SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SUI FENOMENI DI DENATALITÀ, GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO IN ITALIA

3° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 29 OTTOBRE 2003

Presidenza del presidente TOMASSINI

IC 0994

TIPOGRAFIA DEL SENATO (400)

I N D I C E

Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

* PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 14, 15
BAIO DOSSI *(Mar-DL-U)* 11
DI GIROLAMO *(DS-U)* 12
* TREDESE *(FI)* 11
ARDUINI . . . . . *Pag.* 6, 13
* *COCCIA* 3, 12, 15
* *GUERCI* 8, 14

N.B.: *Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dagli oratori.*

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti italiani: Misto-Com; Misto-Lega per l'autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-Movimento territorio lombardo: Misto-MTL; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito repubblicano italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Udeur Popolari per l'Europa: Misto-Udeur-PE.

Intervengono la professoressa Maria Elisabetta Coccia, professore associato presso il Dipartimento di perinatologia ginecologia e riproduzione umana dell'Università degli studi di Firenze, il professor Domenico Arduini, professore associato di medicina dell'età perinatale dell'Università di Tor Vergata di Roma, ed il professor Antonio Guerci, vice direttore del Dipartimento di scienze antropologiche dell'Università di Genova.

I lavori iniziano alle ore 14,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sui fenomeni di denatalità, gravidanza, parto e puerperio in Italia, sospesa nella seduta di mercoledì 15 ottobre.

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

È oggi in programma l'audizione della professoressa Maria Elisabetta Coccia, del professor Domenico Arduini, e del professor Antonio Guerci.

Do subito la parola alla professoressa Maria Elisabetta Coccia, professore associato presso il Dipartimento di perinatologia ginecologia e riproduzione umana dell'Università degli studi di Firenze.

COCCIA. Essere donna e al tempo stesso madre di tre figli e vicepresidente di una società che si occupa di fertilità ha fatto sì che per me fosse estremamente interessante occuparmi di denatalità.

Se analizziamo lo scenario italiano, assistiamo ad un allungamento della vita media e, al tempo stesso, ad una diminuzione delle nascite: si stima pari a 1,25 il numero medio di figli delle donne italiane. A ciò si aggiunga che, da un *report* del 2002, il valore di nascita in Italia è pari a 539.000 e rappresenta il 42 per cento in meno delle nascite avute in Francia, dove la popolazione è pari quella italiana. Tutto ciò rappresenta un dato estremamente preoccupante.

Il dato statistico dell'Unione europea mostra anche che l'età media delle madri alla nascita del primo figlio, sebbene compresa tra i 26 e i 30 anni, varia da Stato a Stato e vede l'Austria e il Portogallo tra le nazioni dove l'età media è più bassa; l'Italia è invece fanalino di coda con

un età intorno ai 30 anni. In dieci anni, inoltre, l'età media della donna al primo figlio si è spostata di un anno: nel 1990 era di 29 anni, oggi è di 30.

Come fisiopatologo della riproduzione devo sottolineare che l'età biologica della donna è strettamente legata alla sua fertilità e, sebbene l'età apparente delle donne si stia spostando, quella biologica rimane la stessa.

Non spetta a me analizzare i fattori che possono contribuire alla denatalità, desidero però fornire alcuni dati. È stato stimato che un figlio comporta un aggravio economico pari a circa il 22 per cento del bilancio familiare e che la difficoltà di conciliare il lavoro professionale con la cura dei figli, per la necessità che la forza lavoro femminile intervenga nel suddetto bilancio, rappresenta un ulteriore ostacolo all'idea di avere figli. Al tempo stesso il nucleo familiare si è ristretto; prima esistevano più punti di riferimento oltre ai genitori (nonni, zii), oggi le caratteristiche del nuovo nucleo familiare non consentono di avere appoggi di fiducia. A ciò si aggiunga la mancanza di adeguate infrastrutture per facilitare l'organizzazione e la gestione dei figli e, per certi versi, il mito della realizzazione di se stessi per cui la donna completa prima il proprio *iter* di studi e poi cerca l'inserimento nel mondo del lavoro. Anche il *partner* maschile è spostato in avanti con l'età (si parla di uomini bambini che rimangono in famiglia fino ai 35 anni). Tutti questi sono aspetti di cui tener conto.

Il dato biologico dell'età della donna, che andando avanti con gli anni subisce un decremento della sua fertilità, è in parte legato alle patologie ginecologiche correlate all'età (endometriosi, fibromatosi uterina, malattie croniche ed infettive che comportano occlusioni tubariche, compromettendo l'asse riproduttivo), che tuttavia non sono le sole responsabili della riduzione della fertilità. In alcune comunità di mormoni, dove non si usa alcun metodo contraccettivo e il figlio è sempre desiderato fino alla fine dell'età riproduttiva della donna, vi è il seguente *trend*: dai 19 ai 26 anni il 50 per cento delle donne raggiunge la gravidanza; andando avanti con gli anni le possibilità di gravidanza si riducono e nella fascia compresa tra i 35 e i 40 anni meno del 30 per cento delle donne raggiunge la gravidanza.

A fronte del fatto che in Italia l'età media della donna al concepimento del primo figlio si è spostata a 30 anni, aumenta inevitabilmente l'infertilità in senso lato, trattandosi più che altro di una riduzione della fertilità e quindi non solo di patologie dell'apparato riproduttivo.

Non abbiamo un registro nazionale che consenta di disporre di dati precisi al riguardo, ma alla domanda se la procreazione medicalmente assistita in questi casi può aiutare o se risente invece dei due fattori che ho poc'anzi esposto (maggiore età della donna e patologie dell'apparato riproduttivo) debbo rispondere che, purtroppo, la procreazione medicalmente assistita risente dell'età della donna. Le cause di infertilità, inoltre, possono essere molteplici. Esistono dati percentuali relativi all'infertilità maschile (in America è pari al 19 per cento, in Italia al 35 per cento) che incrementano la percentuale delle coppie infertili.

L'evidenza che la donna in età più avanzata può avere patologie che per certi versi contribuiscono negativamente all'insorgenza di una gravidanza deriva da diversi studi effettuati anche sulle donne *over forty*. Dal confronto tra donne giovani e donne in età più avanzata si rileva in queste ultime un maggior numero di patologie. Pertanto, una serie di fattori incide in modo negativo sulla possibilità di gravidanza nelle donne che hanno deciso, per varie ragioni, di spostare in avanti l'età gestazionale e quindi la scelta di avere un figlio.

Nella procreazione medicalmente assistita l'età della donna – dato che sottolineo agli specialisti andrologi – è determinante, e si ritiene che la riduzione fisiologica della fertilità è sensibilmente maggiore se si superano i 35 anni. Anche ricorrendo alle tecniche di PMA la probabilità di concepire si abbassa al di sotto del 10 per cento per le donne che hanno superato i 40 anni. Non è possibile aumentare solo il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita per facilitare le gravidanze. Il dato che emerge dagli studi effettuati è che la gravidanza viene ricercata dopo i 30 anni; peraltro, questo è l'unico dato che possiamo estrapolare dalla realtà italiana.

Al Registro europeo sui concepimenti inviano i propri dati su base volontaria più di 55 centri italiani. Da questo registro (vedi tabella 1) emerge che su 15.316 cicli di tecniche avanzate di procreazione medicalmente assistita effettuate in Italia nel 1999 (il *report* finale al momento della pubblicazione fa riferimento a dati relativi ai due anni precedenti) solo il 20 per cento delle donne che si erano sottoposte a tali tecniche aveva meno di 29 anni, mentre addirittura il 70 per cento aveva un'età compresa tra i 30 e i 37 anni. Ciò significa che le donne avevano comunque preso coscienza del desiderio di avere un figlio intorno ai 30 anni e che, prima di rivolgersi ad un centro di fecondazione assistita, avevano atteso un tempo medio per la ricerca della gravidanza. A quel punto, il 70 per cento di loro si trovava in una condizione di sostanziale riduzione della fertilità.

Non bisogna neanche sottovalutare il 14 per cento di donne che al momento della richiesta del primo figlio aveva superato i 40 anni.

Le tecniche di procreazione medicalmente assistita non possono rappresentare la panacea del problema. Il registro europeo francese sui concepimenti, uno dei più interessanti perché esiste da molti anni, ha dimostrato che le tecniche di procreazione medicalmente assistita non determinano un sensibile aumento delle percentuali di successo nell'ottenimento della gravidanza in età avanzata; al di sopra dei 40 anni, poi, la percentuale è inferiore al 6 per cento e oltre i 42 anni è inferiore al 3 per cento.

A questo dato si associa il fatto che le donne che cercano la prima gravidanza in età avanzata incorrono con maggiore probabilità nell'aborto. Pertanto, ai fini dell'analisi del fenomeno della denatalità, la perdita del figlio atteso, per aborto spontaneo o terapeutico, è un ulteriore fattore che incide negativamente sui dati.

In uno studio da noi effettuato, tra le donne con più di 40 anni che si sono rivolte al nostro Dipartimento (più di 15.000 pazienti) il 22 per cento

si trovava alla prima gravidanza. Ciò dimostra che si ricerca il primo figlio in età sempre più attempata.

Non spetta a me indicare le strategie per fare fronte a questi problemi. Ho voluto semplicemente presentare alcuni dati forniti dai registri internazionali cui concepimenti e dalle esperienze locali sulla tematica.

ARDUINI. L'esauriente presentazione della professoressa Coccia ha semplificato la parte che mi ero ripromesso di discutere in questa Commissione.

Il problema della denatalità esiste. In qualità di vice presidente della Società italiana di medicina perinatale ho condotto un progetto di ricerca su due aspetti della denatalità connessi, come ha illustrato la professoressa Coccia, all'età della donna nella prima o nella seconda gravidanza.

Nello studio condotto si è cercato di verificare innanzi tutto se la denatalità si poneva come conseguenza a problematiche di tipo ambientale (inquinamento dell'aria, dell'acqua e quant'altro). Inoltre, si è cercato di verificare se i figli che nascevano da donne in età più avanzata, come accade ormai in Italia, erano maggiormente soggetti a rischio sia nel periodo della gravidanza che in quello postnatale.

Dall'indagine condotta in Italia, anche sulla base di ricerche bibliografiche effettuate e della medicina fondata sull'evidenza, è emerso che non esiste alcuna prova scientificamente valida per attestare l'esistenza di principi inquinanti in grado di ridurre il tasso di fertilità della nostra popolazione. Si è poi verificato che i bambini che nascono da donne in età più avanzata non incorrono, se non esistono malattie di base, in maggiori rischi rispetto ai bambini che nascono da donne più giovani; i dati a nostra disposizione, che si riferiscono a bambini fino ai 3 anni, seguono lo stesso andamento per quelli che nascono da donne sia più giovani sia più attempate.

Tale premessa è di particolare rilevanza perché negli anni scorsi molteplici sono state le discussioni su questi aspetti. Bisogna ora valutare quello che sta accadendo nel nostro emisfero.

Come ha ricordato la professoressa Coccia, sono cambiate le abitudini e sono insorte problematiche connesse al lavoro e allo *stress*. Oggi le donne ricercano la prima gravidanza in età più tarda. Questo dato si incrocia con la riduzione del tempo positivo in favore della donna per ottenere una gravidanza. Infatti, una donna che inizia a cercare il primo figlio intorno ai 22 anni ha dinanzi a sé almeno 20 anni di vita fertile, mentre una donna che inizia a cercare la prima gravidanza intorno ai 35 anni ha a disposizione la metà del tempo. Questo è già di per sé un aspetto importante, seguito da un secondo dato di estrema rilevanza: tra la prima gravidanza e la successiva intercorre un intervallo di tempo sempre maggiore. Quindi, non solo la prima gravidanza oggi si ricerca più tardivamente ma accade anche che l'intervallo tra la prima e la seconda gravidanza, se la coppia intende mettere al mondo più di un figlio, supera mediamente i 2,1 anni.

Un altro aspetto importante rilevato anche dalla professoressa Coccia si riferisce all'età media della prima gravidanza. Nell'approccio statistico, purtroppo, la media è ancora peggiore (32-34 anni). Questo dimostra che la situazione è ancor più grave rispetto alla normale statistica.

Non è utile confrontarci con i dati degli Stati Uniti o dell'Australia dove le abitudini sociali e il sistema assistenziale sono differenti. Dobbiamo esclusivamente riferirci alla nostra parte del mondo dove si registra una situazione apparentemente paradossale. Si sostiene che lo stile e la qualità della vita incidono sulla scelta di avere un figlio. Scorporando le esperienze registrate nella nostra parte del mondo, possiamo verificare l'esistenza di tre fasce, la prima comprende tutta l'Europa settentrionale, Francia compresa, la seconda la parte settentrionale del Mediterraneo, la terza si colloca nella parte meridionale del Mediterraneo. L'indice di natalità è simile tra l'Europa settentrionale e la parte meridionale del Mediterraneo, vale a dire che la fascia composta da Algeria, Libia, Marocco e Turchia ha un indice di natalità pressoché uguale a quello di Paesi come l'Inghilterra, la Francia e la Germania. In mezzo c'è la realtà dei Paesi rivieraschi come Spagna, Italia e Grecia.

A fronte di ciò, ci si pone la seguente riflessione. Spesso si è affermato che la natalità è legata alla qualità della vita. Se ciò fosse vero dovremmo avere una situazione diametralmente opposta tra Europa settentrionale e Africa. Abbiamo visto invece che non è così. È interessante che il miglioramento dell'indice relativo alle nascite nell'Europa settentrionale, che ha portato a non avere più un grande divario con l'Africa, è legato all'esistenza di una politica di assistenza alla gravidanza che nei Paesi rivieraschi dell'Europa non esiste. Il più alto livello sociale raggiunto da questi Paesi tende ad abbassare la natalità. La correzione della denatalità si ottiene quindi con adeguate politiche sociali. Il risultato positivo di tali politiche ha fatto in modo che nei Paesi del Nord Europa la denatalità si è ridotta e l'indice di natalità è diventato paradossalmente molto simile alle nazioni nelle quali vi è un basso livello della qualità della vita e soprattutto non esiste alcuna assistenza sociale alle donne.

La chiave del problema quindi non sta soltanto nell'avanzamento dell'età della donna o nella migliore o peggiore qualità della vita che stimola la coppia ad avere figli tardivamente, ma va ricercata anche nella qualità dell'assistenza alla gravidanza.

Cosa si può fare per modificare tale situazione? La soluzione più semplice potrebbe essere quella di fornire un sostegno economico alle coppie. Ma anche questo è un errore. Il dato fornito dalla professoressa Coccia, vale a dire che il *budget* necessario per un figlio è pari a circa il 20 per cento del *budget* familiare, a parità di qualità della vita, è vero solo se il *budget* della famiglia ha livelli bassi. Detta percentuale è positiva su valori di introito familiare pari a 4.280 euro. Quel 20 per cento, infatti, tende progressivamente a schiacciarsi quanto più il reddito della famiglia aumenta.

Se vogliamo introdurre un correttivo attraverso un sostegno di tipo economico, dobbiamo fare attenzione al fatto che la classe sociale che

oggi ha meno figli è quella che in realtà ha meno necessità di un supporto economico, da un lato perché ha già un alto livello economico, dall'altro perché quanto più il livello economico di quella famiglia è elevato tanto meno la nascita di un figlio altera la sua qualità di vita. Limitare l'assistenza esclusivamente a valutazioni di carattere economico allontana la possibilità di correggere la denatalità che oggi colpisce essenzialmente gli strati sociali più elevati.

Il supporto, inoltre, è legato anche a situazioni contingenti. Un articolo tratto dal mensile «Panorama» evidenzia quanto sia importante il sostegno fornito da alcune industrie alle donne *manager* attraverso l'apertura di asili nido.

Desidero infine richiamare un esempio significativo che nasce da una mia esperienza personale. Mi occupo di medicina prenatale e pratico molte amniocentesi. Si tratta – come è noto – di un esame in cui attraverso il prelievo del liquido amniotico vengono effettuate analisi citogenetiche e cromosomiche. Improvvisamente ho registrato un calo del 50 per cento delle pazienti che si recavano presso il mio centro. Dopo tre settimane nelle quali il calo permaneva stabile abbiamo scoperto la ragione: erano passate esattamente 16 settimane dall'attentato alle Torri di New York. Ciò stava a significare che nelle settimane immediatamente successive lo *stress* indotto da quel tipo di evento, che ha colpito enormemente l'opinione pubblica mondiale, aveva causato un calo, non della fecondità ma dei rapporti sessuali, tale per cui dopo 16 settimane ci siamo accorti che oltre il 50 per cento della nostra popolazione non aveva gravidanze. Ciò sta a dimostrare che eventi apparentemente non collegabili ma che colpiscono fortemente la psiche possono avere un notevole peso specifico.

Tornando al nostro discorso, sottolineo che la necessità di fornire un supporto alle famiglie è primaria.

La riduzione della fertilità legata all'età della donna si collega anche all'intensità e alla quantità dei rapporti sessuali. Quanto più si avanza negli anni tanto più si riduce la frequenza e l'intensità dei rapporti sessuali. Da tutto ciò si evince che la realtà sulla denatalità è estremamente complessa. Il vero rischio è che non individuando correttamente la leva sulla quale andare a incidere potremmo prendere una strada di stimolazione per le coppie che non è quella giusta.

Infine, l'assistenza completa alle coppie (possibilità di accedere facilmente agli asili, di lasciare i bambini a persone fidate e di avere una corretta assistenza sanitaria) pur non favorendo direttamente la natalità, nella psicologia della coppia favorisce senz'altro una maggiore liberalizzazione del rapporto sessuale con maggiori possibilità di avere una gravidanza.

GUERCI. Parlare per terzo mi costringe a ripetere quanto già detto dai colleghi, salvo forse le novità che un antropologo può apportare al dibattito. Ovviamente le brevi considerazioni che farò si riferiscono ad una letteratura antropologica. Ho preparato questo intervento, che mi sono permesso di sintetizzare in sei pagine di un documento che lascerò agli atti della Commissione, sottoforma di *flash*, di idee, di spunti. La prima parte

riguarda la denatalità, mentre la seconda si incentra su gravidanza, parto e puerperio, entrambi aspetti sui quali l'antropologia può fornire il proprio contributo.

Non entro nel merito dei dati statistici relativi ai fattori e alle concause della denatalità, giacché i colleghi che mi hanno preceduto sono stati particolarmente esaustivi. Posso però riferire che tali fattori sono di natura biologica, sociale ed economica (questi due ultimi aspetti sintetizzabili in fattori culturali).

Esaminare queste cause separatamente, a mio avviso (e quindi a giudizio della comunità degli antropologi), sarebbe un'ingenuità poiché è un gravissimo errore esaminare separatamente gli aspetti biologici e culturali in una umanità che evolve culturalmente. Un aspetto, infatti, influenza l'altro.

I fattori biologici che potrebbero essere causa della denatalità sono l'aumento dell'anoressia, l'ingestione di conservanti e/o additivi alimentari (come sostiene in particolare la letteratura americana), la diffusione degli anticoncezionali, la maggiore agiatezza e meno figli, come è stato appena posto in evidenza dal collega Arduini. A questo proposito, interessante è la documentazione riferita ai parti plurigemellari e allo stato sociale dei genitori dei gemelli. Tutto questo va correlato ad un paradosso: è diminuita l'età del menarca, si è allungata la vita, conseguentemente il periodo di fertilità è aumentato. Pur tuttavia, ci troviamo di fronte a meno nascite.

Ai fattori biologici si possono aggiungere quelli culturali in generale, innanzi tutto quelli di tipo sociale; è stata messa in evidenza la diffusione della «moda grissino», la moda *silhoutte* femminile che può causare dismenorree o amenorree. È da prendere in considerazione anche la moda maschile, dal momento che è notorio che i pantaloni aderenti incidono sulla temperatura della zona genitale, di produzione degli spermatozoi, che al suo *optimum* dovrebbe essere di 39 gradi, mentre in inverno o in estate, quando è particolarmente esposta, produce meno spermatozoi e, come è stato riscontrato dagli andrologi, soprattutto quelli della scuola francese, si determinano più frequenti azoospermia o ipospermia.

Tra i fattori sociali è da rilevare anche l'enfasi della programmazione a tutti i costi che non ha fatto altro che creare ansie all'interno della coppia da cui, forse, una disincentivazione. Intervengono nel problema anche le aspettative esagerate nei confronti della tecnica e situazioni in cui ogni minima incertezza viene vissuta come rischio.

Sono stati evidenziati anche i fattori economici: il costo per mantenere i figli, l'incertezza economica, la pensione dubbia, sempre meno nonni disponibili ad accudire i nipoti. I demografi hanno puntualmente rilevato lo stato attuale della situazione italiana, argomento già affrontato dai colleghi che mi hanno preceduto. Non dimentichiamo che il decremento odierno delle nascite è anche il tributo pagato al decremento occorso negli anni 1975-1995. Quindi l'evidenza si potrebbe sintetizzare nel rapporto poche nascite, poiché ci sono meno donne. Tuttavia, in questi ultimi due anni sembra di assistere ad un leggero incremento che tende a riportare il rapporto genitori-figli attorno a 1,7. È emerso inoltre che la

media dell'età della donna al primo parto è passata da 26 a 32 anni circa. Il fenomeno migratorio, poi, è destinato ad incrementare ulteriormente tale rapporto e a riportarlo probabilmente entro breve tempo sopra il 2,1 per cento.

Provengo da Genova, città paradigmatica che presenta il *record* di denatalità mondiale (segue la Spagna). Da una regione come la Liguria, che presenta il suo *record* in un Italia che ne ha già di suoi – come appena visto –, si passa ad una Europa che attualmente costituisce dal punto di vista demografico il vecchio continente. Peraltro, a giudizio di noi antropologi con l'annessione dei Paesi dell'Est, anch'essi a forte denatalità, si rischia la catastrofe.

I sociologi hanno posto puntualmente l'accento sui cofattori che contribuiscono all'assetto demografico attuale. La disincentivazione a fare figli, soprattutto per la donna, è dovuta ad una carenza delle politiche sociali, alla condizione lavorativa, forse ad uno scarso interesse verso i bisogni femminili nell'ambito dell'impiego, quasi a sottolineare che il sistema lavoro è edificato a immagine dell'uomo. L'equazione politica-economia-società non tiene conto del reale contesto antropologico di applicazione. A nostro avviso, occorre «ridipingere» a livello bioetico lo statuto del corpo della donna.

L'invecchiamento della popolazione è comunque la premessa indispensabile allo studio della denatalità.

Sintetizzerò la parte del mio intervento relativo alla gravidanza, al parto e al puerperio. Il paradigma medico, se nella patologia trova la sua piena realizzazione, nei confronti degli eventi del nascere e del morire incontra i suoi limiti. Non a caso negli ultimi decenni si è assistito ad una progressiva ospedalizzazione: si nasce sempre più in ospedale e sempre più spesso si muore in ospedale. L'evento gravidanza-nascita, quindi parto, è diventato un campo di prova per pratiche più attente alle dimensioni sociali, psicologiche, antropologiche e affettive della persona.

Dalle indagini condotte da colleghi antropologi (alle quali ho partecipato) sull'esistenza e sull'organizzazione dei centri nascita sul territorio nazionale è emersa un'immagine sostanzialmente positiva della realtà italiana soprattutto per la capillarità di diffusione di tali centri. Ombre compaiono a proposito dell'aumento della medicalizzazione del parto e dell'eccessivo ricorso al taglio cesareo. Tale fenomeno, tra l'altro, si ricollega a uno dei fattori di denatalità ai quali ho fatto riferimento in prima istanza.

L'Organizzazione mondiale della sanità indica un limite fisiologico tra il 10 e il 15 per cento di parti con taglio cesareo; in Italia ci si avvicina al 30 per cento. Sembra, inoltre, che in molte strutture pubbliche si sia superato il 50 per cento. Si potrebbe addirittura sostenere che è la donna che richiede di essere sottoposta al taglio cesareo. Alla luce di ciò, a maggior ragione, anche la donna deve crescere.

È necessario scardinare vecchie immagini dicotomiche cartesiane e prendere atto della nuova visione e della rappresentazione del corpo che nella nostra cultura e nelle società occidentali è diventato uno *status symbol*. Non si può prescindere da considerazioni di questo genere. Il parto è

uno degli eventi rivelatori di ogni società e, quindi, del posto che la donna occupa in essa. Abbiamo condotto alcuni studi in questo ambito ed è emerso che la posizione della donna nella sala parto rispecchia la posizione e il ruolo della donna nella società cui appartiene.

Potrete leggere le ultime considerazioni in materia nella documentazione che depositerò agli atti della Commissione.

Nel prossimo futuro lo sforzo innovativo potrebbe consistere in una formazione alla globalità della cultura della nascita, prima che alle sue cure, in un'ottica multiculturale, nell'iscrizione a priorità educative curriculari tendenti a favorire percorsi educativi d'impronta interdisciplinare, che mettano al primo posto, in termini di qualità dell'assistenza, non solo le abilità comunicative ma anche il cambiamento dell'offerta della cura alla nascita e la promozione dell'allattamento al seno.

Dagli incontri sull'argomento «nascita», che il mio dipartimento ha promosso in diverse sedi, è emerso un dato significativo. Cito le conclusioni di un recente convegno. Si sono dovute cercare al di fuori dell'università risposte al diffuso bisogno di modalità più complesse di assistenza. Si tratta certamente di una constatazione sconfortante ma di sicuro stimolo per cercare in un prossimo futuro contributi da altre discipline, l'antropologia tra queste.

BAIO DOSSI *(Mar-DL-U)*. Innanzi tutto ringrazio gli auditi perché i loro interventi mi sono parsi estremamente interessanti.

Desidero chiedere alla professoressa Coccia, le cui informazioni possono essere utili anche nell'esame di altri disegni di legge in discussione, se è possibile avere qualche dato in più in merito all'infertilità, soprattutto in relazione alla tendenza all'aumento, che si è registrato nell'ultimo decennio e che è dovuto a diverse concause, che vanno dall'organizzazione della vita all'aspetto psicologico.

Professor Arduini, visto che ha svolto un'analisi sugli aspetti scientifico ed economico sociale, può illustrare un sintetico quadro d'insieme del panorama europeo? Nel suo intervento ha indicato tre fasce geografiche che si sono poi rivelate anche sociali. Avete operato anche un raffronto tra alcuni Paesi europei (ad esempio la Francia che ha una cultura più vicina alla nostra) e Paesi nordici come la Svezia? Avete confrontato la nostra legislazione sociale con quella di questi Stati? Mi risulta che, da questo punto di vista, la Francia sia la nazione più avanzata.

TREDESE *(FI)*. Ringrazio gli auditi per le informazioni forniteci. Sono stato relatore sul disegno di legge relativo alla fecondazione assistita e sembrava che la denatalità fosse in parte causata anche da quel provvedimento, a giudizio di alcuni troppo repressivo. Mi fa piacere che la professoressa Coccia abbia chiarito che in realtà così non è, attesa la richiesta di intervento da parte della donna quasi sempre in un'età tardiva, il che comporta maggiori possibilità di insuccesso delle tecniche di fecondazione assistita.

Formulerò una domanda che nasce proprio dalla mia professione di ginecologo e che si collega al fatto che la diminuzione delle gravidanze, legata all'età, non è dovuta – come si pensava – ad un fattore ovulatorio, stante la non incidenza di tale componente sulla fecondazione medicalmente assistita. Ebbene, esistono altri fattori importanti (ad esempio cause uterine) che incidono sul mancato buon esito dell'impianto di molte gravidanze?

Un altro punto, da molti sottolineato, è che il fenomeno della denatalità in Italia dipende soprattutto dalla mancanza di sostegno economico-sociale alla famiglia (asili nidi, sussidi per i figli e via discorrendo). Poiché non credo che questa sia una delle componenti più importanti, gradirei conoscere il vostro parere in proposito.

Quanto può incidere sulla denatalità la paura delle donne di avere un figlio con qualche malformazione, tenuto conto che, in caso di gravidanza in età avanzata, aumenta la percentuale di rischio?

Vi ringrazio nuovamente per le relazioni particolarmente esaustive e ricche di dovizie di particolari.

DI GIROLAMO *(DS-U)*. Anch'io desidero ringraziare gli ospiti intervenuti. Al di là del dato legato all'abbigliamento, vorrei sapere se vi sono altri elementi che giustificano una tale riduzione della fertilità maschile, che ci risulta essere anche progressiva. Gli esami eseguiti sullo sperma contenuto nei cadaveri delle mummie testimoniano come oggi si sia in presenza di una riduzione degli spermatozoi dal punto di vista sia numerico sia della vitalità.

Una considerazione finale: mi è sembrato di capire che in Italia l'indice di mortalità perinatale è basso; tale fenomeno, essendo positivo rispetto alla realtà di altri Paesi europei, deve essere assolutamente valorizzato.

COCCIA. Mi aggancio alla domanda relativa all'incremento dell'infertilità e all'esistenza di fattori legati alla donna che possano spiegare tale incremento che è reale. Sono vicina a questa problematica lavorando nel settore da più di 15 anni, nel corso dei quali ho riscontrato un incremento delle coppie infertili. Purtroppo, non abbiamo dati relativi alle cause del fenomeno viste nel tempo, ma ciò potrebbe essere oggetto di ricerca o valutazione, dal momento che nei nostri centri vi è materiale che può essere utile in tal senso.

Tendenzialmente si registra un aumento dell'infertilità maschile. I dati americani parlano del 19 per cento della popolazione maschile colpita da tale affezione; in l'Italia la percentuale sale al 35 per cento. Questi dati non trovano spiegazione soltanto nella moda, negli atteggiamenti igienici o di costume, ma anche in fattori tossici legati al fumo e all'igiene sul lavoro. Alcune tipologie di classi sono maggiormente predisposte all'infertilità a seconda dell'ambiente in cui lavorano. Bisogna poi considerare l'incidenza di alcune patologie (ad esempio, il varicocele) che sono apparentemente in aumento.

Andrebbe stimolata anche un'attività di prevenzione, promuovendo campagne informative *ad hoc* che abbiano finalità più ampie rispetto alla denatalità.

In Italia il dato relativo alle infezioni sessualmente trasmesse quali causa di infertilità in Italia, è piuttosto stabile. Nei Paesi extracomunitari (in particolare Africa e Sud America) le malattie sessualmente trasmesse rappresentano una delle cause più rilevanti di infertilità, in quanto compromettono lo stato anatomico delle tube e, di conseguenza, la fertilità futura. In Italia tale dato è meno rilevante; aumentano invece patologie quali fibromatosi uterina ed endometriosi.

Le disfunzioni ovulatorie come causa di infertilità sarebbero potenzialmente le più semplici da risolvere dal punto di vista farmacologico, ma l'impennata dell'utilizzo di tecniche di procreazione medicalmente assistita e dell'*high tecnology*, quali la fecondazione *in vitro* e la ICSI, nasconde il fatto che, in realtà, si interviene tecnologicamente su uno scenario di patologie che, rispetto al solo fattore ovulatorio, è più ampio. Solo in casi selezionati si potrebbe risolvere farmacologicamente senza ricorrere all'approccio tecnologico nel senso più avanzato del termine.

Ad ogni modo, per le donne l'aspetto più drammatico è rappresentato dall'età dell'ovocita che se proviene da una donna ventenne – come è risaputo – è sicuramente più fertile ed idoneo a produrre un embrione di buona qualità, in grado di impiantarsi più facilmente rispetto all'ovocita di una donna trentacinquenne o addirittura ultraquarantenne. Per questo motivo gli ampi programmi di ovodonazione esistenti nel mondo registrano percentuali di successo che superano il 45 per cento. Nel programma di ovodonazione viene utilizzato l'ovocita di una donna giovane e sana (in America e in Spagna è una realtà), che viene poi fecondato, attraverso la tecnica FIVET o ICSI, con spermatozoi anche non ottimali; l'ovocita fertilizzato con il peggiore degli spermatozoi dà vita ad un embrione che anche in una donna quarantacinquenne – che potrebbe quindi presentare fattori aggiuntivi di infertilità – si impianta con successo in percentuali molto elevate. Purtroppo, l'età dell'ovocita è uno dei fattori più determinanti della denatalità.

Attualmente è in fase di studio la valutazione degli effetti di nuovi fattori all'interno dell'ooplasma. Si iniettano componenti di ooplasma appartenente a donne giovani che potrebbero rivitalizzare l'ovocita in senso lato. Si tratta comunque di studi sperimentali.

Non essendo attualmente possibile intervenire sull'età dell'ovocita, sarebbe opportuno anticipare l'età in cui all'interno della coppia si inizia a ricercare la gravidanza.

ARDUINI. Il nostro gruppo di studio non ha condotto ricerche di tipo sociale; quindi, non si è soffermato sulla valutazione di politiche vere e proprie, trattandosi di circuiti estranei all'oggetto della nostra ricerca.

Bisogna comunque considerare una serie di variabili tra le quali vi è, innanzi tutto, l'indice di modifica della coppia. Nel Nord Europa (anche l'Italia si sta lentamente adeguando) si registra una continua trasforma-

zione della coppia, un continuo ricambio del *partner*. Ciò riporta in auge l'indice di fertilità della coppia e rappresenta addirittura un sistema di correzione. Soggetti che si separano e si uniscono con nuovi *partner* fanno registrare una ripresa della fertilità, fenomeno comunque difficile da quantizzare.

In riferimento alla suddivisione geografica bisogna considerare che l'Italia meridionale si discosta completamente sia dall'Italia centro-settentrionale che dall'area africana. L'aspetto geografico, dunque, si presenta ancora più complesso.

Inoltre, le coppie testate nel Nord Europa tra il 1980 e il 2000 sono composte per la quasi totalità da laureati e da figli di laureati, altro fattore confondente.

In merito ai criteri perinatali, non si può fare sempre riferimento a quanto stabilito dall'Organizzazione mondiale della sanità che accetta livelli di rischio per la donna più elevati di quelli accolti in Europa. L'Italia è al primo posto quanto ad assistenza perinatale ma ciò ha un costo sociale. Il nostro Paese presenta la più bassa percentuale di applicazione di forcipe e ventosa in tutta Europa. Se si sommano le percentuali di utilizzo di forcipe e ventosa in Europa al dato dei parti distorcici si rileva un numero inferiore di tagli cesarei ma il numero di parti distocici resta invariato. In Europa la distocia si pone intorno al 34-35 per cento; alcuni la risolvono utilizzando il forcipe e il taglio cesareo, altri utilizzando la ventosa e il taglio cesareo; in Italia invece si risolve quasi esclusivamente con il taglio cesareo.

Se non si vogliono parti distocici si deve pagare un costo che può essere rappresentato vuoi dal taglio cesareo vuoi dall'utilizzo del forcipe. La scelta adottata dall'Italia è stata comunque pagante: nei primi anni Ottanta l'Italia era penultima in Europa, seguita solo dal Portogallo; nel 2000 l'Italia è arrivata ad essere prima in Europa, superando i Paesi della Scandinavia.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Arduini per questa ultima precisazione. Le sue argomentazioni sono state uno dei miei cavalli di battaglia quando ancora esercitavo la professione prima di diventare senatore.

GUERCI. L'infertilità maschile in termini di numero di spermatozoi prodotti, registrata nel corso del tempo, disegna una sinusoide. Ovviamente, si lavora su materiale spesso mummificato. Nel periodo delle mummie egizie si è rilevato prima un abbassamento e poi un innalzamento del dato. Un successivo abbassamento, di una certa consistenza, si è registrato nell'antica Roma. Alcuni hanno fatto risalire la causa all'utilizzo di piombo con il quale si verniciavano le parti interne dei recipienti, in particolare di quelli che contenevano succhi d'uva o succhi di frutta che, acidificando, determinavano lo scrostamento della vernice che, conseguentemente, veniva ingerita, causando probabilmente un calo della fertilità maschile.

I dati che ho illustrato sono della Scuola di andrologia di Parigi secondo la quale da un ventennio saremmo in una fase di decremento. Un andrologo francese parla addirittura di un decremento pari al 20-25 per cento della quantità degli spermatozoi. Tra le varie cause una era quella che citavo.

Non mi risulta che esistano dati sull'incidenza della paura del rischio e delle ansie sulla denatalità. Insieme ad alcuni antropologi e ginecologi di Genova abbiamo promosso un convegno dal titolo «Il taglio cesareo dalle ragioni alla ragione», nel corso del quale non sono emerse statistiche in merito.

Oggi si assiste a continue evoluzioni nell'ambito delle forme della riproduzione umana per avvicinarsi alle quali bisogna tener conto delle culture di provenienza e delle religioni di appartenenza. Sull'argomento ha lavorato Crouzet, un collega francese, il quale ha evidenziato come l'inseminazione artificiale omologa, rifiutata dalla Chiesa cattolica, è invece accettata dalla Chiesa protestante, ortodossa e dall'Islam. Il dono dell'ovulo, rifiutato da varie confessioni, è accettato dal protestantesimo; il congelamento degli embrioni, anch'esso rifiutato da molte confessioni, è accettato dall'ebraismo. Gli interventi terapeutici sull'embrione sono rifiutati soltanto dalla Chiesa ortodossa.

COCCIA. Abbiamo sull'argomento alcuni studi interessanti. Negli archivi storici dei laboratori di infertilità, almeno per quanto riguarda gli italiani, la valutazione nel tempo del liquido seminale degli italiani, a partire dal periodo precedente la seconda guerra mondiale (anche se può incidere la modalità di esecuzione dell'esame), ne ha messo in evidenza una progressiva riduzione della qualità. Sembra, in particolare, che prima della seconda guerra mondiale l'italiano fosse più fertile avendo valori medi al di sopra dei 70 milioni contro i valori medi odierni che sono considerevolmente più bassi.

In merito all'incidenza della paura di malformazioni del nascituro nelle donne che decidono di avere un figlio in età avanzata, uno studio sulle gravidanze dopo i 45 anni ha evidenziato come le pazienti che desiderano un figlio in questa fascia di età affrontino con serenità la fase diagnostica, intesa come citogenetica, rispetto alle donne più giovani. Inoltre, in presenza di eventuali patologie si sottopongno all'interruzione terapeutica della gravidanza. Se ne deduce che questa motivazione non è fonte di un'ansia tale da fare evitare la gravidanza in sé.

PRESIDENTE. Colleghi, sono compiaciuto del valore delle audizioni che si sono svolte oggi e che sono state determinanti nell'aumentare il peso specifico di questa parte dell'indagine.

Ricordo ai colleghi un *dossier* di mia pubblicazione, non certo per prestigio personale, ma perché in esso sono esaminati in modo semplice alcuni degli argomenti di cui si è parlato. Un articolo, in particolare, analizza le modalità di parto, che sono oggetto dell'altra parte della nostra indagine, l'aspetto medico legale della valutazione del rischio in sala parto

e quindi del rischio dell'operatore che può sollecitare determinate considerazioni.

In una notizia ANSA di circa 8 mesi fa emerge il diverso atteggiamento degli Stati Uniti riguardo al taglio cesareo e avvalora quanto rilevato dal professor Arduini. In altre parole, si tratta di un campo in cui non si deve mai ricercare un *target* numerico positivo, perché l'obiettivo è solo aumentare la sicurezza del parto. L'andamento complessivo dei parti distocici e la loro risoluzione in parti operativi cesarei o vaginali dipende dalle scelte dell'operatore che dovrà procedere nelle proprie valutazioni.

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

I lavori terminano alle ore 15,45.

Licenziato per la stampa dall'Ufficio dei Resoconti

€ 1,00