

Comune di nascita: tra razionalizzazione e campanilismo demografico

scritto da Marco Marchi | 28 Febbraio 2012

Tabella 1 – Confronto fra numero di schede CeDAP pervenute e numero di parti rilevati attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Regione	Schede CEDAP			Copertura rilevazione (% schede CEDAP su totale schede SDO)		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Piemonte	35 815	36 022	36 274	97.3	96.1	96.5
Valle d'Aosta	1 188	1 223	1 230	99.7	99.8	100.2
Lombardia	93 561	96 046	98 435	97.7	99.6	99.7
Prov Auton Bolzano	5 530	5 563	5 500	100.3	100.3	100.8
Prov Auton Trento	4 942	4 904	5 103	101.5	102.3	103.4
Veneto	46 409	46 850	47 864	100.6	100.7	100.8
Friuli Venezia Giulia	10 321	10 502	10 356	100.9	101.0	101.2
Liguria	11 101	11 108	11 765	92.8	93.5	98.2
Emilia Romagna	38 967	39 792	41 380	98.9	98.4	100.0
Toscana	31 453	32 359	32 806	98.4	98.4	98.2
Umbria	8 168	8 037	8 677	99.1	95.2	100.5
Marche	12 957	13 568	14 279	92.7	95.0	97.3
Lazio	54 251	54 971	54 539	101.8	102.4	102.6
Abruzzo	9 943	10 410	10 836	94.9	94.7	97.7
Molise	947	873	2 294	40.3	36.6	96.0
Campania	60 154	60 388	59 747	97.4	97.0	97.4
Puglia	36 349	34 519	35 008	95.3	90.9	95.2
Basilicata	4 378	4 273	4 040	93.9	95.2	89.8
Calabria			10 868			63.0
Sicilia	39 202	37 935	41 204	79.9	80.4	84.9
Sardegna	11 499	11 026	12 513	90.5	86.0	97.5
Totale	517 135	520 369	544 718	92.9	93.0	96.6

Fino alla metà degli anni '90, il sistema di rilevazione delle nascite, basato sulle schede di nascita ISTAT D.1 e D.2, distingueva nettamente fra eventi relativi allo Stato Civile, riguardanti la popolazione presente, e gli eventi relativi all'Anagrafe, riguardanti la popolazione residente. Il documento amministrativo fondamentale era rappresentato dal Certificato di assistenza al parto (CEDAP), strutturato e compilato secondo le norme previste nel Decreto del Ministero della Sanità del 19 Aprile 1978.

Tale certificato veniva compilato dall'ostetrica/o che aveva assistito al parto e presentato all'Ufficiale di stato civile del Comune per la denuncia di nascita per essere poi trasmesso all'Ufficiale sanitario e quindi alla Direzione sanitaria dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) per la sua archiviazione. Integrando le informazioni in esso contenute con altre informazioni suppletive a cura dell'Ufficiale di stato civile veniva quindi riempita la scheda di nascita da inviare all'ISTAT.

La rilevazione delle nascite dopo il 1997

La procedura cambia con la Legge 127/1997 ("Legge Bassanini"). La denuncia delle nascite adesso si

può fare o, entro 10 giorni, presso lo stato civile del Comune in cui è avvenuta la nascita o, su richiesta dei genitori, del Comune di residenza degli stessi (o, eventualmente, della sola madre) oppure, entro 3 giorni, presso la Direzione sanitaria della clinica o ospedale in cui si è verificato il parto (con l'obbligo di trasmetterla, entro 10 giorni, al competente ufficiale di Stato civile). Dopo un biennio di difficile applicazione (non era chiaro che cosa si potesse o dovesse trascrivere nelle schede di nascita ISTAT D.1 e D.2), nell'ottobre del 1998 il Regolamento di attuazione della suddetta legge vietava ai Direttori sanitari di allegare il CEDAP alla dichiarazione di nascita, tagliando la testa al toro, ma impoverendo di molto il contenuto delle schede.

Il nuovo CEDAP

Il Decreto del Ministero della Salute n°349 del 16/7/2001 ha stabilito che il nuovo CEDAP sia uno strumento utilizzabile a fini statistici e di sanità pubblica e ne fornisce uno schema esemplificativo. Viene redatto dall'ostetrica o dal medico che ha assistito il parto Entro 10 giorni dalla nascita, e la Direzione sanitaria è tenuta ad inviarne copia alla Regione (eventualmente tramite le ASL), che a sua volta, trasmette, in via informatica, le informazioni raccolte al Ministero della Salute che provvede ad archivarle e inviarle all'ISTAT: sono così recuperabili tutti i dati precedentemente presenti nelle schede D.1 e D.2. Le modalità di attuazione del nuovo circuito informativo sono fissate dalla circolare ministeriale n°15 del 19/12/2001, con successive integrazioni regionali che hanno in parte modificato il modello e le procedure di rilevazione. Purtroppo tali modifiche non sono state sottoposte al controllo del previsto Gruppo di monitoraggio congiunto fra Ministero della salute, ISTAT e Regioni che non ha svolto alcuna attività in tal senso per cui attualmente i CEDAP regionali sono caratterizzati da notevole disomogeneità e differente qualità ed attendibilità dei dati raccolti (vedi L. Acanfora e M. Marchi, "Nascere sicuri?" , Neodemos, 01/02/2012).

A titolo di esempio riportiamo un confronto "ufficiale" fra le due principali fonti alternative di dati sulle nascite (ricordando che, seppure molto ridotta, sussiste anche una quota di nascite extra-ospedaliere!)

Il campanilismo demografico

Nella sua Relazione conclusiva sui "Punti nascita" , la Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali focalizzava la sua attenzione sui punti nascita con meno di 500 parti all'anno, sottolineandone la fragilità in termini sia di personale sia di attrezzature, in particolare per l'assenza di Unità Operative di Neonatologia e di Terapia Intensiva Neonatale, con conseguente maggiore rischiosità nel far fronte a situazioni di emergenza (si stima in circa il 10% la componente di gravidanze/parti patologici). Forse anche per questo in questi punti nascita la percentuale di parti con taglio cesareo (TC) risulta in media maggiore, data la "programmabilità" degli stessi e la possibilità di effettuarli in "orario di lavoro".

La Commissione ha confermato quindi l'orientamento alla chiusura di punti nascita troppo piccoli, con la concentrazione dei parti in strutture di dimensione medio-grande, dotate di personale con più elevati standard di professionalità ed adeguati supporti tecnologici, ottimizzando quindi sia la dimensione organizzativa che la dotazione organica.

Purtroppo l'unanime giudizio specialistico si scontra con una sorta di "campanilismo demografico" per cui ogni comunità insorge contro ogni ipotesi di chiusura dei "propri" presidi sanitari (punti nascita, ma non solo) opponendo esigenze, condivisibili, di vicinanza e quindi tempestività dell'intervento, e di maggiore facilità di rapporti relazionali con i ricoverati, ma dimenticando spesso che questi vantaggi si pagano: con costi più elevati e spesso anche con minore qualità dell'assistenza sanitaria.

Tabella 2 - Distribuzione per classi di parto del numero di parti e del numero di punti nascita secondo la tipologia di struttura

Classe di parti	Pubblica		Privata accreditata		Privata non accreditata		Totale	
	Punti	Parti	Punti	Parti	Punti	Parti	Punti	Parti
0-499	123	36 518	33	10 570	14	2 515	170	49 603
500-799	89	56 509	31	18 986	1	549	121	76 044
800-999	51	46 488	10	9 104			61	55 592
1000-2499	162	231 418	14	20 457			176	251 875
2500+	34	111 288					34	111 288
Totale	459	482 221	88	59 117	15	3 064	562	544 402
	<i>distribuzione %</i>		<i>distribuzione %</i>		<i>distribuzione %</i>		<i>distribuzione %</i>	
0-499	27%	8%	35%	18%	93%	82%	39%	9%
500-799	19%	12%	35%	32%	7%	15%	22%	14%
800-999	11%	10%	11%	15%			11%	10%
1000-2499	35%	48%	16%	35%			31%	46%
2500+	7%	23%					6%	20%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nel caso dei punti nascita a tutto ciò si aggiunge il problema, campanilistico appunto, che la nascita in ospedale riduca il legame di appartenenza alla comunità locale in quanto “nato in altro comune”. Già in passato, a causa di ciò, si erano create situazioni al limite del ridicolo[1]. La Legge Bassanini ha attenuato, ma non ha risolto del tutto il problema: se la dichiarazione di nascita viene presentata al comune di residenza della madre (o, se d'accordo, del padre) si eviterà, come invece avveniva in passato, l'obbligo per tutta la vita di dover richiedere l'estratto originale dell'atto di nascita al comune in cui era avvenuto il parto, e il soggetto risulterà “residente dalla nascita”. Quindi già adesso ogni certificazione può essere richiesta al comune di residenza indicato e prescelto come sopra esposto, ma rimane il dato di fatto che su tutti i documenti amministrativi (carta d'identità, codice fiscale, ecc.) viene ancora riportato solo e soltanto il Comune (di solito sede dell'ospedale) in cui la nascita stessa è avvenuta. E questo può non piacere, e di fatto non piace a molti.

Una proposta

Teniamo presente che il riferimento al comune effettivo di nascita rimane utile, ad esempio, a fini di programmazione sanitaria, di allocazione delle risorse ospedaliere al servizio di un bacino di utenza più ampio, rappresentato spesso da un insieme di comuni orientati a mantenere una loro identità, anche demografica.

Allora, fatta salva la libera scelta nella presentazione della denuncia di nascita al comune in cui la nascita è avvenuta oppure in alternativa a quello di residenza della madre (o, se d'accordo, del padre) appare possibile, se i genitori lo desiderano, lasciare in sordina il luogo fisico del parto, che può essere stato imposto da motivi contingenti di logistica ospedaliera contrapposti a legami (anche simbolici) di continuità temporale e di riferimento territoriale.

Al fine di togliere di mezzo ogni residuo di opposizione campanilistica alla concentrazione dei punti nascita presso strutture più attrezzate, con vantaggi evidenti ed unanimemente riconosciuti di riduzione dei rischi e di maggiore economicità di scala degli interventi, si potrebbe equiparare a tutti gli effetti il «Comune di nascita» con il «Comune di residenza alla nascita» in ogni documento personale: intendendo come comune di residenza alla nascita quello di residenza della madre (o, se d'accordo, del padre), a cui è stata inviata la dichiarazione di nascita.

Rimane comunque aperta l'opzione per coloro che potrebbero avere un interesse a far comunque registrare la nascita come avvenuta in un Comune italiano a cui poter richiedere in futuro un certificato di nascita, ad esempio, per le nascite da immigrati irregolari, senza residenza in Italia, quale premessa di una futura richiesta di cittadinanza.

Per saperne di più

COGIS : Rapporto di ricerca 04.05 – Completezza e qualità dell'informazione statistica in materia di nascite e decessi, Dicembre 2004

Ministero della Salute : Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Analisi dell'evento nascita – Anno 2008

<http://www.salute.gov.it>

Camera dei Deputati – XVI Legislatura Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali: Relazione sui punti nascita Doc.XXII-bis, n°3

<http://www.camera.it>

[1] Ad esempio, sala parto posta sulla linea di confine tra i comuni di Montevarchi e San Giovanni Valdarno (AR), al fine di poter attribuire ogni nascita al "giusto" comune.