SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

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

4º Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 6 NOVEMBRE 2003

Presidenza del presidente TOMASSINI

IC 1017

TIPOGRAFIA DEL SENATO (400)

INDICE

Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

* PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 22

* *BALDARO VERDE* . . . . . *Pag.* 5
* *FERRAZZI* 12
* *GRAZIOTTIN* 7, 21, 22
PARDI 16, 21, 22
PICCIONE 18
RODOTÀ 3

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 il professor Stefano Rodotà, presidente del Garante per la protezione dei dati personali, la professoressa Jole Baldaro Verde, presidente della Federazione Italiana Sessuologia Scientifica, la professoressa Alessandra Graziottin, direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica dell'Ospedale San Raffaele Resnati di Milano, il professor Enrico Ferrazzi, direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica del Dipartimento di Scienze Cliniche Sacco dell'Università degli studi di Milano, il professor Giorgio Pardi, direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologia II dell'Università degli studi di Milano e il professor Emilio Piccione, professore ordinario di Ginecologia e Ostetrica dell'Università Tor Vergata di Roma.

I lavori hanno inizio alle ore 15.

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 29 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 prosieguo dei lavori.

Sono oggi presenti il professor Stefano Rodotà, presidente del Garante per la protezione dei dati personali, la professoressa Jole Baldaro Verde, presidente della Federazione Italiana Sessuologia Scientifica, la professoressa Alessandra Graziottin, direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica dell'Ospedale San Raffaele Resnati di Milano, il professor Enrico Ferrazzi, direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica del Dipartimento di Scienze Cliniche Sacco dell'Università degli studi di Milano, il professor Giorgio Pardi, direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologia II dell'Università degli studi di Milano e il professor Emilio Piccione, professore ordinario di Ginecologia e Ostetrica dell'Università Tor Vergata di Roma. Ringrazio tutti per la disponibilità dimostrata partecipando alla seduta odierna.

Do quindi la parola al professor Rodotà.

RODOTÀ. Signor Presidente, ringrazio molto dell'invito e mi scuso perché un ingorgo di impegni mi obbligherà a lasciare la Commissione

alle ore 15,30. Anticipo la disponibilità, mia e dell'ufficio, a collaborare, ove necessario, agli ulteriori lavori della Commissione e mi riservo di trasmettere una nota scritta sulla materia oggetto dell'audizione all'inizio della prossima settimana.

Anche se potrei aver compreso male (nel caso, lo chiarirete), ho collegato l'invito odierno al fatto che alla denatalità, alla gravidanza, al parto e al puerperio sono connessi problemi sociosanitari che, nel nostro Paese, sono stati poco oggetto di analisi. Ho appuntato dunque la mia attenzione sulle problematiche che possono nascere in relazione alla raccolta dei dati necessari per svolgere indagini di tal genere.

Importante è il riferimento all'aumento della frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche di non provata evidenza scientifica, che spesso non trovano giustificazione in termini di indicazioni mediche. Attraverso un improprio o eccessivo ricorso ai *test* o alle analisi genetiche si acquisiscono informazioni delicatissime.

Il punto di partenza delle mie rapidissime considerazioni è rappresentato dal fatto che quest'indagine, attese le informazioni impiegate, tocca dati sensibili. Peraltro, nella categoria dei dati sensibili identificati dalla legge n. 675 del 1996 e dal nuovo Codice sulla *privacy* che entrerà in vigore dal 1º gennaio del prossimo anno, le informazioni riguardanti la salute e la vita sessuale sono oggetto di una tutela particolarmente rafforzata. Le informazioni genetiche, per ragioni che conoscete meglio di me, godono addirittura di uno statuto privilegiato, tant'è vero che il nuovo codice dedicherà ad esse un articolo specifico (articolo 90). Di conseguenza, la raccolta e il trattamento di dette informazioni risentono dell'accentuata tutela prevista dalla disciplina vigente e risentiranno ancor di più della normativa che entrerà in vigore dal 1º gennaio 2004.

Circa la legittimità del trattamento sono previste diverse modalità a seconda che si tratti di soggetti pubblici o privati, che esercitano le professioni sanitarie o che, ad esempio, svolgono attività di ricerca statistica o sociologica, nonché di dati raccolti per finalità riguardanti la tutela della salute dell'interessato o per scopi ulteriori.

Mi limiterò ad indicare alcuni problemi di carattere generale, riservandomi di inviare successivamente un documento più analitico. Se riterrete poi si tratti di materia di vostro interesse, mi indicherete ulteriori eventuali temi sui quali posso intervenire.

Per il tipo di ricerca cui fa riferimento l'indagine, più che le informazioni personali sono rilevanti i dati anonimi ed aggregati, in altri termini, quelli che consentono di elaborare statistiche, individuare percentuali, e via discorrendo. In questo caso il problema è meno rilevante. Se le informazioni sono elaborate da soggetti che esercitano professioni sanitarie o da strutture pubbliche operanti nel settore, essendo anonime, non sorgono problemi, non essendo il dato anonimo soggetto alla disciplina della legge (prima e a breve del codice) sulla protezione dei dati personali.

Di contro, se i dati sono utilizzati in modo da consentire di risalire, direttamente o indirettamente, agli interessati, scattano tutti i meccanismi riguardanti la protezione dei dati personali, che sono particolarmente se-

veri e gravosi. In altri termini, gli esercenti delle professioni sanitarie e i soggetti pubblici possono trattare i dati in questo ambito, ma eventuali ulteriori utilizzazioni che facciano riferimento agli stessi dati, consentendo l'identificazione del soggetto cui si riferiscono, esigono ulteriori garanzie. In primo luogo è necessaria l'informazione. Se si intende utilizzare le informazioni per determinate finalità occorre informare l'interessato che può dare o meno il proprio consenso all'utilizzo delle stesse.

I soggetti pubblici, in assenza di una normativa che li autorizzi a ciò, non potrebbero utilizzare le informazioni per finalità ulteriori; i soggetti privati non potrebbero trattare i dati senza una preventiva autorizzazione del Garante solo sulla base di un consenso scritto dell'interessato. Questa è una prima e molto sommaria ricognizione del campo in cui ci si muove, che diventa fondamentale qualora ci si trovi sul terreno dei *test*.

Come è noto, dall'indagine condotta dalla Società italiana di genetica umana emerge, da un confronto fatto a livello internazionale, che in Italia il numero dei *test* è cresciuto in maniera impressionante e assolutamente non giustificata. Analizzando il dato relativo al numero complessivo delle diagnosi effettuate nelle materie che ci interessano, si evince una variazione, nel giro di due anni, di circa il 31 per cento, con un aumento impressionante delle diagnosi postnatali (più 23 per cento) e di quelle prenatali (più 22 per cento).

Se i dati raccolti sono utilizzati come anonimi, insisto sulla considerazione che ho espresso in precedenza. In caso contrario, si devono rispettare tutte le condizioni previste dall'articolo 90 del nuovo Codice sulla *privacy,* al quale faccio riferimento dovendo proiettarci nella nuova dimensione normativa.

Mi sono rigorosamente attenuto all'ambito delle mie competenze istituzionali sulla protezione dei dati. Voglio solo aggiungere che, nella mia intensa attività, in qualità di componente del Gruppo europeo per l'etica delle scienze e delle nuove tecnologie, sono stato relatore, alcuni anni fa, proprio di un parere sulla diagnosi prenatale.

Riterrei così concluso il mio intervento, ferma restando la disponibilità a collaborare, in questo momento e nella fase finale dei vostri lavori, per fornire qualunque approfondimento sul tema specifico o su ulteriori eventuali argomenti.

BALDARO VERDE. La denatalità ha diverse facce. La prima è legata al cambiamento avvenuto nell'identità femminile. Si è passati dal concetto di dimorfismo sessuale a quello di identità sessuale. Il dimorfismo sessuale ci inchiodava a quello che Freud ha chiamato il destino biologico. In altre parole, dalla famosa prima rivoluzione culturale collegata alla scoperta scientifica della paternità, la donna è stata legata ad un destino di maternità e poi di seduttività per essere scelta dall'uomo che l'avrebbe resa madre. Con la rivoluzione, che ha avuto il suo culmine nel 1968, si è passati da questo concetto statico a quello dinamico di identità sessuale. Oltre agli arcaici pilastri della maternità e della seduttività, la donna

ha acquisito due nuovi pilastri: l'autorealizzazione nel mondo del lavoro e l'eroticità.

L'autorealizzazione nel mondo del lavoro ha permesso alla donna di raggiungere l'autonomia economica *tout court*, la libertà: non esiste libertà senza la libertà economica.

L'eroticità ha portato alla modificazione della finalità della sessuologia e della sessualità che non è stata più finalizzata alla procreazione, ma alla qualità della relazione. Merito poi dell'altro dono della bioscienza, la contraccezione sicura, è stato modificato l'istinto materno, considerato che è diventato maternità responsabile.

Sono donna, ho avuto quattro bambini e so cosa significa riuscire a mantenere, nei primi anni di vita dei figli, un rapporto felice con il proprio marito, anche dal punto di vista sessuale. I figli hanno l'abitudine di piangere di notte, di avere le malattie infantili, la tosse, eccetera, eccetera; ragion per cui, stanchi morti, non si ha molta disponibilità a fare l'amore.

L'entrata nel mondo del lavoro poi ha comportato per le donne un altro problema. Il mondo del lavoro è stato creato dagli uomini con leggi per uomini non legati al destino biologico: gli uomini non hanno mai avuto mestruazioni, tanto meno dolorose, né gravidanze e parti; non hanno mai dovuto allattare figli né prendersi cura della famiglia. Inoltre, avendo una moglie che provvedeva a tutto ciò, hanno potuto lavorare, fare carriera e, nel contempo, avere casa e famiglia. Per noi donne tutto questo è diventato difficile, anche perché una società narcisistica, come quella nella quale viviamo, pone come meta non solo il successo nel lavoro e guadagno, ma anche la soddisfazione di quelli che la psicologia chiama «bisogni appresi». In altri termini, tutti dobbiamo avere la macchina; tutti dobbiamo andare in settimana bianca, fare vacanze e viaggi, mangiare la pizza la domenica, e via discorrendo.

Per fare tutto questo però è necessario il guadagno di entrambi i genitori e, non so se ne avete, i figli costano dal momento in cui nascono anche dal punto di vista economico. Se si vogliono figli bisogna anche programmare. In Italia esiste la migliore legge sulla maternità d'Europa. Ciò comporta però l'allontanamento dal mondo del lavoro che va velocemente avanti. Questa mattina, ad esempio, volevo aggiungere la bibliografia alla memoria che ho consegnato ma il «maledetto» – che sarebbe il mio *computer* – ha iniziato a fare i capricci e non sono riuscita ad inserirla. Bisogna quindi essere aggiornati, saper usare i telefonini e i *computer* che cambiano continuamente. Se si vuole fare carriera restare fuori gioco minimo sei mesi è già tanto; non parliamo di un anno o addirittura di 18 mesi. In altri termini, per assicurare al proprio figlio quello che oggi la psicologia suggerisce, ossia una base sicura che permetta a lui o a lei di andare avanti, occorre che la madre stia a casa quando il figlio è a casa.

Pochissimi sono i nidi nelle fabbriche. Faccio parte della commissione pari opportunità dell'ordine dei medici e posso assicurare che negli ospedali la realtà non è migliore e poche sono le possibilità di avere figli per coloro che studiano medicina e che sono medico. Pochissime sono anche le scuole materne pubbliche che, oltretutto, facendo giustamente le

graduatorie, ammettono per primi i figli degli extracomunitari, delle coppie separate e dei poveri. Di conseguenza, due impiegati o due professionisti sono penalizzati. Se non avessi consentito alla mia figlia più piccola di iscrivere il figlio all'asilo privato, non ne avrebbe fatto un secondo, non potendo pagare la retta per quello più piccolo. Non sempre però vi sono madri disposte a foraggiare figli in difficoltà. Questo discorso vale non solo per i nidi e le scuole materne ma anche per le elementari, tenuto conto che i tagli apportati alla scuola pubblica hanno comportato la riduzione del numero delle classi a tempo pieno, necessarie invece alle madri che lavorano. Peraltro, le poche rimaste, essendo destinate agli estracomunitari e ai poveri, alla fine diventano ghetti.

Una madre poi non si occupa soltanto dei figli piccoli e nelle scuole medie inferiori e superiori non è assolutamente previsto il tempo pieno. I figli, dunque, o vivono davanti alla televisione o con nonne (non come me che non me ne posso occupare) o sono affidati a persone a pagamento.

In Francia, ad esempio, con il primo figlio il reddito non è moltiplicato per due ma diviso per tre e la detassazione è maggiore. In Italia invece non è prevista una detassazione che permetta di mantenere e far crescere i figli. A questo punto ci si sposa più tardi perché si desidera fare una carriera che porti successo e gratificazioni economiche e non c'è più molto posto per i figli.

O si provvede a dare aiuti diversi da quelli che oggi vengono dati (e si capisce che non è possibile) o alla donna che non ha altre alternative percorribili non resta altro che scegliere il lavoro.

GRAZIOTTIN. Il mio intervento sarà articolato in due parti: la prima riguarda i fattori generali di denatalità, l'altra è focalizzata invece sui fattori deterrenti del secondo figlio, aspetto sin qui molto trascurato. In genere si tende a trattare la denatalità con motivazioni analoghe per il primo e il secondo figlio, mentre vi è una cesura motivazionale molto forte tra la decisione del primo e dei successivi, come del resto ha accennato la professoressa Baldaro Verde.

Tra i fattori generali di denatalità illustriamo quelli legati alla coppia come diade diversa dalla somma dei due *partner*, alla donna, al *partner*, al tempo e all'esito della prima gravidanza e al contesto psicosociale.

I fattori biologici e psicosessuali vanno distinti in predisponenti, precipitanti e di mantenimento.

Come ho anticipato, la prima parte del mio intervento è dedicata ai fattori predisponenti di denatalità, tra i quali si distinguono quelli biologici e quelli psicosessuali.

Uno dei fattori biologici è l'aumento dell'età della donna al primo figlio, che è fortemente condizionato dal tipo di investimento professionale (22 anni per le casalinghe, 27 anni per le impiegate, 30 anni o più per le laureate in carriera). Altri fattori biologici legati alla donna concernono la riduzione degli indici di fertilità. Il primo, molto importante, riguarda l'aumento della micropolicistosi ovarica con alterazioni metaboliche, da porsi in relazione all'obesità della popolazione nazionale. Oggi

sappiamo che tale malattia è, in realtà, dismetabolica con una patologia nell'utilizzo periferico dell'insulina.

Un altro fattore è la riduzione della qualità dell'ovulazione (un primo calo forte prima dei 30 anni, un secondo dopo i 35 e un crollo dopo i 40 anni).

Vi è poi la menopausa precoce, spontanea o causata da trattamenti medici, che, in base ai dati dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri, si presenta nel 4,3 per cento delle donne italiane prima dei 40 anni. Peraltro, molte sono le donne che arrivano a quest'età senza avere avuto il primo figlio.

Un altro tragico aspetto omesso nei nostri piani di educazione sanitaria è l'aumento della probabilità di infezioni tubariche da malattie sessualmente trasmesse (Chlamydia *in primis)*. Purtroppo, vi è stato un *over-focus* sull'AIDS e tre quarti dei nostri ragazzi non sanno nemmeno che possono contrarre altri tipi di malattie, spesso poco sintomatiche, che ledono, in particolare, la fertilità.

La Commissione sanità dispone di dati perfetti dal punto di vista dell'analisi dell'andamento dell'abortività volontaria in Italia. L'unica fascia di età in controtendenza, con aumento delle interruzioni volontarie, è rappresentata dall'adolescenza, frangia alla quale dobbiamo dedicare la nostra attenzione.

Vi è poi l'abortività spontanea.

Un altro aspetto particolarmente rilevante è la latitanza assoluta diagnostica e terapeutica nella fase postnatale dal punto di vista sia medico sia psicologico: le mamme, le coppie sono lasciate sole in un periodo in cui prende facilmente corpo uno dei motivi più profondi della scelta di non avere un secondo figlio.

Tra i fattori psicosessuali di denatalità legati alla donna, come accennato poc'anzi dalla professoressa Baldaro Verde, occorre ricordare la perdita del valore della maternità come dimensione principe di realizzazione personale e la perdita del valore del figlio come continuità longitudinale della famiglia (aspetto diverso rispetto al valore della maternità). Vi è poi l'investimento sulla realizzazione personale, al quale riconosciamo due grandi motivazioni: quella espressiva dei talenti che la donna ha e desidera realizzare e – aspetto sottovalutato – il fatto che molte donne non hanno figli non perché vogliono far carriera ma perché nutrono paure sostanziali sul diventare madri.

Vi sono poi due aspetti correlati allo stile di vita: la sindrome da stress cronico e quella che chiamo la sindrome da «spazio confinato»: viviamo in spazi sempre più piccoli e sappiamo che anche negli animali la limitazione dello spazio esistenziale porta ad una riduzione della natalità.

Per quel che riguarda i fattori biologici legati all'uomo (che ha una *partnership* al 50 per cento), si rileva in *pole position*, come frequenza, il varicocele, ossia vene varicose del testicolo (specie quello sinistro) alle quali si correla l'impoverimento qualitativo e quantitativo del seme e quindi anche l'indice di fertilità, cui si associa l'effetto tempo. Di con-

seguenza, più tardi si ha il primo figlio, maggiore è la lesione che nel frattempo può realizzarsi a carico del patrimonio spermatico.

Vi sono poi le infezioni genitali e la tossicità da stili di vita inappropriati.

I fattori psicosessuali legati all'uomo sono l'adolescenzialità con paternità tardive, la perdita del valore della paternità non solo come dimensione principe della realizzazione personale ma anche nella linearità della famiglia. In molte coppie si verifica una collusione sulla perdita di motivazione sul valore del figlio e della procreazione come continuità esistenziale, entrambi aspetti importanti.

Anche per l'uomo incide l'investimento sulla realizzazione personale espressiva di talenti, ma anche difensiva rispetto a paure diverse sul diventare padre.

Vi è poi un elemento sul quale parliamo e riflettiamo poco: la paura della parola sacrificio che è uscita dal lessico familiare e che costituisce invece un fattore di fuga dalla responsabilità della paternità e della maternità.

Sulla denatalità legata alla coppia negli Stati Uniti vi sono importanti filoni di studio definiti «*transition to parenthood*», ossia diventare genitori. Fatto importante è che la coppia, nel diventare genitrice del primo figlio, ha una riduzione a picco delle componenti romantica ed erotica e di complicità amicale e un aumento, proporzionale alla maturità della coppia, della solidarietà tra i due *partner*. Sfortunatamente, l'aumento della solidarietà è nemico della componente romantica e, poiché oggi la qualità dell'erotismo è considerata l'indicatore principe della qualità della coppia, l'appannarsi di questa dimensione porta ad interrogarsi sul valore del continuare insieme. La funzione genitoriale, quindi, può scompensare la coppia già in riserva sul fronte delle risorse economiche, energetiche e del tempo libero.

Si riconosce una perdita del supporto legato al contesto familiare, in particolare per l'aumento delle famiglie mononucleari. Nel Nord Est da un numero medio di componenti delle famiglie di quattro-cinque unità si è passati a due-quattro e si registra soprattutto la perdita di rapporti con i genitori della coppia in esame.

Come è già stato rilevato, limitate sono le risorse destinate alla cura dei piccoli se la madre lavora. A ciò si aggiungono la latitanza di attenzione medica e psicologica al puerperio (altro fenomeno importante che, purtroppo, non si riscontra solo in Italia) e la carenza di supporto alla coppia durante la transizione del diventare genitori.

Nella seconda parte del mio intervento ho preferito analizzare la latitanza diagnostica nel puerperio, fase nella quale emergono i fattori (innanzi tutto economici), precipitanti e di mantenimento, che inducono a limitarsi al primo figlio. Nel momento in cui una coppia sogna di avere dei figli ha un'idea idilliaca del bambino: biondo, occhi azzurri, sorridente; successivamente, nell'affrontare i costi per crescerlo, si rende conto delle difficoltà a far quadrare il bilancio.

Vi sono poi limiti professionali di tempo, di spazi (la sindrome da spazio confinato già citata) e di organizzazione della famiglia. Come ginecologa che segue molte pazienti sane in gravidanza, nel dopo parto e per la contraccezione, mi sono resa conto che i vissuti negativi del *post partum* portano a dire: un figlio e mai più! L'esperienza di una depressione in puerperio, unitamente a un parto traumatico, costituiscono uno dei motivi deterrenti per non fare il secondo figlio. La latitanza diagnostica e terapeutica, nei confronti del puerperio in generale e dei disturbi dell'umore in particolare, rappresenta uno dei fattori più modificabili sui quali intervenire potendo verificare l'efficacia degli interventi posti in essere. Si tratta, dunque, di un elemento di merito importante.

L'ultima classificazione dei disturbi dell'umore include tre disturbi maggiori ben noti: le famose «lacrime del latte» o «*baby blues*», la depressione e la psicosi puerperale che, purtroppo, occupano i nostri giornali, solo quando le donne uccidono se stesse e i propri figli. A questi disturbi si sono aggiunti altri tre disturbi importanti, che sono in aumento nella nostra società: le crisi di panico, i disturbi ossessivo compulsivo e *post* traumatico da stress. Tutti vi renderete conto dell'importanza del problema, atteso che la depressione puerperale interessa una donna su cinque e addirittura una su tre di età inferiore ai vent'anni. Il disturbo più grave, la psicosi puerperale, ha invece una incidenza che va dallo 0, 1 allo 0, 2 per cento.

È triste che i ginecologi – non solo in Italia – diagnostichino solo una parte delle depressioni puerperali e, in più del 50 per cento dei casi, non si accorgano dei disturbi dell'umore. Vi è, dunque, una omissione diagnostica molto grave. Il presidente Tomassini, essendo ginecologo, comprende la mia appassionata difesa delle donne in questo fase della loro vita.

Mi corre l'obbligo di rilevare che la depressione puerperale presenta tutte le caratteristiche della depressione maggiore. Per procedere alla diagnosi è necessario che si manifestino per due settimane i due sintomi principali: l'umore nero e molto malinconico e la mancanza di interesse e piacere nelle abituali attività, ivi incluso il prendersi cura del bambino. E' necessario poi che si manifestino almeno quattro dei seguenti gruppi di sintomi. Il primo gruppo insiste sull'area neurovegetativa e sono i disturbi del sonno, dell'appetito, l'iperattività motoria e la stanchezza dominante. Il secondo gruppo, molto importante per la donna che lavora, è dato dai sensi di colpa, dalla bassa autostima e dai pensieri suicidi legati alla consapevolezza della netta riduzione della propria capacità di concentrazione. Tale depressione, se non trattata, dura sei mesi o più; inoltre, il 25 per cento delle donne ne soffrono oltre l'anno, con enormi ripercussioni anche sul profitto lavorativo. La psicosi puerperale si manifesta in una su mille puerpere nelle prime due-tre settimane. In diversi casi si rilevano sintomi più importanti. Il rischio relativo è fino a 14 volte superiore in questa fase della vita rispetto alle psicosi prenatali.

Ci interessa poi il disturbo di panico *post-partum*. Ormai, prima di giungere ad una diagnosi di disturbo di panico, le donne devono presentarsi mediamente cinque volte in pronto soccorso. In casi del genere la si-

gnora dichiara la mancanza di respiro, palpitazioni, tremore, senso di testa vuota. L'esordio del disturbo ha un picco sintomatologico dopo dieci minuti dal suo inizio (fattore importante per i medici); si manifestano poi i sintomi cognitivi. Una donna, che ha sempre avuto una forte autostima e che improvvisamente non si riconosce più, ha sintomi di depersonalizzazione, perdita di controllo, paura di impazzire e pensieri intrusivi di poter ferire il proprio bambino. Alcune donne immaginano di avere un coltello in mano e di ferire il figlio, quindi una imminente catastrofe. A questo punto è facile capire perchè la donna giunge a non desiderare un secondo bambino. Nelle donne che hanno avuto, invece, parti traumatici si manifestano poi pensieri ossessivi e il disturbo post traumatico da stress.

Richiamo l'attenzione su alcuni fattori di rischio da riconoscere: depressione personale, precedente trattamento per depressione, depressione in gravidanza, madri di bambini pretermine o con parti multipli per fecondazione assistita. Quest'ultimo gruppo, pur essendo ad altissimo rischio, da questo punto di vista è poco considerato, nonostante la elevata disponibilità di dati in letteratura, ai quali rimando per limiti di tempo.

Esiste una collusione del silenzio. Ci si chiede come mai la donna non chieda aiuto. Ebbene, la madre di bimbo piccolo della cui identità si sente responsabile ha il terrore di essere marchiata con l'etichetta di malata mentale. Chiede aiuto solo quando è disperata, perché maggiore è la paura della stigmatizzazione sociale legata alla malattia mentale. Di converso e al fronte opposto, il ginecologo non diagnostica la depressione in più della metà dei casi per mancanza non solo di informazione, di attenzione, di tempo e di motivazione, ma anche di consapevolezza sulle conseguenze che si avranno nel lungo periodo su madre e bambino: «Passerà» è il commento che fa!

Vi sono poi i fattori di rischio predisponenti, precipitanti, di mantenimento, quindi vulnerabili neurobiologici, e precipitanti correlati alla gravidanza e al parto. Il peggior fattore di mantenimento è la mancata diagnosi, la solitudine e la vulnerabilità che nasce da condizioni socioeconomiche disagiate.

Un'ultima parola sulle conseguenze sul bambino. Un enorme mole di studi – con registrazioni con videocamera in una clinica di Londra – supporta la tesi dell'atteggiamento meno affettuoso delle mamme nei confronti del piccolo; una minore disponibilità ai segnali che egli manda; un disinvestimento emotivo oppure ostilità o intrusività nonché un significativo aumento di abuso fisico da parte della madre nei confronti del proprio figlio. Queste sono verità drammatiche sulle quali si preferisce sorvolare. I figli di madri depresse tendono ad essere scontenti, irritabili, evitanti e rumorosi; hanno una mimica meno sorridente e vocalizzano meno dei bambini di mamme serene. Questo elemento particolarmente innovativo dal punto di vista della neurobiologia fa capire perché questi bambini potranno subire nel lungo periodo le conseguenze derivanti dalla carenza di interazione primaria con la madre. E' dimostrato che, a livello di corteccia motoria, esistono dei neuroni che si attivano allorquando il bambino, prima di agire, osserva la propria madre. Questo aspetto è im-

portantissimo in quanto evidenzia una sorta di gestazione empatica comportamentale prima che il bambino esegua un comportamento. Meno si interagisce con il bambino e minore è questo tipo di apprendimento emotivo pre-motorio.

Ebbene, ad undici anni i figli di queste madri depresse hanno quozienti intellettivi significativamente più bassi e problemi di attenzione e concentrazione. Ma, altrettanto grave, è che hanno anche disturbi emotivi e comportamentali, una minore competenza sociale e un minor quoziente di intelligenza emotiva (QE). Dunque, un'ombra lunga tocca la qualità della vita di questi bambini, futuri adulti, a causa della nostra latitanza diagnostica.

In conclusione, i disturbi dell'umore in puerperio hanno un'alta prevalenza, sono drammaticamente sottodiagnosticati e meritano senz'altro la nostra attenzione clinica per le potenziali gravi conseguenze che ne possono scaturire per la madre e per il bambino.

Ho quindi individuato tre aree di intervento: la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse (e non solo dell'AIDS) per prevenire le sterilità da infezioni, in particolare da Chlamydia; la prevenzione di fattori biologici maschili e femminili di riduzione della fertilità; l'incremento delle fonti di supporto.

In particolare, occorre prestare maggiore attenzione clinica al puerperio. Vi sono poi due ulteriori elementi di particolar rilievo, il primo dei quali è rappresentato dal sostegno al supporto transgenerazionale: recuperare la figura dei nonni. Una donna non può essere una buona madre se sua madre non l'aiuta nella fase post nascita. Un consiglio di semplice applicazione: incoraggiare le nonne a stare a casa delle neomamme i primi quindici giorni; ciò le aiuterebbe, senza dubbio, a superare non solo il trauma del non saper cosa fare quando il bambino piange ma anche il crollo emotivo tipico di questo primo periodo.

In proposito ho elaborato alcune proposte che sottopongo alla valutazione della Commissione. In caso di lavoro a tempo pieno di entrambi i genitori, si potrebbe prevedere la corresponsione di un assegno economico ai nonni che aiutano i propri figli nella cura dei piccoli, prevedendo magari un tetto di due assegni per ciascuna coppia di nonni. Altrettanto importante sarebbe il sostegno al supporto sociale non strutturale: al Nord vi sono mamme che curano cinque o sei bambini. Se questa solidarietà microcosmica fosse riconosciuta, si potrebbero probabilmente ridurre i macrocosti e avere un intervento di qualità e di continuità accuditiva superiore rispetto al mercenariato delle *baby sitter*.

FERRAZZI. Sulla denatalità è già stato detto molto, mi limiterò pertanto a dare un piccolissimo contributo di carattere non psicodinamico ma epidemiologico.

Dai dati relativi alle nascite in Lombardia dal 1996 al 2001 la definizione denatalità non sembra sovrapporsi a quanto si sta verificando nella nostra Regione. In realtà, gran parte dell'aumento delle nascite è legato alla natalità delle popolazioni immigrate nella nostra Regione da altri

Paesi per trovare una vita migliore. È un dato di fatto che richiede però un'analisi diversa dal semplice constatare che questi bambini occupano posti negli asili nido e nelle scuole.

L'accoglienza alla nascita di questi bimbi è la prima linea di credito che una società civile apre nei confronti di queste persone; è il primo debito che queste famiglie – che manterranno per sempre la loro cultura – avranno verso di noi, la nostra cultura e il nostro modo di organizzare la vita sociale, che dobbiamo fare in modo sia migliore di quella che vivono nelle loro realtà di origine.

Occorre riportare l'attenzione su questo aspetto. Altri Paesi, come gli Stati Uniti, che hanno governato grandi flussi migratori per un secolo, hanno tratto da ciò vantaggi economici, culturali e sociali. Oggi l'Europa deve imparare a gestire tali flussi, operazione certamente non semplice.

A noi medici interessa l'accoglienza alla nascita e l'esperienza lombarda delle mediatrici culturali è molto valida. Negli ospedali in cui sono presenti mediatrici culturali di cultura araba, cinese e sudamericana nasce il 25 per cento dei figli di extracomunitari proprio per la qualità dell'assistenza che trovano in questi punti nascita. Questa importante attività non può essere lasciata al volontariato laico e religioso, ma dovrebbe essere oggetto di una legge quadro nazionale da attuare nelle varie Regioni.

Cercherò di fornire un contributo più analitico sulla medicalizzazione e sull'eccesso di diagnostica e terapia, non nei termini di *privacy* indicati dal professor Rodotà, ma nei processi assistenziali della gravidanza.

Al di là dei singoli dati graficamente rilevati, ho focalizzato le principali patologie della gravidanza, procedendo ad una stima epidemiologica per dimostrare un assunto importante: la riproduzione umana è un evento fisiologico gravato però da una quota rilevante di problemi patologici. Prima di buttare la medicalizzazione alle ortiche, bisogna intendersi bene su cosa si intende con esigenze di test di *screening* delle patologie, proprio per prevenire ed evitare costi umani e sociali *post hoc*. Non si tratta soltanto di un concetto demagogico di medicalizzazione, anche se è vero che, dietro questo termine, si celano talvolta comportamenti sbagliati dal punto di vista assistenziale e medico.

Le colonne riportate nel grafico a vostra disposizione indicano le diverse patologie, il parto prematuro e quant'altro. Si contraddistinguono poi le condizioni patologiche e le percentuali di casi che, alla luce di un consenso abbastanza diffuso, richiedono un ricovero ordinario. La cosiddetta minaccia di aborto, che non esiste come entità clinica, e l'iperemesi gravidica, con consenso universale nel mondo medico occidentale, non necessitano di ricovero. Si potrebbe procedere così analiticamente sulle altre voci.

Farò riferimento a dati del 1999, così nessuno può ritenersi responsabile atteso che siamo già nel 2003. In Lombardia si registrano circa 1.470 ricoveri per iperemesi e vomito e 1024 per diabete gestazionale, condizioni per le quali la cultura medica non riconosce oggi la necessità del ricovero. In realtà, se si riducessero i costi relativi a questa medicalizzazione, a questa intrusione nella gravidanza da parte della medicina (fatta

per scopi che eventualmente poi discuterete) si registrerebbero molti meno ricoveri, sulla base del modello poc'anzi proposto.

Le ospedalizzazioni per entità patologiche che non necessitano di ricovero si osservano con maggior frequenza negli ospedali con meno di 500 parti. In una grande struttura, ad esempio gli Ospedali riuniti di Brescia (dove si contano 3.352 parti in un anno), vi sono 82 ricoveri in un anno per la cosiddetta minaccia d'aborto. Di contro, in una piccola struttura come l'Ospedale d'Iseo, che effettua meno di 500 parti annui, tali ricoveri sono 103. In altri termini, è come se gli Ospedali riuniti di Brescia ricoverassero, in proporzione, 400 minacce d'aborto in un anno). Analogamente avviene nelle strutture di Vigevano, Gravedona e di altri centri.

La minaccia di parto prematuro è un'altra entità nosologica molto discutibile. Anche in questo caso abbiamo un esempio molto interessante che correla il basso numero di parti all'alto numero di ricoveri probabilmente impropri. Le Case di cura Sant'Anna di Brescia e Città di Brescia, con 500 parti, effettuano quasi il dieci per cento dei ricoveri per minacce di parto prematuro, mentre nella stessa città e con la stessa popolazione l'Ospedale civile ne effettua meno del 3 per cento.

Attraverso un importante modello di lavoro comune tra autorità politica amministrativa e assistenza, anche grazie alla collaborazione delle società scientifiche, la nostra Regione ha ridotto di oltre 17 unità il numero dei piccoli ospedali con meno di 500 parti l'anno. Si tratta di un modello di dialogo tra società scientifiche e autorità politiche amministrative, attivato dalla scuola qui rappresentata dal professor Pardi e alla quale mi onoro di appartenere, al fine di identificare comportamenti assistenziali virtuosi, non dettati solo dall'impulso del momento politico o demagogico.

Le azioni proponibili per ridurre la medicalizzazione purtroppo sono per ora modellabili solo per i ricoveri, per le cure e per i ricoveri in *day hospital*. L'attività ambulatoriale è selvaggia; il flusso informativo disponibile, non essendo adeguato, non consente la comprensione dei grandi fenomeni e le corrispondenti possibilità di intervento.

Come avvenuto in altri Paesi, fra qualche giorno anche in Inghilterra sarà avviata la nuova riforma sanitaria *bipartisan* dopo anni di disfatta assistenziale. Tale riforma manterrà un forte intervento di supporto all'attività di ricerca clinico-scientifica ed epidemiologica per capire come modificare i grandi comportamenti. Solo se si dispone di dati sufficienti ed adeguati è possibile attivare interventi ed azioni utili a modificare i nostri comportamenti. La regione Lombardia fa bene non darci le risorse necessarie per attivare programmi di ricerca clinica la cui realizzazione spetta invece allo Stato, che deve investire sulla conoscenza dei fenomeni assistenziali.

E' poi indispensabile il mantenimento di un forte profilo di educazione medica permanente. In altri termini, l'aggiornamento dei medici deve essere un fatto formale e non solo auspicato perché si tratta di professionisti. Ovviamente, l'educazione sanitaria deve essere riferita al pubblico. Si tratta dunque di concetti culturali.

Dal punto di vista organizzativo, il modello adottato dalla nostra Regione di riduzione dei punti nascita sotto i 500 parti l'anno è molto valido. Abbiamo proposto alla Direzione generale sanitaria di riattivare una commissione sull'area ostetrica per i prossimi anni. E' necessario identificare come penalizzare, attraverso la leva dei DRG, l'ospedalizzazione impropria. La Regione non può intervenire nel merito clinico del singolo caso ma può stabilire che l'iperemesi non vale 0,64 ma 0,4 punti di un DRG; conseguentemente, non vi saranno più tanti ricoveri per iperemesi essendovi una perdita economica. Viceversa, vanno valutate alcune patologie severe che oggi sono poco remunerate. La spesa per un ricovero per pleclampsia è di uno-due milioni al giorno, di cui circa 600 euro solo per le terapie. La remunerazione del DRG di tale patologia non è prevista. E' perciò necessario ridurre la remunerazione dei DRG dei ricoveri impropri e aumentare quella dei ricoveri elettivi, rendendoli remunerativi. Non ci si deve mettere nelle condizioni di ricoverare minacce di aborto per pagare le plecampsie.

Per l'area ambulatoriale avanzo due proposte alternative. La prima è controllare negli ospedali il rapporto tra prescrizione e diagnosi positiva; solo così si potrà capire se le autoprescrizioni degli ospedali sono legittime e fare di questo un obiettivo di qualità delle direzioni aziendali.

Per l'attività ambulatoriale delle ASL senza prevedere una grandissima rivoluzione informatica, alternativamente si potrebbe prevedere di affidare, sulla base del numero di gravidanze assistite, delle «quote» di esami specialistici oltre quelli previsti dalla *routine* degli *screening* nazionali. In presenza di 1.000 gravidanze l'anno, in base all'epidemiologia, si può stimare quante diagnostiche di secondo livello possono essere necessarie, giustificandole una per una, come del resto avviene nella nostra vicina Svizzera, dove l'assicurazione è su base sociale e quando si supera la quota di esami ultraspecialistici previsti si deve giustificarne la ragione caso per caso.

Vorrei esprimere qualche breve nota sul parto e taglio cesareo, i cui dati sono a tutti noti. In Lombardia l'andamento della percentuale dei tagli cesarei va dal 21 per cento del 1996 a circa il 30 per cento odierno; negli Stati Uniti dall'8 al 15 per cento; in Svezia dal 7 al 21 per cento. Gli ultimi *report* del decennio evidenziano in tutti i Paesi un aumento dei tagli cesarei. Vastissimo è il dibattito scientifico e culturale.

Alcune considerazioni espresse dalle colleghe vanno valutate. Oggi la percezione sociale della nascita è quella del parto a rischio zero. Non è stato avviato ad oggi alcun procedimento per le vie legali per aver fatto un cesareo; i procedimenti sono tutti per non averlo fatto. Non è accettato che in presenza di un evento previsto dall'epidemiologia che potrebbe comportare problemi non si ricorra al cesareo. D'altro canto nessuno di noi accetterebbe che il proprio figlio o nipote rientrasse nello 0,3 per mille di casi di distrofia di spalla (che lascia la paralisi di un braccio per tutta la vita) perché pesa 4,200 chilogrammi e non si ricorre al taglio cesareo. Questo aspetto va tenuto presente quando si spara a zero sui tagli cesarei. Questo è il rischio zero e quando non c'è rischio zero significa tre milioni

di euro che il medico e l'azienda sanitaria devono corrispondere come risarcimento. Tali costi sono senza dubbio superiori rispetto ai 1.600 euro di un cesareo.

Peraltro, oggi il taglio cesareo è un intervento che non comporta più lunghe ospedalizzazioni; certamente è un intervento maggiore che però è vissuto dalle donne in maniera diversa.

Unitamente alla mia memoria, consegno l'articolo di Howard Minkoff e Frank Chevernak, pubblicato dal New England Journal of Medicine sul cesareo elettivo, cioè il cesareo a richiesta della paziente che – alla luce di tale editoriale – è tornato ad essere un argomento di legittima discussione da parte delle donne.

I problemi clinico scientifici, essendo moltissimi, non credo si possano trattare in pochi minuti. Ho predisposto un elenco tra i tanti che si possono fare. Un onesto atteggiamento dell'autorità amministrativa di fronte alla profondità e alla serietà del dibattito scientifico in atto è quello adottato, ancora una volta, dalla nostra Regione: pareggiare il valore di costo del parto vaginale senza complicazione al valore di costo del taglio cesareo senza complicazioni, in modo tale che l'autorità politica non avvantaggia l'una o l'altra scelta.

PARDI. Non ho preparato materiale non sapendo di poter disporre di lucidi, si può comunque far riferimento alle eccellenti presentazioni che mi hanno anticipato. Dopo gli interventi delle colleghe che mi hanno preceduto, sono istintivamente diventato donna: in verità, ho qualche ispidità quando si affrontano i problemi molto dal punto di vista psicoanalitico, me lo lasci definire così.

Vorrei soffermarmi soltanto su ciò che è possibile fare a proposito dei due problemi oggetto dell'audizione odierna. La professoressa Graziottin ha parlato di preparazione pratica dei medici. Sono professore universitario e, dal punto di vista dell'organizzazione sanità, siamo in un contesto politico. La professoressa Graziottin ha sollevato tre problemi: l'aumento dell'età della donna alla prima gravidanza; l'aumento, e il rischio conseguente per la procreazione, delle malattie sessualmente trasmesse e la riduzione di qualità dello sperma; la psicosi puerperale.

Dubito si possa fare molto dal punto di vista dell'età: è la donna che ha deciso e fa parte in fondo dell'appropriarsi della gravidanza; non si può avere la moglie ubriaca e la botte piena. La donna decide di rimanere incinta all'età che vuole e il prezzo da pagare (cito i dati dell'Istituto Mangiagalli su un campione composto da diverse migliaia di parti l'anno) è che in tre anni si è registrato un aumento dell'età media delle primipare di cinque anni. Francamente, è un problema sociale sul quale è difficile intervenire se non – ha perfettamente ragione la professoressa Graziottin – con una campagna di informazione non settorializzata agli *scoup*. E parlare di parto cesareo oggi è uno *scoup*, mentre sarebbe preferibile inserirlo in un *continuum*, giacché la richiesta materna del cesareo varia a seconda dell'informazione che la donna ha ricevuto durante la gravidanza.

Anche la tematica delle malattie a trasmissione sessuale varia a seconda delle informazioni date in occasione della prima visita, attesa peraltro la totale carenza di preparazione sessuologica del ginecologo.

Per educazione il ginecologo in Italia, ma direi in tutti i Paesi cosiddetti civilizzati, si è sempre più allontanato dal parto e dalla donna. Sono state privilegiate la ginecologia e un certo tipo di chirurgia. In sostanza, il medico e il suo operato sono stati posti al centro del sistema, le donne sono state collocate alla periferia. In altre parole, i professori universitari, incluso il sottoscritto, si sono preoccupati di insegnare molto a «saper fare» ma pochissimo a «saper essere».

Peraltro, non aiutano determinati indirizzi ministeriali nei quali si parla di eccellenza. Non sono favorevole al sistema riproduttivo delle eccellenze per il semplice motivo che, mettendo insieme contraccezione, gravidanza e menopausa, tre quarti delle persone che visito nel mio ambulatorio risultano normali. Cinquant'anni fa le visite interessavano per il 95 per cento casi di malati; oggi il medico visita, per il 75 per cento, persone con un normale stato di salute. Va bene quindi parlare di eccellenze, ma occorre porre attenzione a non spostare il centro del problema, ancora una volta, sul medico e sulla sua eccellenza, perdendo di vista i bisogni della donna.

In merito alla preparazione e all'educazione medica continua, riprendo l'intervento della professoressa Graziottin per significare come occorrerebbe sollevare questi problemi meno dal punto di vista psicanalitico e più per sollecitare i medici.

Certamente la depressione puerperale si manifesta in tutte le donne senza arrivare alla patologia. Basta osservare: la donna, che ha sentito crescere dentro di sé qualcosa, è normale che dopo il parto abbia una sindrome da privazione. La madre ha sentito i movimenti del feto; mentre l'uomo, se va bene, diventa padre dopo un anno dal parto. La donna può vivere tale sindrome «normalmente» perché vive in un determinato contesto o patologicamente arrivando anche a episodi estremi.

Durante la mia prima guardia medica notturna a Sassari, tanti anni or sono, ho visto una puerpera che fu ripresa per i capelli (non da me ma dal personale presente) mentre stava per buttarsi dalla finestra. Si può anche arrivare a tali estremi. Tuttavia, in questo ambito il sistema di preparazione deve interferire con l'Università o con l'educazione medica continua. Secondariamente, servono aiuti in tal senso; si è parlato, ad esempio, di assegni.

Tornando al sistema, certo non è d'aiuto un Direttore generale che chiede di ridurre le degenze, anche se ciò è giustissimo. L'Istituto Mangiagalli ha individuato un meccanismo per diminuire i costi: innanzi tutto ha ridotto le degenze puerperali, portate a 2 giorni per il parto vaginale e a 4 giorni per il parto cesareo. Con un'utenza composta per il 25 per cento da extracomunitari non è certo facile spiegare ad una donna che deve lasciare la struttura dopo due giorni. Anche in questo caso bisognerebbe bilanciare le necessità del sistema amministrativo economico con le esigenze della donna. Per ottenere un gradimento documentato è stato sufficiente orga-

nizzare un buon ambulatorio, aperto dalle 9 alle 12 di mattina, al quale le donne possono rivolgersi per risolvere gli aspetti più banali.

Nei nostri ospedali (in Lombardia meno) manca quasi completamente il *reporting*. Spesso si afferma che prima di procedere ad una riproduzione assistita si dovrebbe disporre di una casistica: una donna deve sapere se un ospedale effettua il 75 per cento di parti cesarei o se presenta una percentuale del 32 per mille di casi di mortalità perinatale. Si può intervenire in tal senso e da questo punto di vista la regione Lombardia ha una buona organizzazione, avendo modificato significativamente il valore dei DRG, riducendo del 20 per cento la remunerazione del parto cesareo e aumentando quasi della stessa percentuale quella del parto vaginale.

Dalle presentazioni effettuate, a mio avviso, emergono gli aspetti più importanti, sui quali mi sembra vi sia un sostanziale accordo: allora, facciamo qualcosa!

Tutti parlano del taglio cesareo e, a onor del vero, non se ne può proprio più. Mi permetto una *boutade*: il taglio cesareo è oggi quello che l'orgasmo femminile è stato nel 1968. Oggi si riduce tutto al taglio cesareo.

Un discorso del genere è molto approssimativo, se non inserito in un *continuum* nel quale tener conto della realtà amministrativa in cui si vive, attenendosi ai limiti di spesa comunicati, ottimizzando però le spese e compiendo uno sforzo dal punto di vista della preparazione universitaria, per insegnare sul serio a saper essere oltre che saper fare.

PICCIONE. Non ho il supporto di immagini e il mio intervento è limitato alla seconda parte dell'indagine conoscitiva, ossia al tema della gravidanza, del parto e del puerperio in Italia; non mi addentrerò quindi sulla denatalità.

Ho preparato una memoria che lascerò agli atti della Commissione, in cui ho espresso considerazioni e note propositive come richiesto in questa audizione.

Effettivamente, poche sono le indagini sulle nascite in Italia che portano l'attenzione sulla qualità dell'assistenza ricevuta dalla donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio e sul grado di soddisfazione dichiarato dall'utenza.

Ho preso in considerazione i dati di due indagini, effettuate rispettivamente nel 1999 e nel 2002 dall'Istituto superiore di sanità, che vertevano, la prima, sull'attività di sostegno e di informazione alle gestanti, svolta in 23 centri universitari di 12 Regioni e, la seconda, appena pubblicata, condotta in 60 ASL di 15 Regioni italiane.

Ebbene, dobbiamo riflettere non solo sui dati relativi alla elevata incidenza del taglio cesareo ma, ad esempio, anche sul fatto che il 75 per cento delle gestanti che partoriscono in una struttura pubblica durante la gravidanza sono assistite da un ginecologo privato. Come ben sappiamo, vi è una sovrautilizzazione di indagini diagnostiche, come l'ecografia, una media da 4,7 a 6,5 per cento per gravidanza. Le donne che partecipano ai corsi di preparazione alla nascita sono tra il 15 e il 30 per cento, dato importante per le ripercussioni che ha sull'incidenza del taglio cesa-

reo. Inoltre, il sostegno informativo emozionale non è adeguatamente adottato nella pratica ostetrica, essendo molto frammentario.

La struttura pubblica non è scelta per l'assistenza clinica della gestante durante la gravidanza; vi sono costi maggiori nell'assistenza diagnostica in gravidanza e la gestante arriva impreparata dal punto di vista informativo ed emozionale al momento del parto e del puerperio. Questo aspetto molto importante denuncia una mancanza di continuità nell'assistenza nel cosiddetto percorso nascita.

I dati sul parto cesareo sono interessanti. E' vero che vi è un'incidenza nazionale del 35 per cento circa, decisamente più elevata rispetto ai dati rilevati dall'Organizzazione mondiale della sanità. È importante considerare due aspetti. Questa percentuale tende a diminuire nelle donne che hanno seguito un corso di preparazione al parto. L'84 per cento delle intervistate nell'indagine dell'Istituto superiore della sanità che ha partorito per via cesareo avrebbe preferito partorire per via spontanea. Questo dato contrasta con l'affermazione che parte dell'elevata incidenza dei tagli cesarei è dovuta alla richiesta espressa dalle donne di non partorire spontaneamente. Il 40 per cento delle donne che partoriscono spontaneamente non ha informazioni sulla modalità di assistenza al parto e al puerperio in uso nella struttura prescelta. Il 23 per cento riferisce che il personale che la ha assistita durante il travaglio e il parto non l'ha aiutata ad utilizzare quanto appreso durante il corso di preparazione alla nascita. Il 46 per cento non ha avuto informazioni sull'analgesia peridurale; nel 48 per cento dei casi (differenza tra Nord e Sud) non è stato chiesto alla donna il parere sull'effettuazione di pratiche come il clistere, la tricotomia, l'episiotomia e via discorrendo.

Ancora una volta sono disattese le raccomandazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'alta percentuale di taglie cesarei e sulla partecipazione della donna alle decisioni del parto: possibilità di scegliere la posizione durante il travaglio e il parto; ingiustificata esecuzione di *routine* di tricotomia, clistere ed episiotomia; permanenza del neonato sano con la madre; immediato allattamento al seno.

Tra il 1987 e il 1990 furono condotte in Italia due indagini sull'adeguamento alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'organizzazione delle nascite, distribuendo 1.800 questionari in ambito ospedaliero, universitario e privato. Si ottenne meno del 20 per cento delle risposte con le quali si denunciava un adeguamento alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità solo per comportamenti deresponsabilizzati, *(rooming in*, deambulazione libera in travaglio). Nessun riscontro veniva dato ad elementi di maggiore peso, come incidenza dei tagli cesarei, uso della cardiotopografia, frequenza di induzione al travaglio.

Sul puerperio ho ascoltato riflessioni estremamente significative. Dall'indagine condotta emerge che nel nostro Paese il 33 per cento delle donne non ha avuto informazioni sull'allattamento al seno; il 66 per cento non ha avuto informazioni sulla contraccezione in puerperio; solo il 17 per cento è informato sulla necessità di una riabilitazione perineale in puerpe-

rio, aspetto anche questo importante. L'utilità dell'assistenza domiciliare in puerperio è salita dal 56 (dati del 1996) al 72 per cento.

Da ciò si evince che nel corso della gravidanza la struttura pubblica dovrebbe garantire una assistenza clinica di maggiore qualità. Durante la gestazione vi è una sovrautilizzazione di procedure diagnostiche soprattutto strumentali. Si aggiungono la scarsa informazione e partecipazione delle donne alle decisioni sulla nascita; l'incidenza dei cesarei elevata; la mancanza di continuità nell'assistenza alla gravidanza e al puerperio non solo nel punto nascita ma anche rispetto al territorio.

Tutte queste considerazioni portano a riflessione su quanto accade nel nostro Paese nel cosiddetto percorso nascita. Sfido a pensare quali ulteriori possibili strategie correttive possano essere utili al fine di rendere ottimale l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio, oltre a quelle già esistenti (vedi le raccomandazioni per l'assistenza perinatale, emanate dalle società scientifiche, le linee guida prodotte a livello regionale, gli obiettivi del progetto materno infantile nell'ambito dell'assistenza percorso nascita).

Di particolare rilievo sarebbe un intervento regionale che consideri l'evento parto sin dal suo inizio, offrendo strumenti agli ospedali per garantire chi sceglie di essere seguita in gravidanza in quel determinato punto nascita, riservando una certa quota di posti letto a tal proposito, in modo da incentivare le donne a scegliere una struttura piuttosto che un ostetrico-ginecologo. Spesso si verifica che le gravide che si sono affidate ad una struttura per essere assistite in gravidanza sono poi da quest'ultima respinte al momento del travaglio per mancanza di posti letto. Questo evento traumatico, vero e proprio dramma per la donna e per i suoi familiari, si verifica in un momento di estrema vulnerabilità psicoemozionale.

L'ospedale, oltre ad una assistenza clinica di qualità alla gravidanza e al parto, dovrebbe garantire momenti di informazione e di educazione al parto fisiologico con gli operatori (ostetriche, medici, neonatologi, anestesisti, psicologi) che assisteranno la donna nel momento del parto. Sarebbe altresì necessaria la conoscenza non solo della struttura in cui si espleterà la nascita ma anche delle modalità e delle cure che saranno adottate.

Dovrebbero avere minore significato i corsi di preparazione alla nascita organizzati sul territorio che, alla fine, rimangono, come si suol dire, «scollati» dal punto nascita. I consultori familiari dovrebbero svolgere, invece, un ruolo più importante nell'assistenza e nel sostegno alla donna in puerperio. Nel punto nascita in sostanza deve essere garantita una continuità assistenziale; questo potrebbe essere un segno di attenzione alla cosiddetta umanizzazione della assistenza che inciderebbe in termini riduttivi sull'elevato ricorso sia all'assistenza clinica privata ai tagli cesarei.

Sull'alta incidenza dei tagli cesarei influisce anche la cosiddetta ostetricia difensiva oltre che programmata. Senza dubbio la scelta delle donne non bene informate condiziona sempre più la modalità dell'evento parto. Spesso il taglio cesareo è erroneamente scelto dalla donna come strumento per eliminare traumi e rischi al nascituro ed evitare i dolori del travaglio.

E' certamente auspicabile che ogni punto nascita abbia una struttura per il monitoraggio dei parti operativi, che verifichi e ponga in discussione in modo sistematico l'andamento dei tagli cesarei (incidenze, indicazioni, decorso), così come dei parti operativi vaginali, al fine di limitare l'incidenza ingiustamente in eccesso per quella singola struttura con quel determinato organico di personale medico. Ciò nondimeno per la riduzione dei parti cesarei è importante che la donna abbia una cultura diversa nei confronti di tale metodica. Le donne, ad esempio, sanno bene che questo evento non è associato alla riduzione della grave morbilità neonatale mentre può comportare un significativo aumento dell'incidenza della morbilità e della mortalità materna.

Dunque, l'importanza della continuità assistenziale cui facevo prima riferimento, intesa sul piano non solo dell'assistenza clinica alla gravidanza e al parto, ma anche dell'informazione e dell'educazione al parto fisiologico, dell'assistenza e del sostegno al puerperio.

Allo stesso tempo, dovrebbe essere evitata l'estrema parcellizzazione dei punti nascita, garantendo l'esistenza solo di presidi di maternità che possano offrire sicurezza e qualità nell'assistenza alla gravidanza e al parto. Detti punti nascita dovrebbero essere sotto il controllo continuo di un osservatorio regionale che avrebbe il compito di monitorare il reale svolgersi della continuità assistenziale, per garantire la qualità delle prestazioni e la soddisfazione dell'utente. La continuità assistenziale a partire dalla gravidanza dovrebbe estendersi anche al puerperio, non solo garantendo alla donna le informazioni che possono favorire l'allattamento al seno, la rieducazione del perineo e il sostegno psicologico, ma anche favorendo l'assistenza domiciliare in questa delicata fase della vita. al puerperio.

In questo contesto, i consultori familiari dovrebbero svolgere un ruolo fondamentale. Così facendo, si potrebbe migliorare la mancanza di comunicazione che spesso caratterizza la gravidanza, il parto e il puerperio; eventi che, se gestiti da operatori e organizzazioni differenti, generano quella mancata continuità di assistenza che è fonte di scarsa qualità delle prestazioni e di insoddisfazione dell'utenza, come si può dedurre dalle poche indagini conoscitive condotte in materia sul territorio nazionale.

PARDI. Signor Presidente, vorrei brevemente significare l'assoluta e necessaria presenza delle ostetriche in questo *iter* di accompagnamento. Se è importante segnalare gli aspetti patologici di tale percorso, non bisogna però dimenticare che la gravidanza non è un viaggio di piacere proprio perché gravata da una certa quota di patologie. Nell'accompagnamento e nella sorveglianza necessari, le ostetriche, soprattutto ora che hanno la laurea triennale, sono assolutamente essenziali. Bisogna riuscire a costruire programmi formativi e assistenziali comuni e, in tal senso, il ruolo governativo è senza dubbio molto rilevante.

GRAZIOTTIN. Sono assolutamente in linea con le valutazioni espresse sulla continuità dell'assistenza nella gravidanza e nel parto e

sul recupero della figura dell'ostetrica. Ho lavorato molto in ospedale e nei consultori familiari e posso assicurare che la frustrazione delle ostetriche merita veramente ascolto perché hanno perso il ruolo principe di assistenza alla donna per essere ridotte a figure marginali.

PARDI. Non direi proprio così!

GRAZIOTTIN. Lasciatemi parlare per paradossi che, unitamente agli estremi, colpiscono sempre.

Le ostetriche rappresentano un potenziale di sapere e una possibilità di riduzione di costi. Il ginecologo non può svolgere funzioni di psichiatra nel puerperio. Si potrebbe però prevedere nella formazione delle ostetriche un *training* che le metta in condizione di effettuare, ad esempio, una diagnostica di primo livello del disagio psichiatrico. Ciò consentirebbe non solo di dare continuità di assistenza nella gravidanza e nel puerperio fisiologici ma di garantire anche un servizio migliore contenendo i costi. Considerazioni del genere fanno parte del pragmatismo che dovrebbe conseguire alle valutazioni sin qui svolte.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli intervenuti per il prezioso contributo dato ai lavori della Commissione.

Ho fatto distribuire la pubblicazione relativa all'indagine conoscitiva concernente la patologia osteoporotica, a dimostrazione dell'impegno che la nostra Commissione profonde nel prestare attenzione alle problematiche femminili in generale. Gli interventi svolti saranno raccolti in una pubblicazione simile che rimarrà agli atti perenni di questa Camera parlamentare e fornirà indicazioni politiche successive a livello legislativo non solo parlamentari ma anche regionale.

Riguardo all'ultima preoccupazione espressa, faccio presente che l'Associazione delle ostetriche ha sempre occupato un ruolo prioritario nelle nostre audizioni. È stata audita in occasione dell'indagine conoscitiva sulla osteoporosi, in quella in titolo e in sede di esame del provvedimento concernente il ripristino delle funzioni dei coordinatori capo (quindi anche delle ostetriche) e gli albi professionali.

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

I lavori terminano alle ore 16,25.

Licenziato per la stampa dall'Ufficio dei Resoconti

€ 1,00