

GINECOLOGI INCONTRANO BALDUZZI, SCIOPERO CONFERMATO

(AGI) - Roma, 18 gen. - Lo sciopero delle sale parto previsto per il prossimo 12 febbraio e' confermato nonostante l'incontro avvenuto oggi a Roma tra i rappresentanti dei ginecologi e delle ostetriche e il ministro della Salute, Renato Balduzzi. A renderlo noto e' Nicola Surico, presidente della Societa' Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo). "L'incontro con il ministro - rivela Surico all'AGI - e' andato bene nel senso che ha recepito le nostre richieste, ma manteniamo la posizione di protesta e lo sciopero del 12 febbraio. Balduzzi - ha aggiunto Surico - ci ha detto che ci convochera' per definire delle modifiche da apportare in un decreto che sta preparando". La convocazione, ha specificato, "sara' a breve, forse la prossima settimana. Prima dell'incontro il ministro Balduzzi, parlando a margine della presentazione di un'indagine sui parti cesarei ingiustificati, si era detto disponibile "ad ascoltare molto attentamente il mondo dei ginecologi e delle ostetriche, a sentire tutte le proposte volte a migliorare il quadro normativo", anche se, aveva aggiunto, tutte le decisioni su come rendere piu' sereno il lavoro stanno nel 'decretone sanita' convertito in legge. I ginecologi e le ostetriche lamentano una mancanza di tutele in merito alle azioni legali avviate per ottenere un risarcimento danni.

» Corriere della Sera > Salute > Primo sciopero di ginecologi e ostetriche Il 12 febbraio niente parti programmati

STOP A ESAMI E VISITE, NEGLI OSPEDALI PUBBLICI E PRIVATI

Primo sciopero di ginecologi e ostetriche Il 12 febbraio niente parti programmati

Sotto accusa i tagli alla Sanità e il contenzioso medico-legale «a livelli insostenibili». Non è servito l'incontro con Balduzzi



(Ansa)

MILANO - L'incontro con il ministro della Salute Balduzzi non fa fare retromarcia ai ginecologi e alle ostetriche: lo sciopero annunciato per il 12 febbraio «è confermato». A dirlo è Antonio Chiantera, segretario nazionale dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri

italiani, dopo il termine della riunione convocata dallo stesso ministro per scongiurare lo sciopero. «Il ministro è stato molto gentile - spiega Chiantera -, ma nella sostanza non ci sono sviluppi. Lo sciopero è confermato». Dunque è «vietato» nascere il 12 febbraio: niente parti programmati (fatte salve le emergenze), esami, visite ed ecografie, negli ospedali pubblici e privati. «Potrebbe essere il giorno nel quale in futuro si festeggeranno meno compleanni» dicono i sanitari: per le due categorie si tratta del primo sciopero nazionale.

MILLE INTERVENTI - L'astensione dal lavoro riguarda, oltre ai punti nascita del Servizio Sanitario Nazionale, anche i consultori familiari e gli ambulatori ostetrici extraospedalieri. Dunque niente cesarei né induzione di parti programmati, per un totale di circa 1.100 interventi che dovranno essere rinviati o anticipati; poco meno di 600 sono cesarei. Questa la «scelta estrema» di 15mila tra ginecologi e ostetriche: sotto accusa «i tagli alla sanità che hanno messo in ginocchio l'assistenza e il contenzioso medico-legale arrivato ormai a livelli insostenibili». E lo sciopero delle sale parto «non è privo di rischi sanitari - spiega Nicola Surico, presidente della Società italiana di ginecologia (Sigo) -, anche se saranno garantite le urgenze. In questo campo non sempre è facile stabilire il confine dell'urgenza. E si corrono seri rischi. Siamo costretti a un'azione forte, ma i politici devono riflettere e assumersi le responsabilità anche di eventuali problemi».

«SICUREZZA NON GARANTITA» - Alla base della protesta due motivazioni. In primo luogo i tagli della spending review e delle altre manovre finanziarie degli ultimi anni che stanno mettendo in ginocchio l'assistenza sanitaria anche in settori chiave come quello del «percorso nascita, impedendone anche

36

1mila

4

38

Mi piace

Tweet

OGGI IN salute >

Parti cesarei, il 43% è «ingiustificato»
Balduzzi: sprecati 85 milioni di euro

Generico o «griffato»? Mini guida alle regole

Energy drink: aumentano i casi d'emergenza dopo averli bevuti

la messa in sicurezza». Seconda motivazione, spiegano i rappresentanti delle due categorie, la crescita ormai incontrollata del contenzioso medico-legale, che sta portando alla sempre maggiore diffusione del fenomeno della "medicina difensiva". Ginecologi e ostetriche si dicono pronti anche allo "sciopero del voto" se le forze politiche resteranno sorde alle loro richieste. Sarebbero 15 mila voti in meno: gli scioperanti sono decisi, se non ci saranno segnali, a riconsegnare ai Comuni i certificati elettorali. Tre le richieste prioritarie a tutti i partiti impegnati nella competizione elettorale: la certezza del finanziamento per la sanità; l'impegno ad applicare immediatamente la riforma dei punti nascita, approvata due anni fa; la garanzia di misure incisive sulla responsabilità professionale in sanità.

MIGLIAIA DI DENUNCE - «Sono ormai migliaia le denunce contro i ginecologi e gli altri operatori, non possiamo più lavorare con la dovuta serenità - afferma il presidente dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi) Vito Trojano -. E il dramma è che, a fronte di un clamore mediatico straordinario al momento della denuncia, a conti fatti il 98,8% dei procedimenti presso 90 Procure italiane a carico di sanitari (di cui circa il 10% ginecologi) è archiviato senza alcuna condanna per gli operatori». Di contro le denunce contro i medici e i sanitari si sono triplicate negli ultimi 15 anni arrivando a 33.682 nel 2010. La cosiddetta malasanita, affermano i ginecologi, «si rileva quindi un vero e proprio "bluff"». Oltre al danno la beffa: molti professionisti assolti in penale sono comunque costretti a pagare risarcimenti elevati in sede civile. In Italia, proprio per la "medicina difensiva", sottolineano le associazioni di categoria, si sprecano ogni anno 12/14 miliardi di euro per esami e interventi inutili effettuati di fatto solo per "auto-protezione" da parte dei sanitari, in vista di possibili contenziosi futuri con i pazienti e i loro avvocati. Bisogna «affrontare una volta per tutte il problema della colpa grave - spiegano le associazioni - e obbligare le aziende sanitarie ad assicurare i medici. Possono esserci anche altre soluzioni, come ad esempio la costituzione di fondi di solidarietà. Siamo pronti ad accogliere le proposte realmente incisive».

POLIZZE ALLE STELLE - Purtroppo, sottolinea il presidente della Federazione sindacale medici dirigenti (Fesmed) Carmine Gigli, «il decreto Balduzzi, recentemente convertito in legge e che contempla alcune norme specifiche sulla responsabilità professionale, non ha offerto soluzioni». Neanche il problema dei costi proibitivi delle polizze assicurative, conclude, «viene risolto dal decreto Balduzzi, mancando l'atteso obbligo delle Asl ad assicurarsi e a mettere in sicurezza i punti nascita, e lasciando così il medico e gli altri professionisti sanitari da soli a contrastare spese legali ed eventuali risarcimenti milionari in sede civile». I premi assicurativi costano in media 15/20 mila euro annui: numeri che hanno portato il 10% delle Asl alla disdetta delle polizze nel 2011. Le stesse compagnie assicuratrici considerano svantaggioso assicurare i medici per i rischi di risarcimento in sede civile: a fronte di un monte premi assicurativo nella sanità di circa 500 milioni annui, dichiarano di pagare risarcimenti per il 160% dei premi incassati. Nel 2011 il 5% delle polizze è stato disdettato dalle compagnie. «Il 13 agosto - conclude Surico - diventerà obbligatoria l'assicurazione del singolo professionista. Ma i costi sono proibitivi e le compagnie si tirano indietro, vista l'entità del contenzioso. I medici sono lasciati soli. È una situazione gravissima».

SIGLE DI CATEGORIA - L'agitazione è indetta da: Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi), Società italiana di ginecologia (Sigo), Associazione ginecologi universitari (Agui), Federazione sindacale medici dirigenti (Fesmed), Associazione ginecologi territoriali (Agite), Società italiana di ecografia ostetrica e ginecologica e metodologie

biofisiche (Sieog) e Associazione italiana di ostetricia (Aio). Aderiscono allo sciopero anche i maggiori Centri di fecondazione assistita: raggruppati nell'associazione Cecos, eseguono circa 10mila cicli l'anno di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) in Italia. Il Cecos denuncia la «grande difficoltà che stanno vivendo i ginecologi e i professionisti che operano nei Centri di Procreazione Medicalmente Assistita ad essere assicurati in questo ambito del trattamento dell'infertilità, nonostante i rischi siano sensibilmente bassi rispetto all'evento nascita. Solo una compagnia copre il rischio e si permettono di chiedere un premio che giunge anche a centinaia di migliaia di euro».

TRIBUNALE DEL MALATO - Fortemente critico il Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva. «Non è questo il modo per affrontare i problemi, che sicuramente ci sono, scaricandoli sui cittadini che si troveranno senza servizi per una giornata intera. Piuttosto chiediamo forme alternative di sciopero dove potremmo essere al fianco di ginecologi e ostetriche - dice il coordinatore nazionale Giuseppe Scaramuzza -. Sulla questione del contenzioso siamo convinti che si può fare di più per prevenire alcune situazioni investendo sul consenso informato e dedicando il tempo necessario per spiegare alle future mamme e papà rischi e benefici degli interventi».

Redazione Salute Online

16 gennaio 2013 (modifica il 18 gennaio 2013)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA STAMPA.it

CRONACHE

18/01/2013

Relazione-choc dei Nas: inutile un cesareo su due

I parti con intervento sono circa 150mila all'anno, il 29% del totale. "Ma il 43% è ingiustificato". I picchi sono in Campania, Lazio, Basilicata, Puglia, Calabria e Sicilia

ROMA

«Posizione anomala del feto». È questa la principale condizione che rende necessario un parto cesareo e che si verifica, in media, nell'8% delle gestanti. Ma se tale percentuale schizza, in alcune regioni, ad oltre il 50%, allora sorge il «sospetto» di un utilizzo «opportunistico» dell'intervento, che prevede una maggiore tariffa di rimborso per le strutture rispetto al parto naturale. È partendo da tale considerazione che il ministero della Salute ha avviato un'indagine nazionale per verificare proprio l'appropriatezza del ricorso al cesareo. Risultato: su circa 150mila primi cesarei l'anno in Italia (il 29% del totale dei parti, pari a circa mezzo milione), il 43% - quasi 1 su 2 - è ingiustificato.



+ Ovuli congelati a 30 anni La maternità non ha più età MARIA CORBI

Un fenomeno che interessa, in particolare, la Campania, ma anche Lazio, Basilicata, Puglia, Calabria e Sicilia. Il ministero ha quindi attivato un controllo campionario sulle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) per primo parto cesareo con diagnosi di posizione anomala del feto, per verificare se le informazioni contenute nelle Sdo corrispondessero alla documentazione in cartella clinica. Il campione è stato di 3.273 cartelle distribuite in 78 strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate. Le cartelle sono state acquisite dai Nas. Ad oggi sono state esaminate 1.117 cartelle, da 32 strutture di 19 regioni. Il dato che emerge, appunto, è che nel 43% delle cartelle esaminate «è rilevata una non corrispondenza con le informazioni nella Sdo». A chiarire la situazione è lo stesso ministro Renato Balduzzi: «I dati sono molto preoccupanti - ha sottolineato presentando l'indagine - e ci vuole un intervento ulteriore. Ci sono comportamenti opportunistici su cui bisogna intervenire».

In varie situazioni, ha detto, si è verificato che le cartelle cliniche «dicesero cose diverse rispetto a quanto documentato dalle indagini ecografiche o radiologiche». Addirittura, in ospedali di ben 12 regioni, i Nas si sono trovati ad esaminare cartelle cliniche «vuote», nelle quali mancava del tutto la documentazione a sostegno del ricorso al cesareo. Eccezione positiva solo per 4 regioni: in Veneto, Liguria, Friuli V.G., Valle d'Aosta e Provincia autonoma di Trento la percentuale di non corrispondenza tra Sdo e cartelle è inferiore al 5%. Insomma, «troppe diagnosi di posizione anomala del feto» e dunque troppi cesarei, afferma il ministero, ribadendo che tale intervento va effettuato solo se necessario, dal momento che presenta un rischio triplo di decesso per complicanze rispetto al parto naturale.

Ma ai rischi per la salute, si aggiunge anche la non trascurabile questione dei costi: ogni cesareo in assenza di indicazione clinica comporta una spesa non necessaria di 1.139 euro. Da qui il monito di Balduzzi: se il dato di inappropriatazza del ricorso ai cesarei sarà confermato, «ciò significherebbe uno spreco di 80-85 mln l'anno». Dati ai quali controbatte il presidente della Società italiana di ginecologia (Sigo), Nicola Surico: «Circa 1/3 dei cesarei deriva da un inevitabile atteggiamento di 'medicina difensiva' del medico».

Maggiori controlli vengano dunque effettuati dalle Regioni, è l'invito del ministero. Mentre le incongruenze già rilevate potrebbero portare a conseguenze gravi: «Una volta esaminate, le cartelle cliniche saranno trasmesse alle procure perché - ha avvertito il comandante generale dei Carabinieri Nas, Cosimo Piccinno - si potrebbero ipotizzare reati che vanno dalle lesioni personali gravi alla truffa a carico del Ssn, al falso in atto pubblico».

Annunci PPN

il Giornale.it

I ginecologi confermano lo sciopero

Grazie a ministro Balduzzi, ma il 12 febbraio ostetrici e ginecologi sciopereranno. Si è concluso con un nulla di fatto l'incontro tra Fesmed, Aogoi, Sigo e i chirurghi dell'Acoi con il ministro della Salute Renato Balduzzi dopo l'annuncio dello sciopero, al quale hanno aderito anche i ginecologi dell'Agite e le ostetriche dell'Aio, che sfocerà il 12 febbraio prossimo nel blocco dell'attività di tutti i punti nascita italiani, nonch delle visite specialistiche, delle ecografie ostetriche e degli esami clinici, fatte salve le urgenze indifferibili, che saranno comunque garantite.

«Ringraziamo il Ministro per la rapidità della convocazione e per la sua disponibilità ad ascoltare le nostre richieste.

Abbiamo offerto la nostra collaborazione agli organismi ministeriali per l'attuazione delle proposte avanzate dal ministro Balduzzi a creare tavoli tecnici», spiegano i medici in una nota congiunta.

«Abbiamo ribadito che la nostra protesta è rivolta soprattutto ad attrarre l'attenzione di tutte le forze politiche affinché si facciano carico di inserire nei rispettivi programmi di governo la problematica del contenzioso medico legale e introdurre i correttivi necessari per raffredarlo, contenendo cos il fenomeno della medicina difensiva, e contemporaneamente affrontare e risolvere i problemi della sicurezza dei punti nascita nell'interesse della salute e del benessere della mamma e del bambino».

Tuttavia, la disponibilità del ministro «non può essere considerata un elemento sufficiente e risolutivo per poter farci recedere dalla nostra ferma intenzione di proclamare lo sciopero per il 12 febbraio. Sciopero che sarà formalizzato, secondo la normativa vigente, lunedì 21 gennaio».

quotidiano**sanità**.it

Sabato 18 GENNAIO 2013

Sciopero sale parto. Ginecologi ringraziano Balduzzi ma "protesta va avanti"

L'incontro tra il Ministro e i ginecologi non ha modificato la situazione. La categoria, pur riconoscendo a Balduzzi la disponibilità ad ascoltare le richieste, conferma lo sciopero del 12 febbraio. "Restiamo in attesa che alle parole seguano i fatti e che le forze politiche diano dei segnali di interesse alle nostre richieste"

Fumata nera oggi al ministero della Salute in occasione dell'incontro tra il responsabile del dicastero Balduzzi e i ginecologi di Fesmed, Aogoi, Sigo, e i chirurghi dell'Acoi che dunque confermano lo sciopero per il 12 febbraio prossimo che "sarà formalizzato – ribadiscono le associazioni – secondo la normativa vigente lunedì 21 gennaio". Sciopero al quale hanno aderito anche i ginecologi dell'Agite e le ostetriche dell'Aio.

Niente da fare dunque, i ginecologi pur ringraziando Balduzzi "per la rapidità della convocazione e per la sua disponibilità ad ascoltare le nostre richieste", attraverso una nota ufficiale ribadiscono che la "protesta è rivolta soprattutto ad attrarre l'attenzione di tutte le forze politiche affinché si facciano carico di inserire nei rispettivi programmi di governo la problematica del contenzioso medico legale e introdurre i correttivi necessari per raffredarlo, contenendo così il fenomeno della medicina difensiva, e contemporaneamente affrontare e risolvere i problemi della sicurezza dei punti nascita nell'interesse della salute e del benessere della mamma e del bambino".

"Abbiamo offerto la nostra collaborazione agli organismi ministeriali per l'attuazione delle proposte avanzate dal ministro Balduzzi a creare tavoli tecnici" fanno sapere, "tuttavia, la disponibilità del Ministro non può essere considerata un elemento sufficiente e risolutivo per poter farci recedere dalla nostra ferma intenzione di proclamare lo sciopero per il 12 febbraio".

"Abbiamo consegnato al Ministro – fanno sapere i ginecologi – un documento con le motivazioni della nostra protesta e le nostre richieste: rivisitazione del contenzioso medico legale, la messa in sicurezza dei punti nascita, l'obbligatorietà da parte delle aziende sanitarie di assicurarsi. In particolare abbiamo illustrato un preventivo di polizza assicurativa nella quale si chiede ad un ginecologo il pagamento di un premio di 25mila euro per una copertura di 2 milioni di euro. Una cifra che un ginecologo non è in grado di poter pagare neanche al termine della propria carriera. Il Ministro ci ha proposto di compiere insieme un percorso di collaborazione finalizzato alla stesura del Decreto attuativo previsto dalla legge Balduzzi apportandone miglioramenti che possano renderlo più incisivo riguardo alle problematiche sollevate".

"Ad oggi – lamentano le associazioni di categoria – nessun partito nei propri programmi elettorali ha preso in considerazione le criticità del contenzioso medico legale da noi sollevate e che interessa tutta la classe medica e la sicurezza dei punti nascita".

E dunque i ginecologi "restano in attesa che alle parole del ministro seguano i fatti e che le forze politiche diano dei segnali di interesse alle nostre richieste ponendole nei loro programmi di governo. La protesta continua".

Protesta che ricordiamo sfocerà, il prossimo 12 febbraio, nel blocco dell'attività di tutti i punti nascita

italiani, nonché delle visite specialistiche, delle ecografie ostetriche e degli esami clinici, fatte salve le urgenze indifferibili, che saranno comunque garantite. I Parti cesarei e l'induzione di parti programmati, per un totale di circa 1.100 interventi stimati, saranno quindi anticipati o posticipati.

quotidiano**sanità**.it

Sabato 18 GENNAIO 2013

Parti cesarei: il 43% è ingiustificato. Uno spreco da 85 mln. Balduzzi: “Risultati preoccupanti”

I numeri li rivela un'indagine del Ministero della Salute che evidenzia come quasi nella metà delle cartelle esaminate è stata rilevata una non corrispondenza con le informazioni riportate nella schede di dimissioni ospedaliere tale da non giustificare il ricorso al cesareo. Ipotizzati reati che vanno dalla truffa alle lesioni personali.

In Italia si fanno troppi cesarei rispetto alla media europea. E questo dato è noto da tempo. Ciò che invece non si sapeva era nello specifico quanti di questi cesarei fossero realmente ingiustificati. Questo è stato lo scopo dell'indagine campionaria fatta dal Ministero della Salute e presentata oggi in conferenza stampa.

In particolare, si è evidenziato come la condizione “Posizione e presentazione anomala del feto”, che è fortemente associata al taglio cesareo ed ha una frequenza nazionale dell'8% circa, risultava in alcune strutture molto rappresentata, raggiungendo in molti casi valori superiori al 20% ed in alcuni addirittura superiori al 50%. Tutti valori che sono incompatibili con la distribuzione di questa condizione al parto nella popolazione e hanno quindi fatto sorgere il sospetto di una utilizzazione opportunistica di questa codifica, non basata su reali condizioni cliniche.

Così, incrociando i dati delle cartelle cliniche con le SDO è emerso che nel 43% delle cartelle esaminate è stata rilevata una non corrispondenza con le informazioni riportate nella SDO.

“I risultati dell'indagine – ha detto il Ministro della Salute **Renato Balduzzi** – da un lato hanno evidenziato come il Ssn ha gli strumenti per conoscere ed intervenire ma allo stesso tempo, nonostante vi siano linee guida per gli operatori e linee di indirizzo per le Regioni, i dati sono un campanello d'allarme per cui saranno necessari ulteriori interventi”. E il problema di un ricorso ingiustificato al cesareo oltre che essere di salute per la donna lo è anche per l'economia per cui il Ministro ha stimato che il costo di questi interventi ingiustificati in “80-85 milioni di euro di spreco”. “Il profilo giudiziario - ha specificato poi il Ministro, “è l'ultima ratio, però in presenza di dati che creano ragionevoli dubbi sulla legalità dei comportamenti, c'è il dovere di perseguire la strada giudiziaria”.

E proprio sull'aspetto giudiziario è intervenuto il comandante generale dei Carabinieri Nas, **Cosimo Piccinno** che ha specificato come dai controlli siano emerse varie ipotesi di reato che saranno oggetto di indagine da parte della magistratura. Si va dalle lesioni personali gravi alla truffa ai danni del Ssn.

“Una volta esaminate – ha detto il comandante del Nas - le cartelle cliniche prelevate per l'indagine, queste saranno trasmesse alle singole procure perché si potrebbero ipotizzare reati che vanno dalle lesioni personali gravi alla truffa a carico del Servizio sanitario nazionale, al falso in atto pubblico”. La cartella clinica, ha precisato Piccinno, “non rappresenta infatti un atto interno alla struttura bensì un atto pubblico”.

Ma cos'è che ha fatto scattare l'allerta? Iniziamo da principio. Lo scorso anno (12 gennaio 2012)

Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) ha segnalato problemi di validità delle informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) con procedura di parto cesareo, in alcune strutture sanitarie, per quanto riguarda le diagnosi di “Posizione e presentazione anomala del feto”. Il fenomeno interessava in particolare la Regione Campania e con minore estensione le Regioni Lazio, Basilicata, Puglia, Calabria e Sicilia.

In particolare, il ‘warning’ di Agenas segnalava come la condizione “Posizione e presentazione anomala del feto”, che è fortemente associata al taglio cesareo ed ha una frequenza nazionale dell’8% circa, risultava in alcune strutture molto rappresentata, raggiungendo in molti casi valori superiori al 20% ed in alcuni addirittura superiori al 50%.

Tutti valori che sono incompatibili con la distribuzione di questa condizione al parto nella popolazione e hanno quindi fatto sorgere il sospetto di una utilizzazione opportunistica di questa codifica, non basata su reali condizioni cliniche.

E proprio sulla base Sulla base della segnalazione di Agenas, la Direzione generale della Programmazione sanitaria ha approfondito il problema su tutto il territorio nazionale utilizzando i dati SDO 2010, rilevando una situazione del tutto paragonabile a quella segnalata da Agenas.

Il Ministero della Salute ha quindi attivato un’azione di controllo campionario mirato alle dimissioni per primo parto cesareo con diagnosi di “Posizione e presentazione anomala del feto”, allo scopo di verificare se le informazioni contenute nelle SDO corrispondevano all’effettiva documentazione presente nella cartella clinica; ciò in considerazione del fatto che, in base alla normativa vigente, le SDO costituiscono parte integrante della cartella clinica e devono pertanto contenere informazioni veritiere e documentate clinicamente.

Il campione di cartelle cliniche è stato costruito in modo ragionato per rendere possibile il controllo su tutto il territorio nazionale, con un errore campionario accettabile e una particolare attenzione alle strutture segnalate da Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali come più a rischio di utilizzo non corretto della codifica di interesse. La dimensione finale del campione è stata di 3273 cartelle cliniche distribuite in 78 strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate. Le cartelle sono state acquisite dai Nas e trasmesse al Ministero della Salute che ha provveduto alla verifica della corrispondenza tra le informazioni contenute nella SDO e la documentazione presente nella cartella clinica, attraverso l’attività di esperti.

L’indagine del Ministero della Salute

I Risultati

Ad oggi sono state esaminate 1117 cartelle (il 34% del campione da esaminare) provenienti da 32 strutture ospedaliere collocate in 19 regioni e province autonome italiane. Restano da verificare 2155 cartelle, appartenenti a strutture presenti in Lazio, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia; le cartelle cliniche della P.A. di Bolzano, invece, non sono state ancora esaminate perché in lingua tedesca. Nel 43% delle cartelle esaminate è stata rilevata una non corrispondenza con le informazioni riportate nella SDO.

Dall’analisi emerge come il rischio di non corrispondenza delle informazioni tra SDO e cartella clinica sia un problema importante, sia come diffusione che come entità, su tutto il territorio nazionale; fanno eccezione 4 Regioni e una Provincia autonoma (Veneto, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Valle d’Aosta, PA di Trento) in cui la percentuale di non corrispondenza è inferiore al 5% e che quindi potrebbero essere considerate come “aree benchmark” per le altre Regioni.

Cosa ci dicono i dati

La rilevazione della non corrispondenza tra SDO e cartella clinica è causata in parte dall’osservazione della discordanza tra quanto riportato in cartella e il codice di diagnosi di “Posizione e presentazione anomala del feto” riportato sulla SDO, e in parte dall’assenza in cartella della documentazione fondamentale ai fini della codifica della diagnosi riportata nella SDO. È importante sottolineare che la sorprendente assenza di documentazione in cartella è un fenomeno presente nelle strutture di ben 12 Regioni e che in 5 di queste è la ragione principale della non corrispondenza tra SDO e cartella

clinica.

Dai risultati emerge come la presenza di diagnosi di posizione anomala del feto potrebbe essere un indicatore di rischio di non corretta compilazione della cartella clinica: le strutture con una più elevata percentuale di primi parti cesarei con l'indicazione di tale diagnosi sono anche caratterizzate da un livello maggiore di non corrispondenza SDO-cartella clinica.

L'analisi condotta sembra indicare con forza la necessità che tutte le Regioni attivino il controllo di tutte le cartelle cliniche in presenza di primo parto cesareo con diagnosi di posizione anomala del feto, allo scopo di individuare eventuali comportamenti opportunistici nella codifica della diagnosi che motiva il ricorso al parto cesareo.

Parto cesareo? Solo se serve

I rischi legati al parto, sia naturale che con taglio cesareo, sono oggi fortunatamente molto bassi. Tuttavia, essere sottoposti a un taglio cesareo elettivo a termine di gravidanza comporta alcuni rischi maggiori per la madre e per il neonato rispetto al parto vaginale.

Rispetto a una donna che partorisce naturalmente, una donna sottoposta a parto cesareo ha un rischio triplo di decesso a causa di complicanze anestesologiche, un rischio di lesioni (vescicali e/o ureterali) fino a 37 volte maggiore e ha una probabilità di sottoporsi a laparotomia esplorativa post-partum aumentata di circa 18 volte; la complicanza di maggior impatto è la rottura dell'utero in una successiva gravidanza, la cui probabilità dopo un taglio cesareo è di 42 volte superiore rispetto a dopo un parto vaginale.

E' evidente, quindi, che il taglio cesareo è un intervento chirurgico non privo di rischi e deve essere eseguito solo se si verificano le condizioni mediche che lo rendono necessario. Se non vi sono controindicazioni, il parto naturale è da preferire al taglio cesareo, per la tutela della salute della partoriente e del bambino.

I Costi di un parto cesareo

Le risorse impegnate in un ricovero ospedaliero possono essere quantificate attraverso la Tariffa Unica Convenzionale (TUC), determinata da decreto del Ministro della Salute e periodicamente aggiornata, che rappresenta la tariffa massima da corrispondere alle strutture accreditate e che viene utilizzata per stabilire i meccanismi di pagamento della mobilità sanitaria tra le Regioni. In base alla TUC 2011, un ricovero ospedaliero per parto naturale, in regime ordinario con degenza superiore ad 1 giorno, ha una tariffa pari a 1318,64 euro, mentre la stessa tipologia di ricovero per parto cesareo ha una tariffa di 2457,72 euro. Ogni parto cesareo condotto in assenza di indicazione clinica, comporta quindi un impegno di spesa non necessario pari a 1139,08 euro.

I Numeri del parto cesareo in Italia

Nel nostro Paese nel 2010 ci sono stati 482.195 tra parti naturali e primi parti cesarei. Nel 7,67% dei casi è stata diagnosticata una posizione anomala del feto, e nel 7,39% è stato eseguito un taglio cesareo con questa diagnosi. In totale, i primi parti cesarei sono stati il 29,31% del totale dei parti.

TROPPI PARTI CESAREI NON NECESSARI LE LINEE GUIDA PER INVERTIRE LA TENDENZA

 I dati presentati dal ministro della Salute Renato Balduzzi sui parti cesarei confermano qualcosa che già si sapeva: che in Italia una buona quota di questi interventi è inappropriata. Se il limite che gli esperti considerano accettabile per realtà come la nostra (dove l'aumento dell'età media della donna o la scarsa diffusione dell'analgesia epidurale spingono verso la scelta chirurgica) si aggira attorno al 20 per cento, è ovvio che nelle regioni dove raggiunge addirittura il 50, come la Campania, c'è qualcosa che non va.

La vera novità del rapporto del ministro sta, invece, nella diagnosi clinica «inventata» dalle strutture pubbliche e private convenzionate per giustificare l'intervento: e cioè la presentazione anomala del feto, che risulta inappropriata nel 43 per cento dei casi. È quanto emerge dal confronto fra i dati delle cartelle cliniche e quelli delle schede di dimissione ospedaliera e le discrepanze rilevate fanno ora ipotizzare il reato di truffa.

Il ministro parla di danni economici per la sanità pubblica che si aggirerebbero attorno agli 80-85 milioni e si preoccupa

anche di tutela della salute della donna. Perché si sa che, con l'aumentare dei cesarei, aumenta il rischio di mortalità sia per la madre che per il feto.

Ma dovrebbe anche chiedere alle società scientifiche perché i loro specialisti non sempre applicano le linee-guida, messe a punto dall'Istituto Superiore di Sanità, che stabiliscono, su un piano strettamente medico, qual è l'approccio migliore da seguire. Oggi il business della sanità costruisce diagnosi fasulle per giustificare interventi, che potrebbero essere evitati con un approccio diverso, e incrementa la paura delle donne che continua a essere uno dei principali motivi per cui ricorrono al cesareo. Invertire la tendenza non è facile: occorre

cambiare l'atteggiamento culturale di molti medici, organizzare un'assistenza che tenga conto dell'imprevedibilità del parto fisiologico, smontare i falsi miti come quello secondo il quale il cesareo sia un tipo di assistenza più moderna e di migliore qualità.

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La polemica

Indagine del ministero sul boom di interventi chirurgici per le maternità

La truffa dei parti cesarei "Il 40% sono ingiustificati"

MICHELE BOCCI

QUARANTATRE cesarei su 100 fatti negli ospedali italiani non rispondono a esigenze sanitarie. E potrebbero essere sostituiti da parti naturali, con meno rischi per la donna e un risparmio per il sistema sanitario di circa 85 milioni di euro. Che l'Italia sia un paese dove si utilizza troppo la chirurgia per far nascere i bambini è ormai noto da anni.

MAA svelare uno dei meccanismi attraverso cui si arriva a una media di quasi il 30% di interventi, con punte del 50% al sud, è una ricerca presentata ieri dal ministero della Salute e di Agenas, l'agenzia delle Regioni. Dopo aver analizzato circa 1.100 casi in tutta Italia, si è scoperto che la diagnosi di "posizione anomala del feto", che rende necessario il cesareo, viene attestata nella scheda di dimissione (detta Sdo) ma non è presente nella cartella clinica durante il ricovero. Segnalare quel problema appare un modo per spiegare a posteriori la pratica chirurgica. Il ministro della salute Renato Balduzzi parla di «dati preoccupanti» e «comportamenti opportunistici sui quali bisogna intervenire». È lui stesso a calcolare lo spreco economico: «Ogni cesareo costa al sistema sanitario 1.139 euro in più di un parto naturale (per il quale si spendono 1.300 euro)».

L'accertamento del ministero, affidato al Nas, è partito perché l'incidenza della "posizione anomala del feto" variava molto da Regione a Regione. La media nazionale è di circa 7% ma ci sono punte del 21% in Campania e del 10% in Sicilia: valori sballati dal punto di vista epidemiologico. Così si è deciso di approfondire, sco-

prendo che in quasi tutte le realtà locali la diagnosi che giustifica la chirurgia è inserita solo nella scheda di dimissione. La "non coerenza" tra i due documenti tocca il 78% in Sicilia, del 56% in Puglia e del 46% in Calabria. La media nazionale è del 43% visto che quasi nessuna Regione è esente dal problema. Si salvano solo Veneto, Liguria e Provincia autonoma di Trento. In 12 casi, inoltre, si è trovato un numero enorme di cartelle cliniche vuote, dalle quali manca la documentazione che giustifichi il ricorso al cesareo.

I carabinieri sono andati l'anno scorso nelle sale parto italiane, prelevando la documentazione di circa 3mila parti. La ricerca esce con l'analisi di circa un terzo dei dati raccolti (che secondo i tecnici del ministero sono sufficienti) a pochi giorni dalla fine del mandato di Balduzzi. Secondo il comandante dei Nas, generale Cosimo Piccino, le diagnosi inserite solo nella Sdo potrebbero portare a «reati che vanno dalle lesioni personali gravi alla truffa a carico del Sistema sanitario nazionale». Per questo, finite le valutazioni, le cartelle verranno inviate alle varie procure.

In Italia circa il 30% dei parti sono fatti per via chirurgica, contro la media di altri paesi europei del 20-25%. C'è una grande differenza tra le Regioni, in Campania si arriva quasi al 50%, in Friuli al 17. Carlo Peducci di Agenas spiega come «nel 2012 la percentuale è scesa al 28%, e le statistiche mostrano differenze clamorose con il 7% dei cesarei a Treviso e il 50% a Reggio Calabria e Messina». Dal ministero segnalano come la chirurgia elettiva al termine della gravidanza comporti «rischi maggiori per la madre e per il neonato rispetto al parto vaginale». Tripli per quanto riguarda la morte per complicanze ane-

stesiologiche, fino a 37 volte maggiore per le lesioni urologiche e 42 volte per la rottura dell'utero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

"Comportamenti opportunistici che producono sprechi da 85 milioni di euro all'anno"

I numeri

482.195
totale dei parti
in un anno in Italia

35.657
primi parti cesarei
con diagnosi di posizione
anomala del feto

85 milioni di euro
il possibile risparmio evitando
i cesarei inutili

Il controllo

3.273
cartelle cliniche di 78 strutture
ospedaliere (pubbliche e private)

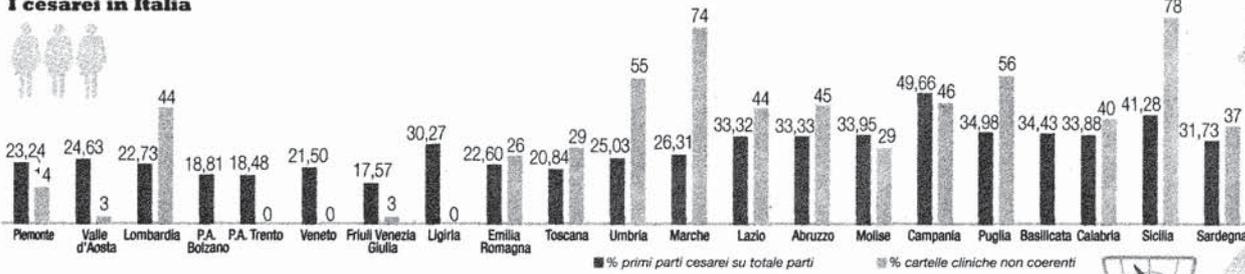
1.117
quelle già controllate
da 32 strutture (da cui vengono
fuori i dati)



43%
dei casi in cui le cartelle
non sono coerenti

Fonte: Ministero della Salute

I cesarei in Italia



“Una truffa i parti cesarei ingiustificati” la denuncia di Balduzzi, via alle indagini

Le diagnosi: “Il feto era messo di traverso”. Ma nel 43% dei casi non è vero



Ricoveri ordinari di più di 1 giorno

Parto cesareo (senza complicanze)	2.457,72 euro
Parto vaginale (senza complicanze)	1.318,64 euro
Differenza	1.139,08 euro



L'intervista

Vito Trojano, presidente nazionale dell'Associazione ginecologi
“Ne facciamo tanti per evitare rischi siamo vittime dei contenziosi legali”

ROMA — «Può capitare che scheda di dimissione e cartella clinica siano diverse, anche se quel 43% mi sembra molto alto». Vito Trojano è il presidente nazionale di Aogoi, l'associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani.

Come è possibile che ci siano differenze nella documentazione dei pazienti?

«La scheda di dimissione ospedaliera contiene gli aspetti chirurgici del caso, i motivi per cui si è deciso di fare il cesareo, che possono non finire nella cartella clinica. Spesso ci si trova all'ultimo momento a decidere l'intervento e si scrive solo sulla scheda di dimissione».

Perché si fanno tanti cesarei in Italia?

«Pesa molto la medicina difensiva. Si cerca di rischiare il meno possibile per non trovarsi di fronte a contenziosi legali. È provato che un magistrato, a parità di condizioni, diagnosi e danno decide più facilmente di assolvere il ginecologo se è stato fatto il cesareo. Sempre per gli stessi motivi si fanno più analisi, più visite, più ecografie».

Ginecologi e ostetriche hanno deciso di scioperare il 12 febbraio anche per i troppi contenziosi legali in cui vengono chiamati in causa. Ieri avete incontrato il ministro, come è andata?

«È andata bene sotto il profilo della disponibilità del ministro, che ha detto di voler aprire un tavolo tecnico. Il fatto è che del problema si dovrà occupare il nuovo governo. E lo sciopero è confermato».

(m.b.)

“
Confermato il nostro sciopero del 12 febbraio: è stato indetto proprio per questo problema
 ”

© RIPRODUZIONE RISERVATA



EDITORIALE

COME NASCONO I NOSTRI (POCHI) FIGLI

UNA PAURA DA VINCERE

ASSUNTINA MORRESI

Il numero esageratamente elevato di parti cesarei in Italia confermato ieri dal ministro della Salute Renato Balduzzi, assieme all'incredibile percentuale di interventi ingiustificati dal punto di vista clinico, è l'ennesimo campanello d'allarme su quella che sempre più appare come una "crisi della maternità" nel nostro Paese le cui conseguenze emergono in ambiti sempre più vasti. Secondo l'analisi condotta dal Ministero, poco meno della metà degli interventi avviene con motivazioni poco convincenti, non è dato sapere quanto dovute all'insufficiente preparazione del personale sanitario e quanto invece al timore di poter andare incontro a eventuali contenziosi per aver rifiutato una richiesta esplicita di cesareo da parte delle future mamme, molto spesso illuse sul fatto che un parto medicalizzato sia meno pericoloso di uno per via naturale.

In questo senso anche una certa comunicazione su ricorso all'epidurale - l'anestesia locale presentata come «parto indolore» - non contribuisce a fare chiarezza: anche per l'epidurale esistono infatti criteri di appropriatezza, e promettere a tutte le donne indiscriminatamente un «diritto al parto senza dolore» è quantomeno discutibile.

Chi scrive ha partorito tre figli per vie naturali e parla con cognizione di causa: non si tratta di rifiutare aprioristicamente un nuovo mezzo della medicina come l'epidurale, che può aiutare un momento tanto delicato come il parto, né tanto meno di una masochistica ostinazione nel voler provare dolore. Ma l'inarrestabile medicalizzazione di un evento naturale come il parto, quando non richiesta dalle condizioni di salute della mamma e del neonato, oltre a tutte le controindicazioni cliniche e mediche del caso è anche segno di una crescente paura nell'affrontare un evento così noto all'umanità tutta, ma allo stesso tempo anche così imponderabile, e, nonostante gli enormi progressi scientifici, non certo interamente controllabile.

Di che paura si tratta? La paura di non farcela: ad affrontare il dolore, per esempio; o di soccombere di fronte all'imprevisto (e in questo senso il cesareo è percepito sicuro perché più "prevedibile", in quanto gestito da esperti e non dalla madre); o la paura di fronte a un evento sempre meno comune, nell'esistenza di una donna, che, a quanto dicono le statistiche, probabilmente partorirà in media solo una volta in vita sua. Un figlio arrivato sempre più tardi, dopo aver aspettato la casa, il lavoro, l'uomo giusto. Un figlio desideratissimo, quindi, anche perché già si sa che difficilmente ne verrà un altro: non è forse anche questo il motivo del ricorso in gravidanza a un numero spropositato di esami clinici, diagnostici, genetici spesso senza giustificazioni adeguate?

E giunto il momento di riflettere di più sull'inappropriatezza di tanti interventi medici intorno all'evento-nascita: questo fenomeno così sintomatico dello stato di salute della cultura diffusa non deriva anche da una crescente paura di diventare genitori, dal timore di affrontare i problemi, i rischi e gli imprevisti che, inevitabilmente, ogni figlio porta con

sé? Problemi, rischi e imprevisti cui spesso viene ridotta l'esistenza di un figlio. Sicuramente vanno adottati provvedimenti di tipo medico di fronte a dati come quelli italiani sui cesarei (una media nazionale del 29% con picchi regionali che sfiorano il 50), ma siamo sicuri che si tratta solamente di questioni professionali e che non ci sia nient'altro in gioco? Nel nostro Paese insieme alla natalità vanno diminuendo anche i matrimoni, civili e religiosi, e aumenta il numero di bambini nati da coppie non sposate. C'è una mancanza di politiche familiari che pesa da anni, ma c'è anche dell'altro: a questo proposito, ad esempio, il bel libro di uno studioso notoriamente "laico" come Roberto Volpi *Il sesso spuntato* smonta tanti miti e luoghi comuni e suggerisce come la crisi del matrimonio, della procreazione - definita «riproduzione sessuale», oramai lontana e separata dal vissuto della sessualità - e l'inverno demografico dell'Occidente siano strettamente intrecciati.

Di certo il Ministero della Salute vorrà adottare misure per circoscrivere la piaga ormai endemica dell'eccessivo ricorso al cesareo, ma la crisi della maternità ha origini più complesse e profonde. E le sue ramificazioni dentro esperienze decisive del vissuto umano impongono l'onestà intellettuale di interrogarsi e arrivare fino in fondo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Scelte dettate dalla fretta e dalla paura delle denunce»

L'intervista

DA MILANO

«**L'**alleanza tra medico e paziente si è persa, ormai da troppo tempo», e il dato vertiginoso dei parti cesarei è solo una delle conseguenze. Per il professore Giuseppe Noia, presidente dell'Associazione ginecologi e ostetrici cattolici (Aigoc) e responsabile del Centro di diagnosi e terapia fetale del Policlinico Gemelli, bisogna mettere al centro i valori: «alla coscienza della preziosità della vita umana» corrisponde la qualità dell'assistenza sanitaria. Se crolla la prima, cede anche l'altra. **Nel 43% dei casi il parto cesareo non è giustificato. Il ministero della Salute parla di «campanello d'allarme». È così?**

Sono preoccupazioni giustificate. Da una par-

te, si genera nella popolazione la convinzione – non fondata – che il cesareo sia più sicuro, e nei medici l'idea che si possano avere meno rischi, di altro tipo.

In sostanza, si tende ad assecondare molto facilmente il paziente per liberarsi da eventuali guai giudiziari...

La conseguenza è però una specie di passaggio di consegne della responsabilità.

Con nessun beneficio Il cesareo è un atto chirurgico, non privo di complicazioni. L'alleanza terapeutica viene disarcionata dalla «medicina difensiva», che però pone altre problematiche, a partire dal rischio infezioni.

Come ricostruire il rapporto tra medico e paziente?

Il problema è su due livelli: da un lato serve una maggiore tutela dei medici, anche sul piano giuridico. Dall'altro bisogna lavorare sul piano culturale. La scelta del

parto cesareo spesso è un prodotto della fretta, una pessima consiglio.

Per il ministero gli alti tassi dei parti cesarei in alcune strutture, giustificati dalla posizione anomala del feto, fanno nascere il sospetto «di una utilizzazione opportunistica di questa codifica non basata su reali condizioni cliniche». La questione non è quindi solo culturale...

Quando una Nazione si trova a che fare con operatori impreparati o legati solo a convenienze economiche, emerge anche un grande tema etico. La gran parte dei ginecologi italiani non è così, per fortuna. Ma il problema resta.

È come si affronta?

Ritorna il tema del valore etico della gravidanza. Dobbiamo pensare al piacere di servire la donna nel suo momento più importante, in un gesto di amore. Anche in questo campo, purtroppo,

si esprime a volte il relativismo etico.

Appellarsi al rispetto dei principi non sempre è sufficiente

Bisogna anche verificare le condotte dei medici, i loro percorsi. Oggi nel pubblico c'è un maggiore controllo.

In Campania la percentuale dei primi parti cesarei sul totale delle nascite è pari al 49,66%, in Sicilia del 41,28%. Seguono Puglia, Basilicata, Molise e Calabria. Ancora una volta, un'Italia spaccata in due?

Purtroppo sì. E aggiungo: all'ansia e alla fretta che portano in alto queste percentuali, corrisponde anche una scarsa attenzione per la prevenzione. Nell'alleanza medico-paziente ciò non può accadere. È questo uno dei temi che affrontiamo nelle «scuole itineranti» dell'Aigoc in cui dialoghiamo con medici, credenti e non, sull'evidenza dei valori condivisi.

Lorenzo Galliani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'allarme di Noia
 presidente Aigoc:
 «Poca prevenzione
 E c'è chi antepone
 le convenienze
 economiche»**



PERCHÉ COSÌ TANTI PARTI CESAREI

EUGENIA TOGNOTTI

Non che non fossero ampiamente noti i dati che emergono dai risultati dell'indagine per il controllo campionario mirato alle dimissioni per primo parto cesareo con diagnosi di "Posizione e presentazione anomala del feto". E tuttavia i numeri del parto cesareo in Italia sono tali da sollecitare una riflessione su ciò che sta avvenendo intorno alla "scena del parto". La percentuale di ricorso al cesareo (nel 2010) arriva a sfiorare il 30%, superiore alla media dei Paesi Ocse, con significativi scarti tra Nord e Sud: 22-23% in Piemonte e Lombardia, 49 in Campania, 41 in Sicilia, 35 circa in Puglia. Percentuali che si avvicinano a quelle di Paesi - come il Messico, tra gli altri - che detengono il poco invidiabile record dei parti cesarei. Qui da noi 30 bambini su 100, in media, nascono col taglio cesareo, mentre la stragrande maggioranza delle donne partorisce in ospedale, seguendo un processo che, in appena mezzo secolo, ha portato alla totale medicalizzazione della gravidanza e del parto.

Il parto a domicilio non sembra lontano una manciata di decenni ma anni luce. A metà del secolo scorso, il parto era «un affare di donne». Ad assistere le partorienti erano le ostetriche condotte - provviste di un sapere codificato - cui spettava il compito di completare l'opera della natura: aiutare la donna durante il travaglio, aspettare il secondamento, controllare la placenta, pinzare il cordone ombelicale del neonato. Poche le complicazioni che esigevano lo spostamento all'ospedale cittadino o la chiamata del medico, che interveniva solo in caso di difficoltà.

Altri tempi, altre scene del parto. E' difficile non riconoscere i vantaggi delle certezze assicurate dall'assistenza in ambito ospedaliero e tuttavia, non si può negare che il prezzo da pagare per un'assistenza di qualità ha comportato la perdita dell'intimità, della spontaneità, della naturalità della straordinaria esperienza della nascita. Mentre, negli ultimi decenni, una combinazione di nuovi fattori ha contribuito a determinare la tendenza all'aumento dei tagli cesarei che raggiunge proporzioni epidemiche e proprio nelle regioni in cui i casi di malasanità sono all'ordine del giorno. Sullo sfondo del più che massiccio ricorso a quell'intervento, le opinioni dei professionisti sulla sicurezza del taglio cesareo, i condizionamenti medico-legali degli operatori del percorso nascita, l'assenza di un effettivo coinvolgimento delle donne nella scelta del modo di partorire. Troppo spesso ricevono un'informazione incompleta ed esprimono le loro «preferenze» mentre sono in preda alla paura, allo stress e al dolore.



L'Usl 9 di Treviso

“Mode assurde Noi li abbiamo ridotti al minimo”

MASSIMO GUERRETTA
TREVISO

Rischio minimo, lo strillo del bimbo e la dimissione in 3 giorni. Secondo la ricerca condotta da Carlo Perucci dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, l'Usl 9 di Treviso è al vertice per quanto riguarda i parti naturali: «Le statistiche mostrano anche differenze clamorose sul territorio nazionale: se a Treviso abbiamo un 7 per cento di parti che sono cesarei, tale media sale fino al 50 per cento a Reggio Calabria o a Messina».

Giuseppe Dal Pozzo, direttore del Dipartimento Materno Infantile, sottolinea che nell'Usl 9 «i parti sono circa 4 mila l'anno; di questi meno del 20% riguarda i cesarei». Numeri che sarebbero ancora più bassi, visto che almeno il 4 per cento arriva da

fuori provincia, legato alla presenza della terapia intensiva prenatale nell'ospedale trevigiano in grado di affrontare qualsiasi tipo di emergenza fetale, ad esclusione dei problemi cardiocirurgici. Ma, esclusi i casi a rischio, la richiesta di intervenire chirurgicamente per far nascere una nuova vita è in aumento esponenziale. «Molti ospedali, anche più piccoli del nostro, eseguono l'intervento a richiesta - conferma Dal Pozzo - ma noi cerchiamo di evitarlo. Ha più complicità del parto naturale: per la madre aumenta in maniera esponenziale il rischio di patologie, in particolare di aderenze intraddominali; per il bimbo è sicuramente più indicato il parto naturale, ha migliori performance per quanto riguarda la maturazione polmonare». Le future mamme

vengono ovviamente assistite con tutte le cure del caso, ma all'intervento chirurgico si preferisce l'anestesia epidurale o l'analgesia in travaglio di parto. I chirurghi arrivano soltanto quando è davvero necessario. «Il cesareo è una moda degli ultimi anni. È l'espressione dell'immaturità della società indotta da una cultura sbagliata - sostiene Dal Pozzo - la gente si è abituata al piatto pieno, a non far fatica. Non dimentichiamo che il costo per il paziente è sostanzialmente uguale, cambia molto invece il "conto" per i cittadini: per un parto naturale è necessaria solamente la presenza di un'ostetrica, per il cesareo è necessario allestire una sala operatoria, con la presenza di un'equipe medica con due chirurghi, un anestesista, uno strumentista e due infermieri».

