SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

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

2º Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 15 OTTOBRE 2003

Presidenza del presidente TOMASSINI

IC 0977

TIPOGRAFIA DEL SENATO (400)

INDICE

Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 8, 23

BIANCO . . . . . *Pag.* 18
* *BOMPIANI* 3
* *CANTELMI* 8
* *GRANDOLFO* 10
* *LUERTI* 13
* *SERRA* 19
* *SIMONELLI* 9

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 Adriano Bompiani, presidente onorario Comitato Nazionale di bioetica; il dottor Tonino Cantelmi, presidente dell'Associazione Psicologi e Psichiatri Cattolici; la professoressa Chiara Simonelli, professore di Psicologia dello sviluppo sessuale e affettivo dell'Università di Roma «La Sapienza»; il dottor Michele Grandolfo, dirigente di ricerca del laboratorio di epidemiologia e biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità; il professor Massimo Luerti, primario di Ginecologia dell'Azienda ospedaliera di Lodi; la signora Maria Antonietta Bianco, presidente della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche; il professor Giovambattista Serra, professore di Clinica ostetrica dell'Università di Roma «La Sapienza» e direttore del Dipartimento materno infantile dell'Ospedale Cristo Re di Roma.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

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 del 25 settembre scorso.

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.

L'indagine che questa Commissione ha attivato si articola sostanzialmente su due temi: il primo riguarda le cause della denatalità, il secondo le modalità di parto in Italia. A suo tempo, la Commissione ha svolto un'indagine conoscitiva sull'osteoporosi come malattia sociale. In tale contesto si inquadrano altre indagini conoscitive che riguardano specificatamente quel settore.

Sarà audito oggi per primo il professor Bompiani, presidente onorario del Comitato nazionale di bioetica, al quale cedo subito la parola.

BOMPIANI. Presidente, ringrazio innanzi tutto per la possibilità offerta al Comitato nazionale di bioetica di partecipare alle audizioni. Porto i saluti del Presidente, e manifesto le mie impressioni, a titolo personale. Sono grato, come ginecologo, di poter esprimere qualche opinione in merito, anche sulla base di una esperienza professionale fatta in parecchi istituti, a Milano, a Roma e via dicendo.

Il Comitato nazionale di bioetica si era interessato nel 1996 della materia in oggetto, producendo un elaborato (che ho portato in 12 copie, in maniera che possa essere a disposizione dei colleghi) il cui titolo è: «Gravidanza e parto sotto il profilo bioetico». Tale testo affronta gli orientamenti demografici attuali, che corrispondono pienamente con la prima parte della vostra indagine, passando poi ad esaminare i problemi più acuti che, almeno a quell'epoca, si prospettavano, e che non si sono risolti in questi anni. Fra di essi vi era la gravidanza multipla, che rappresentava allora un problema enorme, soprattutto a seguito delle stimolazioni ovariche e delle applicazioni della Fivet tanto da richiedere, talvolta la cosiddetta «riduzione embrionale», ossia un embrionicidio selettivo durante le prime settimane di gestazione.

Ma soprattutto, all'epoca, si discuteva la tematica dell'assistenza, ospedaliera e non, al parto. Tenuto conto che quella era l'epoca in cui si cercava di determinare con dati alla mano le eventuali ragioni per favorire un'assistenza domiciliare al parto, era interessante dal punto di vista della protezione della *privacy*, della famiglia e della donna venire incontro a certe motivazioni, che indubbiamente esistono ma che presentano non solo notevoli difficoltà di attuazione ma anche rischi reali. Purtroppo, anche nei paesi in cui tutto ciò è stato sperimentato e adottato largamente come, ad esempio, l'Olanda, si fa oggi un passo indietro, in quanto i prezzi da pagare si traducono in danni per i neonati e in rischi (soprattutto ma non solo emorragici) per la madre. Bisogna stare perciò molto attenti prima di prendere certe posizioni in termini massimalistici.

Allora si metteva in evidenza la tematica molto interessante del parto naturale spontaneo, ma in ambiente sanitariamente controllato, con tutta l'assistenza necessaria, anche di tipo psicologico, che si è sviluppata però già a partire dagli anni Sessanta, con la scuola milanese di Malcovati e la Società di psicoprofilassi ostetrica anche in Italia.

A ciò si aggiunse la valutazione della problematica dell'analgesia nel corso del parto, che è misura importante, perché può rappresentare anche motivo di maggiore tranquillizzazione della donna gestante sapere che il dolore sarà sempre sotto controllo.

Questi elementi furono messi in evidenza nel tentativo di capire sempre più il «vissuto del parto» e arrivare all'«umanizzazione completa», prima della gravidanza e poi dell'assistenza allo stesso parto. Uso termini generici, molto impressivi; ma tutti capite di cosa si tratta. Già allora si rilevava come la tutela giuridica e sociale della maternità, ossia le previdenze previste nel corso di molti decenni, gradatamente accentuate e aggiornate, erano sufficienti per la lavoratrice madre dal punto di vista dell'impostazione giuridica. Si tratta di vedere – però – come tali previdenze siano applicate.

In quegli anni in cui il CNB espresse il proprio parere, l'attività legislativa proseguì con la concessione dell'assistenza alla gravidanza e al parto anche alle immigrate che non avessero una regolare posizione in Italia. Si affermò che era tale l'importanza dell'avvenimento e del criterio di

sicurezza per l'assistenza al parto, che si doveva derogare alla norma generale.

Fatta questa premessa, rilevo che la sensibilità della gente nei confronti del fenomeno della diminuzione profonda del numero dei nati in Italia comincia a farsi strada. Anzitutto è presente nei demografi fra i quali non ve ne è alcuno (da Livi Bacci – che è il capo scuola italiano – Solini e a tanti altri) che non ne parli. Sull'argomento si è tenuta di recente anche un'interessante riunione all'Accademia dei Lincei. Certo, l'impostazione che viene data è sostanzialmente utilitaristico-economicista. In altre parole, si sottolinea come la riduzione delle nascite comporti uno squilibrio enorme nel «capitale umano» di una nazione. Il concetto di capitale umano è la risultante di tanti fatti positivi, come l'allungamento della sopravvivenza, non dico l'eliminazione ma perlomeno con la riduzione del numero di morti precoci, (in altre parole quelle precocemente evitabili) e una diminuzione certa dei nati disabili (anche se bisognerebbe verificare i mezzi con i quali è ottenuta). Ad ogni modo, dal punto di vista del concetto di capitale umano, questo è stato realizzato, almeno in parte anche in Italia.

Come risulta dai dati statistici, la salute è globalmente migliorata e la vita media si è allungata. A partire dal punto in cui siamo giunti, cioè dagli ottant'anni di vita media, inizia la fase più delicata, definita di «fragilità» dell'essere umano. L'individuo è classificato come fragile essendo molto più esposto a tutti i traumi dell'esistenza. Inoltre, secondo gli economisti del capitale umano, l'anziano ultraottantenne non è più una risorsa ed è necessario che, almeno nell'ambito della società, sia equilibrato lo spostamento verso l'età più anziana con un maggiore incremento dei più giovani. Non è solo il problema delle pensioni e di individuare chi pagherà i contributi, che va considerato, ma dell'intero assetto della popolazione.

Si registrano un'apparente diminuzione della fecondità e una riduzione reale della fertilità effettiva. Il tasso di fertilità dell'1,21 per cento è molto basso e non consente – dovendo risultare almeno del 2 per cento – il mantenimento del coefficiente di rinnovo della popolazione. Ciò è dovuto in parte a fattori che incidono sulla «fertilità naturale» della coppia, soprattutto della donna, ma in notevole parte alla contraccezione, anche se le cifre assolute dei presidi commerciabili (ad esempio contraccettivi orali) possono essere più basse rispetto ad altri paesi.

La fertilità naturale va considerata anche in rapporto a ciò che può interessare questa Commissione e agli eventuali provvedimenti da assumere per indurre le donne italiane ed europee (giacché il fenomeno riguarda tutto il continente) ad avere maggiore disponibilità nei confronti della procreazione in età adatta, ossia fra i 20-25 anni e non oltre i 35, quando il tasso di fecondità naturale è più elevato. Da quel momento in poi la capacità di procreare diminuisce, dapprima lentamente, poi rapidamente, sia perché il potenziale numerico di ovociti conseguito durante la vita embrionale e che la donna ha a disposizione – si consuma in maniera irreversibile, sino ad arrivare allo spegnimento con l'età della menopausa,

sia perché con l'aumento dell'età della donna aumenta anche l'età dell'ovocita, con conseguenti maggiori perdite embrionali spontanee (aborti molto precoci) o malformazioni dei concepiti. Questa realtà è conosciuta e non si farebbe una gran fatica a farla presente più ampiamente alla popolazione generale (ormai tutti sanno che la sindrome di *Down* è più frequente dopo una certa età).

È invece meno conosciuto, ricercando gravidanze nell'età più avanzata della donna intorno ai 35 anni, che esiste un aumento notevole dei rischi e vi è un minor tasso di raggiungimento della sospirata gravidanza. Su questo dato biologico non vi sono opinioni da esprimere, perchè è stata «madre natura» a stabilirlo, ma bisogna farne chiaramente partecipe la società.

Ancora due parole sulla popolazione europea. Un interessante studio del 2003 della rivista «Science» mette in evidenza come nei 15 Paesi dell'Unione Europea, anche se si fermasse ai coefficienti attuali il tasso di diminuzione delle nascite, per avere un riequilibrio della popolazione occorrerebbe aspettare (mantenendo naturalmente determinati tassi di natalità) il 2100, comunque realizzandosi una riduzione di almeno 50 milioni di abitanti. Consegno il relativo documento che è molto interessante ai fini dell'indicazione della situazione generale.

Ormai vi è una conoscenza abbastanza appropriata dei fenomeni biologici della gravidanza e del parto anche nella popolazione generale. Non vi è casomai il riconoscimento, in maniera forte, che vi possano essere fattori turbativi della normalità, legati alla volontà (cioè al comportamento) della persona, come fumo, droga, cattiva alimentazione. I fattori di tipo biologico interferenti con la salute materno-fetale si conoscono tutti e con buoni medici generalisti e buoni ginecologi si possono affrontare.

Ai fini della perdita perinatale e dei rischi, il punto delicato è rappresentato dal «parto prematuro», che purtroppo rappresenta ancora oggi il 10 per cento dei parti, quindi è una cifra discreta. Tutti i Paesi, Francia in testa, hanno fatto enormi sforzi organizzativi per ridurre l'aliquota di parto prematuro e relativi rischi neonatali che, in gran parte dei casi, è dovuto a fattori materni, che possono però essere prevenuti se sufficientemente tenuti presenti (controlli sistematici, ripetuti e ben diretti della gestazione). Vi è un grave rischio per il bambino, durante e dopo il parto, come tutte le statistiche insegnano.

Certamente molti sono stati i progressi nell'ambito dell'assistenza neonatale anche in Italia, negli scorsi decenni. Ho ritrovato per l'occasione una copia, ormai unica, di un libro del 1976 titolato: «Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza ospedaliera perinatale», opera di un gruppo di lavoro, espresso dalla Società di ostetricia e dalla Società di pediatria di allora, che dettò le prime norme per far nascere la «medicina perinatale». Si è fatto molto da allora, ma poco nella sua presentazione all'opinione pubblica e alle donne. Quindi, se devo fare una raccomandazione, insistete molto sulla formazione e sull'educazione alla responsabilità delle giovani donne.

Sicuramente va affrontato anche il problema delle modalità di parto. Oggi negli Ospedali – dipartimenti Ostetrico-pediatrici – purché ci sia un numero sufficiente di parti da consentire la strutturazione del servizio e l'organizzazione anche in termini economici, è sempre a disposizione immediata un neonatologo. Quando si cominciò la nostra riflessione (anni 70), l'ostetrica aveva la gestione del neonato e in sala parto non erano presenti né pediatri né neonatologi. Oggi si è fatto un importante passo avanti: la questione della mancanza di una assistenza appropriata è superata e quasi ovunque, perlomeno nelle grandi maternità, si può offrire assistenza antalgica, ma anche questo a prezzo di un'organizzazione che consenta la presenza costante dell'anestesista in sala parto. Dunque, è necessaria la presenza non solo del neonatologo ma anche dell'anestesista: in assenza di ciò anche la semplice puntura epidurale può diventare pericolosa, perché possono verificarsi cali improvvisi di pressione e rallentamento grave del battito cardiaco fetale, eccetera – indice di sofferenza – così da rendere necessario il ricorrere immediatamente alla terapia chirurgica per salvare il nascituro, non essendovi altro da fare.

Occorre personale esperto e strutturato. Questa è la grande difficoltà di tipo economico-organizzativo. Si è insistito moltissimo sul maggior pericolo per i parti nelle maternità in cui non si raggiungono almeno i 1.500 parti l'anno, in quanto in assenza di tale condizione è pressoché impossibile avere una struttura dotata di personale stabile, *in loco*, che disponga di un'esperienza costante.

Il numero dei tagli cesarei genera sempre polemica in tutti i Paesi. Anche in questo caso si è in presenza di una grande oscillazione da maternità a maternità. Il fenomeno dell'incremento dei tagli cesarei si è sviluppato negli ultimi vent'anni in tutti i paesi e non è semplicemente italiano. Dalla letteratura statunitense ed europea si evincono gli stessi andamenti e le medesime lamentele. Non v'è dubbio che possono esservi centri nei quali si abusa del taglio cesareo. Tuttavia, non si può negare che i vantaggi ottenuti sono reali e dimostrati soprattutto in termini di diminuzione dei gravi traumi da parto, diminuzione dei decorsi patologici del neonato, diminuzione del numero delle paralisi infantili e via discorrendo. Bisogna perciò affidarsi alla deontologia, alla coscienza del medico, ed alla sua esperienza nello stabilire le esatte indicazioni ed evitare le soluzioni ingiustificate e di comodo.

C'è da discutere se si può arrivare, ad esempio, al parto cesareo su mera richiesta della donna, senza alcuna vera indicazione clinicamente consolidata. Il Comitato nazionale di bioetica ha dichiarato in linea di massima non etica tale scelta, anche se la richiesta può essere motivata da senso di angoscia, paura, volontà di sottrarsi ad un'esperienza dolorosa della gestante. Ha anche aggiunto che, dal punto di vista deontologico, se non vi è un'indicazione chiara di natura psicologica veramente provata, non è giustificato eccedere nell'ambito dei parti cesarei, che possono comportare rischi sia pure molto moderati.

È necessario invece un uso corretto del taglio cesareo nell'ambito della prevenzione della patologia neonatale o allorché si è in presenza

di una patologia perinatale. Sottrarre il nascituro all'evento traumatico del parto in certe condizioni è doveroso. Nasce, a questo punto, un altro problema di carattere bioetico di estrema importanza e che si identifica nella domanda: la donna può rifiutarsi di accettare l'indicazione ostetrica del taglio cesareo e far correre volontariamente dei rischi durante la nascita ad una persona che sarà poi autonoma e che per tutta la vita potrà portare i segni di una menomazione dovuta alla mancanza di un metodo più appropriato, e meno rischioso, di venire alla luce?

Altri colleghi affronteranno l'argomento, soprattutto il professor A. Serra, che è stato mio valentissimo allievo e si è anche occupato degli aspetti medico legali dell'assistenza ostetrica e della «pressione» assoluta oggi esercitata dal giudice sul medico. Vi sono condizionamenti nella mentalità del medico, che spesso non si sente libero di scegliere il metodo più opportuno, come invece dovrebbe essere. Nel timore di incorrere in qualche errore, si tende sempre più a ricorrere alla cosiddetta «medicina difensiva», oggi sostenuta da molti medico legali come salvaguardia della professione.

Vorrei concludere: mi complimento dell'iniziativa della Commissione di svolgere tale indagine conoscitiva. Il Comitato nazionale di bioetica – che affronta tante altre tematiche, probabilmente riprenderà anche quella della assistenza alla maternità. Ora sta lavorando sugli aspetti etici dell'assistenza nel puerperio, essendosi verificati in data recente casi di suicidio a seguito di depressione puerperale dopo la nascita. È quindi necessario rivalutare questi aspetti. Tuttavia, al di là dell'azione di un Comitato di bioetica, l'organizzazione legislativa dello Stato può fornire indicazioni più pregnanti – o alla francese *contreignants* – sul da farsi! Grazie dell'ascolto, signor Presidente.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Bompiani per l'ampia relazione. In questi giorni abbiamo affrontato i temi pressanti che egli ha richiamato nel Congresso nazionale dei ginecologi. Il professore ha oggi offerto il contributo di un'esperienza sicuramente insostituibile come politico, professionista e presidente del Comitato nazionale di bioetica.

CANTELMI. Illustrerò alcuni dati tratti da una ricerca che sto coordinando su commissione dell'Osservatorio della famiglia della regione Lazio per conto dell'Ateneo Pontificio Regina Apostolorum dove insegno. Poiché consegnerò una documentazione completa, mi limiterò a fare soltanto qualche breve *flash*.

La ricerca è stata condotta secondo una modalità di campionatura e di elaborazione statistica coerente con le richieste *standard* delle ricerche. Nel sottoprogramma di ricerca (maternità, donna, eticità) le donne, nella maggior parte dei casi, quindi con una percentuale significativa, considerano la maternità un modo per realizzarsi pienamente come donna; la parte oblativa come dono di sé è decisamente minore. Questa considerazione introduce un punto di vista sulla maternità che per noi psichiatri è molto interessante: un modo di realizzarsi pienamente come donna. Dal-

l'elaborazione dei dati in forma disaggregata emerge una differenza tra donne con figli e donne senza figli.

Questa è una premessa per introdurre il punto interessante della percezione della propria capacità genitoriale, ossia dell'età nella quale ci si sente pronte ad affrontare la maternità. La disponibilità alla maternità ha come centratura i 34 anni: è come se tra i 18 e i 34 anni si ritenesse di essere troppo giovani. Tanti sono gli aspetti da tenere in considerazione: sviluppo, adolescenza prolungata, dipendenze, difficoltà nella costruzione dei rapporti. Tutti questi aspetti rimandano ad un problema molto significativo di educazione alla genitorialità.

Lavoro e famiglia. Le donne con figli hanno minori difficoltà a conciliare il lavoro e la famiglia rispetto alle donne senza figli. Le donne meno disponibili alla maternità sono quelle che – oltre a percepirsi inadeguate per età e condizioni alla maternità – considerano difficile la conciliazione del lavoro con la famiglia. L'incrocio dei dati evidenzia un incremento di questa problematicità nelle fasce più giovani, quindi al di sotto dei 34 anni.

Anche la curva della divorziabilità e della stabilizzazione del rapporto affettivo si è spostata molto in avanti. Di fatto, si ha maggiore disponibilità alla maternità nel periodo di minore fecondità e per aspetti di natura non sociologica ma psicologica.

La problematicità del reinserimento lavorativo post-maternità. Le donne che incontrano maggiori difficoltà a rientrare nel mondo del lavoro dopo la maternità sono quelle che mostrano una minore disponibilità alla maternità stessa. Due sono le categorie maggiormente interessate: le donne con rapporti di lavoro precario e atipico e quelle con grandi potenzialità culturali, libere professioniste, dirigenti e imprenditrici. Trattandosi di dati numerosi e complessi, metto a disposizione della Commissione tutti le informazioni di cui dispongo.

Due criticità. La prima fa riferimento all'innalzamento delle curve di disponibilità alla maternità, sul piano della percezione della propria adeguatezza come madre, e della capacità di stabilizzare i rapporti relazionali. Questi aspetti richiedono un intervento sull'educazione alla genitorialità su fasce di età tra i 18 e i 34 anni per donne che si percepiscono inadeguate alla maternità. La seconda criticità riguarda il reinserimento lavorativo per le donne che hanno ampie potenzialità culturali e professionali e che risultano maggiormente penalizzate.

SIMONELLI. Signor Presidente, è per me un piacere essere oggi qui. Sarò breve e concisa. La tematica mi sta molto a cuore e alcuni aspetti già citati sono interessanti.

Biologicamente si intende l'età tra i 20 e i 25 anni la più idonea per la riproduzione femminile. Come è possibile conciliare tale dato con il fatto che negli ultimi trent'anni si è premiata la nostra società facendo entrare, a livello di grandi numeri, le donne nell'istruzione e nel mondo del lavoro? Se portiamo ad estrema conseguenza l'impostazione biologica, dobbiamo immaginare che le nostre figlie ventenni sposino uomini molto

più in là negli anni, quarantenni. Le ragazze giovani, alle quali insegno da tanto tempo, sostengono di non trovare tra i loro coetanei uomini educati alla genitorialità, in grado di essere autonomi e di dare un apporto sostanziale ad un progetto di vita. Nel momento in cui l'espressione «scelta procreativa» è passata nel nostro contesto sociale e ha rappresentato un guadagno per la società, fare un figlio non è semplicemente riprodursi ma è una decisione che oggi mette in luce più di una debolezza dei padri: un'assenza del compagno con cui fare un progetto di vita forte e capace di reggere l'impatto con la realtà.

Ho lavorato per anni in due servizi in contrasto tra loro, quello che si occupa della fecondazione medicalmente assistita e quello che tratta le richieste di vasectomia. Le donne con cui parlo come psicoterapeuta hanno capito che la maternità è una scelta matura e ragionevole in cui la biologia ha un suo peso ma non può essere l'unico punto di riferimento.

In tale contesto si possono identificare due diverse aree: l'inadeguatezza alla genitorialità e la necessità di un'educazione ai sentimenti, alla responsabilità in senso positivo e ai ruoli. Molto v'è da fare in tal senso ma tutelando le conquiste raggiunte. Oggi le donne sono contente di avere figli e non vi è la negazione della maternità. Non capisco i numerosi giornalisti che inveiscono contro le nuove donne che non vogliono figli. Di fatto, le donne affermano di volere più figli ma nel contempo significano la mancanza di punti di riferimento.

Ho accettato con entusiasmo di partecipare alla seduta odierna, anche per ascoltare illustri colleghi. Sono contenta che una parte del nostro contesto civile si stia interessando della salute della donna. Faccio parte della commissione salute donna del Ministero della salute e penso che potremmo fare un lavoro congiunto analizzando in maniera articolata questo aspetto per operare una scelta sempre più espressiva e andare incontro a una diversa genitorialità per le nuove generazioni.

Le donne non devono subire a cascata una serie di indicazioni. Bisogna dare loro voce, offrire servizi e prevenzione e promuovere, termine che sottolineo, una genitorialità che sia espressiva.

Sono a vostra disposizione. Essendo stata convocata all'ultimo minuto e dovendo preparare un convegno, purtroppo non mi è stato possibile portare della documentazione. Partecipo a questa audizione soprattutto per ascoltare e vedere cosa si può fare insieme in maniera creativa. Vi ringrazio dell'attenzione.

GRANDOLFO. Riferirò oggi di un'indagine condotta nel 2002 intervistando un campione probabilistico di 7640 donne residenti in 60 aziende sanitarie locali, distribuite sul territorio nazionale. Le donne sono state intervistate ad un anno dal parto da personale addestrato direttamente da noi con un tasso di rispondenza dell'86 per cento. Alcune regioni sono rappresentate totalmente (Toscana, Umbria, Marche e le province autonome di Trento e Bolzano), altre regioni sono rappresentate invece solo da alcune aziende sanitarie locali.

L'indagine è stata condotta per verificare e valutare la situazione in seguito all'approvazione del progetto obiettivo materno-infantile e soprattutto dell'emanazione dei livelli essenziali di assistenza, che fanno esplicito riferimento al suddetto progetto per quanto riguarda le raccomandazioni relative al percorso nascita.

Di qui l'esigenza di intervistare le donne ad un anno dal parto per verificare l'esposizione ai servizi e gli esiti di tale esposizione, tenendo conto delle raccomandazioni espresse dai LEA e dal Progetto obiettivo materno-infantile. Questi due momenti normativi rappresentano le indicazioni di riferimento per i servizi sanitari distribuiti sul territorio nazionale. Come organo tecnico scientifico del Servizio sanitario nazionale ci sentiamo in obbligo di procedere in questo modo. Precedentemente avevamo svolto altre indagini intervistando donne al momento del parto. L'indagine del 1996 fu fatta in seguito alle raccomandazioni della commissione istituita nel 1995-1996 dal ministro Guzzanti, che dava alcune indicazioni sulle procedure raccomandate riguardo all'assistenza in gravidanza, al parto e al puerperio. Anche in quel caso volevamo verificare lo stato dell'arte alla luce di disposizioni che dovevano rappresentare il punto di riferimento per i servizi.

La presente indagine permette di formulare considerazioni più conclusive. Mostra una fotografia che non può non lasciare preoccupati per alcuni elementi di criticità. Innanzi tutto è da rilevare un eccesso di esposizione a procedure invasive non prive di possibili rischi iatrogeni e comunque non raccomandate dalle evidenze scientifiche. Si tratta di un problema molto importante. La medicina rivendica oggi un'autorevolezza proprio sulla base delle impostazioni scientifiche; è perciò chiaro che ogni professionista non può non sentirsi vincolato alle evidenze scientifiche acquisite dall'esperienza internazionale.

Alcuni fenomeni sono clamorosi, primo fra tutti l'eccesso di ecografie in gravidanza. Il Ministero della salute raccomanda tre ecografie in gravidanza; dalla nostra indagine risulta che meno del 20 per cento delle donne ha fatto solo tre o meno di tre ecografie in gravidanza, mentre oltre i due terzi delle donne intervistate hanno fatto più ecografie di quelle raccomandate.

Bisogna tener conto che due terzi delle gravidanze hanno avuto un decorso fisiologico, il 20 per cento un decorso con una leggera patologia e il 10 per cento con patologie più serie. Non esiste quindi una connessione tra l'impiego di questo eccesso di procedure diagnostiche rispetto al decorso della gravidanza.

Questo aspetto viene spesso considerato solo dal punto di vista dell'eventuale costo aggiuntivo per la donna. Si trascura invece completamente il problema generale di tutti gli approcci diagnostici, cioè dei falsi positivi e dei falsi negativi, dove è localizzato il potenziale rischio iatrogeno, che aumenta soprattutto quando le procedure sono applicate senza adeguati controlli di qualità.

L'altro fenomeno, che è stato già richiamato, è quello dei parti con taglio cesareo. Anche in questo caso esistono incongruenze così palesi

che impongono una riflessione seria. Come è possibile che i parti con taglio cesareo siano più frequenti nelle cliniche private o convenzionate, dove non vanno a partorire le donne con gravidanza patologica? Come è possibile che vi sia una differenziazione così drammatica sia nello spazio sia nel tempo della prevalenza dei parti con taglio cesareo? Abbiamo avuto un'evoluzione, ad esempio al Sud, con un passaggio da meno del 10 per cento di parti con taglio cesareo agli inizi degli anni Ottanta a quasi un 50 per cento agli inizi del 2000. Si tratta di risultanze veramente sorprendenti, con una costante differenziazione tra istituti di cura pubblici e cliniche private e convenzionate. Dai dati delle indagini condotte – confermati dai dati ufficiali dell'ISTAT – emerge una differenziazione tra istituto e istituto. Ospedali pubblici, come quello di Monza, riescono a contenere i parti con il taglio cesareo sotto il 20 per cento, con eccellenti indicatori di qualità per la salute della donna e dei nati, valutati anche ad un anno di distanza. Il contenimento dei parti con taglio cesareo è raccomandabile sia dall'evidenza scientifica sia perché – aspetto da non trascurare e già verificato in una precedente indagine – il 90 per cento delle donne, che hanno partorito spontaneamente, dichiara la propria preferenza per il parto spontaneo e il 70 per cento delle donne che hanno partorito con taglio cesareo dichiara che avrebbe preferito partorire con parto spontaneo. Questi risultati, ottenuti con due indagini, permettono di escludere che ci sia effettivamente una richiesta della donna. Peraltro, quand'anche vi fosse, il professionista della salute ha il compito di tradurre in domanda un bisogno percepito di salute e quindi dovrebbe fornire una risposta basata sulle evidenze scientifiche. A fronte di questo eccesso di esposizione a pratiche non raccomandate dall'evidenza scientifica, si registra invece una carenza preoccupante di informazione, *counselling* e sostegno, in una serie di temi che attengono alla nascita, dall'allattamento materno, alle cure neonatali, ai riferimenti normativi. In fondo, il nostro Paese è caratterizzato da una legislazione straordinariamente a favore delle donne e della nascita; non è affatto detto però che le donne siano in grado di utilizzare, anche perché non informate, tutte le provvidenze messe a disposizione.

In questo ambito la carenza di informazioni sull'allattamento materno credo sia il fenomeno più eclatante. Se l'eccesso di pratiche medicalizzanti ha il rischio di indurre un senso di dipendenza, il potenziamento del *counselling* sull'allattamento materno rappresenta l'opposto, cioè un momento di *empowerment* della donna, giacché l'allattamento materno è un atto che si deve volere momento per momento, per tutto il tempo necessario.

In questo contesto alcuni risultati confermano la giustezza di quanto è stato affermato nella Commissione del 1995-1996 e di ciò che è stato normato nei LEA: la miglior qualità dell'informazione è stata garantita dalle ostetriche, dai consultori familiari, quando hanno assistito le donne in gravidanza, e dai consultori familiari, quando hanno organizzato i corsi di preparazione alla nascita.

Dalle nostre indagini risulta che i corsi effettuati dai consultori familiari garantiscono migliore efficacia rispetto ai corsi effettuati dagli ospedali anche in termini di riduzione di esposizione a pratiche non raccomandate. L'importanza della raccomandazione del Ministro della salute, professor Sirchia, di potenziare i servizi territoriali per garantire una migliore qualità di assistenza trova conferma in questi risultati. Purtroppo, ai corsi non partecipano tutte le donne, prime tra tutte, indice di carenza di offerta attiva, le meno istruite, soprattutto al Sud.

L'allattamento materno prolungato non è adeguatamente diffuso. Le donne che allattano di più al seno hanno partecipato ai corsi e hanno attaccato il bimbo al seno precocemente. La partecipazione ai corsi e l'attaccamento precoce sono una raccomandazione dei LEA e del Progetto obiettivo materno-infantile. La medicalizzazione della gravidanza e del parto crea dipendenza, ed è la vera base delle vertenze medico-legali. Un approccio in termini di promozione della salute previene la medicina difensiva e le vertenze medico-legali.

Si rilevano poi carenze soprattutto nel puerperio. Fino al parto la donna è seguita, in alcuni casi anche con un eccesso di pratiche invasive. Dopo il parto, il Progetto obiettivo materno-infantile raccomanda gli incontri in puerperio e le visite domiciliari da offrire attivamente, ma poco si fa al riguardo, a fronte di una situazione in cui al rientro in casa si presentano problemi di allattamento, di salute, relazionali e sarebbe necessario un sostegno e riferimenti territoriali. Ciò potrebbe risolvere molti problemi e favorire comportamenti raccomandati come l'allattamento materno.

L'ultimo aspetto sul quale voglio soffermarmi è quello della contraccezione. Normalmente si sostiene che tale tema non debba essere affrontato durante il percorso della nascita; io ritengo il contrario, anche se è importante il modo in cui lo si introduce. La ripresa dei rapporti sessuali avviene per il 70 per cento dei casi entro due mesi dal parto; il 40 per cento delle donne ha problemi alla ripresa dei rapporti sessuali e il 70 per cento di esse usa un metodo contraccettivo. *Counselling* e sostegno sulla procreazione responsabile nel percorso della nascita vengono raccomandati dal Ministro della salute dal 1985 in poi, nelle relazioni annuali sull'applicazione della legge n. 194 del 1978, ma poco si fa al riguardo come risulta dai risultati delle nostre indagini. Questa attività, se venisse realizzata, potrebbe abbattere il ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza di un ulteriore 50 per cento.

La sintesi dei risultati dell'indagine è stata consegnata ed è a disposizione della Commissione.

LUERTI. Ringrazio il Presidente per aver voluto unire le presentazioni sulla denatalità a quella sulla gravidanza e sul parto-puerperio perché erroneamente avevo capito di dover intervenire anche sulla prima parte dell'indagine, sulla quale, comunque, non mi soffermerò, pur essendovi alcuni aspetti comuni e soprattutto trattandosi di due problematiche da affrontare in larga parte con il medesimo approccio quanto alla ricerca delle

possibili cause e degli eventuali provvedimenti tendenti, non dico a rimuovere, ma a ridurre gli effetti negativi. Mi riferisco, in particolare, al nuovo ruolo della donna nella società che, come è già stato rilevato, comporta un ritardo dell'età della prima gravidanza. Di fatto, l'età media delle donne al parto del primo figlio è aumentata da 25,2 del 1981 al 28 del 1996; di pari passo aumentano anche le gravidanze di donne di oltre 35 anni che nel 1990 erano 65.000 e nel 1996 sono diventate 81.000.

Ancor più rilevante è che le cause di entrambi i fenomeni sono da ricercare non solo nella sfera socioeconomica per la prima o tecnica per la seconda ma anche nell'ambito culturale. Mi spiego meglio. Sicuramente sulla denatalità gioca un ruolo fondamentale la secolarizzazione, l'edonismo e l'egoismo della cultura occidentale contemporanea, che fa sì che le coppie preferiscano spendere in vacanze, dischi, libri, ristoranti, piuttosto che in abbigliamento per i figli. È la filosofia del «doppio stipendio, niente bambini», che oggi trova molti sostenitori. Anche per questo motivo è dimostrato che chiedere ai Governi di rimuovere questi ostacoli attraverso legislazioni favorevoli non ha ad oggi trovato alcun sostegno. Nonostante le legislazioni favorevoli, è dimostrato che nell'Unione europea l'aumento della fertilizzazione ha riguardato, tra il 1980 e il 2000, solo quattro paesi (Danimarca, Lussemburgo, Olanda e Finlandia) con una variazione decisamente minima, mentre altri paesi con legislazione e ambienti sociali analoghi (Svezia e Gran Bretagna) registrano un calo della fertilità.

La vera motivazione che spinge una coppia ad avere figli è culturale e non socioeconomica: si fanno figli se si ha una mentalità aperta alla vita. Non vi è assegno capace di compensare la fatica e la responsabilità di far nascere e crescere un figlio, così come non esistono disincentivi per annullare o far crollare il desiderio, la felicità e l'orgoglio di avere una discendenza.

Gli aspetti ostetrici sono in parte collegati. È stata già evidenziata l'età media delle donne alla prima gravidanza e si è anche rilevata la percentuale sempre più alta di donne che partoriscono oltre i 35 anni. Oltre ai dati ISTAT, che sono già stati citati, ve ne sono altri, a mio avviso, importanti. Solo lo 0,8 per cento delle donne gravide italiane è stata seguito principalmente da un'ostetrica, la totalità, cioè oltre il 99 per cento, è stata seguita da un operatore sanitario. Come è stato già accennato, ciò ha sicuramente ricadute in termini di modalità di parto. Non solo, il numero dei controlli in gravidanza è decisamente superiore a quello raccomandato. Durante la gestazione si fanno in media 5,2 ecografie, numero nettamente superiore a quello raccomandato dalla Società scientifica. Vi sono però altri dati ancora più impressionanti: il 17,3 per cento delle donne con età inferiore ai 24 anni ha utilizzato una tecnica di diagnosi prenatale invasiva; un altro 18,6 per cento dai 25 ai 29 anni ha fatto altrettanto. Questi dati sono indicativi dell'ansia ingiustificata con la quale gran parte delle donne italiane affronta oggi la gravidanza.

Nonostante la tendenza attuale sia offrire numerose opzioni di parto e permettere alla donna di personalizzare e scegliere un parto su misura,

sulla base delle proprie esigenze, solo il 26,3 per cento delle donne ha potuto decidere autonomamente le modalità di parto. Fra queste le più fortunate sono quelle che hanno partorito al nord, essendo nel sud pressoché impossibile scegliere.

Emerge poi che le donne laureate e che hanno seguito corsi di preparazione al parto hanno avuto maggiori possibilità di scelta. Ciò conferma dati raccolti nella nostra azienda in merito alla scarsa possibilità di scelta di modalità di parto sulla quale gioca anche una mancata richiesta da parte della donna. Nella nostra azienda solo il 17 per cento delle donne ha scelto di partorire in posizione diversa da quella tradizionale, nonostante fosse stato loro ampiamente concesso. Solo il 30 per cento ha scelto di partorire con analgesia peridurale o con il parto in acqua, nonostante entrambe le opzioni fossero disponibili ventiquattro ore su ventiquattro, 365 giorni l'anno. Dunque, in alcune zone d'Italia si registra una scarsità non solo di offerta ma soprattutto di richiesta, carenza che potrebbe essere corretta solo attraverso un'adeguata informazione.

Bisogna tener conto, peraltro, che nel 54 per cento dei casi in cui non è stato possibile scegliere, ciò è avvenuto per imposizione della struttura sanitaria. Situazioni del genere al sud si sono verificate nel 65,7 per cento dei casi. In alcune regioni gioca, quindi, la rigida chiusura delle strutture.

Ha fatto ricorso all'analgesia epidurale solo il 10,6 per cento delle donne soprattutto laureate, dirigenti, imprenditrici e libere professioniste, in altre parole persone con un grado di istruzione e un livello socio-economico elevati.

Come è già stato ricordato dai relatori che mi hanno preceduto, i problemi del dopo parto sono da identificare quasi esclusivamente in crisi depressive generalmente di breve durata. Molto meno diffusi sono i problemi strettamente medici e ginecologici legati all'allattamento e alla cicatrizzazione della ferita.

Complessivamente da questi dati statistici emerge che nel nostro paese il controllo della gravidanza è sicuramente molto, forse troppo, efficace; ad esso, peraltro, corrispondono ottimi risultati nazionali in termini di mortalità perinatale. Si rileva non solo un eccesso di medicalizzazione della gravidanza con numerose richieste di indagini strumentali ed ematochimiche ma anche un'ansia ingiustificata delle donne, che evidenzia una carenza di cultura riproduttiva e di assistenza a livello familiare, confermata, peraltro, da un dato a mio avviso straordinariamente eclatante. In Lombardia nel 2000-2001 la prima causa di ricovero in corso di gravidanza è stata l'iperemesi. Il 14,62 per cento dei casi di ricovero di gravide riguarda l'iperemesi, patologia che, come tutti sapete, trova motivazione in ragioni legate alla situazione psicologica della paziente, all'assistenza che trova nella propria famiglia, e via dicendo.

L'ultimo aspetto è stato già sottolineato ed è l'aumento costante del ricorso al taglio cesareo variamente distribuito nel paese. In otto regioni i valori del taglio cesareo si collocano al di sopra del 35 per cento con punte fino al 50; in altre cinque regioni i tassi sono uguali o inferiori al 25 per cento. L'incremento non tende ad arrestarsi e la curva è in costante

crescita. I cesarei, comunque, sono più frequenti negli istituti privati e nel sud del paese. Il taglio dei parti cesarei non è invece significativamente influenzato dall'età della paziente.

Il fatto che le gravide siano mediamente in età più avanzata non è tra i motivi che giustificano l'aumentato ricorso al cesareo. Cerchiamo di capire le cause. Un dato significativo è che il *range* è estremamente ampio anche per centri di pari livello, con un numero di casi complessi che dovrebbe essere ragionevolmente simile. Una variabilità di questo tipo si evince anche escludendo dall'analisi le donne con un pregresso taglio cesareo.

Un'indagine molto interessante della regione Lazio (effettuata calcolando i tassi attesi di primo cesareo per ogni reparto) rileva il tasso che ci si aspetterebbe se le percentuali di taglio cesareo per determinate categorie di rischio (gravidanze gemellari, presentazione podalica) fossero in quella struttura simili a quelli regionali. Ebbene, su 60 maternità analizzate, 14 hanno avuto un valore atteso significativamente superiore all'osservato, quindi hanno fatto meno tagli cesarei rispetto a quelli attesi prendendo a riferimento la media regionale. Tuttavia, 19 maternità hanno avuto una *performance* nettamente peggiore del previsto. Detti dati danno indicazioni sulle motivazioni e non ci si deve astenere dal perseguire questo risultato che è rafforzato dal fatto che – nonostante l'ostetricia intensiva degli ultimi anni, una riduzione dei parti operativi e un netto aumento dei tagli cesarei – la frequenza delle paralisi cerebrali è rimasta invariata (due casi su mille nati a termine).

Ciò conferma l'ipotesi suffragata da gran parte della letteratura che la paralisi cerebrale è legata, in un numero considerevole di casi, ad eventi pre e postnatali. Con riferimento alle cause, distinguiamo tra fattori clinici e non clinici. Tra i primi il pregresso taglio cesareo porta alla creazione di un circolo vizioso di automantenimento e di incremento progressivo. Di fatto, nei punti nascita con una percentuale di cesarei superiore al 40 per cento, il pregresso cesareo ha giocato un ruolo del nove per cento dei casi rispetto all'1,7 per cento dei punti nascita con incidenza di cesarei inferiore al 15 per cento. Il pregresso taglio cesareo rappresenta la prima causa in un Paese come il nostro in cui l'assistenza al parto vaginale nelle pazienti precesarizzate non è assente, ma ancora scarsamente diffusa.

Esiste poi il cosiddetto zoccolo duro incomprimibile, legato all'abbandono totale dell'assistenza al parto podalico e quasi totale alle gravidanze gemellari. L'abbandono di assistenza, insieme alla scomparsa dei parti operativi, giustifica la componente maggiore e quasi costante dei tagli cesarei effettuati in alcuni ospedali. Le due categorie di centri con meno del 15 per cento e più del 40 per cento dei tagli cesarei mostrano percentuali tutto sommato sovrapponibili in relazione ai gruppi di casi indicati.

Una parte estremamente variabile è legata, da un lato, alla maggiore o minore esperienza o coraggio degli operatori nel diagnosticare e affrontare le condizioni di sofferenza fetale, vera o presunta, o di vero o presunto arresto della progressione o mancato impegno della testa fetale.

A mio avviso i più importanti sono i fattori non clinici. Tra di essi il primo è il livello di assistenza del singolo centro, la capacità cioè di far fronte ad eventuali emergenze, che può essere garantita essenzialmente dalla presenza di una guardia ostetrica, anestesiologica e pediatrica.

Nel 1998 in Lombardia la percentuale si è mostrata tanto più elevata quanto minore era il numero dei parti effettuati nel punto nascita e quando la guardia ostetrica era assente. Nei punti nascita con guardia ostetrica assente, la percentuale di cesareo è risultata significativamente più elevata rispetto a quelli dotati di guardia.

Altri fattori non clinici sono legati al contesto sociale, culturale e sanitario in cui la donna vive la sua esperienza riproduttiva. Ho sentito parlare di educazione alla genitorialità: questo è un punto fondamentale. Non concordo però sulle modalità di affrontare una parte del fenomeno: il cesareo su richiesta della madre non giustificato da motivi medici. Purtroppo, chi come me si trova a che fare con le gravide deve prendere atto che questo fenomeno è in costante crescita e si manifesta con modalità paradossali e richieste che non trovano alcuna giustificazione. I tentativi di convincere la persona dell'assurdità della richiesta non vanno a buon fine e le possibilità di riuscire a far cambiare idea alla gravida sono nulle. Non si può negare che in tutto questo giochi un ruolo il contenzioso medico-legale, che è in aumento e sul quale si soffermerà il collega Serra.

Molti medici si astengono dal convincere una donna che chiede un taglio cesareo a partorire per via vaginale, ritenendo che ciò li esporrebbe, in caso di incidente, sia pure di lieve gravità, a conseguenze medico-legali. Bisognerebbe contrastare anche la crescente mancanza di motivazione dei medici che operano in condizioni di gravi carenze di organici e di attrezzature. A ciò si aggiunge una serie di vincoli tesi ad ostacolare il rapporto diretto e fiduciario medico-paziente, che per l'ostetrico è insostituibile.

Provvedimenti da porre in essere. Innanzi tutto si potrebbe favorire l'erogazione dell'assistenza alla gravida da parte dell'ostetrica. È dimostrato che le donne assistite in continuità da ostetriche hanno minori probabilità di ricovero ospedaliero antenatale, di ricorrere a farmaci analgesici in travaglio e di essere sottoposte ad interventi medici, tra cui il taglio cesareo; inoltre, hanno un miglior esito perinatale. Si potrebbe poi inserire la sala parto nell'area emergenza-urgenza, con garanzia di guardia attiva ostetrica, anestesiologica e pediatrica. Si potrebbe poi emanare una legge tendente a ridimensionare il ricorso al contenzioso medico-legale, tutelando gli ostetrici e rasserenandoli nell'assunzione di decisioni, con il consenso della donna, che potrebbero comportare un margine di rischio. Ovviamente, senza un cambiamento dell'atteggiamento culturale ogni tentativo sarà inutile. Certamente improduttivo è il ricorso a misure di carattere economico. Ridurre i DRG del parto cesareo e aumentare quelli del parto vaginale, sino a renderli sovrapponibili, come ha fatto la regione Lombardia nel 2000, si è rivelato privo di risultati. Occorre agire a livello culturale modificando la condizione del medico e l'educazione della donna.

Non sono certo i provvedimenti di natura economica che possono risolvere il problema. In tutta sincerità sono pessimista sulla possibilità di ottenere risultati a breve termine.

BIANCO. Ringrazio e mi scuso del ritardo dovuto ad altri improrogabili impegni.

La Federazione Nazionale Collegi Ostetriche manderà successivamente una memoria scritta. Il nostro scopo è applicare in ambito nazionale le normative vigenti per quanto riguarda sia il progetto obiettivo materno-infantile, che purtroppo – lo segnaliamo ancora una volta – non è assolutamente applicato, sia la rivalutazione del ruolo dell'ostetrica nell'attività di comunità (distretto e consultorio), quale primo filtro nella gravidanza fisiologica.

Ringrazio il professor Luerti che ha evidenziato il ruolo della nostra professione ai fini della prevenzione, della fisiologia e di una migliore assistenza alla donna. Non aggiungo altre voci. Mi preme però sottolineare che accanto alla donna per la continuità assistenziale e per il riconoscimento dei punti di nascita di terzo livello, come ambiti di emergenza-urgenza, deve essere esclusivamente l'ostetrica e non altre figure professionali con nomi e competenze tra le più disparate e inopportunamente sbandierate. L'assistenza uno a uno è con l'ostetrica e non con altre figure professionali, non solo per evitare conflitti di competenza ma anche per assicurare una qualità professionale alla donna. Sono queste le nostre richieste.

Indubbiamente una buona assistenza significa anche prevenire una certa quota di tagli cesari; una buona prevenzione vuol dire far crescere ed accompagnare la donna tirando fuori le sue potenzialità. Una donna serenamente accompagnata nella gravidanza e nel parto sa controllare meglio la fisiologicità del proprio corpo, senza mettersi idee in testa.

Non siamo assolutamente d'accordo sul taglio cesareo su richiesta in assenza di motivazioni precise ed indicazioni che scienza e coscienza a tutt'oggi ammettono.

Vorrei poi segnalare il problema delle donne extracomunitarie. Quando si parla di denatalità, bisogna considerare che il 10-15 per cento delle mamme proviene da altri paesi, dove spesso vige una differente cultura del parto. Dobbiamo accompagnare queste donne in questo percorso nei nostri ambulatori, distretti e consultori perché hanno una patologia ostetrica non conosciuta da chi opera nelle sale sala parto. Mi rivolgo al professor Bompiani che è stato mio professore. Si tratta di donne non seguite che, nonostante siano rassicurate, hanno paura di accedere alle strutture pubbliche perché spesso sono clandestine. Bisogna rivolgere attenzione a questa parte di nuove mamme che entrano nelle nostre sale parto.

Non aggiungo altro, riservandomi – come dicevo – di inviare successivamente una memoria scritta.

SERRA. Presidenti, onorevoli senatori, innanzi tutto ringrazio per l'invito rivoltomi. Illustrerò il succo di un intervento fatto in un convegno organizzato a Roma.

Ricordo quanto sia relativamente recente la riduzione della mortalità materna perché spesso se ne parla come di un qualcosa molto lontano. Dagli anni Cinquanta-Sessanta ad oggi questa realtà ha registrato un miglioramento notevolissimo, tant'è vero che la mortalità materna di solo tre-quattro donne su 10.000 è ormai un dato costante nei paesi industrializzati. A ciò si aggiunge la migliore sopravvivenza dei neonati a basso peso, quindi prematuri.

La denatalità presenta le seguenti caratteristiche: aumento delle madri con età superiore ai 35 anni e contestuale crescita del numero di donne che affrontano la prima gravidanza a tale età; riduzione del numero delle madri giovani e giovanissime. Nei nostri ospedali le donne alla prima gravidanza hanno ormai mediamente 34-35 anni.

A mio giudizio, il posponimento della maternità, pur essendo il risultato di uno stato di ansia, non deriva da una scarsa educazione alla genitorialità, che potrebbe essere comprensibile nelle famiglie nucleari di oggi rispetto a quelle patriarcali di un tempo, dove nascere era un evento abbastanza frequente.

All'opposto la donna vive l'ansia di essere perfetta sia come donna che come madre; è una paura che prende e che non interessa soltanto il momento della nascita ma tutto il divenire donna con le responsabilità conseguenti. Non a caso si assiste, nelle ragazze di 14-15 anni, ad una maggiore incidenza di anoressia nervosa, sindrome clinica il cui significato grossolano è non voler crescere per restare bambine: per la paura di diventare adulte. La lettura che si può dare del vivere a lungo in famiglia, soprattutto in Italia e al Sud e del ritardare spesso non solo l'inizio della gravidanza ma anche l'avvio di un rapporto con un compagno fisso è sì di ansia ma non perché prevale una mentalità edonistica, bensì per un eccessivo senso del dovere e di responsabilità, che finisce con allontanare il sentirsi capace di diventare mamma.

Mi sembra molto difficile realizzare l'educazione alla genitorialità con strumenti maggiormente efficaci nel Nord, nel Centro e nel Sud del paese. Quando se ne parla ho l'impressione che sfugga qualcosa che è completamente opposto a quello che una mentalità presentata come edonistica farebbe pensare.

Ho trovato conforto in un libro di Maria D'Amelia sulla storia della maternità, nel quale si rileva che la resistenza a diventare genitori non è conseguenza di un accresciuto egoismo, ma del forte senso di responsabilità di cui è stato investita soprattutto la donna. Per certi versi, la riduzione o l'unicità del numero dei figli fa sì che la problematica dell'età giusta per diventare madri si ponga oggi in modo più radicale rispetto a quello che un tempo avveniva.

Secondo dati ISTAT il 96 per cento delle donne in gravidanza si rivolge ad un ginecologo, il 16 per cento ad ambulatorio comune e il 50 per cento ad un ambulatorio libero-professionale. Da ciò si evince che gli am-

bulatori comuni degli ospedali sono quasi sempre poco accoglienti, per nulla curati nella forma, atteso che l'ambulatorio per una donna gravida è diverso da quello necessario per il malato di fegato. Si preferisce dunque un rapporto più privatistico.

Tre donne su dieci frequentano un corso per il parto. Ho sentito parlare di differenze tra le attività consultoriali e i corsi organizzati in ospedale. Si tratta di realtà talmente variegate che non so se possano essere unificate. Nel mio ospedale, ad esempio, i corsi sono chiamati «Incontri in gravidanza», per significare che non si tratta di corsi di preparazione al parto ma di incontri per affrontare insieme il viaggio della gravidanza.

Vale la pena soffermarsi sugli ospedali soprattutto in relazione alla realtà romana. L'89 per cento delle donne partorisce in ospedali con amministrazione propria del sistema sanitario nazionale, accreditati e non accreditati. Il 60 per cento delle donne chiede di avere accanto il marito e non più la mamma, come accadeva un tempo. Le modalità di parto sono per l'88 per cento con lettino ostetrico, modalità abbastanza classica. Come rilevava il professor Luerti, forse non tutte hanno possibilità di scelta e non tutti gli ospedali offrono scelta.

Incremento dei tagli cesari. Generalmente dopo un primo taglio cesareo diventa quasi obbligatorio farne un secondo. In realtà, la scelta non è banale. Sono stati pubblicati alcuni studi (uno ad esempio sulla rivista «American Journal») che spiegano come un parto vaginale dopo un cesareo triplichi il rischio di rottura dell'utero. Negli Stati Uniti, dove spesso si fa un parto di prova, esistono strumenti per misurare la pressione intrauterina, applicati di *routine*, per cogliere le prime avvisaglie di rischio di rottura. In Italia tali strumenti non si usano e in ospedale medici e pazienti, dopo un primo cesareo, sono perlopiù convinti di doverne fare un secondo. Ciò si verifica soprattutto tra le donne medico e ginecologhe, a sottolineare il fatto che non si tratta di un convincimento solo emotivo.

Sulla frequenza dei tagli cesarei può essere utile esaminare dove avvengono. Uno studio dell'Osservatorio epidemiologico del Lazio, in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, evidenzia come nelle case di cura private si registri un forte incremento di cesarei. Nella realtà, può essere confrontare la distribuzione dei parti a Roma in rapporto alle dimensioni degli ospedali. Negli ospedali di terzo livello – cioè quelli più importanti, tra i quali vi sono i policlinici universitari – vi è un'oscillazione tra il 22 e il 47 per cento nell'incidenza dei cesarei. Ciò evidenzia l'eterogeneità con cui questi ospedali lavorano e un forte è il sospetto che classificarli tutti di terzo livello, a prescindere dal buono o dal cattivo funzionamento, possa non rappresentare una classificazione continua e aggiornata.

In Italia l'incidenza media dei tagli cesarei è del 33,2 per cento, in questi ospedali è del 37,1 per cento. Pur considerando che assistono probabilmente molti parti di bambini prematuri, per i quali è consigliato il cesareo e che casi del genere incidono per il 5 per cento, è difficile capire come da una media nazionale del 33 per cento si arrivi in alcuni casi addirittura al 48 per cento.

Osserviamo rapidamente l'andamento percentuale dei tagli cesarei negli ospedali analizzati con riferimento alla progressiva riduzione del numero dei parti negli stessi effettuati. Ebbene, nelle strutture ospedaliere che hanno tra i 1.500 e i 2.000 parti l'anno la percentuale dei tagli cesarei è del 30 per cento; in quelle dove si fanno tra gli 850 e i 1.500 parti l'anno la percentuale aumenta al 33 per cento; in quelli che hanno tra i 500 e gli 800 parti l'anno si giunge al 38 per cento; negli ospedali con un numero di parti inferiore a 500 il tasso aumenta ulteriormente. Tra questi ultimi vi sono molte case di cura private.

Per le case di cura private il discorso ha una valenza in più. Alcuni istituti assicurativi pagano e rimborsano spese di parto solo se si tratta di tagli cesarei. Inevitabilmente la donna che ha qualche indicazione a fare il cesareo, anziché in ospedale, preferisce partorire in un ambiente dove vi è un *comfort* «alberghiero», pagato dall'assicurazione. Ciò determina una selezione e nelle case di cura si avrà un maggior numero di cesarei, senza con ciò negare la possibilità di maggiore indulgenza. Questo andamento incide su tutti gli ospedali in relazione alla numerosità delle nascite e sta a significare che ospedali con un minor numero di parti, verosimilmente meno attrezzati, ricorrono al cesareo per evitare le emergenze. Bisogna tener conto di tutto ciò e sarebbe importante che la Commissione ne prendesse atto.

Nel Lazio gli ospedali di primo livello, per definizione, debbono essere in grado di fare un taglio cesareo urgente in trenta minuti. Si tratta di ospedali che hanno l'anestesista e il neonatologo reperibili. Ci si domanda: come è possibile, in una città come Roma, in 30 minuti chiamare un medico reperibile e riuscire a fare un cesareo? In Inghilterra negli ospedali di terzo livello (tipo Gemelli, Fate Bene Fratelli), dove sono effettuate verifiche ogni anno, si è visto che dopo due anni di prova riescono a fare un cesareo urgente in 30 minuti soltanto nel 60, e non nel 100, per cento dei casi. Si è in presenza di una contraddizione: gli ospedali piccoli per definizione devono essere in grado di fare il cesareo in 30 minuti perché hanno l'anestesista reperibile. Ebbene, il medico che arrivasse tardi a fare quel cesareo sarebbe penalizzato dalla definizione di efficacia, una definizione solo teorica, e mai verificata.

Nord e Centro e Sud. Dall'accento avrete capito che non sono torinese e quindi conosco la realtà meridionale. Ebbene, non mi meraviglia che nel Meridione vi sia un 48 per cento di incidenza di tagli cesarei, se è vero che ciò può dipendere, ad esempio, dall'efficienza e dalle attrezzature degli ospedali.

Vi è un accenno fatto dal professor Luerti sul quale cui vorrei ritornare: il cesareo su richiesta. Sull'argomento ho pubblicato un articolo su una rivista di giudici per essere sicuro che il contenuto fosse vagliato al meglio. Nel momento in cui si afferma che il paziente è autonomo di fare le proprie scelte, a mio parere scegliere un trattamento sanitario che preveda il cesareo è assolutamente legittimo, soprattutto considerando che nel 30 per cento dei casi in Italia il parto avviene attraverso questa tipologia di intervento e che la riproduzione è l'ambito medicalmente

maggiormente manipolato. In questo articolo ritenevo che le pazienti avessero il diritto al taglio cesareo, purché ben informate dei maggiori rischi che correvano e perfettamente al corrente di tutto quello che poteva accadere.

Negli Stati Uniti secondo una casistica effettuata le ginecologhe preferiscono subire il cesareo per evitare lesioni del pavimento pelvico che sono poi responsabili di prolassi e di incontinenza. Per questi motivi, tenuto conto della realtà moderna in cui è inserita la donna di oggi, preferiscono sottoporsi al taglio cesareo. Non consideriamola perciò una richiesta del tutto edonistica perché spesso invece è importante.

Nel mio ospedale (che presenta le incidenze più basse nella città di Roma) si è passati dagli 800 parti del 1981 ai prevedibili 2000 del 2003 soprattutto per merito dell'epidurale che da noi viene praticata. La nostra è una realtà di donne che chiedono questo tipo di anestesia.

Abbiamo prestato assistenza domiciliare alle donne che partorivano: in sostanza, un'ostetrica chiamava il giorno dopo il parto le donne per sapere come stavano, di contro la paziente poteva chiamare in sala parto per comunicare che aveva dei problemi. Il 98 per cento di queste pazienti erano contentissime di questa telefonata. Eppure, abbiamo incontrato difficoltà, dopo aver prestato per quattro anni questo servizio su base solidaristica e volontaristica. Non sapevamo come fatturare la visita a domicilio dell'ostetrica che chiedeva soltanto un rimborso spese; non sapevamo come procurarci i gettoni telefonici necessari per fare le telefonate. Ci siamo rivolti alla regione, ai comuni e agli ospedali senza riuscire a reperire fondi. Posto testimoniare questa esperienza dati alla mano.

Un'ultima considerazione sull'ansia di noi medici che è molto forte e che deriva dal fatto che le assicurazioni ci stanno abbandonando. Ieri al Congresso nazionale SIGO è stato dichiarato lo stato di sofferenza degli ostetrici-ginecologi italiani. L'azienda sanitaria di Padova non riesce ad assicurarsi dopo aver consultato ben 34 istituti assicurativi; l'azienda di Trieste non è assicurata; quella di Reggio Emilia è assicurata per ogni medico per dieci miliardi, salvo per gli ostetrici che per problemi nell'ambito perinatale sono assicurati soltanto per tre miliardi. Tutte le altre aziende sono assicurate ma mi capita di seguire la causa contro un ospedale di Roma di primaria importanza nella quale sono chiesti 50 miliardi di risarcimento e l'ospedale è assicurato solo per 300 milioni. Detto caso parte da una richiesta di risarcimento di 30 miliardi che più gli interessi è giunta alla fine a 50 miliardi, trattandosi di fatti verificatosi 18 anni fa. E non è l'unico caso.

Ormai non siamo più in condizione di andare avanti. Chiunque di noi è chiamato in causa per un risarcimento, vede bloccato immediatamente dall'assicurazione l'ulteriore prosieguo dello stato assicurativo. Per essere coperti da un'assicurazione paghiamo due mensilità del nostro stipendio. In Australia il Governo paga il 50 per cento dei premi assicurativi dei medici per tre anni per cercare di raggiungere un accordo con le assicurazioni.

Spesso oggi si condanna il medico per dare un contributo alla famiglia del bambino handicappato a seguito di problemi determinatisi al momento della nascita. Stiamo cercando di ottenere la possibilità, anche attraverso un provvedimento presentato dal Presidente, di istituire un fondo sanitario per i bambini che nascono handicappati, analogamente a quanto avviene in Svezia. Poiché è stata già presentata in Parlamento la proposta di un fondo di finanziamento per le persone anziane autosufficienti, in questo caso si tratterebbe di prevedere altrettanto per i bambini piccoli non autosufficienti. Il nostro slogan é tantissimi per un piccolissimo.

Ci viene da più parti ripetuto che non si possono prendere iniziative in questo senso perché mancano le risorse necessarie. Alla fine distribuiremo salvadanai in tutta Italia e anziché fare l'ultima migliore azione della lira chiederemo di fare la prima migliore azione dell'euro, per raccogliere fondi da destinare a questi bambini ed evitare che si crei quel meccanismo di rivalsa che oggi sta bloccando l'ostetricia. Proseguendo in questa direzione rivendicativa, alla fine le ecografie non saranno più cinque ma diventeranno perlomeno dieci, perchè ogni medico cercherà di mettere in chiaro di aver fatto più di quello che doveva fare pur di non essere condannato.

PRESIDENTE. Ringrazio i presenti per la ricchezza e dovizia di particolari con cui hanno affrontato gli argomenti oggetto della nostra indagine.

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

I lavori terminano alle ore 16,55.

€ 1,00