 ore su 24, incrementare anche le scuole di specializzazione. Questo sarà uno dei punti che consentirà alle donne di decidere serenamente la forma di parto. Molto spesso, infatti, sono le stesse pazienti che chiedono al ginecologo di praticare il taglio cesareo per la loro preoccupazione nei riguardi del dolore. Questo è, quindi, uno degli aspetti che già di per sé riuscirà a rendere il numero dei tagli cesarei più fisiologico e maggiormente in linea con l'Europa.

Inoltre, esiste l'aspetto, e concordo con quello che dicevano anche altri colleghi, dei DRG: fintanto che - e penso che questo riguardi soprattutto un settore, quello privato accreditato - non si equiparerà il DRG tra parto fisiologico e parto a taglio cesareo, ci sarà sempre una propensione a scegliere quel tipo di intervento per il parto proprio perché la resa economica può essere maggiore rispetto a un

parto fisiologico. Mentre il parto a taglio cesareo, signor Ministro, può durare venti minuti o un'ora, a seconda della bravura del ginecologo, e risolversi con due o tre giorni, se va tutto bene, di ricovero, il parto fisiologico può durare addirittura delle ore, quindi teoricamente potrebbe costare oggettivamente di più in termini di impegno professionale e di tempo rispetto al parto a taglio cesareo.

Questi sono i due fattori, oltre a quello che lei ha correttamente definito, che implementerei tantissimo, anche al di là delle premialità. Eliminando, infatti, le cause di incremento del parto a taglio cesareo, già solo puntando a questi obiettivi potremmo ritornare a un percorso più europeo e sicuramente anche più fisiologico.

PRESIDENTE. Non dimentichiamo la formazione, che è importante.

Il Ministro è disponibile a tornare, per cui dopo l'ultimo intervento rinveremo il seguito dell'audizione ad altra seduta.

ALESSANDRA MUSSOLINI. Ho apprezzato questo percorso. Vorrei soltanto dire che la donna, nel discorso che abbiamo fatto, sembra stretta dalla legge, ma voglio ricordare che nessuna legge può regolare in anticipo un momento e un percorso così delicati come il parto. Il parto è imprevedibile. Non può essere la donna a decidere tra parto naturale o taglio cesareo perché può andare tutto bene fino al sesto o settimo mese e cominciare alla fine le difficoltà per le quali la donna deve fidarsi del medico, che consiglia la via migliore - questa è la mia priorità - per la sicurezza della partoriente e del nascituro.

Io non credo a tutte queste leggi. Vi ricordate la campagna che si era fatta sul parto in casa? È possibile a chi ci riesce! Io sono stata cesarizzata tre volte, la prima perché non c'era verso, le seconde due in quanto successive alla prima. Posso anche dire che, avendo poca fiducia in queste campagne, sia per il parto in casa sia per le riduzioni, a fronte di un problema reale che c'è, sono d'accordo sul

DRG — assolutamente, questo è il punto centrale — ma ricordiamo, non al Ministro, è chiaro, che non siamo cavie e, se proprio deve esserci una premialità, signor Ministro, bisogna darla alla donna. Oltretutto, adesso si fanno pochi figli. Togliamo il premio al direttore generale sanitario e ce lo prendiamo noi! Se proprio dobbiamo dare un *bonus*, lo prendiamo noi donne!

Gli obiettivi sono sicurezza, meno premi, meno burocrazia, meno leggi. Io devo fidarmi del medico.

PRESIDENTE. Le leggi devono essere fatte per migliorare l'assistenza alla madre e al neonato.

Nel ringraziare il Ministro per la sua disponibilità a tornare in Commissione, rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

La seduta termina alle 15,30.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE*

DOTT. GUGLIELMO ROMANO

*Licenziato per la stampa
il 20 gennaio 2011.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

