

lute di mamme e figli. Vale la pena, per orgoglio di campanile, vale la pena, per la comodità di partorire sotto casa, rischiare vere e proprie tragedie!?

La Commissione farà ogni pressione e darà ogni sostegno, perché tale sistema di trappole sul territorio possa finalmente essere demolito. Resta, ovviamente, affidata alla responsabilità di chi ha responsabilità organizzative e gestionali dare risposta al diritto di partorire e di nascere in sicurezza per tutti, anche per coloro che vivono in zone isolate, disagiate, con collegamenti precari o inadeguati.

### 2. Parto con taglio cesareo e parto naturale

Desta allarme il numero elevato di parti con taglio cesareo rispetto ai parti naturali: in talune regioni superano oltre il 60%; nel settore privato convenzionato spesso più che in quello pubblico. Il ricorso al taglio cesareo appare, troppe volte, disinvolto e non giustificato. Ancora una premessa: è il medico, e soltanto il medico, il titolare della scelta professionale tecnica; è il paziente, la partoriente, il titolare della prestazione del consenso.

Al medico e alla partoriente occorre, però, ricordare che il taglio cesareo (lo si dimentica troppo spesso) è un intervento

chirurgico vero e proprio e trova giustificazione in ragioni connesse a pericoli per la salute della partoriente e/o del nascituro. Perché allora tale ricorso spesso disinvolto e ingiustificato al taglio cesareo?

Le ragioni vanno da motivazioni economiche (e, opportunamente, alcune regioni hanno limitato in parte tali motivazioni, equiparando rimborsi per tagli cesarei e parti naturali) a stili di vita e vere e proprie mode, alle quali spesso il medico non riesce ad opporre (o non tenta) ragioni professionali per sconsigliare il ricorso al taglio cesareo. Tra le ragioni economiche e mode, vi è anche il rapporto – talora carente e talora eccessivo – tra ginecologo e partoriente e vi è anche una perdita di manualità dei professionisti: sembra, quasi, che il parto naturale sia rimasto quello tradizionale, antico, in casa... che oggi però si fa in Ospedale e sembra, contestualmente, che l'unica alternativa a questo parto in casa-ospedale sia il taglio cesareo.

Torna, qui, in campo l'esigenza di una più adeguata formazione degli operatori sanitari (senza entrare nella querelle se essa debba essere universitaria oppure ospedaliera), che recuperi la professionalità nello spazio di attività possibili tra parto naturale spontaneo e taglio cesareo.

### 3. Unità di Terapia Intensiva Neonatale

È un altro passaggio nevralgico nell'evento nascita. Se un marziano dovesse oggi atterrare nel nostro Paese e dovesse verificare quante bandierine indicano nelle piante geografiche le Utin, quel marziano potrebbe concludere che nel nostro Paese vi è una grande, capillare attenzione e presenza di terapie intensive per neonati.

Dietro quelle bandierine, però, vi sono, spesso, vere e proprie trappole, talora mortali.

Così, entro la cerchia ristretta di una città di 700 mila abitanti sono 8 le Utin previste come operanti, tante quante in una Regione assai vasta con alcuni milioni di abitanti. In quella città con 8 Utin, nessuna delle stesse Unità ha tutte le funzioni e i servizi previsti dalla normativa vigente; e soltanto una su 8 ha il trasporto neonatale.

In quella Regione, assai vasta e con alcuni milioni di abitanti, le Utin sono "soltanto" 8, ma tutte ed 8 hanno tutte le funzioni e i servizi previsti dalla normativa vigente.

Chi si occupa più seriamente dei neonati e della loro salute? Il Servizio sanitario nazionale nella città di Palermo o il Servizio Sanitario Nazionale nella Regione Veneto?

Non credo occorra fornire una risposta, tanto essa è scontata.

## Punti nascita: via libera della Stato-Regioni al "piano Fazio"

■ 16 dicembre 2010 - Il piano per la riorganizzazione dei punti nascita predisposto dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha ottenuto l'approvazione della conferenza Stato-Regioni.

"La manovra incontra il favore della ginecologia perché ha ascoltato le nostre istanze e se n'è resa interprete" ha commentato il presidente Sigo Giorgio Vittori esprimendo la soddisfazione dei ginecologi italiani per l'approvazione delle 10 linee d'azione che compongono il Programma nazionale elaborato dal Ministero, a cui dedicheremo un ampio servizio sul prossimo numero di *GynecoAgoi*.



Su [WWW.QUOTIDIANOSANITA.IT](http://WWW.QUOTIDIANOSANITA.IT) le dieci linee di azione del Programma nazionale

Altro aspetto di grande rilievo è la riscontrata, frequente mancanza di coordinamento tra punto nascita e Utin: non è ammissibile – e non deve più essere ammesso – che in strutture sanitarie, anche di grandi dimensioni e di buona professionalità, si consenta la nascita di neonati a rischio, senza aver preventivamente accertato se presso la Utin della stessa struttura sanitaria ove è organizzato il parto, vi sia disponibilità di terapia intensiva per il neonato, di cui si sa che per certo ne avrà bisogno. Deve essere una Commissione parlamentare di inchiesta a ricordare a fior di professionisti e a fior di manager che il trasporto neonatale (quando si riesce

ad organizzare!) è più rischioso del trasporto in utero?!

■ Sono questi alcuni spunti che ho ritenuto doveroso affidare alla valutazione e alla sensibilità della Agoi, ringraziando il dottor Felice Repetti per l'attenzione. Sono certo che tali spunti verranno colti, come conferma di apprezzamento per i tanti aspetti positivi della professionalità sanitaria ginecologica e ostetrica nel nostro Paese; un apprezzamento che è tanto forte da richiedere un impegno, che so essere condiviso da Agoi e dalla Commissione parlamentare che presiedo: sanzionare errori, ma anche evitare il ripetersi di essi, rimuovendo anomalie funzionali e organizzative. **Y**

## IL FATTO

di Cesare Fassari

### Medico e paziente. Quando a vincere è la sfiducia

**Che la rissa potesse passare dalla sala operatoria alla sala d'attesa antistante era facile prevederlo. E infatti dopo i casi, qualcuno vero qualcuno inventato, di spintoni e schiaffoni tra medici davanti al lettino operatorio, arriva adesso da Roma la notizia di un'aggressione allo staff chirurgico da parte dei parenti in attesa di informazioni sul loro congiunto sotto i ferri**



Quanto accaduto il 6 dicembre scorso al San Filippo Neri, un ospedale della capitale tra l'altro considerato di buona qualità generale, ha mostrato in tutta la sua brutalità la fine di un'epoca. Quella illustrata da tante immagini cinematografiche e televisive, con parenti e amici in ansia davanti al vetro del corridoio di accesso alle sale operatorie. In attesa di una notizia, di una rassicurazione, mentre la vita del loro caro era nelle mani del chirurgo della provvidenza. La maggior parte delle volte quei volti tesi ce li hanno fatti vedere improvvisamente distesi, sollevati, di fronte alla faccia stanca del medico con la mascherina abbassata che, con poche parole nette, diceva "È vivo, respira, il cuore ha retto. Ce la farà". Ma altre volte la scena era diversa. Dalla tensione si passava alle lacrime e alla disperazione, perché in quei casi lo stesso camice verde o azzurro con la mascherina abbassata, diceva "Abbiamo fatto il possibile e anche di più. Ma non c'è stato niente da fare. Coraggio". In quelle immagini lo specchio implacabile del destino. Vita o morte. Ma i due antipodi trovavano un filo narrativo comune

negli atteggiamenti, nel rispetto, nella fiducia verso i sanitari. E, soprattutto, la consapevolezza che la morte poteva arrivare, poteva portarsi via tuo figlio, tua moglie, tua madre. Era l'accettazione della vita e quindi della morte. Oggi quanto accaduto a Roma ci dice che non è più così. Davanti a quei vetri opachi dei corridoi delle sale chirurgiche, dove ci fanno aspettare che l'operazione abbia termine, la tensione è la stessa ma i sentimenti e i pensieri no. Oggi comanda la sfiducia, la rabbia, la non accettazione di un verdetto infausto. La convinzione che quei camici verdi o azzurri se ne fregano di noi e soprattutto anche di chi stanno operando. E così, quando arriva la notizia che temevamo nel nostro intimo, e che mai avremmo voluto sentire, scatta qualcosa di brutale. Di incontrollabile. Chi abbiamo davanti non è più un medico o un infermiere che ha tentato di salvare la vita al nostro parente o amico. È un carnefice, un incompetente, uno che "se ne frega". Le ragioni di questa involuzione sono diverse. Alcune semplici da spiegare, come la perdita di quell'alone di supremazia intellettuale che il medico ha mantenuto per secoli di

fronte ai propri pazienti, quasi tutti, indipendentemente dalla classe sociale di provenienza, completamente ignoranti rispetto all'ars medica. Altre frutto del paradosso per cui, più siamo informati sulla nostra salute, più diventiamo scettici verso la cura e le terapie prescritte. Altre, probabilmente figlie del generale declino della fiducia verso tutto ciò che è istituzione e il medico, come l'ospedale che lo ospita, sono due grandi istituzioni del Paese. Altre non sono che il risultato dell'incapacità di comunicazione tra medico e paziente che resta uno dei punti fragili di quell'alleanza terapeutica cui ci si vorrebbe ispirare per cambiare il volto della medicina, umanizzandola, rendendola sempre più vicina e accogliente, anche nelle tragedie e nelle scelte difficili. Resta il fatto che, come spesso accade, la brutalità dei fatti vale più di mille parole. Il termometro della relazione medico paziente non è forse mai sceso così in basso. E non sta certo al paziente far risalire la temperatura a livelli più accettabili. L'unico che può farlo è il medico. Nella sua individualità e nella sua dimensione professionale e ambientale.