

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XIV LEGISLATURA —

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

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

12° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 9 NOVEMBRE 2004

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE

Documento conclusivo

(Seguito dell'esame e approvazione del documento conclusivo)

PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 11 e <i>passim</i>
* BAIO DOSSI (<i>Mar-DL-U</i>)	6, 11
BOLDI (<i>LP</i>)	5, 8
CARELLA (<i>Verdi-U</i>)	8
DANZI (<i>UDC</i>)	8
DI GIROLAMO (<i>DS-U</i>)	3
* FASOLINO (<i>FI</i>)	9
* LONGHI (<i>DS-U</i>)	4, 6
SALINI (<i>FI</i>)	10
SALZANO (<i>UDC</i>)	10
TREDESE (<i>FI</i>)	11
ULIVI (<i>AN</i>)	6
ALLEGATO (<i>contiene i testi allegati al Resoconto</i>)	13

N.B. I testi di seduta sono riportati in allegato al Resoconto stenografico.

Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dall'oratore.

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 15,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Documento conclusivo

(Seguito dell'esame e approvazione del documento conclusivo)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame di uno schema di documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sui fenomeni di denatalità, gravidanza e puerperio in Italia, sospeso nella seduta dello scorso 3 novembre.

Riprendiamo la discussione.

DI GIROLAMO (*DS-U*). Signor Presidente, riprenderò alcuni degli argomenti trattati nel corso del dibattito che ha avuto inizio la scorsa settimana.

Pur riconoscendo la qualità del documento conclusivo presentato dai relatori, se si intende produrre un testo che rispecchi in maniera più esauritiva le questioni affrontate nel corso delle audizioni e il dibattito che su questi temi sta impegnando l'altro ramo del Parlamento, è necessario apportare alcune integrazioni.

In tal senso va sottolineato con maggiore chiarezza come il calo della natalità sia imputabile non solo a fattori di matrice culturale, vale a dire a modifiche che intervengono nella società e nella percezione della procreazione, ma anche a ostacoli reali che si frappongono al desiderio di maternità e paternità. Ciò vale in particolar modo per la donna.

Dalle indagini condotte è emerso che se il primo figlio rappresenta un'esigenza forte la decisione di fare il secondo è condizionata da cause di carattere socio-economiche. Da questo punto di vista i cambiamenti avvenuti nella società italiana non hanno determinato per le donne e per gli uomini una redistribuzione adeguata dei ruoli e delle incombenze. Gli uomini se da un lato accettano di assolvere il ruolo paterno con maggiore impegno, dall'altro, non mostrano analoga disponibilità nella distribuzione dei carichi di lavoro all'interno della famiglia e nella cura familiare.

Le donne devono spesso conciliare il lavoro esterno con quello all'interno della famiglia diventato ancor più gravoso per il processo di nuclearizzazione familiare derivante dal fatto di non poter più contare sull'aiuto della rete parentale come accadeva invece negli anni Cinquanta e Sessanta, che hanno, infatti, registrato il picco della natalità. Oggi bisogna assolvere in prima persona a compiti e ruoli in precedenza suddivisi. Tale fattore rappresenta un elemento cardine fra le cause delle denatalità e necessiterebbe per questo di maggiore attenzione nel documento conclusivo.

Anche il lavoro svolto dalla Commissione in relazione alla tipologia di nascita richiederebbe alcune integrazioni. In proposito richiamo un disegno di legge in discussione presso la Camera dei deputati, concernente norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato. Accanto alle problematiche correttamente poste (eccedenza anomala dei parti cesarei, revisione dei DRG, valorizzazione del ruolo delle ostetriche), per tutelare adeguatamente la gravidanza, occorre promuovere il parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato. In tal senso i servizi offerti sul territorio, quindi le strutture consultoriali e ospedaliere necessitano di adeguamenti onde consentire metodiche di parto fisiologiche diverse da quelle tradizionali (parto in acqua o diverse posture da assumere per partorire).

Sarebbe altresì utile affrontare la tematica, estremamente importante, dell'analgia durante il parto. Non dobbiamo fermarci alla Bibbia, ma riconoscere il diritto al parto indolore, la cui metodologia è ancora applicata in maniera inadeguata, promuovendo tale cultura attraverso l'impegno dei sanitari. Va valorizzata il rapporto immediato neonato-mamma subito dopo il parto promuovendo esperienze, al momento ancora limitate. Le «case del parto», ad esempio, rappresentano un'opportunità importante per le donne che non vogliono partorire in ambiente ospedaliero con conseguente eccessiva medicalizzazione del parto fisiologico e quindi di un evento naturale.

Con siffatte integrazioni il documento acquisterebbe una valenza particolare per il superamento del fenomeno della denatalità a nostro avviso fondamentale per le sorti del nostro Paese.

LONGHI (*DS-U*). Ringrazio i relatori per il lavoro egregio ed encomiabile che hanno svolto sulla denatalità in Italia ma che servirebbe a poco se il Parlamento e, segnatamente, il Governo, una volta individuate le cause, non intervenissero per rimuovere una situazione che reputo allarmante per il nostro Paese.

Il bisogno di perpetuarsi è presente in ognuno di noi. Per i credenti i bambini sono un dono di Dio, per i non credenti bisogna avere prole per fare allegria e avere un sostegno nella vecchiaia. Se l'andamento delle nascite registra un forte calo non è certo perché gli italiani abbiamo improvvisamente deciso di non avere figli. L'istinto alla procreazione naturale è frustrato da più fattori di ordine socio-economico che la Commissione igiene e sanità non è in grado di rimuovere. Si può però agire affinché il Senato ma soprattutto il Governo intervengano sulle cause che inducono gli italiani a non avere figli.

Spesso i giovani vivono sulla pensione dei propri genitori per le gravi difficoltà che incontrano a livello occupazionale in termini di accesso a un lavoro stabile e di conseguenza di prospettive pensionistiche dignitose. Questo clima di incertezza fa sì che non si mettano al mondo figli difficili da mantenere economicamente, da far studiare e da collocare lavorativamente. A ciò si aggiungono le difficoltà che i giovani oggi incontrano nel trovare abitazioni a prezzi accessibili. Gli italiani si sposano e convi-

vonno meno che in passato. Molti sono *single* non per scelta di vita ma per necessità. Trovare casa è un problema e a Roma diventa qualcosa di insormontabile. Finché esisteva il contributo GESCAL – che era a carico dei lavoratori dipendenti e che per questo è stato giustamente soppresso – vi erano finanziamenti da destinare all’edilizia popolare. Oggi mancano risorse da destinare in tal senso e le abitazioni per le giovani coppie in difficoltà scemano. Vista la progressiva contrazione dei trasferimenti dello Stato, i comuni in difficoltà economiche vendono il loro patrimonio immobiliare abitativo e non sono più in grado di rispondere alla richiesta di casa dei giovani e dei meno giovani. Il *turn-over* delle abitazioni popolari che esisteva in passato oggi non è più possibile.

I figli, se lavorano, lo fanno in tarda età, in genere verso i trent’anni. Quando trovano occupazione spesso si tratta di lavori in affitto, intermittenti e flessibili. Il lavoro a tempo indeterminato è oggi considerato una sorta di iattura ma non è così, visto che dà sicurezza, stabilità e consente di programmare il futuro e di accendere un mutuo per acquistare un’abitazione in cui crescere i figli.

Chi riesce a sposarsi, ad avere un’abitazione e un lavoro dignitosi deve poi fare i conti con le difficoltà che s’incontrano nel conciliare i propri impegni lavorativi e l’assistenza ai figli. I nidi e le scuole materne e tutte le altre strutture di sostegno alla famiglia, ricevendo meno finanziamenti, tendono a ridursi numericamente.

La legge finanziaria relativa al 2004 prevedeva l’elargizione di un contributo di 1.000 euro per la nascita di ogni figlio successivo al primo. Tale misura sfiora il ridicolo essendo fruibile solo per i nati nel 2004. La finanziaria è stata approvata nel dicembre 2003 e chi aveva intenzione di fare un figlio doveva affrettarsi avendo solo tre mesi di tempo perché la nascita non avvenisse nel 2005. In altri termini, si sono concessi solo tre mesi agli italiani per usufruire di tale beneficio.

Esiste una politica di questo Governo volta a dare stabilità e ad incentivare l’assistenza ai figli, come avviene in altri Paesi europei? Dovremmo tutti assieme affrontare la situazione soprattutto se siamo convinti che in assenza di giovani il Paese cresce poco.

Nonostante questi problemi più economici che esistenziali, con la legge sulla fecondazione assistita abbiamo permesso che nascessero in Italia meno bambini. Pur trattandosi di una piccola percentuale, abbiamo costretto coppie italiane a recarsi all’estero per beneficiare della fecondazione assistita.

Con la legge Bossi-Fini, si ostacola la politica di ricongiungimento familiare per gli extracomunitari che, nonostante le disagiate condizioni economiche, continuano ad avere figli. Si prevede di facilitare la nascita dei bimbi extracomunitari in Italia e di dare avvio a una politica multirazziale più incisiva? Sinceramente ho la sensazione che questo Governo non si muova in questa direzione.

BOLDI (LP). Meno male!

LONGHI (*DS-U*). La senatrice Boldi dice meno male, io rispondo che purtroppo è così. Dovremmo invece abituarci a una politica multietnica. In alcuni Paesi civilissimi – ad esempio gli Stati Uniti che spesso il Governo prende come punto di riferimento – fra una ventina d'anni le persone nere e di origine ispanica saranno più di quelle bianche. Non dovremmo fare professione di razzismo ma favorire il progresso e l'incrocio delle razze che fortifica il genere umano.

Condivido la relazione sulla denatalità ma chiedo che il Governo intervenga per rimuovere le cause di tale fenomeno, cosa che non mi sembra stia facendo.

ULIVI (*AN*). Non desidero controbattere, né ripetere le osservazioni e le riflessioni già svolte dai colleghi. In ogni caso, visto che stiamo approfondendo l'argomento, considerati l'elevato numero di aborti e la diffusione delle coppie omosessuali in Italia, sarebbe opportuno compiere ogni sforzo per recuperare i valori della famiglia che inducono nei nostri giovani il desiderio di creare un proprio nucleo familiare e di procreare.

Le cause sottolineate dai colleghi in riferimento al fenomeno della denatalità possono avere una loro validità. Basterebbero meno aborti e una minore libertà sessuale per avere un tasso di natalità di gran lunga superiore. Un risultato del genere si otterrebbe senza ricorrere ad alcune tipologie di fecondazione artificiale o dibattendo sul tema dell'omosessualità. In questo contesto, il documento conclusivo dovrebbe tenere conto della necessità di recuperare il valore della famiglia che è il fondamento della nostra società.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Signor Presidente, in qualità di relatrice sull'indagine conoscitiva, preso atto delle risultanze del dibattito, vorrei illustrare il nuovo documento conclusivo che contiene alcune integrazioni che raccolgono le osservazioni svolte dai colleghi.

Quanto all'introduzione, e nello specifico alle problematiche legate all'evento della nascita, accogliendo i rilievi delle senatrici Bettoni Brandanti e Boldi, il testo è riformulato nei seguenti termini: «...È importante pertanto riflettere su fenomeni quali l'aumento e la diminuzione delle nascite – che modificano la struttura demografica di una popolazione – l'impiego dei metodi contraccettivi, le scelte relative all'assistenza la gravidanza al parto, le politiche per la famiglia, le politiche economiche e del lavoro, i sussidi per le madri e per le coppie non autosufficienti».

La parte del documento che si sofferma sui fattori cardine della denatalità, e segnatamente quelli di natura socio-economica, viene così modificato: «Fra i fattori che determina 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. Sono passati più di trent'anni dalla diffusione della doppia presenza: vita familiare ed impegno professionale delle donne. Tuttavia, confrontando i dati europei, emerge un deficit di occupa-

zione femminile in Italia: la media europea, nel 2004, è del 54,7 per cento, nell'Europa dei 25, quella italiana del 42 per cento (dato Eurostat). Nonostante negli ultimi anni siano entrate nel mercato del lavoro più donne rispetto agli uomini, emergono quattro dati interessanti, ai fini dell'indagine: sono ancora una minoranza le donne che cercano e trovano una occupazione; solo il 47,9 per cento delle italiane lavora o è in cerca di occupazione, e in particolare, su 100 donne aspiranti lavoratrici solo il 12,3 per cento trova un'occupazione; la maggior parte dei nuovi ingressi femminili è assorbita nel lavoro flessibile e in occupazioni atipiche; non si individuano risposte esaustive al desiderio di conciliare lavoro e maternità; tra le occupate circa il 33 per cento (dato ISTAT) abbandona l'occupazione per motivi legati alla cura della casa e dei figli».

In tal modo si esplicitano le cause di carattere economico e lavoristico che impediscono od ostacolano la scelta di maternità.

Tra le possibili cause del fenomeno della denatalità diamo conto anche della seguente: «Il nostro Paese garantisce i servizi per la prima infanzia a sei casi su cento (dati forniti da competenti organismi del Ministero del lavoro e delle politiche sociali). I servizi deputati al sostegno della maternità e delle famiglie risultano, quindi, insufficienti, non accessibili a tutte le fasce e non equamente distribuiti, così da creare una risposta solo ai casi di precarietà o di necessità, aprendo un divario geografico tra Nord e Sud d'Italia, penalizzando, soprattutto, la famiglia media e le madri *single*».

Tra le varie politiche del *welfare* per le famiglie si dava conto, nella prima bozza del documento, dell'attuazione di una politica fiscale che favorisca la nascita di nuove famiglie e la procreazione; della promozione di una politica volta a rendere la casa accessibile alle giovani coppie; del rafforzamento del sostegno alla maternità per le giovani con lavori flessibili; dell'attuazione delle politiche per l'accesso al lavoro delle giovani, ai fini di raggiungere l'obiettivo posto gli Stati membri dal Consiglio europeo di Lisbona del 2000; dell'adozione di politiche per il reingresso nel mercato del lavoro per le donne. A tutto ciò si aggiunge la promozione e la diffusione di servizi per l'infanzia e per l'adolescenza, al fine di ottenere l'obiettivo posto agli Stati membri dal Consiglio europeo di Barcellona del 2002, di raggiungere entro il 2010, il 33 per cento dei servizi ai bambini tra i tre anni e la scuola dell'obbligo.

Ultima integrazione. Nelle conclusioni, dopo aver descritto la trasformazione della società, si introduce la seguente integrazione: «Accanto all'aspetto culturale, emerge la necessità di definire un pacchetto di politiche sociali e del lavoro, tese ad armonizzare norme esistenti con nuove misure e a conseguire: l'incremento dell'occupazione femminile, prevedendo anche una maggiore flessibilità dei tempi di vita e di lavoro; politiche reali di sostegno per le lavoratrici atipiche e per le libere professioniste non iscritte a nessun albo; l'individuazione di azioni positive per il reingresso della donna nel mondo del lavoro, a seguito della maternità; il rafforzamento e la distribuzione di diverse tipologie di servizi per l'infanzia e l'adolescenza; la promozione di campagne informative, atte a sen-

sibilizzare l'attenzione delle istituzioni, delle imprese, della collettività, sulla risorsa femminile e sul valore sociale della maternità».

CARELLA (*Verdi-U*). Presidente, sento la necessità di rendere noto un mio parere ai membri della Commissione, ai relatori e a lei. Alla luce soprattutto delle ultime integrazioni illustrate dalla relatrice, trovo contraddittorio attribuire grande rilievo, fra le cause oggetto della denatalità, al mancato ingresso della donna italiana nel mondo del lavoro. La relatrice sostiene che una delle cause della riduzione del numero delle nascite deriva dal fatto che la donna non riesce ad inserirsi nel mondo del lavoro e ha un livello di istruzione molto elevato rispetto al passato. Il mancato ingresso nella realtà lavorativa è una delle cause della denatalità nel nostro Paese soprattutto se si procede a un raffronto con quello che accade negli altri Stati.

In quest'analisi intravedo una contraddizione. Le proposte conclusive sono di provvedere a politiche sociali che facciano in modo che la donna sia aiutata e invogliata a fare figli, attesa la carenza di servizi sociali.

Come avveniva in passato, la disoccupazione, e quindi il non lavorare, non dovrebbe ridurre ma favorire la natalità.

BOLDI (*LP*). La donna non era occupata ma il marito aveva un reddito sufficiente a mantenere la famiglia; oggi il reddito non è congruo e la donna è disoccupata.

CARELLA (*Verdi-U*). Ho la sensazione che in quest'analisi vi sia una contraddizione. Se uno dei motivi che portano alla denatalità è il lavoro femminile e la mancanza dei servizi in Italia, mi viene spontaneo domandarmi come ciò possa avvenire se la donna non lavora e può dedicarsi ai figli.

DANZI (*UDC*). Non ha i soldi per vivere.

PRESIDENTE. Non credo sia il momento di aprire una discussione dalla quale non usciremmo. I due relatori, al termine della discussione, potranno recepire o confutare nella replica le considerazioni emerse nel corso del dibattito.

Il senatore Carella non ha torto nell'evidenziare l'apparente contraddittorietà che si evince dalla relazione. Nell'ambito dell'attività lavorativa si possono distinguere varie sfumature: una posizione di inizio lavoro è diversa da un ruolo dirigenziale. In altri termini, in base alla posizione professionale si scontano differenti problematiche in rapporto alla maternità.

DANZI (*UDC*). La denatalità è un fenomeno presente in tutti i cosiddetti Paesi moderni quasi vi fosse un'equazione o un rapporto direttamente proporzionale tra il grado di benessere, la cosiddetta civilizzazione, la cultura elevata e il tasso di denatalità. Ciò comporta una struttura diversa nel-

l'organizzazione della società, dell'assistenza e della previdenza. Ha ragione la collega Baio Dossi quando rileva che una carenza economica nella famiglia può scoraggiare l'arrivo di altri figli. Non si può dare torto però al collega Carella quando sostiene che la donna che lavora, dovendo badare al lavoro e alla sua carriera legittima, può avere meno interesse ad avere figli, che potrebbero essere di ostacolo alla sua realizzazione professionale.

Sembra che in Italia si registri una diminuzione del ricorso all'uso di anticoncezionali e una riduzione (non parlerò di interruzione volontaria di gravidanza, parole scelte perché non appaiano traumatici altri termini) di aborti. Non mi sembra peregrina la proposta del collega Gentile di prevedere che le spese siano, dal secondo aborto in poi, a carico di chi abortisce, avendo fallito i consultori nella loro opera di prevenzione.

La denatalità è collegabile a tutti i fattori indicati ma soprattutto ha un carattere squisitamente sociale. È legittimo, giusto e doveroso (solo in politica si riservano le quote) che la donna nel campo delle professioni e del lavoro abbia fatto passi avanti incredibili ed è opportuno che la società tenga conto nel migliore dei modi di queste nuove esigenze. Bisogna andare incontro alla donna e alla famiglia in senso lato, fornendo i servizi più opportuni. Purtroppo, la ricorrente delega ad altri dell'educazione dei figli non è sempre positiva: li facciamo nascere per poi farli crescere da altri, di fatto deresponsabilizzandoci. Sono questi i problemi della società moderna.

La donna e la famiglia dovrebbero essere realmente aiutate prevedendo un'adeguata assistenza scolastica (asili nido e migliore organizzazione di strutture di assistenza) e, soprattutto, incentivi a favore dei nuclei familiari.

Il nostro Governo, pur nella ristrettezza economica dei tempi attuali, sta cercando di lanciare alcuni segnali importanti in direzione della famiglia e della nascita dei figli. Concordo con chi ritiene che la situazione vada affrontata non settorialmente ma nel suo complesso, avendo ben presenti le esigenze di una famiglia che vive in un Paese in straordinaria evoluzione, che registra anche una significativa presenza di immigrati. Non esiste la ricetta adatta ma si può cominciare a costruire un concetto nuovo di aiuto alla famiglia che si sostanzia nel favorire la costituzione dei nuclei familiari sotto tutti i punti di vista.

FASOLINO (*FI*). Non mi batterei il petto eccessivamente per la denatalità anche se capisco che, sul piano attuariale e pensionistico si configura come evento negativo. Ricordo quando a Napoli, nonostante la povertà, le nascite erano esuberanti e vi erano famiglie con 15 figli che, alla fine, non sapevano dove sbattere la testa se non andare via.

Nella società accade come negli equilibri fisico-chimici: dove c'è più sale corre l'acqua e viceversa. In questa osmosi che si verifica nel mondo moderno con la globalizzazione dei rapporti fanno bene le società più avanzate ed evolute a decelerare sulle nascite. Bisogna cominciare a ragionare in termini sovranazionali. In tal senso, sono convinto che in futuro

l'ipernatalità complessiva rappresenterà uno dei grandi problemi da affrontare.

Pertanto, senza batterci troppo il petto dotiamo la famiglia dei servizi e dei supporti necessari perché ognuno possa liberamente compiere le proprie scelte.

SALZANO (*UDC*). È molto importante quanto è stato rilevato da tutti i commissari oggi. Più che ad esprimere concetti personali sulla denatalità e sulle sue cause oggi dobbiamo pronunziarci sul documento conclusivo dell'indagine conoscitiva. In realtà, poco ho sentito al riguardo, a parte un dubbio espresso dal presidente Carella e prima ancora dal senatore Di Girolamo.

Desidero invece entrare subito nell'argomento, manifestando pieno apprezzamento per il documento conclusivo proposto dai relatori che ben evidenzia le numerose cause del fenomeno della denatalità in Italia. Tali cause vanno dall'età ai fattori psicosessuali legati alla donna, all'uomo e alla coppia fino a giungere ai fattori socio-economici. Vengono anche prospettate soluzioni volte al superamento delle suddette cause.

Senatore Longhi, le soluzioni proposte rappresentano indicazioni di cui il Parlamento deve fare tesoro onde metterle praticamente in atto attraverso la concessione di aiuti economici alle famiglie, la promozione dell'occupazione laddove necessario e la garanzia di maggiori servizi anche in realtà, come il Settentrione, in cui il lavoro non rappresenta un problema ma altre esigenze necessitano di una risposta.

Per tutte queste ragioni preannuncio il voto favorevole al documento conclusivo.

SALINI (*FI*). Una breve riflessione. L'indagine conoscitiva in titolo si sofferma giustamente sugli aspetti di carattere sociale afferenti all'organizzazione della famiglia, del mondo del lavoro e di una serie di altri fattori che caratterizzano la vita moderna. Quelle evidenziate sono però questioni la cui soluzione necessita di tempi lunghi perché presuppongono cambiamenti nel nostro modo di essere e di vivere nella società.

Nel merito, il documento conclusivo proposto dai relatori – con i quali mi complimento per l'egregio lavoro svolto – al paragrafo 3) della parte II, non si sofferma minimamente su alcuni aspetti di carattere sanitario che, a mio avviso, andrebbero invece introdotti, se non altro in termini di raccomandazione. Non si affronta in alcun modo il problema della persistente parcellizzazione dei punti parto rispetto alla quale non ci si è in alcun modo attivati. Nonostante esista una normativa che disciplina la materia, non si è ancora provveduto a chiudere i reparti di dimensioni più piccole; eppure è noto che qualsiasi parto può al momento del travaglio presentare delle difficoltà.

Il documento conclusivo non dà conto delle malformazioni dovute al parto, per fortuna non frequenti ma che comunque esistono. Perché non prendere atto degli studi effettuati per suggerire un programma di organizzazione su base regionale che preveda che i parti che presentano rischi di

una patologia neonatale di un certo tipo debbono avvenire nei centri provvisti di reparti di terapia intensiva neonatale, onde evitare l'insorgere di malformazioni dovute ad arresti cardiaci o della respirazione del neonato che potrebbero addirittura pregiudicarne la vita?

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.

TREDESE (*FI*). Ringrazio i colleghi per l'apprezzamento manifestato.

Mi preme sottolineare come il nuovo documento conclusivo nell'ultima parte affronti i temi su cui si è soffermato il collega Salini. È, infatti, evidenziata la pericolosità di alcuni punti parto che, essendo parzialmente utilizzati, presentano una maggiore percentuale di rischio. Peraltro, tra le cause della diffusione del parto cesareo vi è proprio la tendenza nei piccoli centri a optare per interventi programmati al fine di evitare eventuali rischi. A tali problematiche forniscono adeguata risposta le importanti linee guida emanate circa tre mesi fa dall'Associazione ginecologi ospedalieri italiani.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Il documento conclusivo oggi in esame contiene solo le integrazioni che ho prima illustrato, che raccolgono le osservazioni svolte dai colleghi nel corso del dibattito. Mi sono infatti soffermata soltanto sulle politiche economiche e del lavoro.

Dalla lettura del documento nella sua interezza emerge una fotografia completa della realtà italiana, che tiene anche conto delle considerazioni del senatore Carella. Nel merito, le cause che portano il nostro Paese ad avere il più basso tasso di natalità sono di natura diversa e vengono enumerate nel testo in esame accanto alle proposte che avanziamo per il superamento delle stesse, sulla base delle esperienze maturate da altri Paesi europei.

Ipotizziamo, ad esempio, interventi di carattere culturale che non competono però al Parlamento e al Governo, cui spetta invece la definizione di politiche per la famiglia e di politiche sociali e del lavoro, anch'esse suggerite nel testo. In alcuni Stati europei all'alto tasso di presenza femminile nel mercato del lavoro corrisponde anche un alto tasso di natalità.

Non è vero che le donne che lavorano fanno meno figli; le donne che lavorano hanno bisogno di una solida politica di sostegno alla maternità e di politiche sociali da intendersi come pluralità di servizi. Solitamente citiamo gli asili nido. Non è però competenza dell'indagine entrare nel merito specifico delle proposte. Si elencano le osservazioni emerse durante le audizioni ma la Commissione igiene e sanità non può formulare proposte concrete e specifiche sulle politiche del lavoro. Abbiamo solo recepito alcune osservazioni emerse nel corso delle audizioni.

Causa della denatalità non è certamente la mancanza del lavoro femminile. Senatore Carella, il nostro Paese pur avendo il più basso tasso di occupazione femminile, presenta anche il più basso tasso di natalità. Bis-

gnerebbe realizzare le iniziative poste in essere in alcuni Paesi europei. Tale suggerimento vale per questo Governo e, in generale, per le politiche da adottare in materia di maternità. Entrando nel merito specifico emerge un dato oggettivo: in passato e oggi abbiamo avuto il più basso tasso di occupazione femminile e il più basso tasso di natalità; serve una politica complessiva per rispondere a quanto emerge dall'indagine.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione del nuovo schema di documento conclusivo che sarà allegato al resoconto della seduta odierna.

(Il Presidente accerta la presenza del numero legale).

PRESIDENTE. Metto ai voti il nuovo schema di documento conclusivo comprendente le integrazioni proposte dalla senatrice Baio Dossi.

È approvato.

Dichiaro conclusa l'indagine conoscitiva sui fenomeni di denatalità, gravidanza, parto e puerperio in Italia.

I lavori terminano alle ore 16,25.

ALLEGATO

**NUOVO SCHEMA DI DOCUMENTO CONCLUSIVO PROPOSTO
DAI RELATORI PER L'INDAGINE CONOSCITIVA SUI FENO-
MENI DI DENATALITÀ, GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO
IN ITALIA E APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

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

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. E' 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, le politiche economiche e del lavoro, 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.

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. Sono passati più di

trent'anni dalla diffusione della doppia presenza: vita familiare ed impegno professionale delle donne. Tuttavia, confrontando i dati europei, emerge un deficit di occupazione femminile in Italia: la media europea, nel 2004, è del 54,7 per cento, nell'Europa dei venticinque, quella italiana del 42 per cento, (dato Eurostat). Nonostante negli ultimi anni siano entrate nel mercato del lavoro più donne rispetto agli uomini, emergono quattro dati interessanti, ai fini dell'indagine: sono ancora una minoranza le donne che cercano e trovano una occupazione; solo il 47,9 per cento delle italiane lavora o è in cerca di occupazione, e in particolare, su cento donne aspiranti lavoratrici solo il 12,3 per cento trova un'occupazione; la maggior parte dei nuovi ingressi femminili è assorbita nel lavoro flessibile e in occupazioni atipiche; non si individuano risposte esaustive al desiderio di conciliare lavoro e maternità; tra le occupate circa il 33 per cento (dato ISTAT) abbandona l'occupazione per motivi legati alla cura della casa e dei figli.

Il «contratto di genere», 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 nostro Paese garantisce i servizi per la prima infanzia a sei casi su cento (dati forniti dai competenti organismi del Ministero del lavoro e delle politiche sociali). I servizi deputati al sostegno della maternità e delle famiglie risultano, quindi, insufficienti, non accessibili a tutte le fasce e non equamente distribuiti, così da creare una risposta solo ai casi di precarietà e necessità, aprendo un divario geografico tra Nord e Sud d'Italia, penalizzando, soprattutto, la famiglia media e le madri *single*. Inoltre, 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. E' 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 attualizzare 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. E' 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 costituenti, 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 familiari, che chiedono alle istituzioni di essere riconosciute. Invero, l'ampio dibattito, affacciato 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:

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; promuovere e diffondere servizi per l'infanzia e per l'adolescenza, al fine di ottenere l'obiettivo posto agli Stati membri dal Consiglio europeo di Barcellona del 2002, di raggiungere entro il 2010, il 33 per cento dei servizi ai bambini tra i tre anni e la scuola dell'obbligo; rafforzamento delle misure che consentano di conciliare vita familiare e vita lavorativa.

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 fecon-

dità, 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.

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).

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.

Accanto all'aspetto culturale, emerge la necessità di definire un pacchetto di politiche sociali e del lavoro, tese ad armonizzare norme esistenti con nuove misure e a conseguire: l'incremento dell'occupazione femminile, prevedendo anche una maggiore flessibilità dei tempi di vita e di lavoro; politiche reali di sostegno per le lavoratrici atipiche e per le libere professioniste non iscritte a nessun albo; l'individuazione di azioni positive per il reingresso della donna nel mondo del lavoro, a seguito della maternità; il rafforzamento e la distribuzione di diverse tipologie di servizi per l'infanzia e l'adolescenza; la promozione di campagne informative, atte a sensibilizzare l'attenzione delle istituzioni, delle imprese e della collettività, sulla risorsa femminile e sul valore sociale della maternità.

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 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 pe-

nalizzazione 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.

