# SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

# 12ª COMMISSIONE PERMANENTE

**(Igiene e sanità)**

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

5° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 25 NOVEMBRE 2003

**Presidenza del presidente TOMASSINI**

IC 1029

TIPOGRAFIA DEL SENATO (400)

# I N D I C E

**Audizioni di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame**

* PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 16, 18
* TREDESE *(FI)* . . . . . 17
* *CASTELLANO* . . . . . *Pag.* 8
*CHIANTERA* . . . . . 18
* *DI FIANDRA* . . . . . 7
*INGLESE* . . . . . 12
*PARAZZINI* . . . . . 10
* *PELLEGRINI* . . . . . 3
* *RINALDI* . . . . . 15

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 per l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la dottoressa Laura Pellegrini, direttore generale, ed il dottor Bruno Rusticali, responsabile linee-guida, per la Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, il dottor Paolo Alessandrini, responsabile per i rapporti con il Parlamento e la dottoressa Teresa Di Fiandra, dirigente coordinamento interregionale sanità, per la SIGO (Società italiana di ginecologia e ostetricia), il professor Antonio Castellano, segretario generale, per l'AOGOI (Associazione italiana ostetrici e ginecologi ospedalieri), il professor Antonio Chiantera, segretario nazionale ed il Professor Fabio Parazzini, epidemiologo, per il Tribunale per i diritti del malato, il dottor Stefano Inglese, segretario nazionale e la dottoressa Francesca Goffi, responsabile aree campagne di informazione , e per l'AGEDO (Associazione genitori parenti e amici di omosessuali), il dottor Cirus Rinaldi, consulente sociologo.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,10.*

*PRECEDURE INFORMATIVE*

**Audizioni 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 6 novembre.

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 si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei nostri lavori.

È oggi prevista l'audizione di altri esperti sulle tematiche oggetto della nostra indagine. Ringrazio i presenti per aver aderito al nostro invito e cedo subito la parola alla dottoressa Pellegrini, direttore generale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

*PELLEGRINI*. Signor Presidente, la ringrazio per l'opportunità che mi è stata data di parlare per prima, e, dal momento che ho consegnato una memoria scritta, mi soffermerò brevemente ad illustrare alcuni dati statistici che l'Agenzia per i servizi sanitari regionali ha rilevato sull'incidenza dei tagli cesarei in Italia, in ottemperanza alla richiesta avanzata dalla Presidenza della Commissione.

Uno degli indicatori più importanti della salute riproduttiva, utilizzato, tra gli altri, dall'Organizzazione mondiale della sanità e dalla Fede-

razione internazionale ginecologi e ostetriche, è il dato relativo alla percentuale di nascite che si verificano con taglio cesareo. Anche la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute ha inserito tale dato tra gli indicatori di efficacia e di appropriatezza che costituiscono il cosiddetto «Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria», stabilito con decreto ministeriale nel 2001.

In presenza di un andamento che ha evidenziato nel nostro Paese un clamoroso aumento della frequenza del parto cesareo, passato dall'11,2 per cento del 1980 (dati del Sistema informativo ospedaliero) al 33,91 per cento del 2001, abbiamo voluto verificare, utilizzando i dati relativi alle dimissioni per parto negli anni 2000 e 2001, gli aspetti salienti di questo fenomeno, analizzando i dati per distribuzione regionale, per tipologia di struttura in cui avviene il parto, per fasce di età delle donne, per tipo di indicazione clinica, onde capire se la scelta della procedura sia basata o meno su evidenze scientifiche.

L'Italia è il Paese in cui si registra il maggior numero in assoluto di parti cesarei; dopo di noi ci sono gli Stati Uniti e il Brasile, con uno scarto però di dieci punti (dal 34 al 24 per cento). Nel 2001 la percentuale dei parti cesarei si è attestata intorno al 34 per cento, con un'incidenza che non ha riscontro in nessun altro Paese.

Nella documentazione a vostra disposizione sono descritte le dimissioni ospedaliere per Regione e per diverse tipologie di parto (taglio cesareo, parto spontaneo e parto operativo, ossia con forcipe, ventosa, secondamento manuale, eccetera) nel periodo 2000-2001, in relazione al numero assoluto di nati a livello regionale. I dati evidenziano una straordinaria variabilità regionale nell'incidenza dei tagli cesarei, che vede le regioni meridionali tutte nettamente al di sopra della media nazionale già elevatissima (33,17 per cento nel 2000 e 33,91 per cento nel 2001) con il *record* della Campania che arriva al 54,04 per cento nel 2001. Una serie di regioni del Nord si colloca invece al di sotto della media, con punte minime per Bolzano (14,09 per cento) e per il Friuli (20,25 per cento). Tra le Regioni del centro, in genere più vicine alla media nazionale, la Toscana si distingue con il 22,82 per cento del 2001, quindi con un'incidenza sensibilmente inferiore rispetto alle altre Regioni.

Particolarmente significativo è il caso della Campania dove ormai da qualche anno il numero di nascite con parto cesareo è addirittura più alto di quelle avvenute con parto spontaneo. Tra l'altro, al contrario di quanto avviene nella maggior parte delle Regioni, in Campania, come in Sicilia e in Calabria, l'incidenza dei tagli cesarei è altissima non solo nelle strutture private ma anche in quelle pubbliche, ospedaliere e universitarie, ed è mediamente superiore al 40 per cento.

È importante inoltre osservare come tra il 2000 e il 2001 all'aumento dei tagli cesarei non corrisponda, come ci si potrebbe aspettare, una riduzione dei parti operativi, ossia di quei parti che avvengono con interventi invasivi (applicazione di forcipe o ventosa), gravati quindi di maggiore morbilità sia materna che neonatale, che sono invece passati dal 3 per cento del 2000 al 3,5 per cento del 2001.

Abbiamo tentato di formulare alcune ipotesi sulle possibili motivazioni del fenomeno, prendendo in esame ad esempio le cause di tipo organizzativo. Con alcune eccezioni, le aree a più basso tasso di cesarei nel 2000 (Bolzano, Trento e Valle d'Aosta, ma anche Toscana, Friuli e Venezia Giulia), tendono a ridurlo ulteriormente nel 2001, sfruttando anche gli effetti benefici di una migliore organizzazione. Le Regioni con percentuale di tagli cesarei più elevata (Molise, Lazio, Marche, Sardegna, Basilicata) tendono invece ad aumentarlo, talora anche in modo significativo.

In pratica, le Regioni più virtuose operano sempre meglio mentre quelle che hanno un tasso più alto tendono ad aumentarlo anziché diminuirlo.

Analizzando dalle schede di dimissione il codice DRG, che indica la diagnosi principale, si traggono le motivazioni per le quali è stato fatto il taglio cesareo. Nella nostra analisi abbiamo utilizzato solo le voci più ricorrenti, che coprono circa l'80 per cento dei casi e che fanno essenzialmente riferimento a sette codici. È emerso che la voce più rilevante tra le indicazioni di tipo più strettamente clinico (13,4 per cento) non è propriamente una patologia, ma semplicemente la considerazione che la donna ha già partorito precedentemente con taglio cesareo e, quindi, indipendentemente dalle condizioni cliniche della gravidanza attuale, viene sottoposta ad un taglio cesareo cosiddetto «d'elezione». Ovviamente, non è assolutamente dato conoscere l'appropriatezza o meno dell'indicazione del precedente cesareo, che anche se inappropriata espone comunque la donna a un nuovo cesareo.

Sorprendentemente la voce che ricorre più di frequente (49,4 per cento dei casi) indica un parto cesareo senza menzione dell'indicazione. Si è cercato di capire quale fosse in questo genere di casi la prima diagnosi secondaria, per avere un chiarimento. Ebbene, è risultato che nell'8,4 per cento dei casi non è stata fatta neanche una diagnosi secondaria e che nel 27,4 per cento dei casi la diagnosi secondaria individua semplicemente – e non potrebbe essere altrimenti – un parto e la nascita di un neonato vivo. In sostanza, nel 35,8 per cento dei casi anche nella diagnosi secondaria non c'è alcuna indicazione sulle motivazioni del taglio cesareo effettuato. Nel 17,3 per cento dei casi, poi, la diagnosi secondaria è di nuovo un pregresso taglio cesareo. Nel restante 46,9 per cento dei casi la parcellizzazione di diagnosi è talmente rilevante da non consentire una valutazione del fenomeno.

Probabilmente nelle pieghe di questa difficoltà interpretativa si nasconde la pratica del cosiddetto taglio cesareo «difensivo», effettuato cioè in modo preventivo da parte dell'operatore per evitare complicazioni che non si è preparati ad affrontare per motivi di ordine organizzativo, o per carenza di formazione o per la paura, sempre più diffusa, di contenziosi medico-legali. Nelle dimissioni regionali per taglio cesareo e diagnosi principale la voce «senza menzione dell'indicazione» ha una variabilità estrema e va dal 98,85 per cento del Molise al 6,77 per cento della provincia di Bolzano. Ben 12 regioni presentano inspiegabilmente una percentuale di questa «diagnosi-non diagnosi» superiore al 70 per cento.

Abbiamo poi analizzato l'andamento delle nascite (sempre sui dati relativi al 2000-2001) nelle strutture dove avvengono meno di 500 parti l'anno e che, secondo il Progetto obiettivo materno-infantile del 2000, non dovrebbero nemmeno esistere in quanto non sono in grado di fornire un'assistenza adeguata e, quindi, presentano condizioni ad alto rischio per donne e nascituri. Nelle strutture che effettuano meno di 500 parti l'anno nel 2001 si sono verificate 81.121 nascite, pari al 15,63 per cento del totale nazionale. Dette strutture, peraltro, rappresentano poco meno della metà del totale dei punti nascita: 309 su 696. In queste strutture, per definizione non affidabili, si è avuta una percentuale di cesarei vicina al 40 per cento contro il già elevato 34 per cento della media nazionale. Significativo è il fatto che le strutture che effettuano meno di 500 parti l'anno sono più numerose (28 nel Lazio, 41 in Campania, 37 in Puglia, 47 in Sicilia), proprio in quelle Regioni con più alta percentuale di cesarei.

È da segnalare che la maggior parte di queste strutture non ha una guardia ostetrico-neonatologica né anestesiologica 24 ore su 24. Quindi, una delle principali indicazioni al cesareo è quella che potremmo definire cronologica: si fa il cesareo adesso perché sono presenti l'anestesista e il pediatra. Questa è certamente una delle condizioni di rischio unanimemente riconosciuta e sulla quale è necessario intervenire con urgenza.

Circa le dimissioni per tipologia di parto e per fasce d'età, come è impressione diffusa che vi sia uno spostamento dell'età del parto verso fasce d'età più avanzate, anche se non vi sono in proposito dati recenti dell'ISTAT. La percentuale di parti in donne da 20 a 30 anni è pari al 38 per cento del totale, contro il 60 per cento delle donne tra i 30 e i 45 anni. In particolare, nel 2001 il 24 per cento dei parti si è avuto in donne tra i 35 e i 45 anni. La percentuale di tagli cesarei aumenta con l'età materna:30 per cento tra i 20 e i 25 anni; 32 per cento tra i 25 e i 30; 33, 5 per cento tra i 30 e i 35; 37,5 per cento tra i 35 e i 40; 44 per cento tra i 40 e i 45 anni. Quest'aumento così evidente non è totalmente spiegabile con motivazioni cliniche ma risulta frequente nelle età più avanzate la tendenza ad accondiscendere ad una più frequente richiesta di taglio cesareo da parte della donna con la motivazione del cosiddetto «figlio prezioso» (in altre parole, il primo figlio, in età tardiva, spesso concepito con difficoltà, dopo numerose terapie), termine senza nessuna connotazione clinica, spesso utilizzato dai medici come motivazione per un cesareo senza menzione dell'indicazione.

Il dibattito sull'eccessivo ricorso al taglio cesareo in Italia è da qualche tempo aperto anche tra i clinici, tra gli amministratori di sanità pubblica, tra i politici, tra le associazioni femminili e le associazioni di utenti. C'è chi forse un po' demagogicamente sostiene che siano preferibili 10 cesarei non necessari piuttosto che un danno, sia pure lieve, al nascituro; non manca chi ha come principale punto di riferimento il rischio risarcitorio e la vertenza medico-legale o chi sottolinea soprattutto l'aumento dei costi per la sanità pubblica. C'è, d'altra parte, anche chi tende a semplificare eccessivamente la complessità inerente all'evento parto, esasperando invece la ricerca della totale spontaneità del parto.

Il raggiungimento nel triennio dell'obiettivo del 20 per cento dei tagli cesarei è certamente ambizioso e difficile da conseguire. È indispensabile quindi il ricorso all'evidenza della letteratura e a dati certi di morbilità e mortalità materna e neonatale relativamente alle diverse procedure, in relazione ai costi di interventi non giustificati. È poi necessario un censimento delle strutture non adeguate e un aggiornamento delle modalità di formazione, al fine di individuare ed eliminare eventuali distorsioni cliniche, organizzative, culturali e giurisprudenziali e definire le nuove modalità di formazione degli operatori.

È importante, ad esempio, ridurre il numero dei punti nascita inadeguati e favorire l'affluenza delle gestanti alle strutture più idonee alla loro posizione clinica, attraverso il miglioramento del coordinamento territorio-ospedale.

Il tema è certamente complesso, le posizioni sono molto differenziate ma, per dirla con Aristotele: alcuni invero delle cose di cui possiedono l'opinione sono convinti non meno di quanti altri siano convinti delle cose di cui possiedono scienza.

*DI FIANDRA.* Sono dirigente del Coordinamento interregionale sanità – Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome e mi occupo, in particolare, del raccordo tra sanità e sociale. La materia oggetto dell'indagine conoscitiva è estremamente complessa e investe anche molti aspetti che coprono ambiti sociali e sociosanitari. Molti degli argomenti su cui viene richiesta l'attenzione non sono di semplice rilevazione perché non appartengono a flussi già strutturati e meriterebbero perciò un'attenzione particolare anche attraverso un'indagine *ad hoc*. I dati illustrati dalla dottoressa Pellegrini offrono una quantità rilevante di informazioni utilizzabili anche a fini programmatori rispetto ad alcuni elementi specifici. In particolare, le regioni hanno attivato un sistema di rilevazioni, chiamato CEDAP (Certificato di assistenza al parto), attraverso il quale è possibile rilevare molti indicatori estremamente interessanti sulla natalità. Tale sistema di rilevazione, pur essendo già in atto, è però in una fase di assestamento e consolidamento. I primi dati veramente attendibili e più comprensibili saranno quindi disponibili entro la fine di quest'anno. Peraltro, l'attivazione del sistema sul territorio è molto diversificata; in alcune regioni è già abbastanza avanti e si dispone di elementi descrittivi più completi, in altre invece è ancora ad uno stato rudimentale. Per questa ragione abbiamo consegnato i documenti indicativi elaborati da tre regioni diverse (Campania, Valle d'Aosta e Veneto), che potrebbero esservi utili rappresentando lo spaccato di situazioni molto diversificate dal punto di vista sia della struttura socioeconomica e demografica sia dell'offerta dei servizi. La Campania, ad esempio, è una regione sott'osservazione perché, presentando in assoluto la percentuale più alta di parti cesarei, merita attenzione anche in relazione ai percorsi e alle offerte di servizi. Nel documento elaborato da tale regione, oltre ai dati locali, è riportata anche la comparazione tra la realtà campana e quella lombarda con riferimento ad alcuni indicatori demografici ed è inserita un'analisi dei fenomeni più si-

gnificativi che si manifestano nelle due regioni. Di conseguenza, è possibile verificare diversificazioni legate al gradiente Nord- Sud, oltre a tutte le caratteristiche prima rilevate.

Il documento del Veneto contiene qualche elemento in più, perché riporta anche i risultati di alcune indagini effettuate *ad hoc*. Ad esempio, è stata attivata nello specifico una rilevazione sul grado di soddisfazione dell'utente, quindi una verifica di come la partoriente ha percepito l'assistenza ricevuta durante il ricovero ospedaliero a finalità di parto. Alcuni dati potrebbero essere indicativi con riferimento all'appropriatezza di alcune indagini. Non mancano indicatori sul ricorso alla diagnosi prenatale. È significativo che solo il 50 per cento delle donne al di sopra dei 40 anni, che hanno la specifica indicazione di appropriatezza, si sottopone a diagnosi prenatale. Di contro, una percentuale abbastanza alta (circa il 36 per cento) di donne al di sotto dei 35 anni, che non avrebbero la richiesta ai fini preventivi e di intervento appropriato, si sottopone a tale diagnosi. Questi dati sono importanti ai fini della valutazione dell'appropriatezza delle indagini anche in considerazione dei costi delle stesse.

La Valle d'Aosta, infine, ha svolto un lavoro interessante che si avvicina alle richieste di questa Commissione, in quanto ha cercato di raffigurare la propria situazione sulla base delle vostre richieste. Si tratta di una regione di piccole dimensioni, con una disponibilità economica particolare, perciò molto diversa da quella della Campania. Per questo motivo abbiamo preferito rivolgere l'attenzione in prima battuta su alcune regioni esemplificative, ferma restando la disponibilità, non appena si disporrà di dati più completi, a fornire approfondimenti ulteriori.

*CASTELLANO*. Signor Presidente, esprimerò qualche considerazione personale che comunque esplicita il pensiero della Società italiana di ostetricia e ginecologia in merito a quest'indagine conoscitiva sulle nascite in Italia.

Il primo argomento su cui vorrei attirare la vostra attenzione è che il fenomeno della denatalità è sicuramente il risultato dell'impatto socioeconomico di una società che trova nel lavoro e nello spirito competitivo, che ne anima il mercato, le prioritarie condizioni che stanno alla base del problema e che vedono, nelle pur meritorie pari opportunità, l'occasione per disincentivare il ruolo della famiglia matriarcale di non lontana memoria. Ciò giustifica una progressiva riduzione dell'ampiezza delle famiglie che registriamo nel nostro Paese e che, grazie al miglioramento delle condizioni di vita della popolazione e al successo delle politiche sanitarie degli ultimi anni, condiziona sensibilmente l'invecchiamento della popolazione che determinerà l'incalzante disagio dell'anziano in termini di solitudine, condizionando da una parte interventi diretti ad assicurare il *Welfare state* o, in alternativa, imponendo la mediazione di sistemi nell'ottica di un *Welfare society*.

Nella prospettiva dell'invecchiamento e della riduzione della forza lavoro, gioca un ruolo tampone, il fenomeno della migrazione internazionale, che va osservato con grande attenzione e oculata programmazione,

ben consci delle gravi difficoltà legate all'inserimento di questa forza lavorativa, di questa migrazione internazionale nella cultura e nella tradizione del nostro Paese. Ciò condiziona fortemente l'espressività di una società multietnica ove differenze culturali di tradizione e di religione possono sensibilmente ostacolare il totale inserimento sociale e politico degli immigrati in termini di integrazione globale. In quest'ottica si impongono, ovviamente secondo noi, delle strategie incentivanti per la popolazione autoctona, a livello statale e prevalentemente regionale, attraverso una regolamentazione, per quanto possibile, dei fenomeni migratori.

Veniamo ora al parto. Il parto è un evento forte, che coinvolge globalmente la vita della donna, perché dotato di forte intensità per le nozioni positive che produce, ma anche per quelle negative, rappresentate dalla paura, dall'ansia, dalla vergogna, dall'inevitabilità dell'evento; un evento che si accompagna a quelle motivazioni forti che oggi sentiamo di demedicalizzazione, nonostante si avvalga delle tecnologie che l'attuale società scientifica propone per assicurare la più completa tutela e benessere della madre, del nascituro e della coppia.

Si è determinato sicuramente un progressivo aumento nella frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse che sarebbero auspicabilmente riservate alla quota, sia pur limitata, delle gravidanze e dei parti a rischio. La parcellizzazione dei punti nascita e la loro distribuzione geografica (che, come rilevava la dottoressa Pellegrini, svolge un ruolo molto importante nel determinare le scelte operative) certamente incidono sull'aumento della frequenza dei tagli cesarei.

Esistono poi differenze significative non legate soltanto all'area geografica rappresentata ma alla tipologia del rapporto medico-utente che s'instaura al momento dell'evento parto. Siamo certi che i progressi registrati nell'identificazione e nella messa a punto di tecnologie più o meno sofisticate e complesse a tutela della madre del nascituro impongono, nell'immaginario collettivo, l'integrazione di queste procedure alla clinica corrente. Ciò è fortemente condizionato dalle maggiori aspettative di chi aspetta un figlio e lo pretende perfetto. A ciò si aggiunge il ruolo non trascurabile dei *mass media*, che facilita l'aspettativa della perfezione con conseguente implementazione e denuncia di ciò che presumibilmente potrebbe essere definita *malpractice*; come testimonia l'elevato numero di contenziosi medico-legali che si registra quotidianamente. Si ventila, quindi, come naturale corollario l'aumento del rischio iatrogeno e la ridotta qualità della prestazione assistenziale.

Le nostre società scientifiche vedono molto bene la promozione di linee guida basate sulla medicina dell'evidenza. Crediamo fortemente nella qualità a cui corrisponde il grado di soddisfacimento della donna nel misurare le cure proposte e i risultati ottenuti. Siamo convinti che a condizionare fortemente il tasso dei tagli cesarei sia anche la scelta della donna, spesso immotivata ma comunque degna di rispetto, legata a motivazioni di ordine psicologico, la cui rimozione da parte nostra si traduce talora in una vera e propria forzatura.

In questo caso quali strategie secondo noi vanno proposte? Innanzi tutto è necessario ridefinire a livello regionale i punti nascita, sì da rapportare soprattutto risorse umane e tecnologiche in maniera adeguata e in modo sincrono con un evento che può richiedere pronte decisioni di interventi risolutori in emergenza. Consentiamo alla donna l'approccio all'evento nascita che le è più congeniale, assicuriamole la possibilità di partorire senza dolore. Garantiamo alle immigrate, che rappresentano e rappresenteranno un'importante fetta dell'utenza dei nostri punti nascita, quell'accoglienza e quella mediazione culturale che, allo stato attuale, rappresentano un nodo cruciale di primaria importanza.

S'impone necessariamente un percorso comune finalizzato al superamento di atteggiamenti critici, mirando globalmente alla salute dell'individuo, in una visione di *continuum* assistenziale, in un periodo in cui forti sono le spinte sociopolitiche, che sollecitano una demedicalizzazione del parto, accompagnate altresì da politiche regionali finalizzate alla ricerca assoluta della qualità dell'assistenza.

*PARAZZINI.* Illustrerò brevemente il documento che è stato consegnato alla Commissione. La discussione è centrata fondamentalmente sulle considerazioni dell'Associazione cui mi onoro di appartenere sull'incremento dei tagli cesarei. Il punto di riferimento è l'incremento estremamente marcato del ricorso al taglio cesareo. Come rilevava prima la dottoressa Pellegrini, si passa dal 5 per cento degli anni 50 al 10 per cento degli anni '80 per raggiungere il 30 per cento di oggi. Tale incremento è andato di pari passo con il netto miglioramento della prognosi ostetrica. Come documentano alcuni studi clinici, in alcune situazioni cliniche il cesareo ha, senza dubbio, contribuito al miglioramento della prognosi ostetrica. Basti pensare che la mortalità perinatale è diminuita dal 50 per mille degli anni 50 a meno dell'8 per mille di oggi. Malgrado il taglio cesareo abbia giocato un ruolo positivo nell'assistenza ostetrica, i tassi odierni sono in alcune situazioni talmente marcati da non essere giustificati da considerazioni strettamente cliniche.

L'aumento dei tagli cesarei va comunque inquadrato in un quadro demografico sociale caratterizzato dall'incremento dell'età del parto, come è stato già rilevato e dalla netta diminuzione della natalità. È aumentata la percentuale di donne primipare e in età avanzata, entrambi fattori classici determinanti il rischio di taglio cesareo in tutte le popolazioni. Più della metà delle donne che giungono in sala parto non ha mai partorito e tenete presente che ormai la media del numero dei figli è di 1,2 in Italia e di 1,9 nel Nord del Paese. Il cambiamento della tipologia delle donne ha contribuito all'incremento dei tagli cesarei, anche se ciò potrebbe giustificare solo un incremento di alcuni punti percentuali e non erto il dato che si rileva complessivamente.

Da ultimo, dal punto di vista delle considerazioni cliniche, si è osservata, dagli anni '60 ad oggi, una diminuzione dei parti operativi vaginali, che prima erano del 6-7 per cento e che ora sono più o meno del 3 per cento. Indubbiamente, la frequenza delle donne precesarizzate è molto au-

mentata e questa è, come sapete, un'indicazione importante di un fenomeno clinico che ha contribuito ad aumentare il ricorso al taglio cesareo.

Accanto a questi aspetti clinici vi sono senz'altro aspetti organizzativi. Molti punti sono stati già sottolineati, ad esempio, il fatto che l'assenza di una guardia attiva è associata a un maggiore numero di tagli cesarei. Un'indagine effettuata sul 20 per cento dei punti nascita pubblici in Italia mostra come il tasso del taglio cesareo è di circa il 4 per cento maggiore nei centri senza una guardia attiva ostetrica, il che è spesso indicatore anche del numero di parti. La dottoressa Pellegrini ha sottolineato come il numero dei parti assistiti in un anno sia estremamente determinante sull'aumento del tasso dei tagli cesarei.

Questi due fattori, unitamente ad altri meccanismi di tipo retributivo, spiegano, almeno in parte, l'alto tasso dei parti cesarei che si rileva nelle strutture private accreditate (circa il 50 per cento contro il 30 per cento delle strutture pubbliche). Anche nelle strutture private i tassi si aggirano intorno al 50 per cento. Bisogna tener conto che solo lo 0,5 per cento delle nascite avviene in tali strutture.

Le strutture accreditate private hanno tassi estremamente marcati anche perché, essendo generalmente di piccole dimensioni, è più frequente l'assenza di guardia attiva. Molti dei punti nascita con meno di 500 parti sono strutture private accreditate.

È poi necessaria una maggiore relazione tra territorio e struttura ospedaliera. In base ai dati dell'indagine ISTAT e Multiscopo del 1999-2000 circa il 30 per cento delle partorienti sono seguite da ginecologi che non hanno accesso alle sale parto. Questo scollamento tra sala parto e assistenza alla gravidanza giustifica, almeno in parte, alcuni punti percentuali di aumento del cesareo: un ginecologo può avere, ad esempio, un atteggiamento più aggressivo di fronte all'insofferenza al dolore solo perché non conosce la paziente che sta assistendo al parto. A ciò si collega la necessità di diffondere l'analgesia del travaglio di parto. Sempre sulla base dei dati ISTAT e Multiscopo, solo il 15 per cento delle donne che partoriscono per via marginale hanno un'assistenza analgesica. Una maggiore assistenza in tal senso potrebbe contenere l'incremento dei tagli cesarei in una situazione in cui una donna accetta probabilmente meno rispetto ad altri periodi il dolore del parto e un lungo travaglio.

Collegata all'alta frequenza dei tagli cesarei nelle precesarizzate vi è la necessità di un'identificazione di linee guida o comunque di comportamenti condivisi e accettati da tutti i ginecologi come riferimento per l'assistenza al travaglio di parto. Alcuni dati dimostrano che l'applicazione di metodi condivisi di assistenza al parto può ridurre la frequenza dei tagli cesarei.

Vi è poi un altro aspetto estremamente importante nella sensibilità dei ginecologi: la drammatica crescita del contenzioso medico legale. Di conseguenza, i ginecologi sono sempre più preoccupati dell'esito del travaglio di parto, vissuto come momento critico dell'assistenza alla gravidanza e quindi più facilmente soggetto a critica in sede medico legale in presenza di esito negativo. Parallelamente al sensibile aumento del ri-

sarcimento in caso di condanna, vi è stato un incremento dei premi assicurativi, oggi difficilmente sostenibili economicamente dai ginecologi. Questo aspetto pone l'accento sulla necessità di un'iniziativa che, attraverso assicurazioni obbligatorie e altri meccanismi, possano contenere la problematica medico legale e i costi assicurativi.

Nelle discussioni, anche cliniche, il termine di confronto per i tassi relativi ai tagli cesarei è quello del 15 per cento riportato dall'Organizzazione mondiale della sanità. Ebbene, questo dato è credibile solo se si tiene conto che la popolazione italiana è cambiata in termini di storia ostetrica, di età e di pregressi cesarei. In tal senso, le società scientifiche, oltre a questa Commissione, potrebbero approfondire quest'aspetto per individuare un tasso di parti cesarei condiviso, oltre che scientificamente difendibile, nell'ambito della comunità degli ostetrici-ginecologi italiani.

*INGLESE.* Signor Presidente, desidero ringraziarla per averci invitato a quest'audizione. Faremo pervenire alla Commissione una memoria scritta. Oggi presenteremo una sintesi delle problematiche principali che sono state rilevate. Le considerazioni che formulerò in questa sede sono quasi totalmente frutto dell'elaborazione delle segnalazioni dei cittadini, raccolte dalle nostre sezioni sparse su tutto il territorio nazionale e dagli uffici della sede nazionale.

La gravidanza e il parto rappresentano il fulcro delle segnalazioni ricevute. È da più parti lamentata la carenza di informazioni e si ha la percezione di un eccesso di medicalizzazione della gravidanza, con un elevato ricorso a taluni esami diagnostici soprattutto strumentali. È emersa la non sempre adeguata accessibilità ai percorsi che talune regioni hanno messo a punto per l'area della gravidanza e del parto e si rileva la crescente percentuale di sospetti casi di *malpractice*, già più volte segnalata nel corso di questa audizione.

Un cenno a parte merita la realtà dei piccoli ospedali che hanno casistiche inadeguate. La dottoressa Pellegrini ha rilevato che i punti nascita al di sotto dei 500 parti l'anno non dovrebbero restare in vita; tale problematica merita particolare approfondimento.

Carenza di informazione. Quasi il 40 per cento dei cittadini che si rivolgono a noi lamenta difficoltà di orientamento e forte discrepanza tra pareri e informazioni fornite dagli specialisti e dalle varie strutture. Sono emerse la frammentazione e l'inadeguatezza qualitativa delle informazioni nonché l'inevitabile incertezza che ne consegue. Quasi il 54 per cento dei contatti avuti significa la burocratizzazione di percorsi e la difficoltà di accesso agli stessi. A ciò si collega la mancanza di informazione sulla correttezza e appropriatezza dei percorsi.

La dottoressa Di Fiandra ha richiamato la diagnosi prenatale. Frequentemente ci pervengono segnalazioni di gravidanze nel corso delle quali, pur non essendovi particolari fattori di rischio, sono state eseguite fino a nove, se non più, ecografie. Si rileva, inoltre, una frequente considerazione erronea o inadeguata della presenza di fattori di rischio e spesso si prescinde dalle indicazioni degli stessi specialisti.

Su questa come su molte aree del Servizio sanitario nazionale grava la presenza di liste di attesa a volte intollerabili, soprattutto nel primo trimestre di gravidanza. Accedere attraverso il Servizio sanitario pubblico ad un'ecografia nel primo trimestre di gravidanza è particolarmente complesso in buona parte del Paese, soprattutto nelle regioni del Centro-Sud. Poiché i tempi di attesa vanno sempre oltre il primo trimestre, si finisce quindi per accedere *intra moenia* o nel privato.

Una forte discrepanza emerge anche tra le indicazioni degli specialisti sul ricorso all'amniocentesi e le disposizioni regionali previste in materia di prestazioni a carico del servizio sanitario. Una parte consistente di donne effettua, quindi, quest'esame a proprie spese. Una segnalazione ricorrente riguarda il ricorso a prestazioni private per assicurarsi di essere seguiti sempre dallo stesso specialista. Poco fa si citava il fenomeno della presenza in sala parto di un ginecologo diverso da quello che ha seguito la donna durante la gravidanza: chi può, risolve il problema pagando lo specialista. Ciò vale per i ginecologi e, a volte, anche per le ostetriche.

Non mancano segnalazioni crescenti di sospetti casi di *malpractice* (dal 10,1 per cento del 1999 al 12,6 del 2002). Vi faremo avere le prossime statistiche ufficiali che saranno pubblicate nel mese di dicembre. Le aree ostetrico-ginecologica, oncologica, chirurgica e ortopedica rappresentano più del 50 per cento di tutte le segnalazioni che riceviamo di sospetti casi di *malpractice*; sarebbe pertanto opportuno concentrare su di esse l'attenzione.

Disarticolando la casistica a nostra disposizione secondo le categorie utilizzate dalla Joint Commission for Accreditation americana sono emersi dati interessanti. Il 53,2 per cento dei sospetti casi di malpractice, legati a diagnosi errate in corso di gravidanza, dipendono, ad esempio, da un'interpretazione sbagliata o da un uso inappropriato dei test diagnostici o delle indagini strumentali. Per quanto riguarda il parto è invece ricorrente la violazione di protocolli, oltre all'inadeguatezza qualitativa e al ritardo dell'esecuzione del trattamento. Metteremo a disposizione della Commissione questi dati affinché siano utili per una valutazione più attenta del fenomeno.

Sempre in riferimento all'incremento dei sospetti casi di *malpractice*, significo l'opportunità di non concentrarsi solo sul tema delle assicurazioni e di tutto ciò che riguarda il trattamento quando l'evento è già avvenuto o si sospetta si sia verificato. Siamo forti sostenitori di due grandi assi strategici per gli interventi immediati e a medio lungo termine. Innanzi tutto, occorre intervenire in modo più incisivo sull'appropriatezza delle linee guida. In questa come in altre aree oggetto di un uso intenso e frequente da parte di cittadini, è necessario chiarire quali sono i percorsi appropriati, stante l'eccessiva variabilità dei comportamenti.

Occorre investire su tecnologie di prevenzione di fattori di rischio, a maggior ragione in un settore in cui le preoccupazioni sono enormi, come hanno rilevato anche i rappresentanti delle società scientifiche professionali testé ascoltati.

Molte segnalazioni riguardano problematiche apparentemente di minore rilievo, ma che in realtà hanno un impatto notevole sulla donna. Cito, ad esempio, tutte le complicazioni connesse alle suture successive al parto eseguite in maniera inadeguata (cattiva guarigione, cicatrici esteticamente improponibili, conseguenze di carattere funzionale). Tali problematiche, pur sembrando apparentemente di secondaria importanza, hanno invece un enorme rilievo. Purtroppo, sono ancora segnalate in modo significativo le infezioni ospedaliere, come non mancano casi di danni conseguenti all'anestesia, anche se sono di gran lunga superiori le richieste di maggiore ricorso all'analgesia. Il 5 per cento delle donne che si rivolgono a noi lamenta di non aver potuto ricorrere ad un parto con analgesia.

Ai fini della sicurezza del nascituro e della madre, ci siamo battuti in passato sulla necessità di avere punti nascita con una casistica adeguata. Non abbiamo alcun dubbio sulla validità delle argomentazioni illustrate in prima battuta dalla dottoressa Pellegrini. Va però considerata adeguatamente la realtà delle donne che – a seguito di processi di razionalizzazione che portano alla chiusura di strutture ospedaliere – si vedono costrette a partorire a 80 chilometri di distanza dalla loro abitazione, dovendo affrontare strade non sempre agevoli soprattutto se percorse in inverno. Quando un anno fa il famoso comitato delle mamme in lotta di Domodossola paralizzò un'intera città, mi recai *in loco* per verificare la situazione di persona. Ebbene, smontarono tutte le soluzioni che la regione proponeva perché assolutamente irragionevoli. Mi accompagnarono in macchina lungo il tragitto che avrebbero dovuto percorrere, probabilmente di notte, per dimostrarmi come chiunque avrebbe capito che si trattava di soluzioni improponibili. Certamente va assicurata la massima sicurezza alla madre e al nascituro ma altrettanto sicuramente la tutela di questi cittadini non è garantita prevedendo punti nascita a distanza di 80 chilometri dalle loro abitazioni. Se questa è l'alternativa è inevitabile che le donne siano preoccupatissime: non lottano contro la chiusura del piccolo ospedale vicino casa loro ma contro un'ipotesi alternativa che non funziona, e una considerazione di elementare buon senso consente di capire che forse non hanno tutti i torti.

Risultano ancora inadeguatamente considerati fenomeni come la depressione che colpisce le donne subito dopo il parto, la lontananza dei nidi dal luogo di degenza della madre, il mancato coinvolgimento delle mamme nelle decisioni sull'allattamento al seno o artificiale. Le scelte operate in questi ambiti molto spesso sembrano affidate più alla logistica e alle necessità della struttura che all'esigenza di attenzione ai desideri, ai bisogni o quanto meno al coinvolgimento adeguato della mamma.

Le segnalazioni evidenziano un ricorso eccessivo al taglio cesareo tipico della di medicina difensiva. Le regioni del Centro-Sud sono maggiormente colpite dal fenomeno. I cittadini lamentano inoltre una rilevante variabilità di comportamenti dipendente, anche in questo caso, dalle necessità dei singoli operatori o della struttura piuttosto che dalle effettive esigenze delle partorienti.

È comunque di tutta evidenza l'enorme *deficit* di informazione nei confronti delle future mamme e dei loro parenti durante tutto il percorso della gravidanza e soprattutto in prossimità del parto. Molti passi in avanti si sono fatti ma tanta è la strada ancora da percorrere.

Infine, è indispensabile che le linee guida, di cui abbiamo assoluto bisogno, siano elaborate congiuntamente da tutti coloro che giocano un ruolo effettivo in questo processo e adeguatamente illustrate ai cittadini. Allo stato, invece, emerge la scarsa capacità di informazione del servizio sanitario nei confronti dei propri assistiti.

*RINALDI*. Ringrazio il Presidente per aver evidenziato, attraverso l'audizione di attori così diversificati, il riconoscimento di complessità al fenomeno oggetto di studio di quest'audizione, che richiama istanze, così come ribadito recentemente, soprattutto di valore socioculturale. La nostra presenza qui ha un valore altamente simbolico e riconosciamo la particolare attenzione e sensibilità dimostrate.

Secondo le ricerche di cui disponiamo a livello internazionale e nazionale non esiste alcuna evidenza scientifica che leghi l'omosessualità, la sua visibilità, il suo riconoscimento o qualunque forma di adozione alla denatalità in particolare. Tale correlazione sembrerebbe più verosimilmente risentire di visioni stereotipiche, espressione di un senso comune scarsamente sostenuto e corroborato da conferme di natura scientifica sul fenomeno.

Del resto, la ricerca scientifica si è ben guardata dal sostenere una simile posizione. Ciò è dovuto in primo luogo alla natura stessa del fenomeno che sembra richiamare, piuttosto, in Italia così come nel resto d'Europa, istanze e ragioni ascrivibili a motivi di tipo economico; al mutato ruolo della donna rispetto ai temi dell'occupazione (i Paesi a più alta occupazione femminile hanno tassi di fecondità e di natalità più alti, mentre quelli a più bassa occupazione tenderebbero a raggiungere tassi di fecondità e di natalità sempre più bassi); a motivi di tipo socioculturale (è stato sostenuto in una precedente discussione anche il mutato carattere della percezione della genitorialità e della filiazione nel ciclo di vita); a motivi di tipo tecnologico, si pensi, ad esempio, alla diffusione degli strumenti di contraccezione che, se in un primo sviluppo consisteva in un contenimento sia della procreazione che della sessualità, nella seconda fase del loro sviluppo liberano la sessualità dalla procreazione.

Contestualmente a questi fattori elencati brevemente, se mai l'omosessualità svolgesse un ruolo di concausa, nei confronti della denatalità, quest'ultima sarebbe assai marginale e trascurabile. Peraltro, è opportuno sottolineare che, secondo due recentissimi studi sulla popolazione omosessuale in Italia, un numero consistente di omosessuali ha figli, come si evince dagli studi di Barbagli e di Colombo del 2001, con rilevazioni condotte dal primo dicembre 1995 al gennaio 1996 su un campione di 3.500 individui e dalla ricerca di Saraceno del 2003 su Torino.

Del resto, il rapporto tra la mancanza di procreazione e l'omosessualità si risolve in uno stereotipo legato ai concetti di orientamento e com-

portamento sessuali, che non sono stati mai chiariti sufficientemente in trattazione scientifiche e neanche nel senso comune.

Il problema relativo alla natalità in Italia potrebbe essere peraltro riletto attraverso la relazione tra omosessualità e procreazione. A differenza di altre esperienze europee (Olanda, Paesi scandinavi, Francia, Paesi in cui è riconosciuta qualche forma di *registered partnership*) i *trend* di natalità e fecondità si sono stabilizzati e danno segni di ripresa. Ciò sconfermerebbe ulteriormente l'associazione, anche a livello di senso comune, tra denatalità e visibilità ed eventuale riconoscimento dell'omosessualità.

Volendo fare un resoconto della realtà di fatto, in Italia non esistono strumenti legislativi che regolino l'adozione da parte di soggetti o coppie omosessuali (non praticabile in Italia) e l'inseminazione artificiale (anch'essa non praticabile, il medico potrebbe ricevere una sanzione disciplinare da parte della Federazione degli Ordini). Non è da sottovalutare, comunque, il numero sconosciuto dei possibili casi clandestini.

L'unica forma legittimante la genitorialità rimarrebbe la relazione eterosessuale (più o meno duratura nel tempo). Del resto, le uniche ricerche esistenti in Italia di Barbagli e Saraceno parlerebbero anche di una stabilizzazione dei legami tra persone omosessuali, sconfermando uno stereotipo ricorrente. La relazione eterosessuale è ancora riconosciuta come l'unico modo affinché, nella piena realizzazione affettiva degli individui, si possa dare vita ad una genitorialità; secondo una ricerca americana, nel caso di omosessuali è forma disfunzionale di visibilità per il suo dispiegamento affettivo e relazionale e per i valori familiari. Non disponiamo, ahimè, di dati italiani e tale mancanza è un dato di per sé. Siamo comunque pronti a partecipare a ricerche in un contesto nazionale.

Una recente ricerca di tipo esplorativo con altri Paesi, in particolare la Spagna, il Belgio e la Francia, è al vaglio della Commissione europea di cui ci riserviamo di far pervenire i risultati. L'AGEDO fa parte anche di EUROFLAG, che si occupa delle problematiche di supporto delle famiglie con soggetti omosessuali in dimensione europea.

La relazione eterosessuale, come unica forma legittimante la genitorialità, appare come disfunzionale per il pieno dispiegamento affettivo dei *partner* omosessuali, se unica scelta obbligata per l'espressione del desiderio di genitorialità.

In conclusione, la nostra presenza qui ci ha lusingato per un verso ma nello stesso tempo ci ha creato dei problemi, proprio per la mancanza di dati sui quali basarsi. Ritornando alla citazione della frase di Aristotele fatta dalla dottoressa Pellegrini: spesso scienza e senso comune hanno segretato e mistificato alcuni fenomeni e l'omosessualità è uno di questi. La nostra presenza qui oggi, signor Presidente, ha per noi un carattere simbolico ed è prova di un'attenzione e di una sensibilità che le riconosciamo.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Rinaldi. A volte aprire zone d'ombra serve proprio a creare attenzione su di esse e ad approfondire.

Ringrazio altresì tutti gli intervenuti non solo per il contributo dato ma anche per il lodevole sforzo compiuto. V'invito, comunque, ad inte-

grare i vostri interventi fornendo alla Commissione una documentazione il più possibile completa sull'assistenza materno-infantile, atteso che oggi l'attenzione si è focalizzata in modo eccessivo sul taglio cesareo.

Plaudo all'illustrazione del professor Parazzini del Tribunale per i diritti del malato, che ha colto la scaletta precisa delle domande da porre e delle risposte che gli esperti devono dare.

L'aumento dei parti cesarei è sicuramente importante ma non è il *focus* del problema, essendo un argomento di natura squisitamente tecnica. Al riguardo leggerò una notizia Ansa di provenienza americana del dicembre 2002:

«È tornato in auge il parto cesareo. Negli Stati Uniti il taglio chirurgico è arrivato a rappresentare il metodo di quasi il 25 per cento di tutti i parti. Lo si apprende da dati ufficiali della sanità USA. Il ribaltamento della moda degli anni Sessanta e Ottanta di esaltare il "parto naturale" è cresciuto ogni anno. Nel 2001 il loro tasso è salito, per esempio, del 7 per cento rispetto all'anno precedente, raggiungendo il 24,4 per cento di tutti i parti. Il nuovo *trend* è in parte dovuto a un cambiamento di opinione tra le autorità mediche. Dopo la campagna lanciata negli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta per ridurre il numero di parti cesarei – e in particolare la smentita della credenza popolare secondo cui dopo un primo parto chirurgico tutti gli altri devono essere simili – sono emersi dei problemi non previsti.

"I feti morivano, le madri morivano, l'utero spesso finiva lacerato: man mano che si diffondevano rapporti medici su questi episodi, gli ostetrici hanno cominciato a essere molto più prudenti", ha detto Michael Green, direttore del reparto maternità dell'ospedale Massuchetts General di Boston. Oltre al ritorno alla regola "un parto cesareo, tutti parti cesarei", dal 1996 è aumentato il numero di donne che opta per questa soluzione, senza emergenza medica».

Ho letto questo lancio di agenzia per evidenziare la necessità di affrontare il problema non banalmente ma definendo nuove precise linee guida.

Certamente nel nostro Paese ci sono piccoli ospedali ma non è detto che li si debba chiudere solo sulla base di un criterio di economicità. Ciò non esime però dal valutare attentamente le ragioni di questa «malaorganizzazione», a volte *malpractice*. Da questo punto di vista possiamo però essere piuttosto ottimisti: in Italia attualmente il tasso di mortalità perinatale e quello di morbilità materna sono i più bassi in Europa.

TREDESE *(FI)*. Ci ha sorpreso la mancata conoscenza dei fattori che determinano il maggiore ricorso al taglio cesareo. Fino a che punto il ricorso a tale tipologia di intervento è legata alla paura del medico o alla richiesta della paziente? Se molte sono le pazienti che chiedono il taglio cesareo vuol dire che vi è una crescente paura del parto che indirettamente potrebbe generare nella società attuale una disincentivazione ad avere figli. Nella società italiana ci si sposa più tardi che negli altri Paesi europei

per problemi economici e per un eccessivo legame con la famiglia. La paura del parto quanto incide sulla denatalità e quanto condiziona la scelta di ricorrere al taglio cesareo?

*CHIANTERA*. L'AGOI attiverà, in tempi brevi, un gruppo di studio per stabilire la percentuale di tagli cesarei effettivamente necessaria, coniugando le caratteristiche del Nord, del Sud e del Centro del nostro Paese.

Come rilevava il senatore Tredese, certamente il timore diffuso del dolore incide sulla denatalità. Il numero dei cesarei potrà essere ridotto se si svilupperà il parto indolore e se lo Stato modificherà i DRG, ricordandosi che paga poco ciò che costa di più, ossia il parto. Il taglio cesareo non costa e impiega poco tempo; di contro, il travaglio di parto in anestesia, ad esempio, epidurale richiede la presenza di un ginecologo, di un'ostetrica e di un anestesista dedicato. Se le strutture sanitarie faranno uno sforzo maggiore in tal senso, sicuramente qualche donna avrà più voglia di fare un bambino, magari anche dopo un'esperienza devastante perché troppo dolorosa.

PRESIDENTE. Ringrazio nuovamente tutti i convenuti per la disponibilità dimostrata.

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

*I lavori terminano alle ore 16,20.*

*Licenziato per la stampa dall'Ufficio dei Resoconti*

€ 1,00