

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

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

8° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 13 OTTOBRE 2004

**Presidenza del presidente TOMASSINI
indi del vice presidente MASCIONI**

I N D I C E**Documento conclusivo**

(Esame e rinvio)

PRESIDENTE	Pag. 3, 10	
* BAIO DOSSI (<i>Mar-DL-U</i>)	3	
TREDESE (<i>FI</i>)	6	
ALLEGATO (<i>contiene i testi di seduta</i>)	11	

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-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 Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

I lavori hanno inizio alle ore 15,20.

Presidenza del presidente TOMASSINI

PROCEDURE INFORMATIVE

Documento conclusivo

(Esame e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame di uno schema di documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sui fenomeni di denatalità, gravidanza, parto e puerperio in Italia, sospesa nella seduta del 10 marzo.

Invito la senatrice Baio Dossi e il senatore Tredese ad illustrare lo schema di documento conclusivo da loro predisposto, che sarà allegato al resoconto della seduta odierna.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Signor Presidente, nel corso del mio intervento illustrerò la prima parte del documento; sulla seconda parte, invece, si soffermerà il senatore Tredese.

Il 27 maggio 2003 – credo tutti lo ricordino – la 12^a Commissione ha deliberato di svolgere un'indagine conoscitiva sui fenomeni di denatalità, gravidanza, parto e puerperio in Italia. La Commissione si è prefissata l'obiettivo di comprendere le cause del fenomeno della denatalità, di valutare la qualità dell'assistenza prestata alle donne prima, durante e dopo il parto, e di analizzare con particolare attenzione le ragioni di un'elevata parcellizzazione dei punti nascita, della frequenza molto alta in Italia di parti cesarei, di un vistoso e ingiustificato aumento del ricorso a pratiche diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive durante la gravidanza. Si è cercato di far ciò, prestando una particolare attenzione all'aspetto sanitario, senza però prescindere da quelli di ordine culturale, economico e politico, soprattutto per quanto riguarda il tema della denatalità.

Sono state svolte audizioni ed effettuati sopralluoghi dai quali è emerso che le problematiche legate all'evento nascita e al basso tasso di denatalità presente in Italia, rappresentano degli indicatori importanti per noi legislatori; è, pertanto, opportuno conoscerli per formulare, in base ad essi, delle proposte da formalizzare nell'ambito dell'indagine conoscitiva in oggetto.

Nel panorama dei Paesi industrializzati, l'Italia ha alcuni indicatori anomali: il calo drastico della fecondità che è scesa a 1,26 bambini per donna in età fertile; l'eccessiva medicalizzazione della gravidanza e del parto.

Entrando specificatamente nel tema della denatalità, l'Italia rappresenta la nazione con il più basso indice di fecondità in Europa. Questo dato negativo, se considerato unitamente a quello dell'invecchiamento della popolazione, porta ad ipotizzare, entro il 2015, un saldo demografico negativo per il nostro Paese, con gravi ripercussioni sugli equilibri economici e sociali. A parte questo, mi preme sottolineare la positività dell'elevata età media della popolazione, che significa l'efficacia della politica del *welfare* dal punto di vista sanitario che ha consentito l'allungamento della vita media degli italiani.

Alcuni fattori cardine segnano il fenomeno della denatalità: l'età, l'aumento della sterilità e la riduzione della fertilità, i fattori psico-sessuali legati rispettivamente alla donna, all'uomo e alla coppia, gli aspetti socio-economici e il ruolo dell'immigrazione.

Per quanto riguarda l'età, il percorso di vita della donna e della coppia è caratterizzato dal posticipo dell'esperienza riproduttiva. Questo è l'indicatore negativo che caratterizza il nostro Paese. L'età media della nascita del primo figlio è, infatti, stimabile intorno ai 30 anni mentre in altri Paesi europei, pur posticipando l'esperienza riproduttiva, non si raggiunge tal età.

Le cause dell'aumento della sterilità e della riduzione della fertilità sono diverse: la riduzione della qualità dell'ovulazione; la menopausa precoce; l'incremento di patologie ginecologiche; una più lunga esposizione a malattie infettive; l'aumento dei disordini endocrini e dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio.

Quanto ai fattori psico-sessuali legati alla donna, siamo di fronte ad una dicotomia fra maternità, intesa come «antica» realizzazione dell'essere donna, e un nuovo modo di vivere la femminilità come seduzione, realizzazione di sé, segnatamente a livello professionale. Si riscontra anche una perdita del valore sociale della maternità: avere un figlio è un'esperienza meramente privata. Persiste l'ideale del figlio «perfetto» che si scontra con la paura dei propri limiti e che porta ad un atteggiamento difensivo rispetto all'esperienza della maternità. Si manifestano nuove patologie, soprattutto di carattere psicologico, quale, ad esempio, la sindrome da *stress* cronico e da «spazio confinato», più presente nei contesti urbani soprattutto del Nord, ma che rischia di presentarsi anche in altre parti d'Italia.

La ricerca di un'autonomia economica e professionale si associa al maggior grado d'istruzione femminile e alla difficoltà di costituire una famiglia e fare figli perché sembrano non esserci le condizioni per farli.

I fattori psico-sessuali legati all'uomo ripropongono alcuni elementi presenti nella donna, senza una differenza sostanziale. La concezione del «maschio-padre» si è radicalmente trasformata; si riscontra una perdita del valore della paternità e del figlio inteso come continuità esistenziale.

Quanto ai fattori psico-sessuali legati alla coppia, si registra un desiderio profondo di creare la famiglia, ma mancano quelle certezze che portano la donna e l'uomo ad intraprendere una stabile relazione matrimoniale.

Fra i fattori socio-economici vi è l'incremento del tasso di scolarizzazione femminile. L'ingresso e il rafforzamento della presenza femminile nel mondo del lavoro hanno sicuramente modificato l'approccio e il rapporto con la vita di coppia e con la maternità. A differenza degli altri Paesi europei, in Italia manca un equilibrio fra procreazione, lavoro delle donne e modificazione del ruolo di «maschio-padre».

Negli altri Paesi europei si rileva, oltre al numero consistente delle donne lavoratrici, un più alto tasso di natalità. In Italia invece, sia il tasso di occupazione femminile, sia il tasso di natalità sono bassi.

Abbiamo solo citato il ruolo della famiglia di immigrati senza affrontarlo perché avremmo sconfinato in un settore che non poteva essere oggetto di attento approfondimento.

Per affrontare con saggezza e capacità legislativa i problemi della denatalità è necessario rigenerare il valore delle famiglie in Italia e leggere le modificazioni dei comportamenti familiari per capire la trasformazione dei processi procreativi. Serve capire come e quanto s'intende valorizzare il ruolo normale delle famiglie come generatrici di vita e unità di servizi primari. Rispetto ad altri Paesi europei, in Italia i profondi cambiamenti della famiglia si sono manifestati con maggiore lentezza. Sono emersi con minor forza eventi e modelli non tradizionali.

A differenza di altri Paesi europei, soprattutto quelli del Nord Europa (cito la Svezia in quanto modello esemplare), in Italia il 90 per cento della fecondità complessiva è vissuta in ambito familiare, anche se le donne e gli uomini si sposano meno e più tardi.

Nelle relazioni degli auditi è stato più volte sottolineato come la conservazione del ruolo e delle funzioni solidaristiche della famiglia sia legata alla fecondità e al recupero dei legami fraterni e delle reti di parentela e come siano necessarie iniziative che diventino forme di investimento di quel capitale umano di cui la nostra società non può né potrà permettersi di fare a meno.

In questo quadro, serve avviare politiche in favore della famiglia e della coppia che sostengano i giovani nello scegliere il proprio futuro e aiutino le famiglie a costituirsi e a procreare. A tal fine, occorre delineare alcune aree di intervento prioritarie verso le quali indirizzare e suggerire gli interventi del Governo.

Sono necessarie politiche del *welfare* per le famiglie e le coppie, per la salute della donna e per la riproduzione. Per quanto concerne le politiche del *welfare* per le famiglie e per le coppie si sono individuate le seguenti priorità: attuazione di una politica fiscale che favorisca la nascita di nuove famiglie e la procreazione; promozione di una politica volta a rendere la casa accessibile alle giovani coppie, con particolare attenzione alle famiglie deboli economicamente; rafforzamento del sostegno alla maternità per le giovani con lavori flessibili; attuazione di politiche per l'ac-

cesso al lavoro delle giovani, al fine di raggiungere l'obiettivo posto agli Stati membri dal Consiglio europeo di Lisbona del 2000 di raggiungere almeno il 60 per cento di occupazione femminile (dato raggiunto dalla Francia e dalla Svezia, in presenza di un tasso di natalità più elevato; l'Italia è ancora attorno al 40 per cento); adozione di politiche di reingresso nel mercato del lavoro per le donne che lo abbiano abbandonato dopo la nascita del figlio; diffusione di una rete di servizi per la prima infanzia, per l'adolescenza e per la non autosufficienza; rafforzamento delle misure che consentano di conciliare vita familiare e vita lavorativa.

Le politiche per la salute della donna e per la riproduzione devono essere volte: al sostegno delle scelte riproduttive delle coppie e della famiglia; alla promozione di percorsi di «*empowerment*» della donna e dell'uomo di fronte alla gravidanza, alla nascita e alla crescita del bambino.

Sono poi importanti la prevenzione del fenomeno dell'infertilità di coppia e la garanzia di percorsi diagnostico-terapeutici; la completa attuazione della normativa in materia di assistenza al parto; la garanzia dell'accesso a tutti i servizi preventivi diagnostici e terapeutici per i *target* di popolazione più svantaggiata, quali le donne, gli adolescenti e le famiglie immigrate. Va tutelata la salute sessuale e controllata la fecondità, attraverso scelte contraccettive consapevoli nelle donne e negli uomini, al fine di diminuire il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

Di analogo rilievo sono la riduzione dell'incidenza delle malattie a trasmissione sessuale; la promozione della salute psico-relazionale; l'educazione alla salute delle adolescenti e delle giovani, in modo da evitare, per esempio, disturbi del comportamento alimentare.

Bisogna individuare protocolli specifici di assistenza delle gravidanze a rischio e realizzare campagne di promozione della salute delle donne in età fertile e delle gestanti. Occorre garantire e potenziare il sostegno di cui alla legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

Presidenza del vice presidente MASCIONI

TREDESE (*FI*). Ringrazio innanzi tutto la collega Baio Dossi per l'approfondita disamina di tutti gli elementi che abbiamo raccolto. Oltre alle audizioni questa Commissione ha svolto anche alcuni sopralluoghi in determinati ospedali della Lombardia, del Lazio e della Campania per rendersi effettivamente conto di quello che avviene.

Negli ultimi cinquant'anni si è assistito ad una drastica diminuzione della natimortalità, della mortalità perinatale ed infantile e, dalla metà degli anni Quaranta, della mortalità materna.

Sono sufficienti alcuni dati per dimostrare come il sistema socio-sanitario del nostro Paese sia tra i migliori al mondo: il solo tasso di mortalità perinatale è diminuito da 51,3 per mille nati nel 1948, a 8,4 nel

1999; il tasso di mortalità infantile è diminuito da 84,2 per mille nati vivi, sempre nel 1948, a 4,9 per mille nati vivi nel 1999; la mortalità materna è scesa da 111,3 casi su 100.000 nel 1958, a meno di quattro casi su 100.000 nati alla fine degli anni Novanta.

Negli ultimi decenni, si è, tuttavia, assistito ad un progressivo aumento di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive, estese alla totalità delle gravidanze. I nostri parametri sono, infatti, superiori agli indicatori dell'Organizzazione mondiale della sanità. Tutto ciò provoca un aumento dei costi, dà luogo ad un incremento del rischio di problemi iatrogeni e ad una riduzione della qualità delle prestazioni sanitarie. Tal eccesso di medicalizzazione può produrre, inoltre, un effetto di dipendenza e di perdita dell'autocontrollo, in una fase della vita in cui si esprime pienamente la natura della donna e in cui, al contrario, sarebbe altamente auspicabile il suo coinvolgimento in processi di *empowerment* diagnostica.

Com'è stato ricordato, oggi si riscontra un aumento indiscriminato di tagli cesarei (TC). Dagli anni Cinquanta ad oggi l'assistenza ostetrica è cambiata profondamente, con diminuzione dei parti vaginali operativi (6 per cento alla fine degli anni Cinquanta, ora meno del 3 per cento) e aumento del ricorso al taglio cesareo (erano il 5 per cento negli anni Cinquanta, l'11 per cento nel 1980 e il 33 per cento nel 2000).

L'Italia ha oggi di gran lunga la più alta percentuale europea di nascite con taglio cesareo. Il nostro Paese, considerate le nazioni con dati disponibili è al secondo posto nel mondo, preceduto solo dal Brasile, nonostante l'indicazione da parte dell'organizzazione mondiale della sanità di una soglia massima pari al 15 per cento di tagli cesarei, giustificati da indicazioni mediche per problemi materni o fetali.

La crescita dei parti per via chirurgica rappresenta senza dubbio una delle cause del miglioramento della prognosi ostetrica. Numerosi studi clinici hanno documentato l'efficacia del taglio cesareo nel migliorare la prognosi feto-neonatale, in caso di presentazione podalica o di gravidanza gemellare.

Tuttavia, il marcato incremento della frequenza di tagli cesarei è, senza dubbio, un punto critico dell'assistenza ostetrica in Italia. Quest'aumento è in parte dovuto ai cambiamenti dei *pattern* produttivi, quali l'innalzarsi dell'età media al primo parto e il crescere della proporzione di nullipare tra le gravide, ma non ci sono ragioni cliniche sufficienti a giustificare quest'incremento. È ben noto, infatti, che marcate differenze nella frequenza del ricorso al taglio cesareo sono presenti tra i diversi punti parto, anche nell'ambito di una medesima area geografica.

Un taglio cesareo elettivo, senza malattie della gravidanza, dura 40 minuti, viene eseguito in anestesia, non comporta il mantenimento di cateteri vescicali o drenaggi, consente la deambulazione e la minzione spontanea dopo poche ore, l'alimentazione lo stesso giorno dell'intervento e le dimissioni in terza giornata. Bisogna tuttavia ricordare che la mortalità materna dopo il taglio cesareo è di almeno quattro volte maggiore, rispetto

a quella dopo il parto vaginale, per le inevitabili complicazioni che un intervento chirurgico addominale può comportare.

Vi è poi un lungo elenco di problematiche non strettamente cliniche che solo negli ultimi anni cominciano ad essere affrontate ed analizzate dalle categorie professionali interessate. Tra queste si può annoverare la percezione sociale della nascita, oggi sempre più identificata come un evento senza alcun rischio. Perciò, la nascita di un neonato con problemi fisici porta spesso i genitori a procedere legalmente in sede penale o civile, chiedendo al medico o alla struttura sanitaria ingenti risarcimenti.

Questo può indurre comportamenti nell'attività clinica volti più a tutelare gli operatori sanitari stessi che il paziente (cosiddetta, medicina difensiva).

In conclusione, ripercorrendo l'analisi offerta da questo documento conclusivo, si può cogliere il bisogno di una politica di speranza che possa spingere il legislatore alla realizzazione di un efficace sistema sanitario e all'attuazione di una solida politica del *welfare* familiare, anche mutuando l'esperienza di alcuni Paesi europei.

Si auspica, quindi, che vengano diminuiti gli ostacoli che, nonostante le dichiarazioni di intenti, si addensano intorno alle famiglie e alle coppie, che – si ricorda – sono in primo luogo le istituzioni in grado di trasmettere valori e di educare, fungendo anche da ammortizzatore di tensioni sociali. La maternità, in tale quadro, dovrà tornare ad essere un evento normale nella vita di ogni giovane donna, un investimento sociale, e non più un atto privato di eroismo; dovrà essere valorizzata quale scelta possibile, in grado di contribuire alla realizzazione personale.

Quanto alla gravidanza e alla modalità di conduzione del parto emergono alcuni suggerimenti. Una prima politica che associa l'obiettivo dell'efficacia e dell'efficienza è quella di procedere ad una progressiva chiusura dei punti nascita con un numero di parti inferiori a 500 l'anno. Come è stato ripetutamente ribadito da linee guida scientifiche, questi punti nascita non garantiscono la giusta qualità assistenziale al parto e confermano l'uso di ricoveri clinicamente inappropriati. Alcune Regioni hanno ridotto nel corso degli ultimi anni i punti nascita con numero di parti inferiori a 500, realizzando significativi miglioramenti.

L'altra grande leva di controllo delle autorità sanitarie regionali è rappresentata dalla possibilità di agire sulla diversa valorizzazione dei DRG per patologie che non necessitano di regimi di ricovero ordinario. Dalle premesse sopra fatte, emerge la necessità di ridurre fortemente la valorizzazione dei DRG cui afferiscono le diagnosi di patologie, come la minaccia di aborto senza complicazioni e l'iperemesi senza complicazioni, il cui ricovero dovrebbe essere scoraggiato.

Inoltre, andrebbe fortemente differenziata la valorizzazione dei DRG ai quali afferiscono l'ipertensione gestazionale lieve e media, rispetto alle forme gravi con complicazioni, così come rispetto al ritardo di crescita fetale. Sarebbe quindi opportuno identificare, per ciascuna di queste classi di patologie, un *cut-off* condiviso e riconosciuto di gravità distinguendo tra le forme che non richiedono ricovero ordinario e quelle che non solo neces-

sitano di ricovero, ma per loro natura assorbono una notevole quantità di risorse umane e terapeutiche, oggi al contrario non adeguatamente remunerate.

Il terzo meccanismo da porre in essere è il controllo del rapporto tra prescrizione e diagnosi positiva all'interno dell'area di autoprescrizione degli ospedali, attraverso indagini che costituiscano indicatori di qualità e di risultato per le strutture dirigenziali delle aziende ospedaliere pubbliche e private accreditate.

Sarebbe auspicabile inoltre che le Aziende sanitarie locali possano condurre analoghe indagini a campione sulla prescrizione non ospedaliera. Questo processo richiederebbe profonde modificazioni dei sistemi di archivio degli erogatori di prescrizioni, dei centri e dei laboratori di diagnosi. Alternativamente, potrebbero essere affidate quote di esami specialistici, in eccesso alla *routine* di *screening*, in funzione del numero di gestanti seguite per anno. Questo meccanismo richiederebbe, tuttavia, la penalizzazione di centri di qualità ai quali afferiscono proprio gestanti a rischio. Criteri valutativi *ad hoc* potrebbero tuttavia essere approntati per rendere fattibile questo meccanismo, peraltro adottato dai regimi assistenziali su base assicurativa e sociale.

Le azioni proponibili concretamente potrebbero, ad esempio, comprendere la revisione dei DRG del parto vaginale e del taglio cesareo senza complicazioni, che potrebbe essere utilizzata come leva pratica per disincentivare chi usa impropriamente, senza ragioni medico-scientifiche, il taglio cesareo, essendo esso più remunerativo del parto vaginale.

Bisognerebbe modificare la normativa sulla responsabilità del medico, visto che l'attenzione della società civile e della magistratura sulla professionalità del medico, bene accettata al suo comparire negli anni Settanta, sta oggi stravolgendo alcuni aspetti della professione medica, per cui occorrono interventi del legislatore al fine di porre un freno a questo meccanismo. Un disegno di legge (Atto Senato 108), di cui la Commissione igiene e sanità del Senato ha concluso l'esame, prevede l'introduzione dell'arbitrato, l'istituzione di un albo nazionale di periti, l'equiparazione della responsabilità tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati, nonché l'introduzione dell'assicurazione obbligatoria per tutte le strutture sanitarie. Si tratta di poche modifiche che potrebbero essere l'inizio di un'inversione di tendenza, rispetto ai sempre più numerosi atteggiamenti di medicina difensiva da parte del medico.

Sarebbe poi opportuno attribuire alle ostetriche una responsabilità diretta nell'assistenza del travaglio fisiologico, valutato dal medico in base a protocolli condivisi dalle società scientifiche mediche; monitorare e incrementare, attraverso Commissioni di controllo, le qualità dell'insegnamento pratico, erogato nelle scuole di specializzazione e nei corsi di laurea triennale per ostetriche; sviluppare Gruppi di lavoro multidisciplinari, che verifichino l'esito a distanza sulla madre e sul neonato, sia nel caso di parto vaginale che cesareo; ricorrere ad azioni rivolte alla famiglia, alla coppia e alla donna, per sostenere la gravidanza ed il parto. I corsi di accompagna-

mento al parto devono diventare parte integrante dell'attività assistenziale dei punti nascita e delle strutture territoriali ad esse collegate.

PRESIDENTE. Ringrazio la senatrice Baio Dossi e il senatore Tredese per i loro interventi e rinvio il seguito dell'esame dello schema di documento conclusivo dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,50.

ALLEGATO

**DOCUMENTO CONCLUSIVO PROPOSTO DAI RELATORI PER
L'INDAGINE CONOSCITIVA SUI FENOMENI DI DENATALITÀ,
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO IN ITALIA**

1. Introduzione
2. Parte I – Denatalità
3. Parte II – Tipologia di nascita
4. Conclusioni

1. Introduzione

La 12^a Commissione permanente, in data 27 maggio 2003, ha deliberato, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, di svolgere un'indagine conoscitiva riguardante la denatalità, la gravidanza, il parto ed il puerperio in Italia. La Commissione si è in particolar modo prefissata di comprendere le cause del fenomeno della denatalità, di valutare la qualità dell'assistenza prestata alle donne prima, durante e dopo il parto, nonché di analizzare le ragioni alla base di un'elevata parcellizzazione dei punti nascita, di una frequenza abnorme di parti cesarei, di un vistoso ed ingiustificato aumento del ricorso a pratiche diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive durante la gravidanza. Nell'affrontare tali questioni è stato scelto di tenere conto dei molteplici aspetti che le caratterizzano, di ordine culturale, economico e politico, oltre che prettamente sanitario.

L'indagine conoscitiva si è articolata nell'audizione di organismi istituzionali, società scientifiche, rappresentanti di categorie professionali e di cittadini.

Lo svolgimento dell'indagine conoscitiva ha inoltre compreso l'effettuazione di sopralluoghi presso punti nascita in Lombardia, Lazio e Campania.

Le problematiche legate all'evento della nascita in tutti i suoi aspetti (dal concepimento alla gravidanza, dal parto al puerperio) rappresentano importanti indicatori della realtà politica, socio-economica e sanitaria di un paese. I comportamenti procreativi delle coppie hanno ripercussioni rilevanti sullo sviluppo sociale ed economico di una nazione, fino a condizionarne le scelte politiche per molti decenni. È importante pertanto riflettere su fenomeni quali l'aumento o la diminuzione delle nascite – che modificano la struttura demografica di una popolazione – l'impiego dei metodi contraccettivi, le scelte relative all'assistenza alla gravidanza e al parto, le politiche per la famiglia, i sussidi per le madri e per le coppie non autosufficienti.

Nel panorama dei paesi industrializzati, l'Italia ha indicatori anomali che, non potendo essere considerati eventi estemporanei, meritano particolare attenzione: spiccano, in particolare, il calo drastico della fecondità (scesa a 1,26 bambini per donna in età fertile) e l'eccessiva medicalizzazione della gravidanza e del parto. Il ricorso al taglio cesareo è superiore al 30 per cento dei parti complessivi: dato questo che rappresenta un fenomeno certamente negativo.

Sulla base anche di tali riflessioni ha preso l'avvio l'indagine conoscitiva deliberata dalla Commissione igiene e sanità del Senato. L'indagine conoscitiva consta di due filoni corrispondenti, rispettivamente, ai temi della denatalità e delle modalità di assistenza alla gravidanza e, soprattutto, al parto.

La presente relazione introduttiva contiene i risultati principali emersi dalle audizioni e dall'ampia documentazione scientifica prodotta, mentre la descrizione analitica dei due filoni d'indagine è contenuta negli atti da pubblicare successivamente, costituenti parte integrante dell'indagine conoscitiva, che potranno fornire un quadro completo ed esaustivo. I risultati emersi possono costituire un ausilio sia per il legislatore, nazionale e regionale, sia per le diverse professionalità tecniche coinvolte a vario titolo in questa materia.

2. Parte I – Denatalità

L'Italia rappresenta oggi la nazione con il più basso indice di fecondità per le donne in età fertile pari a 1,26 figli, al marzo 2004. Se questo è un dato negativo, è per taluni aspetti, invece, da considerare anche positivamente l'elevata età media della popolazione italiana, in quanto segno di un'efficace politica del *welfare*.

Denatalità e invecchiamento, considerati complessivamente, rischiano, però, di portare, entro il 2015, un saldo demografico negativo per il nostro Paese, con gravi ripercussioni sugli equilibri economici e sociali.

I fattori cardine della denatalità possono essere così riassunti:

– Età – La potenzialità riproduttiva della donna inizia il suo declino a partire dal ventisettesimo-ventinovesimo anno, come dimostrato da numerosi studi scientifici. Il quadro del percorso di vita della donna e della coppia è caratterizzato dal posticipo dell'esperienza riproduttiva. L'età media alla nascita del primo figlio è, infatti, stimabile intorno ai trent'anni, secondo una tendenza manifestatasi a partire dagli anni Settanta. Nella fascia di età superiore ai trentacinque anni la fecondità, pur essendo aumentata di due-tre volte rispetto al passato, non ha colmato la perdita dovuta al calo di natalità in giovane età. Avere figli più tardi significa avere meno figli.

– Aumento della sterilità e riduzione della fertilità – Nella donna le cause sono da ascrivere alla riduzione della qualità dell'ovulazione; alla menopausa precoce (spontanea o iatrogena); all'incremento di patologie

ginecologiche con particolare riferimento alle infezioni tuberliche da malattie sessualmente trasmesse, che determinano danni irreversibili alle tube; ad una più lunga esposizione a malattie infettive e all'aumento dei disordini endocrini e dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio. Le cause di sterilità e di infertilità di coppia sono adducibili per il 35 per cento all'uomo e sono verosimilmente legate ad una riduzione della qualità del liquido seminale per varicocele, infezioni genitali, fattori tossici da stili di vita inappropriati.

– Fattori psicosessuali legati alla donna – L'identità femminile oggi subisce una dicotomia tra maternità, intesa come «antica» realizzazione dell'essere donna, ed una nuova femminilità, vissuta come seduzione e realizzazione professionale. Si riscontra anche una perdita del valore sociale della maternità: attualmente, infatti, avere un figlio è un'esperienza meramente privata ed il valore della procreazione come atto di continuità esistenziale di sé e della famiglia si è indebolito. Restano l'ideale di un figlio «perfetto» – che tale non potrà essere – e la paura dei propri limiti, che ha come conseguenza un atteggiamento difensivo rispetto al diventare madre. Si manifestano, inoltre, nuove patologie, come sindrome da *stress* cronico e da «spazio confinato» specie in contesti urbani, più frequentemente al Nord, ed affiorano fattori sociali, quali la permanenza per lungo tempo delle ragazze nella famiglia di origine; la ricerca di un'autonomia economico-professionale ed ancora la consapevolezza dei doveri di madre, con le difficoltà e le responsabilità annesse. Infine, la scelta di non procreare o di posticipare la maternità, grazie all'uso di una contraccezione ormai affidabile e scientifica, non garantisce sempre il poter divenire madre quando lo si reputa opportuno.

– Fattori psicosessuali legati all'uomo – Lo *status* del «maschio-padre», culturalmente, socialmente ed economicamente inteso, si è profondamente modificato, parallelamente a quanto avvenuto per la donna: si riscontrano una perdita del valore della paternità e la paura di affrontarla, nonché l'investimento nella realizzazione personale e perdita del valore del figlio come continuità esistenziale.

– Fattori psicosessuali legati alla coppia – Si registra una consapevolezza del concetto di famiglia, legato a due connotati essenziali: il primo relativo al desiderio profondo di crearla, l'altro rinvenibile nella mancanza di certezze e nella conseguente paura sul buon esito della vita matrimoniale. Gli Italiani, inoltre, sono stati storicamente protesi verso il miglioramento e il risparmio e disposti a sacrificarsi anche perché mossi dal desiderio di dare ai propri figli una vita migliore, di farli studiare, di investire su di loro e costruire il futuro. Questo forte sentimento di solidarietà intergenerazionale, così tipicamente italiano, in pochi decenni si è, tuttavia, attenuato.

– Fattori socio-economici – Fra i fattori che determinano l'assetto demografico, è stato determinante l'incremento del tasso di scolarizzazione femminile, come premessa ed elemento fondamentale dell'accesso al mondo del lavoro. A differenza di molti paesi europei, in Italia manca un equilibrio fra procreazione e lavoro delle donne. Il «contratto di ge-

nere», inteso come relazione fra i *partners*, cura familiare e solidarietà tra generazioni è come incompiuto. Ogni famiglia si organizza in modo autonomo e non si sente affiancata dalle istituzioni nella cura dei piccoli e degli anziani. Il sostegno pubblico per la prima infanzia risulta infatti particolarmente carente e, se si considera che la comparsa del figlio nel nucleo familiare comporta un aggravio di circa il 22 per cento delle spese sostenute, la scelta di procreare dipende anche dalle possibilità economiche, soprattutto in un quadro di indebolimento del potere di acquisto.

– Ruolo dell’immigrazione – Occorre non ignorare, infine, il ruolo della famiglia immigrata in Italia, che pur costituendo ancora una minoranza rispetto al dato complessivo del fenomeno migratorio, rappresenta, tuttavia, uno degli elementi innovativi nel contesto sociale del nostro paese.

Di seguito verranno illustrate due possibili aree, l’intervento sulle quali potrebbe risultare efficace ai fini della gestione del problema della denatalità.

A) RIGENERARE IL VALORE DELLA FAMIGLIA

Capire le trasformazioni delle famiglie in Italia è essenziale al benessere della società complessa in cui viviamo, tesa più alla valorizzazione dell’individuo che delle relazioni. Risulta ormai un dato acquisito, sia da parte degli osservatori, sia dell’opinione pubblica, che la famiglia tende sempre più a «farsi norma a se stessa», al di fuori dei tradizionali legami familiari e sociali.

Leggere le modificazioni dei comportamenti familiari serve per capire la trasformazione dei comportamenti procreativi. È importante definire quale collocazione attribuire alla famiglia e anche come e quanto si intenda valorizzare il ruolo «normale» della stessa, come generatrice di vita e come unità di servizi primari. Per rigenerare e aggiornare il valore della famiglia occorre riconoscerle un complesso di diritti e di doveri quale istituzione autonoma, la quale non può coincidere con i singoli individui che ne fanno parte, né con la società in cui si inserisce. Le ultime ricerche parlano di famiglia come capitale sociale primario, ovvero generatrice e produttrice di quei beni relazionali essenziali non solo per se stessa, ma fondanti la società.

In Italia, rispetto ad altri paesi europei, i profondi cambiamenti della famiglia si sono manifestati con maggiore lentezza: sono, infatti, emersi con minore forza eventi e modelli non tradizionali. Il 90 per cento della fecondità complessiva del nostro Paese è vissuta in ambito familiare. È pur vero, però, che le donne e gli uomini si sposano meno e più tardi e a questo non corrisponde un aumento proporzionale delle libere unioni. Il matrimonio, nonostante la diffusione delle libere unioni e la crescita dei divorzi, rappresenta la scelta prevalente per formare una famiglia con figli, in armonia con lo stesso principio contemplato dalla Carta Costituzionale ed espresso nell’articolo 29. Occorre sottolineare, tuttavia, come il successivo articolo 30 della Costituzione esprima una scelta lungimirante dei costi-

tuenti, perché, stabilendo il diritto-dovere di entrambi i genitori di provvedere al mantenimento, all'istruzione e all'educazione del figlio, prescinde dalla relazione che fra loro intercorre. Oggi, infatti, si riscontra una pluralità di forme famigliari, che chiedono alle istituzioni di essere riconosciute. Invero, l'ampio dibattito, affacciatosi già anche alle Aule parlamentari, attiene alla possibilità di costruire un quadro normativo in cui le nuove forme possano trovare un riconoscimento, pur nella loro diversità.

Il tema, come si può ben comprendere, interessa tutte le istituzioni, non solo quelle politiche, ma anche quelle culturali e religiose.

In un quadro caratterizzato dalla diminuzione della natalità e dalla forte necessità di rigenerare i valori nei genitori e negli educatori, occorre tenere presente che come non vi è possibilità di costruire un futuro senza figli, così è vero anche il contrario e cioè che senza sicurezza nel futuro non vi sono figli: l'incertezza e le difficoltà economiche rendono meno generosi nel donare la vita.

Nelle relazioni degli auditi è stato più volte sottolineato come la conservazione del ruolo e delle funzioni solidaristiche della famiglia sia legata alla fecondità e al recupero dei legami fraterni e delle reti di parentela e come siano necessarie iniziative che diventino forme di investimento di quel capitale umano di cui la nostra società non può, né potrà permettersi, di fare a meno.

Al di là del facile *slogan* «occorre rivitalizzare la funzione procreativa della famiglia», è innegabile che l'istituto della famiglia, per il suo ruolo inderogabile di fulcro centrale, necessita di un recupero del suo significato di valore e di quella vera linfa che, attraverso sostegni di ordine normativo e materiale da parte delle istituzioni, possa fornire la forza di portare avanti un progetto di genitorialità e di procreazione.

B) POLITICHE IN FAVORE DELLA FAMIGLIA E DELLA COPPIA

Di fronte a questo scenario appare necessario ritrovare un dinamismo demografico in grado di abbassare l'età media della popolazione. Determinanti sono le politiche che sostengano i giovani a scegliere il proprio futuro e aiutino la famiglia a costituirsi e a procreare; si tratta di scelte che consentano alla famiglia di assumersi liberamente le proprie responsabilità, rivalutare il principio di solidarietà fra le generazioni e aiutare i soggetti più deboli. Peraltro, nonostante l'acquisizione di una nuova consapevolezza da parte degli ultimi governi, il nostro Paese, così come alcuni dei *partners* europei, non è riuscito a rimuovere, né a scalfire il problema.

Occorre, quindi, delineare alcune aree di intervento prioritarie, verso le quali indirizzare gli interventi del Governo per una politica a favore della famiglia, della coppia, della salute della donna e della riproduzione, con i seguenti obiettivi:

1) Politiche del welfare per le famiglie e per le coppie

Attuazione di una politica fiscale che favorisca la nascita di nuove famiglie e la procreazione; promozione di una politica volta a rendere

la casa accessibile alle giovani coppie, con particolare attenzione alle famiglie deboli economicamente; rafforzamento del sostegno alla maternità per le giovani con lavori flessibili; attuazione di politiche per l'accesso al lavoro delle giovani, al fine di raggiungere l'obiettivo posto agli Stati membri dal Consiglio europeo di Lisbona del 2000, di raggiungere almeno il 60 per cento di occupazione femminile; adozione di politiche di reingresso nel mercato del lavoro per le donne che lo abbiano abbandonato dopo la nascita del figlio; diffusione di una rete di servizi per la prima infanzia, per l'adolescenza e per la non autosufficienza; rafforzamento delle misure che consentano di conciliare vita familiare e vita lavorativa.

2) Politiche per la salute della donna e per la riproduzione

Sostegno delle scelte riproduttive delle coppie e della famiglia; promozione di percorsi di «*empowerment*» della donna e dell'uomo di fronte alla gravidanza, alla nascita e alla crescita del bambino; prevenzione del fenomeno dell'infertilità di coppia e garanzia di percorsi diagnostico-terapeutici; attuazione della normativa in materia di assistenza al parto; garanzia dell'accesso a tutti i servizi preventivi, diagnostici e terapeutici per i *target* di popolazione più svantaggiata, quali le donne, le adolescenti e le famiglie immigrate; tutela della salute sessuale e controllo della fecondità, attraverso scelte contraccettive consapevoli nelle donne e negli uomini, al fine di diminuire il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza; riduzione dell'incidenza delle malattie a trasmissione sessuale; promozione della salute psico-relazionale; educazione alla salute delle adolescenti e delle giovani, in modo da evitare, per esempio, disturbi del comportamento alimentare; individuazione di protocolli specifici di assistenza delle gravidanze a rischio; realizzazione di campagne di promozione della salute delle donne in età fertile e delle gestanti; garanzia e potenziamento del sostegno di cui alla legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

3. Parte II – Tipologia di nascita

Negli ultimi cinquant'anni si è assistito ad una drastica diminuzione della natimortalità, della mortalità perinatale ed infantile e, dalla metà degli anni Quaranta, della mortalità materna. Sono sufficienti alcuni dati per dimostrare come il sistema socio-sanitario del nostro Paese sia tra i migliori al mondo: il solo tasso di mortalità perinatale è diminuito da 51,3 per mille nati nel 1948, a 8,4 nel 1999; il tasso di mortalità infantile è diminuito da 84,2 per mille nati vivi, sempre nel 1948, a 4,9 per mille nati vivi nel 1999; la mortalità materna è scesa da 111,3 casi su centomila nel 1958, a meno di 4 casi su centomila nati alla fine degli anni Novanta. Negli ultimi decenni, si è, tuttavia, assistito ad un progressivo aumento di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive, estese alla totalità delle gravidanze. I nostri parametri sono, infatti, superiori agli indicatori dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tutto ciò provoca un

aumento dei costi, dà luogo ad un incremento del rischio di problemi iatrogeni e ad una riduzione della qualità delle prestazioni sanitarie. Tale eccesso di medicalizzazione può produrre, inoltre, un effetto di dipendenza e di perdita dell'autocontrollo, in una fase della vita in cui si esprime pienamente la natura della donna e in cui, al contrario, sarebbe altamente auspicabile il suo coinvolgimento in processi di *empowerment* diagnostica.

Come è stato ricordato, oggi si riscontra un aumento indiscriminato di tagli cesarei (TC). Dagli anni Cinquanta ad oggi l'assistenza ostetrica è cambiata profondamente, con diminuzione dei parti vaginali operativi (6 per cento alla fine degli anni Cinquanta, ora meno del 3 per cento) e aumento del ricorso al taglio cesareo (erano il 5 per cento negli anni Cinquanta, l'11 per cento nel 1980 e il 33 per cento nel 2000).

L'Italia ha oggi di gran lunga la più alta percentuale europea di nascite con taglio cesareo. Il nostro Paese, considerate le nazioni con dati disponibili, è al secondo posto nel mondo, preceduto solo dal Brasile, nonostante l'indicazione da parte dell'Organizzazione Mondiale della sanità di una soglia massima pari al 15 per cento di tagli cesarei, giustificati da indicazioni mediche per problemi materni o fetali.

La crescita dei parti per via chirurgica rappresenta senza dubbio una delle cause del miglioramento della prognosi ostetrica. Numerosi studi clinici hanno documentato l'efficacia del taglio cesareo nel migliorare la prognosi feto-neonatale, in caso di presentazione podalica o di gravidanza gemellare. Tuttavia il marcato incremento della frequenza di tagli cesarei è, senza dubbio, un punto critico dell'assistenza ostetrica in Italia. Questo aumento è in parte dovuto ai cambiamenti nei *pattern* riproduttivi, quali l'innalzarsi della età media al primo parto e il crescere della proporzione di nullipare tra le gravide, ma non ci sono ragioni cliniche sufficienti a giustificare questo incremento. E' ben noto, infatti, che marcate differenze nella frequenza del ricorso al taglio cesareo sono presenti tra i diversi punti parto, anche nell'ambito di una medesima area geografica.

Un taglio cesareo elettivo, senza malattie della gravidanza, dura quaranta minuti, viene eseguito in anestesia, non comporta il mantenimento di cateteri vescicali o drenaggi, consente la deambulazione e la minzione spontanea dopo poche ore, l'alimentazione lo stesso giorno dell'intervento e le dimissioni in terza giornata. Bisogna tuttavia ricordare che la mortalità materna dopo il taglio cesareo è di almeno quattro volte maggiore, rispetto a quella dopo il parto vaginale, per le inevitabili complicazioni che un intervento chirurgico addominale può comportare.

Vi è poi un lungo elenco di problematiche non strettamente cliniche che solo negli ultimi anni cominciano ad essere affrontate ed analizzate dalle categorie professionali interessate. Tra queste si può annoverare la percezione sociale della nascita, oggi sempre più identificata come un evento senza alcun rischio. Perciò, la nascita di un neonato con problemi fisici porta spesso i genitori a procedere legalmente in sede penale o civile, chiedendo al medico o alla struttura sanitaria ingenti risarcimenti.

Questo può indurre comportamenti nell'attività clinica volti più a tutelare gli operatori sanitari stessi che il paziente (medicina difensiva).

4. Conclusioni

Ripercorrendo l'analisi offerta da questo documento conclusivo, si può cogliere il bisogno di una «politica di speranza» che possa spingere il legislatore alla realizzazione di un efficace sistema sanitario e all'attuazione di una solida politica del *welfare* familiare, anche mutuando l'esperienza di alcuni paesi europei.

Si auspica, quindi, che vengano diminuiti gli ostacoli che, nonostante le dichiarazioni di intenti, si addensano intorno alle famiglie e alle coppie, che – si ricorda – sono in primo luogo le istituzioni in grado di trasmettere valori e di educare, fungendo anche da ammortizzatore di tensioni sociali. La maternità, in tale quadro, dovrà tornare ad essere un evento normale nella vita di ogni giovane donna, un investimento sociale, e non più un atto privato di eroismo; dovrà essere valorizzata quale scelta possibile, in grado di contribuire alla realizzazione personale.

Quanto alla gravidanza e alla modalità di conduzione del parto emergono alcuni suggerimenti.

Una prima politica che associa l'obiettivo dell'efficacia e dell'efficienza è quella di procedere ad una progressiva chiusura dei punti nascita con un numero di parti inferiori a 500 all'anno. Come è stato ripetutamente ribadito da linee guida scientifiche, questi punti nascita non garantiscono la giusta qualità assistenziale al parto e confermano l'uso di ricoveri clinicamente inappropriati. Alcune Regioni hanno ridotto nel corso degli ultimi anni i punti nascita con numero di parti inferiori a 500, realizzando significativi miglioramenti.

L'altra grande leva di controllo delle autorità sanitarie regionali è rappresentata dalla possibilità di agire sulla diversa valorizzazione dei DRG per patologie che non necessitano di regimi di ricovero ordinario. Dalle premesse sopra fatte, emerge la necessità di ridurre fortemente la valorizzazione dei DRG a cui afferiscono le diagnosi di patologie, come la minaccia di aborto senza complicazioni e l'iperemesi senza complicazioni, il cui ricovero dovrebbe essere scoraggiato. Inoltre andrebbe fortemente differenziata la valorizzazione dei DRG ai quali afferiscono l'ipertensione gestazionale lieve e media, rispetto alle forme gravi con complicazioni, così come rispetto al ritardo di crescita fetale. Sarebbe quindi opportuno identificare per ciascuna di queste classi di patologie un *cut-off* condiviso e riconosciuto di gravità, distinguendo tra le forme che non richiedono ricovero ordinario e quelle che non solo necessitano di ricovero, ma che per la loro natura assorbono una notevole quantità di risorse umane e terapeutiche, oggi al contrario non adeguatamente remunerate.

Il terzo meccanismo da porre in essere è il controllo del rapporto tra prescrizione e diagnosi positiva all'interno dell'area di autoprescrizione degli ospedali, attraverso indagini che costituiscano indicatori di qualità e di risultato per le strutture dirigenziali delle aziende ospedaliere pubbliche e private accreditate.

Sarebbe auspicabile inoltre che le Aziende Sanitarie Locali possano condurre analoghe indagini a campione sulla prescrizione non ospedaliera. Questo processo richiederebbe profonde modificazioni dei sistemi di archivio degli erogatori di prescrizioni, dei centri e dei laboratori di diagnosi. Alternativamente potrebbero essere affidate quote di esami specialistici, in eccesso alla *routine* di *screening*, in funzione del numero di gestanti seguite per anno. Questo meccanismo richiederebbe, tuttavia, la penalizzazione di centri di qualità ai quali afferiscono proprio gestanti a rischio. Criteri valutativi *ad hoc* potrebbero tuttavia essere approntati per rendere fattibile questo meccanismo, peraltro adottato dai regimi assistenziali su base assicurativa e sociale.

Le azioni proponibili concretamente potrebbero comprendere:

– La revisione dei DRG del parto vaginale e del taglio cesareo senza complicazioni. Questa potrebbe essere utilizzata come leva pratica per disincentivare chi usa impropriamente, senza ragioni medico-scientifiche, il taglio cesareo, essendo esso più remunerativo del parto vaginale.

– La modificazione della normativa sulla responsabilità del medico. L'attenzione della società civile e della magistratura sulla professionalità del medico, bene accettata al suo comparire negli anni Settanta, sta oggi stravolgendo alcuni aspetti della professione medica, per cui occorrono interventi del legislatore al fine di porre un freno a questo meccanismo. Un disegno di legge (A.S. 108), di cui la Commissione igiene e sanità del Senato ha concluso l'esame, prevede l'introduzione dell'arbitrato, l'istituzione di un albo nazionale di periti, l'equiparazione della responsabilità tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati, nonché l'introduzione dell'assicurazione obbligatoria per tutte le strutture sanitarie. Si tratta di poche modifiche che potrebbero essere l'inizio di un'inversione di tendenza, rispetto ai sempre più numerosi atteggiamenti di «medicina difensiva» da parte del medico.

– L'attribuzione alle ostetriche della responsabilità diretta nell'assistenza del travaglio fisiologico, valutato dal medico in base a protocolli condivisi dalle società scientifiche mediche.

– Il monitoraggio e l'incremento, attraverso commissioni di controllo, delle qualità dell'insegnamento pratico, erogato nelle scuole di specializzazione e nei corsi di laurea triennale per ostetriche.

– Lo sviluppo di gruppi di lavoro multidisciplinari, che verifichino l'esito a distanza sulla madre e sul neonato, sia nel caso di parto vaginale che cesareo.

– Il ricorso ad azioni rivolte alla famiglia, alla coppia e alla donna, per sostenere la gravidanza ed il parto; i corsi di accompagnamento al parto devono diventare parte integrante dell'attività assistenziale dei punti nascita e delle strutture territoriali ad esse collegate.

