

Troppi parti cesarei al Sud: la puntata di Porta a Porta e la replica dell'Agoi

# Caro Vespa ti scrivo: "facciamo chiarezza"

"L'alta frequenza dei tagli cesarei in Campania e in tutto il Sud Italia non è un problema che si può risolvere con un 'decreto urgente', come da lei sollecitato nel corso di una puntata televisiva di Porta a Porta". Così il segretario nazionale Agoi Antonio Chiantera nella missiva a Bruno Vespa, in cui rivolge al noto giornalista televisivo un caldo invito ad approfondire l'argomento. Ad iniziare dal documento elaborato dal Consiglio Direttivo Agoi. Ecco la lettera del Segretario nazionale e il documento Agoi

Chiarissimo Dottor Vespa,

a nome e per conto della A.O.G.O.I. Le invio un documento sui determinanti dell'alta frequenza dei tagli cesarei in Campania, argomento da Lei affrontato nel corso della trasmissione televisiva Porta a Porta.

Nel corso della trasmissione del giorno 21 ottobre u.s. incontrando il governatore della Campania Onorevole Stefano Caldoro, Lei ha sollecitato un "Decreto" urgente per risolvere il problema.

Questa Sua dichiarazione ha dimostrato alla nostra Associazione che in realtà il problema dell'alta frequenza di taglio cesareo in Campania e in tutto il Sud Italia non Le è sufficientemente chiaro, per tale motivo Le invio questo documento, frutto di una riflessione del nostro Consiglio Direttivo.

Le preciso che la nostra Associazione da diversi anni è impegnata in una battaglia tesa alla riduzione dell'alta incidenza del taglio cesareo nelle nostre regioni e in tutta la nostra nazione, con l'organizzazione di riunioni congressuali, simposi, elaborazione e pubblicazione di linee guida e libri come quello sul taglio cesareo pubblicato nel 2008.

Spero che dalla lettura del documento allegato Lei possa trarre spunti veramente utili per commentare questo fenomeno ed aiutarci a ricondurlo in limiti accettabili. Resto a Sua disposizione per qualsiasi chiarimento e le invio cordiali saluti.

Prof. Antonio Chiantera  
Segretario Nazionale A.O.G.O.I.



## Il documento Agoi

# Considerazioni sui determinanti dell'alta frequenza di taglio cesareo in Campania

La frequenza di taglio cesareo in regione Campania è attualmente pari al 60% (ultimo dato pubblicato dai rapporti CEDAP relativo al 2012). Tale frequenza è pari a circa il doppio di quella registrata in Lombardia ed in generale nelle regioni del nord Italia.

Va osservato come tale percentuale sia ormai complessivamente stabile da più di 5 anni, dopo aver raggiunto picchi ben più alti, suggerendo che le iniziative volte a sensibilizzare la popolazione e gli operatori sanitari hanno quanto meno "fermato" l'andamento in crescita.

Vi è accordo tra tutti gli stakeholders che tale frequenza non è giustificata da problematiche cliniche o dal profilo epidemiologico della popolazione campana.

Le cause di tale alta frequenza vanno quindi ricercate nelle problematiche dell'assistenza al parto proprie della Regione Campania, così come andrebbe fatto nelle altre regioni del Sud.

Va subito detto che la tanto citata percentuale consigliata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità che si riporta a tutte le nazioni del globo, non è accettabile in Italia dove uno studio della Agoi sui punti nascita in collaborazione con la Commissione Sanità del Senato, proponeva questa percentuale indicativa intorno al 25 o poco più %.

Ogni regione sta elaborando una analisi critica della propria situazione nei confronti del taglio cesareo e quanto di seguito esprimiamo riguarderà esclusivamente la Regione Campania.

### Le problematiche organizzative: caratteristiche dei punti nascita

La regione Campania è caratterizzata da una assistenza al parto molto parcellizzata in piccoli punti nascita spesso privati convenzionati. Il **grafico 1** mostra il numero di punti nascita in Campania e in Italia in accordo al numero di parti assistiti per anno (dati riferiti al 2010-analisi CEDAP nazionali).

Come si osserva la Campania è una delle regioni (e tra le regioni a maggior numero di abitanti acunata alla Sicilia) con una frequenza percentuale di punti nascita che assistono meno di 500 parti anno ben superiore al 30%. Ancor più evidente in Campania è la mancanza di punti nascita "grandi": solo il 17,5% dei parti avviene in strutture che assistono più

di 1500 parti anno. In Lazio ed Emilia Romagna tale percentuale è pari a circa il 60% pari (le Regioni Emilia Romagna e Lazio sono state scelte in quanto hanno pubblicato dati relativi al 2012). È ben nota come i punti nascita più piccoli non possono garantire una adeguata presenza del ginecologo, neonatologo ed anestesista h24. Tale difficoltà porta in condizioni di incertezza ad eseguire un taglio cesareo di prudenza, molto spesso, non necessario.

Un altro aspetto peculiare del sistema punti nascita campano è la rilevante presenza del privato accreditato.

Come si osserva dalla **tabella 1** la percentuale di nati in strutture accreditate è pari al **44,8%**, percentuale assolutamente unica in Italia.

È ben documentato come la frequenza di Taglio Cesareo nelle strutture private accreditate sia di circa 20 punti percentuale maggiore rispetto a strutture pubbliche di pari dimensioni (se si eccettuano le strutture che assistono più di 1500 parti anno che tuttavia in Campania sono solo 5) (vedi **tabella 2**).

Questa differenza si osserva anche su base nazionale (dati riferiti al 2010, vedi **tabella 3**).

In considerazione del fatto che il tipo di struttura ove si partorisce è oggi di fattore principale determinante il ricorso al taglio cesareo, la particolare organizzazione dei punti nascita campani richiede una riorganizzazione complessiva al fine di ridurre la frequenza di taglio cesareo.

Alti tassi di taglio cesareo hanno

inoltre una importante ricaduta sul tasso di cesarei anche futuri. Le donne che hanno già partorito per via cesarea sono ad elevato rischio di ripetere il parto per via cesarea. La percentuale di precesarizzate in Regione Emilia o in Lombardia è pari a circa il 10 % in Campania tale percentuale è pari al 23,5% nel 2012.

È quindi di primaria importanza intervenire sulla frequenza di taglio cesareo nelle primipare.

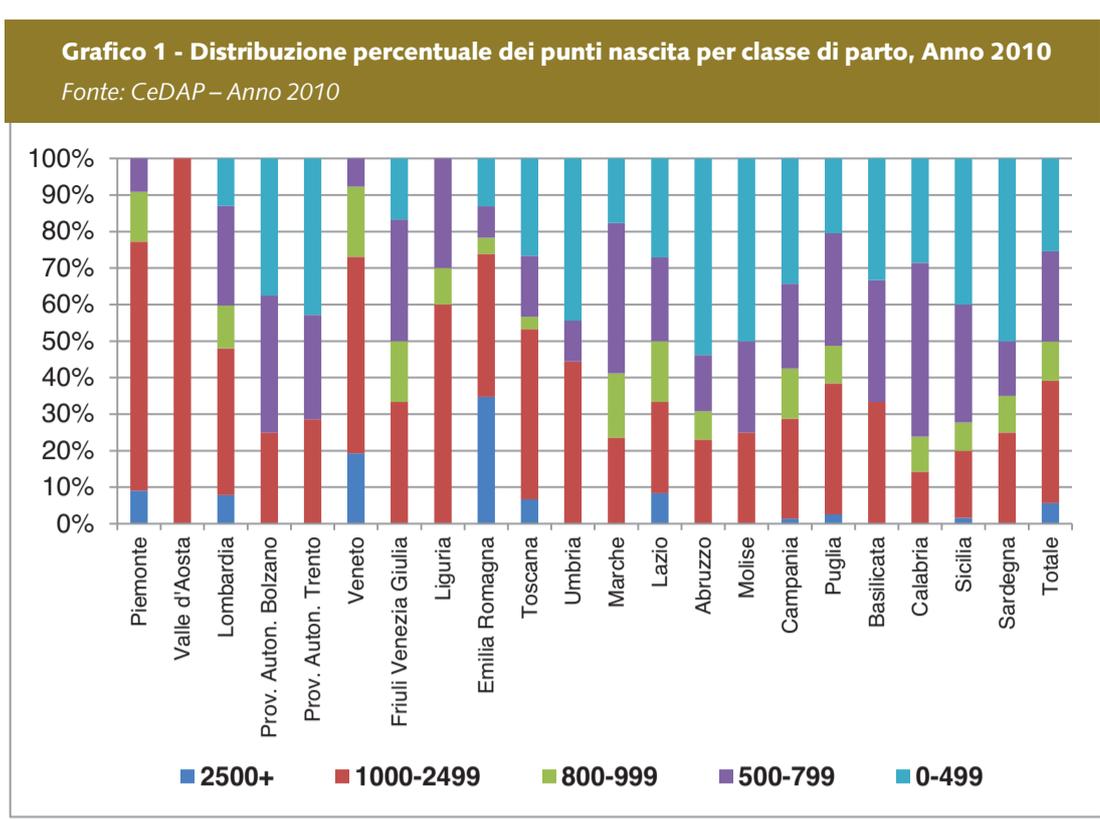
Dall'articolo pubblicato dal Dott. Gerardo Ausiello sul giornale *Il Mattino* del 4 settembre 2014 si riporta quanto segue: "Su 32 case di cura private (quasi tutte accreditate) solo 4 sono dotate di terapia intensiva neonatale e appena 11 ospedali pubblici su 41. Se poi si guarda alla terapia intensiva per le madri (e in generale per gli adulti) si scopre che ne dispongono appena 4 cliniche e quasi esclusivamente gli ospedali della rete delle emergenze".

**Già questi dati inducono ad alcune riflessioni.**

Il giornalista continua: "Basta guardare le statistiche per rendersi conto che in Campania qualcosa non funziona. I riferimenti normativi nazionali, il regolamento Balduzzi prima e il patto della salute poi, parlano chiaro: la qualità delle prestazioni e la sicurezza sia delle mamme che dei neonati sono direttamente proporzionali al volume delle attività. Significa, insomma, che solo nei plessi di grandi dimensioni, quelli che effettuano almeno mille parti all'anno, si corrono meno rischi. Il problema è che, stando all'ultimo rapporto ufficiale sulla natalità della regione, le strutture con meno di 500 nati per anno sono quasi un terzo del totale (21 su 73), sono le più numerose tra quelle pubbliche ed assistono l'11,2 per cento del totale dei nati, mentre quelle con un numero di nati per anno uguale o superiore a 1500 sono 4 ed assistono il 14,6 per cento di tutti i nati".

A questo punto occorre riportarsi al decalogo Fazio 2010 prima e al Decreto Balduzzi poi, dove sono stati stabiliti i livelli minimi assistenziali per i punti nascita, riprendendoli ampiamente da quanto stabilito già nel 2007, e tra parentesi mai applicato in Campania. Occorre stabilire il rispetto dei livelli minimi assistenziali in tutte le strutture pubbliche e private che vogliono dotarsi o abbiano già punti nascita.

Va tenuto presente che una indagine della nostra Associazione ha documentato come solo il 12% dei punti nascita della Campania ri-



**Tabella 1 - Distribuzione regionale dei parti secondo il luogo dove essi avvengono**  
Fonte: CeDAP - Anno 2010

Regione	Punto nascita			Domicilio	Altro	Totale	% Non indicato errato	Parti
	Pubblico	Accreditato	Privato					
Piemonte	99,9	-	-	0,08	0,02	100,0	0,01	35.796
Valle d'Aosta	100,0	-	-	-	-	100,0	-	1.207
Lombardia	91,0	8,7	0,2	0,03	0,03	100,0	0,12	96.122
Prov. Auton. Bolzano	95,9	-	4,1	-	-	100,0	-	5.557
Prov. Auton. Trento	99,5	-	-	0,24	0,22	100,0	-	5.043
Veneto	99,9	-	-	0,10	0,04	100,0	-	45.807
Friuli Venezia Giulia	91,2	8,5	-	0,36	-	100,0	-	10.266
Liguria	100,0	-	-	-	-	100,0	-	11.195
Emilia Romagna	98,6	1,2	-	0,10	0,08	100,0	-	41.155
Toscana	99,4	-	0,6	0,02	0,01	100,0	-	32.564
Umbria	100,0	-	-	-	-	100,0	-	8.014
Marche	96,4	3,6	-	-	-	100,0	-	14.099
Lazio	82,5	15,1	2,3	-	-	100,0	-	54.102
Abruzzo	99,8	0,2	-	-	-	100,0	2,09	9.203
Molise	100,0	-	-	-	-	100,0	-	2.220
Campania	54,6	44,8	0,6	-	-	100,0	-	57.995
Puglia	87,4	12,6	-	-	-	100,0	-	36.513
Basilicata	100,0	-	-	-	-	100,0	-	4.464
Calabria	78,3	21,7	-	-	-	100,0	-	15.140
Sicilia	81,7	18,3	-	-	-	100,0	-	46.842
Sardegna	90,8	9,2	-	-	-	100,0	-	12.189
<b>Totale</b>	<b>88,2</b>	<b>11,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,04</b>	<b>0,02</b>	<b>100,0</b>	<b>0,06</b>	<b>545.493</b>

spetta i livelli minimi assistenziali. Basterebbe stabilire per le strutture private l'assoluta necessità del rispetto dei livelli minimi assistenziali per accedere all'accreditamento, per intenderci quanto è previsto dal decreto Fazio per i punti nascita tra i 500 e 1000 parti/anno, che si allega. Per il pubblico viene fuori la necessità di procedere all'accorpa-

mento di piccole strutture per tentare di migliorare sicurezza e assistenza. È, quest'ultima, la strada che la Giunta Caldoro sta provando a percorrere da tre anni, ovvero da quando è stato approvato il piano di razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale. Le difficoltà, però, non mancano e in certi casi i progetti di Palazzo Santa Lucia

hanno dovuto fare i conti con polemiche e proteste. La levata di scudi si è verificata, ad esempio, di fronte alla decisione di disattivare il centro nascita dell'ospedale di Eboli, dove si davano alla luce meno di 500 bambini all'anno, per concentrare i parti nel vicino nosocomio di Battipaglia, che sfiora quota mille. Altri disordini si sono avuti nel ten-

tativo di fusione tra i reparti di ostetricia dei presidi ospedalieri di Maddaloni e Marcanise così come è stato accompagnato da forti fibrillazioni il percorso di disattivazione del centro nascita dell'ospedale San Gennaro, nel cuore di Napoli.

**Ultima problematica organizzativa** è la mancanza assoluta di raccordo tra i consultori della regione e i punti nascita che lavorano in totale disarmonia e senza una continuità assistenziale.

In realtà è fondamentale che la donna venga preparata all'evento nascita e ne prenda consapevolezza. Ciò è assolutamente necessario per abbattere quel numero sempre crescente di donne che per svariati motivi richiedono il taglio cesareo senza l'esistenza di una indicazione medica.

In Campania questo dato si attesta ben oltre il 12% e su di esso nemmeno le linee guida nazionali hanno dato chiare indicazioni.

Di contro alle problematiche organizzative vanno considerati gli aspetti legati all'operatore.

**Due sono gli aspetti da considerare:**

- il contenzioso medico legale
- la formazione degli operatori, in particolare degli operatori più giovani

La medicina difensiva ha preso ormai un ruolo preponderante nelle scelte mediche.

Gli operatori vengono condannati a risarcimenti faraonici per non aver eseguito un taglio cesareo, mai per aver eseguito un taglio cesareo inutile.

La litigiosità medico legale in Campania è ai livelli maggiori in Italia.

Solo affrontando in modo complessivo con una adeguata legislazione su base nazionale ed una chiara copertura assicurativa da parte delle aziende sanitarie regionali, sarà possibile affrontare significativamente e abbattere questo aspetto che è la malapianta della medicina difensiva.

Di maggior rilievo è la problematica della formazione degli operatori.

L'alta frequenza di cesarei anche presso le strutture di insegnamento (pari a circa il 60% al Policlinico di Napoli) rende complesso il processo di formazione delle nuove ostetriche e dei nuovi specialisti ginecologi all'assistenza al parto vaginale. Vi è quindi la necessità di migliorare il processo formativo in sala parto e di mantenere una formazione medica continua per i medici più anziani. **Y**

**Tabella 2 - Proporzioni di parti con TC per dimensione e tipologia delle strutture. Campania, anno 2012**  
Fonte: "Rapporto sulla Natalità in Campania - Anno 2012"

N. nati per anno	% TC private	% TC pubbliche
> 1500	55,2	52,3
1000 - 1499	77,9	47,9
500 - 999	70,9	50,0
< 500	77,2	55,0

**Tabella 3 - Percentuale di parti cesarei secondo la tipologia e la dimensione dei punti Nascita**

Classe di parti	% Parti con Taglio Cesareo			Totale
	Pubblica	Privata accreditata	Privata non accreditata	
0 - 499	43,7	64,0	73,7	49,3
500 - 799	36,5	62,4		42,4
800 - 999	35,2	51,6		37,6
1000 - 2499	33,5	55,9		35,9
2500 +	33,2			33,2
<b>Totale</b>	<b>34,6</b>	<b>58,3</b>	<b>73,7</b>	<b>37,5</b>