SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

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

1º Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 25 SETTEMBRE 2003

Presidenza del presidente TOMASSINI

IC 0905

TIPOGRAFIA DEL SENATO (400)

INDICE

Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

* PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 4, 5 e *passim*
BAIO DOSSI *(Mar-DL-U)* 8
BOLDI *(LP)* 9
SALZANO *(Aut)* 9
TATÒ *(AN)* 8, 12
* TREDESE *(FI)* 8
* *ZICHELLA* . . . . . *Pag.* 3, 4, 11 e *passim*
* *BENAGIANO* 5, 12

N.B.: *Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dagli oratori.*

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti italiani: Misto-Com; Misto-Lega per l'autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-Movimento territorio lombardo: Misto-MTL; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito repubblicano italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Udeur Popolari per l'Europa: Misto-Udeur-PE.

Intervengono Lucio Zichella, professore emerito di clinica ostetrica e ginecologica dell'Università La Sapienza di Roma, e il professor Giuseppe Benagiano, direttore della Scuola di specializzazione di ginecologia e ostetricia (I facoltà) dell'Università La Sapienza di Roma.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'indagine conoscitiva sui fenomeni di denatalità, gravidanza, parto e puerperio in Italia.

L'indagine conoscitiva si avvia oggi con l'audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame. Do, quindi, il benvenuto a Lucio Zichella, professore emerito di clinica ostetrica e ginecologica dell'Università La Sapienza di Roma, e al professor Giuseppe Benagiano, direttore della Scuola di specializzazione di ginecologia e ostetricia (I facoltà) dell'Università La Sapienza di Roma, ringraziandoli per aver aderito al nostro invito.

Cedo innanzi tutto la parola al professor Lucio Zichella, dal quale – lo ricordo ai colleghi – è partito il suggerimento di effettuare questa indagine conoscitiva.

ZICHELLA. Signor Presidente, onorevoli senatori, sono gratificato dall'idea di essere ascoltato da questa Commissione prestigiosa, su una materia prestigiosa per un problema – per così dire – altrettanto prestigioso.

Affrontando un'indagine conoscitiva (il Presidente è a conoscenza del convegno che feci nel maggio scorso) sulla denatalità, bisogna avere il coraggio di porre in atto un approccio multidisciplinare, perché forse non si va al nocciolo del problema se si rimane vincolati alle statistiche dell'epidemiologia classica. Abbiamo avuto modo di constatarlo nel simposio organizzato a Roma, intitolato «La procreazione e la donna», cui hanno partecipato – per l'appunto – esponenti di differenti discipline, come la professoressa Baldaro Verde (psicologia), il professor Cavicchi (sociologia sanitaria), la professoressa De Rose (demografia), il professor Guerci (Dipartimento di scienze antropologiche), il professor Rodotà (Garante della *privacy)*, il professor Serra (Dipartimento materno infantile), la professoressa Simonelli (sessuologia), la professoressa Sissa che opera a Los Angeles (antropologia), il presidente Tomassini, la professoressa Zanatta (sociologia) ed il sottoscritto (ostetricia e ginecologia).

Credo sia proprio questo il modello di indagine da avviare, per non partire «con il piede sbagliato». Altrimenti – consentitemi di dirlo senza alcuna presunzione – si rischia di assemblare dati «freddi», che non dimostrano alcunché. Bisogna partire dalla condizione femminile, perché oggi la donna abitualmente decide responsabilmente la gravidanza; bisogna capire quali sono gli strumenti sulla base dei quali assume la decisione. Ci colleghiamo, a questo punto, ad un'altra problematica, relativa alla sala parto, perché la donna vuole un figlio perfetto. Si tratta di un richiamo alla responsabilità professionale medica, al di là delle dimensioni naturali dell'evento che possono comportare aspetti negativi. Dobbiamo, pertanto, approfondire tale questione.

Ho chiesto al Presidente (ma forse, con tutto quello che ha avuto da fare, non ha potuto prendere in considerazione la mia richiesta) se era possibile che in questa sede venisse audito tutto il consesso di specialisti che ha discusso tali problematiche. Proverò comunque a sintetizzare quanto è emerso in quella sede, anche se sicuramente lo farò in maniera inadeguata.

PRESIDENTE. Mi permetta di interromperla, professor Zichella. La rassicuro rispetto a quanto ha appena rilevato, perché abbiamo previsto di convocare in questa sede tutte le persone che lei ha citato ed altre ancora. I tempi consentiti per l'odierna discussione, però, permettevano al massimo due audizioni.

ZICHELLA. La ringrazio per la precisazione, signor Presidente.

Ritengo che, in merito, la questione biologica si integri non solo con i problemi che affrontano abitualmente la politica, l'economia e la sociologia, ma anche con la cultura. E la cultura della donna è una questione essenziale, per comprendere più a fondo i problemi.

Nella sede citata sono stati riportati alcuni dati francesi. In quel Paese vi sono le medesime condizioni di superlavoro, è richiesto lo stesso impegno non solo con i bambini piccoli, ma anche con gli anziani, visto che la donna si occupa anche di essi. La personalità della donna si realizza non più solo nell'identità di madre, ma in quella di persona ampiamente integrata nella società.

Non voglio dilungarmi più del necessario. Il mio invito è quello di impiantare un modello di indagine multidisciplinare, che affronti la problematica anche ascoltando l'opinione dei rappresentanti di tutte le discipline coinvolte.

Il problema, infatti, ha una consistenza complessa. Onorevoli senatori, in passato abbiamo già affrontato la questione con gli incentivi economici, ad esempio, concedendo alla donna che ha partorito 1.000 euro. Ritengo però che nella cultura della donna ciò sia offensivo. L'istinto della maternità è insopprimibile: nel suo immaginario la donna sente la maternità. La società attuale non risponde però alle responsabilità che la maternità oggi comporta. Gli ostetrici in prima persona sono coinvolti nella preziosità che oggi ha acquistato la maternità. Ai miei tempi, 50 anni fa (ho alle spalle 50 anni di clinica ostetrica), quando nasceva un

bambino morto, l'ostetrica diceva alla madre: «Ebbene, signora, ne dovrà fare un altro»! Oggi, se un bambino nasce morto, vengono pubblicati sui giornali articoli a sei colonne.

Pertanto, onorevoli senatori, vi ringrazio per quanto potrete fare ai fini di un adeguato approfondimento della tematica oggetto dell'indagine conoscitiva e mi dichiaro sin d'ora disponibile a rispondere ad eventuali delucidazioni. Non intendo, però, rubare altro tempo ai lavori della Commissione, atteso che i lavori dell'Assemblea dovrebbero iniziare, se non sbaglio alle ore 9,30. Vi ringrazio per avermi ascoltato.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Zichella per l'importante contributo fornito ai lavori della Commissione.

Ricordo a lui e al professor Benagiano che se riterranno opportuno integrare quanto pronunciato in questa sede con documenti o ulteriori contributi (non solo ora, ma anche nel prosieguo dei lavori, fino a che l'indagine conoscitiva sarà aperta) potranno farlo; anzi, ciò sarà ben accolto e messo a disposizione dei componenti della Commissione.

Do ora la parola al professor Giuseppe Benagiano, non solo nella veste di direttore della Scuola di specializzazione di ginecologia e ostetricia (I facoltà) dell'Università La Sapienza di Roma, ruolo che tuttora ricopre, ma anche forte del ruolo ricoperto ai vertici dell'Istituto superiore di sanità e degli importantissimi incarichi internazionali attribuitigli nell'ambito della pianificazione familiare e del controllo della natalità.

BENAGIANO. Signor Presidente, onorevoli senatori, vorrei considerare la condizione del nostro Paese sulla base di un'ottica non italiana. La situazione demografica creatasi in Italia, almeno negli ultimi 15 anni, è stata oggetto di curiosità e di studio. Tale situazione è caratterizzata da una diminuzione progressiva del tasso di natalità e, come è noto, il nostro tasso di fecondità è tra i più bassi del mondo; a questa diminuzione si associa un tasso relativamente basso (per i Paesi occidentali decisamente basso) di utilizzazione di metodi moderni di pianificazione familiare. Ad esempio, per quanto riguarda l'assunzione della pillola anticoncezionale l'Italia è stata per anni in fondo alla graduatoria europea. Per finire, si è registrata anche una costante diminuzione delle interruzioni volontarie di gravidanza.

All'estero ci si è pertanto domandato come fosse possibile che le italiane non facessero figli, considerato che utilizzavano in maggioranza i cosiddetti metodi anticoncezionali «tradizionali», caratterizzati generalmente da un tasso di fallimento piuttosto elevato e facevano raramente ricorso all'aborto. Qualche volta ho risposto in modo anche un po' ironico, ricordando che a Roma, nel quartiere EUR, vi è un grande palazzo su cui è scritto che gli italiani sono un popolo di artisti. Il fenomeno però merita attenzione non avendo spiegazione; mi riferisco soltanto al versante tecnico che – come ha perfettamente rilevato Lucio Zichella – non è la lente più importante attraverso la quale inquadrare il problema.

Non credo, ad esempio, che il fenomeno sia dovuto ad una sottostima delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG). È difficile ipotizzare che nell'ultimo ventennio sia aumentato il numero di coloro che ricorrono ad un aborto clandestino, quando è possibile e relativamente semplice accedervi in maniera legale e gratuita. Piuttosto, il fenomeno sembra legato all'aumento progressivo dell'età matrimoniale (dato costante che si registra in tutti i Paesi occidentali) e ad un uso generalizzato di tutto «l'armamentario» contraccettivo, ivi inclusi i metodi tradizionali.

Parlando di denatalità, un altro punto che mi sembra importante e che è già stato sottolineato da Lucio Zichella è che essa non è legata alla volontà delle giovani coppie di non avere figli. Molto spesso si sente ripetere dalle giovani coppie che i figli li vorrebbero ma che non possono permetterseli dal punto di vista non solo economico ma anche logistico. Se si facesse un'indagine in tal senso emergerebbe, secondo la mia esperienza, che il numero complessivo di figli desiderati è comunque pari a due o tre e non a sei o sette, come avveniva all'inizio del secolo scorso.

La realtà demografica evidenzia come le nuove famiglie italiane si attestino su una media di uno o due figli; esiste quindi un divario tra quello che la coppia media vorrebbe – e che per un Paese occidentale andrebbe benissimo perché significherebbe una lievissima crescita – e l'attuale diminuzione delle nascite. Non spetta a me valutare questi aspetti; sono ginecologo, mi occupo di salute pubblica: questo è fondamentalmente un problema di natura sociale e mi auguro di averne spiegato almeno alcune ragioni.

Vorrei affrontare altri due punti, consegnerò poi alla Presidenza una documentazione sulla problematica opposta della donna gravida.

Il primo riguarda la parcellizzazione dei punti nascita. Nel 1961 – più o meno nello stesso periodo del professor Zichella – ho iniziato ad occuparmi di clinica ostetrica a Roma; ebbene, su un totale di 10.000 cartelle 7.000 riguardavano ricoveri per ragioni ostetriche. Vi sarà anche stato qualche aborto o qualche abbandono volontario della struttura, ma di fatto i parti erano circa 5.000. È vero che oggi ci sono altri ospedali, ma nel Policlinico universitario Umberto I di Roma oggi non si contano neppure 500 parti.

La razionalizzazione degli ospedali è urgente ma anche impopolare, perché l'italiano medio è ancora convinto che sia nel suo interesse avere un ospedale, forse piccolo e male attrezzato, ma comunque dietro l'angolo. Tale convinzione è ancor più vera in caso di parto, trattandosi di un evento lieto cui partecipano parenti e amici: è difficile convincere gli abitanti di grandi centri come Roma, Milano, Napoli o Bologna a recarsi dall'altra parte della città per fare visita ad una puerpera. La situazione è ancor più difficile nei paesi, qualora ci si debba recare in un centro ospedaliero magari a venti chilometri di distanza. Comunque, è una battaglia che dobbiamo fare e per vincerla bisogna convincere il cittadino medio che i ricoveri per parto spontaneo non devono superare i tre giorni. Non è giustificato un ricovero di otto giorni in ospedale dopo un parto naturale; è solo un motivo di comodo per evitare di coinvolgere a casa qual-

cuno perché le famiglie di oggi non sono più quelle intergenerazionali dei nostri tempi.

Vi è poi il problema delle gravidanze complicate. Se un bambino alla nascita pesa 1.000 grammi ha il 50 per cento di probabilità di sopravvivere e necessita di strutture di cui un piccolo ospedale non dispone; occorre quindi sostenere una spesa per trasportare il neonato in un centro attrezzato.

Un altro punto riguarda l'assistenza alla gestante; lo scopo delle cure prenatali è identificare il maggior numero di gravidanze a possibile rischio prima che si presenti l'evento rischioso. Questo aspetto si ricollega all'incidenza dei tagli cesarei. Oggi è arrivato anche in Italia il «virus» americano della cosiddetta *defensive medicine*, in altre parole della medicina praticata non per aiutare il malato ma per difendere il medico. Si prescrivono esami non necessari; si fanno, ad esempio, nove ecografie, perché se il bambino muore il medico si sente maggiormente tutelato. Tutti gli studi fatti dicono che in gravidanza tre ecografie bastano e avanzano, ma quale medico rifiuta un'ecografia alla donna che gliene fa richiesta? Si innestano spirali perverse, con procedure costosissime, che non servono a nulla e, alla fine, non proteggono neppure il medico sotto il profilo sostanziale.

In merito all'eccesso numerico dei tagli cesarei, a mio parere, vi è una connivenza donna-medico.

Il medico ne trae almeno tre vantaggi. Il primo è logistico: il cesareo è programmato ad un orario conveniente e, se possibile, se ne fanno due di seguito, perché si guadagna tempo in quanto le procedure necessarie per entrambe le operazioni si risolvono in un'ora. Vi è poi l'aspetto economico: se eseguito privatamente (non ho mai capito perché, forse per la maggior perdita di sangue!) un taglio cesareo rende economicamente più di un parto spontaneo, che magari impegna il medico per ore e ore. Va considerato, infine, l'aspetto giuridico: tutti i ginecologi di una certa notorietà hanno certamente eseguito perizie (richieste dal tribunale o dalle parti poco conta) relative a cause civili per danni seguiti ad un mancato parto cesareo; non conosco invece alcun medico denunciato per aver praticato un taglio cesareo. Sono essenzialmente questi i tre aspetti importanti che rendono conveniente per il medico questo tipo di intervento.

Da un taglio cesareo anche la donna trae vantaggi, a mio parere però non reali ma vissuti come tali. Il primo è logistico: nella mia vita professionale ho perso alcune pazienti perché non ho voluto accedere alla richiesta di operare per taglio cesareo, ad esempio, alle tre del pomeriggio di venerdì, perché a quell'ora il marito della gestante poteva essere presente. La donna vuole partorire su programma. Si è poi diffusa l'idea che il taglio cesareo, soprattutto quello di elezione, ossia senza travaglio, eviti il dolore. Sono stato operato – certo, non di taglio cesareo – e so benissimo quanto il *post* intervento non sia poi così delizioso. Tra l'altro, qualunque intervento laparotomico comporta un minimo di rischio. Il terzo vantaggio concerne la salute del neonato. Lucio Zichella ha rilevato che oggi chi fa uno o due figli non accetta l'ipotesi che possa accadere qualcosa al nascituro.

Dunque, essendo forti le motivazioni a sostegno del taglio cesareo per il medico e per la donna, non è facile interrompere un circolo che non è poi così virtuoso.

PRESIDENTE. Ringrazio sentitamente il professor Benagiano che mi ha ricondotto nel vivo di una professione lasciata otto anni fa.

Dichiaro aperto il dibattito.

TREDESE *(FI)*. Sono componente di questa Commissione che sta svolgendo l'indagine conoscitiva nell'ambito della quale svolgiamo l'audizione odierna. Al di là della difficoltà della classe medica; considerato che le assicurazioni non intendono più coprire gli ostetrici, devo purtroppo affrontare un problema reale. Non vorremmo che succedesse in Italia quello che si verifica in America, dove fanno gli ostetrici solo i messicani e i portoricani, che scappano dopo due o tre anni perché hanno raccolto un certo numero di denunce. Tutto ciò non aiuta la donna ma va sicuramente a discapito dell'indagine che stiamo svolgendo. Ad ogni modo, bisogna risolvere questo problema della classe medica.

Quanto avete rilevato è importante, non parlandone si rischierebbe di creare una falsa cultura e false aspettative nelle persone che vogliono figli belli, alti, intelligenti, bravi a scuola e, se possibile, con occhi azzurri e capelli biondi. Dobbiamo sfatare questa cultura.

A vostro giudizio, cosa si potrebbe fare per riportare alla naturalità questo tipo di evento?

BAIO DOSSI *(Mar-DL-U)*. Innanzi tutto ringrazio i professori Zichella e Benagiano per l'avvio delle audizioni che si terranno nell'ambito dell'indagine conoscitiva in titolo. Le vostre relazioni ci hanno consentito di approfondire meglio il tema. Peraltro, condivido molte delle osservazioni che avete espresso.

Vorrei porre un quesito rafforzativo al professor Zichella. Senza sminuire quanto ci ha riferito, riassumo sinteticamente una sua affermazione: la denatalità e il comportamento della donna e della coppia sono riconducibili alla cultura e agli stili di vita. Il rapporto tra paziente, coppia e medico, soprattutto in gravidanza, è felice e importante se non vi sono complicazioni e difficoltà. Nei rapporti con le vostre assistite riscontrate una rigidità verso la gravidanza e, ad esempio, il rifiuto assoluto del parto naturale?

Prendendo spunto dall'intervento del professor Benagiano, vorrei capire se oggi, nell'organizzazione sanitaria, l'adozione dei DRG fa propendere più per il parto cesareo che per quello naturale. La risposta a questa domanda si colloca, ovviamente, accanto e a completamento delle osservazioni che avete svolto.

TATÒ *(AN)*. Ringrazio i professori Zichella e Benagiano per l'apporto tecnico dato alla Commissione. Com'è stato accennato prima dalla collega Baio Dossi, i motivi della denatalità sono da collegarsi ad aspetti

socioeconomici e a stili di vita. Lei ha correttamente rilevato che nell'immediato dopoguerra si facevano venti figli. Una mia collaboratrice, avanti negli anni, ha avuto 18 fratelli, di cui alcuni ancora viventi. Se si ipotizza, *ad abundantiam*, che un 20 per cento delle coppie è sterile e che il restante 80 per cento è fertile, si potrebbe giocare su di esse l'avvenire dell'umanità, in quanto sarebbero sufficienti a compensare le carenze delle donne e delle coppie sterili.

Gli aspetti ostetrici veri e propri del parto cesareo, di quello naturale e di tutti i presidi anticoncezionali hanno, a mio avviso, un valore molto relativo. Bisogna puntare sugli aspetti socioeconomici e cambiare mentalità: non è detto che si debba vivere tutti alla grande, con appartamenti, con una macchina a testa, due telefonini, e via dicendo.

In questi giorni si stanno facendo acrobazie incredibili sul disegno di legge sulla procreazione medicalmente assistita che è in corso di esame da parte dell'Assemblea del Senato. Non si sa cosa altro fare per avere un figlio: ebbene, questo figlio che si deve avere ad ogni costo può essere dato all'umanità dalle coppie normalmente fertili. Ritengo pertanto che l'indagine vada centrata soltanto e prevalentemente sugli aspetti economici e di stile di vita della società italiana, che sono cambiati incredibilmente nel giro di 30-40 anni.

BOLDI *(LP)*. Vorrei ricollegarmi a quanto rilevato prima da entrambi i professori riguardo alle modalità del parto e al fatto che vi sia una specie di complicità della donna nello scegliere il parto cesareo. Una volta i figli erano tanti e vi era l'idea che se se ne perdeva uno sarebbero rimasti gli altri. Oggi le coppie italiane hanno in media un figlio in età avanzata. Una donna che ha studiato e vuole intraprendere una certa carriera lavorativa si sposa tardi e, affrontando la prima gravidanza intorno ai 31 anni, non vuole chiaramente correre il rischio che quella unica gravidanza non vada bene.

A ciò si aggiunge una piccola preoccupazione che potrebbe anche non trovare conferme. Ho l'impressione che si entri in una sorta di circolo vizioso: più aumentano numericamente i parti cesarei, più ho l'impressione che i giovani ginecologi affrontino con meno tranquillità un parto naturale. Non sarebbe opportuno ridare agli operatori sicurezza nell'affrontare il parto naturale a partire dalla fase di preparazione universitaria?

SALZANO *(Aut)*. Vorrei porre una domanda brevissima. C'è una differenza nel numero di figli tra le donne che partoriscono con parto cesareo e quelle con parto naturale, atteso che il primo è un intervento chirurgico che, come tale, procura uno *stress* maggiore rispetto a quello spontaneo?

PRESIDENTE. Vorrei svolgere due brevi riflessioni; cercherò anzi di frenarmi, perché in questa indagine chiaramente finisco coll'essere coinvolto e potrei «non finirla più».

Il primo rilievo riguarda il «braccio» della denatalità della questione, per scattare una sorta di «fotografia sociologica». Per molto tempo la na-

talità è stata simmetrica con la durata della vita. Vale a dire, il momento della ricerca del matrimonio era molto anticipato rispetto ad oggi e si situava a livello giovanile (15-16 anni), la procreazione coincideva con il picco massimo di fertilità, poi seguivano la senescenza e la morte. Ora, per problemi sociali e per l'allungamento della vita, questo momento si sta spostando temporalmente sempre più in avanti. L'affermazione professionale e la necessità di stabilità sono princìpi su cui la donna ha reclamato giusti diritti di parità col maschio che vanno però a collocarsi temporalmente quasi alla fine del periodo fertile, se non oltre. La medicina, pur avendo raggiunto mirabolanti traguardi, non ha ancora risolto questo problema o quanto meno lo ha risolto, in maniera surrettizia e mistificatoria, con la maternità surrogatoria, che ovviamente non è accettabile in base ai criteri senitico, familiare e culturale, che valgono per il nostro modello.

La seconda brevissima osservazione riguarda la cosiddetta modalità del parto e segnatamente del parto cesareo, fermo restando che ho apprezzato moltissimo quanto hanno osservato al riguardo entrambi i colleghi. Vorrei dunque contribuire al dibattito apertosi sul tema «parto».

Tuttora la maggior parte delle polizze assicurative sanitarie include come unico motivo di risarcimento il parto operativo, quindi il cesareo: questo fa sì che nelle case di cura sia praticato di più, con vantaggio del privato; il paziente, altrimenti, dovrebbe pagare il parto in prima persona. Laddove è molto diffusa l'ospedalità privata – ad esempio, nel Lazio, dove è pari a quasi il 40 per cento – questo è uno dei motivi della diffusione di tale pratica.

Sul fronte giuridico non abbiamo dubbi: la situazione è quella che ci è stata esposta. Richiamo ancora una volta l'attenzione sull'esperienza del dolore, che è importante e di cui si parla tanto. Molto spesso però vi è una sorta di «patologia di informazione» da parte dei medici, anche in ostetricia: ad esempio, non si può fare l'anestesia perché fa male al bambino. In realtà, le anestesie vengono praticate, facilitando i parti in tutto il mondo, ricorrendo, ad esempio, all'anestesia spinale. In Italia non esiste un congruo numero di persone disponibili a questo, e lo rilevo da direttore di un reparto in cui sono riuscito (solo in ospedale e soltanto negli ultimi anni di professione) ad ottenere una turnazione di 24 ore su 24 per le analgesie spinali nei parti spontanei. Se nel primo parto (cosa buffa), che è molto più doloroso e prolungato, la forte motivazione riesce solitamente a far sopportare bene il dolore, nel secondo parto – cui si arriva meno preparati dal punto di vista dell'»opportuna preparazione spirituale» necessaria per affrontare l'evento –, si finisce spesso col soffrire molto di più.

In riferimento all'aumento dei parti cesarei non dimenticherei un fatto importante, quale quello della «parcellizzazione» dei parti e dell'effetto dovuto a specifiche situazioni organizzative. È vero che da un lato i cesarei indispensabili rappresentano circa il 14 per cento, ma è altrettanto vero che esiste una quota – che definirei «discrezionale» –, rappresentata da circa l'8 per cento di altri parti, sul cui esito non è possibile formulare previsioni assolute. Su questa quota discrezionale possono giocare molti

altri fattori, perché la scelta non è tanto tra un parto spontaneo ed un taglio cesareo, ma tra un cesareo e un parto complicato, magari attraverso un intervento vaginale.

Si è esagerato, molte volte, nel creare un nesso causale tra l'operatività vaginale e i danni fetali; allo stesso tempo, non v'è dubbio che una serie di motivi di sicurezza sono legati all'organizzazione del luogo specifico e ai collaboratori che si hanno a disposizione. Tale situazione può «spingere» in alto o in basso la percentuale indicata. Non si deve mai porre, in assoluto, la questione dei parti cesarei in termini di ricerca di un *target* numerico. È necessario ricercare sempre la scelta migliore. Se si potesse scegliere sapendo esattamente *a priori* come dividere i parti spontanei da quelli cesarei, ci attesteremmo tutti su questa linea; purtroppo questo non è possibile, esistendo un margine di «opzionalità» e di discrezione.

Do ora la parola al professor Zichella, affinché possa rispondere ai quesiti posti.

ZICHELLA. Signor Presidente, mi soffermerò brevemente sulla questione del parto, perché mi sembra sia l'argomento principale di questa audizione.

Vorrei rispondere innanzi tutto alla senatrice Baio Dossi, anche se forse sarebbe stato di aiuto avere a disposizione la lista dei componenti la Commissione. Del concetto di stile di vita mi consenta di rilevare – e non la ritenga come una larvata offesa, senatrice – parla anche l'uomo della strada ormai. Tuttavia cosa esprima esattamente tale concetto, qualcuno lo dovrà pur dire. Non adotterei «adagi» comuni usati nel linguaggio corrente, in mancanza di precisi parametri che li possano meglio definire. Certo, con «stile di vita» dobbiamo forse intendere l'insieme di cultura, lavoro e tanti altri aspetti da considerare. Senatrice Baio Dossi, circa l'atteggiamento della donna, posso assicurarle che le motivazioni delle decisioni assunte sono sempre molto incerte. Se la donna rimane incinta e nello spirito vuole avere un figlio, lo fa. Fare carriera, prendere atto che la casa non è quella giusta magari perché manca la stanza del bambino, che il marito si lamenta per la scarsezza dei soldi (conosciamo bene tutti il costo della vita oggi) costituiscono tutti elementi che frenano il naturale istinto materno. Tuttavia la condizione femminile a mio giudizio è la chiave di volta di tutto.

Il senatore Tatò ha parlato di aspetti sociali ed economici, io porrei al primo posto la condizione femminile. Bisognerebbe comprendere meglio cosa si aspetta la donna dalla sua esistenza e quali siano le sue priorità. A mio avviso, la vostra indagine dovrebbe essere incentrata sulle donne ormai giunte alla fine dell'adolescenza, in epoca prematrimoniale, per conoscere il loro pensiero sull'argomento. La loro identità è di affermazione e di fascino o anche di maternità? Si tratta di un problema che culturalmente dobbiamo affrontare, altrimenti si rischia di fare un'indagine basata soltanto sui soliti parametri – non me ne voglia, senatore Tatò –, vale a dire su quanti soldi si guadagna, sul possesso o meno di una casa e via

discorrendo. Questo non è sufficiente. Il Senato dovrebbe giudicare le situazioni da un punto di vista più elevato. Mi sembra poi francamente semplicistico immaginare, come lei ha affermato, che le coppie fertili, che possono quindi avere figli, possano compensare quelle che non li possono avere: è un approccio statistico freddo, che non può essere trasferito a livello antropologico; un figlio non mio non è la stessa cosa di un figlio mio.

TATÒ *(AN)*. Allora di chi è il figlio di una donna che si fa fecondare con fecondazione eterologa?

ZICHELLA. Posso essere d'accordo con lei, ma quello è un problema culturale enorme ma numericamente marginale. Il figlio è comunque della donna.

Presidente, le sue osservazioni nascono dall'esperienza vissuta nel valutare le problematiche in chiave reale e sono assolutamente incontestabili. Vorrei però aggiungere una considerazione: la chiave di volta risiede nel valutare la possibilità di un risarcimento per il danno fetale e, *in primis*, per la paralisi cerebrale, a seguito della quale – come lei, Presidente, sa bene – sono stati chiesti anche 20 miliardi di lire di risarcimento. Forse i signori senatori non sono a conoscenza dell'esistenza di uno «zoccolo duro» immodificabile: alcune paralisi cerebrali non sono comprensibili se non mediante l'apertura del cranio del neonato onde verificare l'eventuale presenza di malformazioni interne.

Si fa già tanta polemica sui poteri del Parlamento e del Governo e non intendo certo interferire con essi, ma se il legislatore non comprende la situazione, effettuando audizioni per approfondire le conoscenze attuali sul rischio del danno cerebrale del neonato, non si potrà mai risolvere il problema. Continueremo a correre il rischio che qualcuno chieda un risarcimento miliardario e, come minimo, ci sentiremo apostrofare come stupidi dalle nostre mogli, che ci rimprovereranno di non aver eseguito il taglio cesareo.

Il Senato deve approfondire questo aspetto importante, aggiornando i dati in merito al danno fetale e alle possibili cause responsabilità.

BENAGIANO. Signor Presidente, vorrei svolgere alcune considerazioni in merito a quanto osservato dalle senatrici e dai senatori che sono intervenuti.

Cosa si può fare? Siete qui proprio per identificare ciò che si può e non si può fare. Il Presidente, richiamando l'aspetto del dolore, ha sottolineato che strutture ospedaliere più aggiornate possono essere sicuramente di aiuto. Considererei separatamente due versanti: la cosiddetta psicoprofilassi del parto, ossia l'educazione della giovane donna a partorire; il travaglio in anestesia epidurale, che funziona benissimo se praticata da personale esperto. Purtroppo, gli anestesisti bravi nell'utilizzare tale tecnica non sono numerosi e ciò va inevitabilmente a vantaggio dei centri ospe-

dalieri più grandi che, essendo più efficienti, consentono di avvalersi meglio di tali sistemi.

D'altra parte, vivendo in un mondo mediatico, va considerato il modello e lo stile di vita – voglio usare questo termine – che i mezzi di comunicazione ci mostrano. Ieri presenziavo ad una piccola riunione nella quale un giornalista medico, il dottor Calzolari, che svolge questo mestiere da cinquant'anni, ha osservato che i giornalisti medico-scientifici italiani sono considerati al più basso livello in Europa, anche dopo gli spagnoli. Mi sono permesso di rispondergli che, essendo la cosa detta da lui, non potevo che essere d'accordo, visto che era lui il giornalista! Va dunque considerato anche il fatto che i modelli che vengono presentati diventano importanti perché la giovane donna li segue.

I DRG non hanno alcuna influenza nei grande centri (anche se adesso in un ospedale come il Policlinico Umberto i parti sono pochi). Sicuramente possono avere influenza nelle case di cura convenzionate e private, dove – senza alcuna offesa – far quadrare i conti è un problema quotidiano.

Il Presidente ricordava le assicurazioni: se esistono, i meccanismi perversi non aiutano. D'altra parte, la tematica della maternità senza rischio, per fortuna, è stata oggi ripresa anche a livello di Organizzazione Mondiale della Sanità (il nuovo direttore generale ne ha fatto una sua bandiera). Ho lavorato in questa Organizzazione dal 1973 al 1997; allora non si faceva altro che parlare di pianificazione familiare. In altre parole, allora vi era il problema di come non fare i figli; erano «anni di fuoco» in cui è stato fatto tantissimo per i Paesi in via di sviluppo. Oggi invece si parla di maternità sicura; è un bel progresso.

La rivista «Panorama», quando è stata lanciata circa trent'anni fa, aveva uno *slogan*: «i fatti separati dalle opinioni». Questa frase mi è sempre piaciuta moltissimo, anche se non intendo con ciò affermare che sia vera ancora oggi. Il primo e più importante dei vostri compiti è capire quello che succede. Nel proporre soluzioni non credo sia possibile evitare che ognuno porti il proprio convincimento, quindi la propria ideologia e le proprie istanze etiche. Avete a mio parere tutto il diritto di difendere, ad esempio, il versante sociale se lo considerate importante; è per questo che esiste la democrazia.

PRESIDENTE. Ringrazio gli intervenuti per il prezioso contributo offerto alla Commissione.

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

I lavori terminano alle ore 9,25.

€ 1,00