

1. PREMESSA

Uno dei temi di maggiore rilievo con riguardo alla situazione della sanità in Italia riguarda il numero e il livello qualitativo dei punti nascita. Le cronache degli ultimi anni e le analisi formulate da esperti e istituzioni disegnano da tempo il quadro di un Paese che, nel suo complesso (e soprattutto nel Mezzogiorno), presenta un numero molto grande, e a volte eccessivo rispetto alla popolazione interessata, di punti nascita non sempre adeguatamente attrezzati. La conseguenza è che in alcune di queste strutture viene effettuato un numero di parti molto limitato. Ciò porta in alcuni casi il personale in essi impiegato, sia medico che non, a non avere i necessari standard di professionalità e a non godere dell'adeguato supporto tecnologico.

Da tali considerazioni è emersa l'esigenza di un'analisi corroborata da dati ed elementi concreti. Solo in tal modo, infatti, è possibile cercare soluzioni efficaci che – quando si parla di sanità e ancor più del momento che sta al culmine del percorso nascita – siano in grado di coniugare la salute dei pazienti con la salvaguardia della professionalità dei medici e del personale sanitario.

E' stata questa la ragione che ha motivato la Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali ad avviare uno specifico filone di inchiesta sui punti nascita. In particolare, all'origine di questo lavoro, vi era l'idea di individuare risposte ai seguenti punti:

- quantificare i posti letto accreditati nei diversi punti nascita;
- quantificare i parti e i tagli cesarei effettuati;
- quantificare i medici e le ostetriche presenti nelle 24 ore;
- verificare la presenza o meno di reparti di neonatologia e terapia intensiva neonatale.

Inoltre la Commissione ha ritenuto opportuno, alla luce del notevole contenzioso giudiziario legato a quanto avviene nei punti nascita, integrare le rilevazioni statistiche sulle responsabilità professionali nell'ambito della ginecologia-ostetricia con una ricerca volta ad illustrare alcuni risvolti penalistici del tema. Dei casi di presunto errore sanitario la Commissione si è occupata e continua ad occuparsi, esercitando un ruolo di stimolo e controllo nei riguardi dei competenti organi regionali.

La Commissione ha elaborato una serie di questionari finalizzati a reperire dati sia sugli aspetti tecnico-organizzativi, sia su quelli medico-legali. I questionari del primo tipo sono stati inviati agli Assessorati regionali competenti; quelli del secondo tipo alle Procure della Repubblica di tutta Italia. Il periodo di riferimento preso in esame va dal 1° gennaio 2009 al 31 agosto 2010. Inoltre, nel corso dei suoi lavori, la Commissione ha audito esperti e rappresentanti delle più importanti società scientifiche, ai quali va espresso apprezzamento per l'importante collaborazione fornita.

La presente relazione raccoglie i frutti di questo intenso e articolato lavoro. In essa vengono analizzati i principali aspetti di natura sia tecnico-organizzativa, sia medico-legale. I profili che emergono con maggiore chiarezza sono soprattutto due: da un lato la presenza di forti disomogeneità tra i diversi territori riguardo ad alcuni dei più indicativi parametri di riferimento (come la percentuale di tagli cesarei); dall'altro lato il crescere significativo, negli ultimi anni, dei casi di presunto errore sanitario verificatisi nei punti nascita portati all'attenzione dell'Autorità giudiziaria, il che interroga anche su temi quali la cosiddetta "medicina difensiva", le sue cause e i suoi effetti.

L'auspicio della Commissione è che, su questi come sui molti altri aspetti emersi dall'inchiesta, i dati e le considerazioni contenute nella presente relazione possano costituire – in primo luogo per il Parlamento, ma anche in generale per le istituzioni di tutti i livelli così come per gli addetti al settore – motivo di riflessione e ausilio per interventi finalizzati a rendere sempre più sicuro il percorso nascita.

In conclusione, va evidenziata l'importanza e il potenziale interesse, anche in vista di interventi futuri nel settore, dell'approfondita ricerca svolta, mirante a fornire risposte alla domanda: “come si nasce in Italia?”

2. COMMENTO ALL'ANALISI DEI DATI RELATIVI AI PUNTI NASCITA

L'elaborato statistico sui punti nascita, particolarmente interessante, è suddiviso in tre parti principali:

1. I capitoli 1-4 descrivono la metodologia utilizzata, la qualità dei dati, la completezza delle risposte, le classi di punti nascita.
2. Le tavole che riportano tutti i risultati sono molto analitiche, ben intestate e leggibili e permettono di rendersi conto del risultato. In esse si possono ritrovare i dati relativi alle parti A e B del questionario e anche dei valori derivati da originale elaborazione degli stessi. Le tavole sono seguite da grafici che esprimono gli stessi dati contenuti nelle tavole in forma grafica, leggibili in forma sintetica.
3. L'ultima parte contiene informazioni relative ai punti nascita italiani, dati molto interessanti, utili per avere una idea sui singoli ospedali, in particolare su quelli piccoli e virtuosi.

La valutazione che se ne trae è quella di una elaborazione originale, complementare alle elaborazioni esistenti nella letteratura scientifica e ai dati forniti dalla elaborazione delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), che fornisce un quadro corrispondente alle richieste formulate dalla Commissione dopo "l'epidemia" di incidenti gravi nei punti nascita dei mesi scorsi e, in particolare, risponde alle seguenti domande:

1. Vi è una concentrazione di incidenti in determinate regioni italiane?
2. Il tasso di taglio cesareo è in progressiva crescita in tutto il mondo, ma in Italia tocca percentuali straordinarie, soprattutto in alcune regioni di Italia: vi è una relazione tra il tasso di taglio cesareo e l'organizzazione generale del punto nascita in cui avviene?
3. Il *management* (amministrativo e sanitario) dell'ospedale esplica le azioni di supporto e controllo della qualità del punto nascita di cui è responsabile? Le famiglie che si rivolgono ad una struttura per l'assistenza alla gravidanza e al parto possono conoscere in modo esauriente la tipologia e la completezza di risorse disponibili in quel punto nascita? (Carta dei servizi)
4. Il punto nascita è accreditato secondo criteri corrispondenti a requisiti nazionali/regionali?
5. Quale è la reale dotazione di risorse umane (ginecologi e ostetriche, pediatri e neonatologi) e assistenziali (neonatologia, terapia intensiva neonatale, disponibilità di parto analgesia, mediatore culturale) e come sono coordinate tali risorse?
6. Oltre al numero assoluto dei parti effettuati da un punto nascita, è possibile verificare il reale carico di lavoro di ogni singolo operatore?
7. In relazione alla presa in carico della paziente, quale è la proporzione di pazienti seguiti dal "territorio" (consultori), dall'ostetrica/ginecologo, ed è possibile verificare se le pazienti con patologia preesistente o comparsa in gravidanza sono affidate alle strutture adatte?

L'analisi delle tabelle e dei grafici e la valutazione della metodologia utilizzata fanno comprendere che è stata effettuata una elaborazione veramente innovativa, una vera e propria fotografia "realistica" della situazione dei punti nascita italiani, grandi e piccoli. I dati forniti dalle SDO, il più grande archivio disponibile di prestazioni ospedaliere, sono molto importanti e molto utilizzati, riguardano il singolo caso/paziente e danno scarse informazioni sulle strutture. Le SDO sono orientate ad effettuare valutazioni sui percorsi assistenziali: se un paziente è affetto da una determinata patologia, per esempio calcolosi della colecisti, è possibile verificare quale intervento medico/chirurgico (chirurgia tradizionale, endoscopica/robotica, altre forme di chirurgia) sia stato effettuato, quanto tempo il paziente sia stato ricoverato prima/dopo l'intervento, se vi siano state complicazioni prima e dopo l'intervento, se vi siano state trasfusioni/anemia, infezioni, e infine quali fossero le patologie concomitanti. Insomma, la SDO fornisce informazioni sulla prestazione sanitaria, ma non è possibile comprendere quali siano le risorse disponibili per effettuare la prestazione stessa.

Nel caso della gravidanza e del parto, il percorso assistenziale risente in grado minore della evoluzione tecnologica perché le possibili evoluzioni di una gravidanza sono più stabili: parto spontaneo, parto operativo vaginale (ventosa o forcipe), taglio cesareo, oltre all'aborto o alla morte intrauterina del feto.

La gravidanza non è una malattia, ma una condizione fisiologica che può divenire patologica sia per la madre che per il feto o per tutti e due. L'evoluzione dell'assistenza al parto ha risentito dell'evoluzione sociale/sanitaria e dai primi del '900 la percentuale di "parto in casa" è diminuita fin quasi ad azzerarsi: la famiglia italiana si appoggia al "punto nascita" per la gravidanza e soprattutto per il parto in quasi il 100% dei casi perché vi è la percezione che il parto in ospedale sia sicuro e che le risorse e il controllo di qualità da parte del Sistema sanitario nazionale siano corrispondenti agli standard aggiornati.

In sintesi: **la gravidanza fisiologica** richiede assistenza a basso grado di tecnologia (ecografia, strutture alberghiere accoglienti e famigliari) ma alto grado di competenza, formazione e umanizzazione (preparazione al parto, mediazione culturale, parto analgesia, organizzazione e coordinamento delle varie figure professionali); **la gravidanza patologica** (circa il 10% delle gravidanze) richiede, oltre a quanto già descritto, alto grado di tecnologia, altissima competenza e formazione, perfetto coordinamento di risorse umane e tecnologiche (sala operatoria, laboratorio, centro trasfusionale, terapia intensiva per la madre e per il neonato), completo bilanciamento tra territorio e strutture disponibili. La gravidanza/parto fisiologici possono divenire patologici in pochi istanti, l'esperienza e le risorse necessarie per "governare" l'assistenza alla gravidanza e al parto sono molto specifiche, richiedono un perfetto equilibrio tra qualità e numero delle prestazioni e una continua verifica di tutto il processo.

I risultati

L'elaborazione statistica e i "cluster" A (1, 2, 3), B, C.

Il primo risultato originale riguarda l'elaborazione statistica che è stata effettuata: in genere si tende a classificare i punti nascita in funzione del numero dei parti (meno di 500, tra 500 e 1000, oltre 1000). Nella elaborazione a disposizione della Commissione è stata fornita una classificazione secondo raggruppamenti, "cluster", che permettono di caratterizzare il punto nascita non solo secondo il numero dei parti/anno, ma comprendendo anche il numero di letti accreditati, medici in organico, ostetriche/i in organico, numero di parti/mese. Tale classificazione permette quindi di suddividere gli ospedali in tre classi: la classe A è stata attribuita alle strutture più piccole (la gran maggioranza, il 72%), le classi B e C sono state attribuite alle strutture più "robuste", con maggior numero di parti/letti/personale e dotazioni. La classe A appare quella più interessante per la Commissione per vari aspetti di criticità. Per tale motivo è stata suddivisa nelle tre classi tradizionali: A1, fino a 500 parti, A2, tra 500 e 1000, A3, oltre 1000 parti anno.

Tale classificazione permette di identificare due caratteristiche importanti:

1. La classe A è molto grande (72.4%): la maggior parte dei punti nascita italiani sono "fragili" per numero di parti, di medici/ostetrici.
2. All'interno della classe A convivono difformità di assistenza molto importanti: coesistono unità con pochi parti/anno e altri punti nascita con un numero di nati/anno maggiore ma sottodimensionati per dotazione di organici.

Distribuzione regionale dei punti nascita

La distribuzione dei punti nascita nelle regioni è quanto mai varia: vi sono regioni che privilegiano le strutture di classe B e C e regioni che sono ricche di piccoli ospedali di Classe A1.

Non è facile comprendere questa difformità di strategia assistenziale, soprattutto tenendo conto delle indicazioni della letteratura scientifica, dell'economia sanitaria, delle caratteristiche geografiche e demografiche delle regioni, della disponibilità di collegamenti stradali adeguati e delle indicazioni nazionali per i requisiti minimi e di accreditamento.

Supporto da parte del direttore generale e del direttore sanitario; carta dei servizi

Ci si aspetterebbe il 100% di copertura e di attenzione da parte dei manager, coloro che sono preposti a indirizzare le attività delle strutture ospedaliere a loro affidate: nella realtà la **percentuale media di non interesse** è circa il 5%, con punte del 9%. La **carta dei servizi**, “biglietto da visita” delle strutture ospedaliere, non è disponibile in media in quasi 9 strutture su 100, con punte di oltre 15% nelle strutture A1 (quelle più “piccole e fragili”).

Accreditamento regionale/nazionale dei punti nascita

In media, sono accreditate circa 85 strutture su 100, ma nella classe A1 quasi 3 strutture su 10 **non appaiono accreditate**. Per le strutture accreditate, appare assai interessante confrontare la classificazione di questo studio (A1,A2,A3,B,C) con l'accREDITAMENTO di I°, II° e III° livello. Appare degno di interesse e di eventuali approfondimenti verificare che **nella classe A1 il 20% delle strutture siano accreditate come appartenenti a livelli II° e III°**.

Parti per mese e tagli cesarei per mese

In media, i punti nascita italiani effettuano circa 90 parti al mese, ma **nella classe A vi sono strutture che effettuano quasi 28 parti al mese e nella classe C quasi 290 parti al mese**. I tagli cesarei seguono un andamento simile, tenendo conto che nelle strutture piccole la percentuale di tagli cesarei è, in genere, maggiore.

Numero di posti letto accreditati (ostetricia e ginecologia)

In media, il numero di posti letto accreditati per punto nascita è di 27,3. Le strutture A1 hanno 13.7 posti letto accreditati, contro i 38.9 della classe B e 64.8 della classe C. Le classi A2 e A3 oscillano tra 20.4 e 25.1 posti letto.

Numero di medici e ostetriche/i in organico

E' un parametro assai interessante, che varia in media da 7.3 per la classe A1 a 22.8 per la classe C. In pratica, in una struttura di tipo A, che effettua circa 30 parti al mese, vi sono circa 8 medici, in una struttura di tipo C meno di 25. La struttura di tipo C effettua circa 10 volte il numero di parti a fronte di un organico che viene raddoppiato o poco più. Le ostetriche/i seguono un andamento simile, anche se il numero di ostetriche/i è maggiore rispetto a quello dei medici.

Disponibilità della doppia guardia di medici ginecologi e di ostetriche/i durante le 24 ore.

La doppia guardia, per i medici e le ostetriche/i, è ritenuta indispensabile per garantire la sicurezza assistenziale: permette, tra l'altro, di effettuare un taglio cesareo in tempi rapidi, di gestire le situazioni complesse, di assistere parti che avvengono contemporaneamente. I risultati del questionario sono particolarmente significativi: in media, **la doppia guardia medica è disponibile nel 40% dei punti nascita italiani e la doppia guardia dell'ostetrica/o è disponibile nel 48.3%; negli ospedali A1, la percentuale media di disponibilità di doppia guardia è del 23.3% e cresce fino al 94.4% nei punti nascita classificati C. E' interessante notare che nei punti nascita classificati come "B" la percentuale media di "doppia guardia" è del 54.1%**. Per quanto riguarda ostetriche/i, la percentuale media di doppia guardia varia dal 16.3 negli ospedali A1 fino al 100% nel caso di punti nascita "C".

Parto analgesia: disponibilità senza ticket e percentuale di parto analgesia effettuata per i parti naturali

La **disponibilità** di parto analgesia senza ticket è in media del 25.6% per i punti nascita A1 e sale fino al 77.8% per le strutture classificate "C". Parallelamente, la percentuale media di reale effettuazione di parto analgesia parte da 9.7% nelle strutture A1 fino a 34.6% per i punti nascita C. In media, la parto analgesia per i parti naturali viene effettuata nel 15.3% dei casi.

Percentuale di parti di pazienti immigrate e disponibilità di mediatore culturale

La percentuale di parti di pazienti immigrate è in continua ascesa: varia dal 14% (A1) al 25% (C). La disponibilità del mediatore culturale durante le 24 ore varia dal 3.5% (A1) al 38.9% (C). Il mediatore culturale è disponibile "part time" in media nel 31.4% dei punti nascita A1 e nel 44.4% di quelli "C" e in media nel 42% dei punti nascita.

Terapia intensiva neonatale, neonatologia/pediatria dedicata, STEN e STAM

Dall'analisi della tabella si può notare che la terapia intensiva neonatale è presente, in media, nel 27.6% dei punti nascita. Stranamente è presente nel 9.3% delle strutture A1 e nel 54.1% delle strutture B. I punti nascita C, come atteso, sono dotati di terapia intensiva neonatale nel 100% dei casi. In media, nel 19.2% dei punti nascita non vi sono strutture dedicate di neonatologia/pediatria (43% negli A1, 2.7% nei punti nascita B). Il trasporto postnatale in culla o prenatale in utero (STEN/STAM) non è disponibile in una percentuale media variabile da 31% (STEN) a 39.5% (STAM).

Pubblicazione dei dati del punto nascita

Solo le strutture "C" pubblicano i propri dati nel 100% dei casi. I punti nascita "B" lo fanno nell'81.1% dei casi, gli "A1" nel 64% dei casi.

Corso di preparazione al parto

In Italia, in media, nell'82.6% dei punti nascita vi è la disponibilità di corsi di preparazione al parto (62,8% nei punti nascita "A1", 88,9% nei punti nascita "C").

Età media delle madri e delle madri alla prima gravidanza

I dati confermano l'aumento di età media delle madri (31.4 anni), lievemente più elevata nei punti nascita "C" (32.4 anni). L'età media al primo figlio (29.1 anni) e il basso tasso di fecondità (di poco superiore a 1.34) sono un indicatore importante della situazione sociale/demografica del paese.

Assistenza durante la gravidanza: ginecologo, ostetrica/o e consultorio

Ostetrica/o e ginecologo sono presenti nella quasi totalità dell'assistenza alla gravidanza (rispettivamente 80.2% e 95.6%). E' particolarmente interessante analizzare le percentuali di assistenza presso il consultorio: in media, nel 77% dei casi la paziente è assistita anche presso il consultorio (80.2% nel caso dei punti nascita A1 e 55.6% per le strutture "C"). Le pazienti che si rivolgono ai punti nascita C utilizzano il consultorio in poco più del 50% dei casi, verosimilmente perché il punto nascita offre i servizi richiesti dalla paziente.

Patologia insorta in gravidanza e patologia preesistente alla gravidanza

Se la paziente sa di essere affetta da patologia prima della gravidanza si rivolge o dovrebbe essere indirizzata alla struttura con assistenza più completa. La percentuale media di patologie preesistenti è 6.5%. La percentuale di pazienti affette da patologie preesistenti che si rivolgono ai punti nascita C è 13.4%, il doppio della percentuale che afferrisce ai punti nascita A1 (6.2%).

Nel caso della patologia insorta in gravidanza, le percentuali seguono un andamento simile a quello descritto precedentemente. Nei punti nascita A1 la percentuale è 11.5% e nei punti nascita C è 24%. Anche le strutture più piccole sono chiamate a trattare una percentuale sensibile di patologia insorta in gravidanza e quindi anche nel punto nascita più piccolo l'organizzazione assistenziale deve prevedere assistenza adeguata per circa il 10% di gravidanze/parti patologici.

Posti letto accreditati per ginecologo/ostetrico, parti/mese per ginecologo/ostetrico

È uno dei risultati più interessanti della elaborazione del questionario: permette di comprendere la distribuzione dell'esperienza e dell'assistenza nei punti nascita italiani. **I letti (media) accreditati/ginecologo variano da 2.4 per i punti nascita A1 a 3 per i punti nascita C, ma la media del numero di parti mese/ginecologo passa da 4.7 per gli A1 a 14 per le strutture**

C. Nei punti nascita A1 un ginecologo effettua circa 1 parto alla settimana. Il suo collega che lavora nei punti nascita C assiste quasi 4 parti. La situazione è simile per le ostetriche/i, anche se le percentuali sono più livellate.

Percentuale di taglio cesareo nei punti nascita

Varia dalla media del 44% nei punti nascita A1 al 32.8% nei punti nascita C, quelli che concentrano patologia materna preesistente alla gravidanza, patologia insorta in gravidanza, maggiori percentuali di gravidanze di pazienti immigrate, età materna più elevata, maggiore carico di lavoro per i medici e le ostetriche, disponibilità di parto analgesia e di neonatologia/terapia intensiva neonatale.

Considerazioni

I risultati del questionario sono molto interessanti e costituiscono una risorsa straordinaria per comprendere quanto stia succedendo nei punti nascita. Si ha la sensazione che i livelli assistenziali siano molto difformi, che vada ripensata l'assistenza nei piccoli ospedali, che il punto nascita non sia considerato una priorità per le direzioni generali e per le direzioni sanitarie e che non si sia proceduto alla necessaria "manutenzione" di strutture progettate e realizzate secondo criteri ormai superati. In conclusione, l'economia sanitaria potrebbe essere chiamata a esaminare i punti nascita secondo un criterio scientifico e contribuire indicando i parametri di equilibrio costo-beneficio sia economici, sia scientifici e assistenziali/clinici.

3. COMMENTO ALL'ANALISI DEI DATI FORNITI DALLE PROCURE

L'indagine svolta tramite i questionari indirizzati alle Procure persegue un obiettivo di carattere generale e altri più specifici.

L'obiettivo di carattere generale dell'indagine, sotto questo profilo, è di integrare le rilevazioni statistiche sulle responsabilità professionali in ambito medico-chirurgico (la specialità ostetrico-ginecologica in particolare) con una ricerca volta ad illustrare alcuni risvolti penalistici del tema, ancora poco o per nulla esplorati, nonostante il ricorrente clamore che suscitano le frequenti denunce di (presunti) gravi e gravissimi casi di malasanità.

L'iniziativa muove dalla valutazione, espressa dalla letteratura medico-legale, secondo cui in Italia (a differenza di altri paesi), le ricerche nel settore della responsabilità professionale del medico, pur mancando allo stato attuale, di sicuro spessore, registrano una significativa crescita dei casi (spesso amplificata dai media) ¹, che tuttavia appare ancora incompleta, anche con riferimento ai risvolti penalistici della materia.

Sono degne di nota, in particolare, le statistiche Prometeo-Atlante della sanità italiana (ma solo 1999-2001 ²), per stimare la “mortalità evitabile” (nella fascia 5-69 anni) in Italia, il rapporto annuale del Tribunale per i diritti del malato (dal 1999) ³, l'importantissimo contributo offerto dal Centro Federico Stella per la giustizia penale, sulla medicina difensiva (e non solo) ⁴, oltre, infine, alle rilevazioni dell'Ania, nel documento, presentato a cadenza annuale, “L'assicurazione in Italia”.

Le fonti di quest'ultima Associazione registrano «un forte aumento del numero dei sinistri denunciati in ambito professionale medico, con incremento del 148% dal 1994 al 2002» ⁵. Nel 2004 la stessa Associazione ha rilevato che il ramo delle polizze per la copertura dei rischi sulla responsabilità civile dei medici e delle strutture sanitarie ha chiuso in forte deficit, con un esborso complessivo per risarcimenti alle strutture sanitarie pari a 413 milioni di euro. In base a indagini più recenti, emerge che dal 1995 al 2005 il numero dei sinistri denunciati è passato complessivamente da poco più di 17.000 a circa 28.500, con un incremento del 65%. In particolare, i sinistri denunciati legati alla copertura dei singoli medici hanno fatto registrare un aumento più sostenuto, passando da 5.798 nel 1995 a 12.374 nel 2005 (+134%), mentre i sinistri denunciati legati alla copertura delle strutture sanitarie sono passati da 11.444 a 16.085, con una crescita del 41% ⁶.

Nell'ultimo rapporto “L'assicurazione italiana 2010-2011”, la tavola 1 (numero dei sinistri denunciati) offre una chiara rappresentazione dell'evoluzione del contenzioso riferibile a presunti (o meno) casi di *malpractice* ⁷.

¹ Cfr. in tal senso de Trizio N. – Vergari B. – Vergari F. – Zanardi L., “L'errore medico: studi per la rilevazione, analisi del fenomeno, proposte operative e legislative”, <http://www.studiovergari.it/public/Articoli/Upload/L'Errore%20Medico.pdf>

² Cfr. <http://www.igiene.org/>

³ Cfr. http://www.cittadinanzattiva.it/relazioni-annuali/cat_view/1-relazioni-annuali/170-salute/2-rapporti-pit-salute.html?limitstart=0 (dove si può leggere il rapporto 2011 appena pubblicato)

⁴ Cfr. Forti G. – Catino M. – D'Alessandro F. – Mazzuccato C. – Varraso G., “Il problema della medicina difensiva”, Etas, 2010.

Ampie sintesi sono disponibili *on line*. Cfr. D'Alessandro F., Responsabilità penale del medico: errore e medicina difensiva, <http://www.aopoma.it/oggetti/1821.pdf>; Il problema della medicina difensiva: una proposta di riforma, <http://www.sichirurgia.org/stampa/pdf/LaricercaMD.pdf>

⁵ Cfr. de Trizio N. – Vergari B. – Vergari F. – Zanardi L., “L'errore medico: studi per la rilevazione, analisi del fenomeno, proposte operative e legislative”, cit., p. 7.

⁶ Cfr. Ania, *L'assicurazione italiana 2006/2007*, pp. 167-169 (con riferimento alla responsabilità civile in ambito sanitario) <http://www.ania.it/opencms/openmcs/export/sites/default/documenti/Ass.Ita.2006-2007.pdf>

⁷ Cfr. http://www.ania.it/opencms/openmcs/export/sites/default/documenti/1f40c99f-a657-11e0-924b-f3e446ddb06_Lxassicurazione_italiana_-_ASSEMBLEA_2011.pdf, pag. 180.

TAVOLA 1 - NUMERO DEI SINISTRI DENUNCIATI*

Anno di protocollazione	R.C. Strutture Sanitarie	Δ%	R.C. Professionale Medici	Δ%	Totale R.C. Medica	Δ%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1994	6.345		3.222		9.567	
1995	11.411	79,9%	5.892	82,9%	17.303	80,9%
1996	13.028	14,2%	4.028	-31,6%	17.057	-1,4%
1997	18.672	43,3%	4.829	19,9%	23.501	37,8%
1998	21.678	16,1%	6.036	25,0%	27.714	17,9%
1999	23.261	7,3%	9.073	50,3%	32.334	16,7%
2000	23.249	0,0%	10.078	11,1%	33.327	3,1%
2001	21.911	-5,8%	11.238	11,5%	33.149	-0,5%
2002	19.028	-13,2%	11.443	1,8%	30.471	-8,1%
2003	16.566	-12,9%	10.874	-5,0%	27.440	-9,9%
2004	16.356	-1,3%	11.988	10,2%	28.344	3,3%
2005	16.343	-0,1%	12.290	2,5%	28.633	1,0%
2006	16.424	0,5%	11.959	-2,7%	28.383	-0,9%
2007	16.128	-1,8%	13.415	12,2%	29.543	4,1%
2008	17.746	10,0%	11.851	-11,7%	29.597	0,2%
2009	21.476	21,0%	12.559	6,0%	34.035	15,0%

(*) Si tratta di una stima dell'ANIA del volume dei premi per l'intero mercato basata su un campione di imprese partecipanti alla rilevazione con una raccolta premi (nel 2009) pari al 33% del ramo r.c. generale

Le «numerose accuse dei pazienti che si ritengono danneggiati» inducono – rileva l'indagine – «diversi medici ad attuare una “strategia” utile a scongiurare la possibilità di mettere a rischio la propria professione»⁸.

L'**82,8%** dichiara di avere inserito in cartella clinica annotazioni evitabili;

- il **69,8%** afferma di aver proposto il ricovero di un paziente in ospedale, nonostante fosse gestibile ambulatorialmente;

- il **61,3%** dichiara di aver prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario;

- il **58,6%** dichiara di aver fatto ricorso alla consultazione non necessaria di altri specialisti;

- il **51,5%** afferma di aver prescritto farmaci non necessari;

- il **26,2%** dichiara di avere escluso pazienti “a rischio” da alcuni trattamenti, oltre le normali regole di prudenza.

Queste le motivazioni principali dichiarate:

- l'**80,4%** ha timore di un contenzioso medico-legale;

- il **65,7%** risente l'influenza di precedenti esperienze di contenziosi a carico dei propri colleghi;

- il **59,8%** ha timore di ricevere una richiesta di risarcimento;

- il **51,8%** è influenzato da precedenti esperienze personali di contenzioso;

- il **43,5%** esprime il timore di ricevere una pubblicità negativa da parte dei mass media.

Il trend della presunta *malpractice* è in lieve crescita e dal 18% nel 2009 è passato al 18,5% nel 2010; ciò significa che il problema della sicurezza in sanità è ancora lungi dall'essere risolto. È «il perpetrarsi di una serie di comportamenti, disattenzioni, condizioni organizzative dei nostri presidi medico sanitari che fanno sì che le condizioni di sicurezza nelle strutture siano ancora ad alto rischio»⁹.

⁸ Cfr. “Il problema della medicina difensiva: una proposta di riforma”, pp. 3-5 in <http://www.sichirurgia.org/stampa/pdf/LaricercaMD.pdf>

⁹ Cfr. Cittadinanza Attiva, “Rapporto PIT 2011”, pp. 16-18 in http://www.cittadinanzattiva.it/relazioni-annuali/cat_view/1-relazioni-annuali/170-salute/2-rapporti-pit-salute.html?limitstart=0

Presunta malpractice e sicurezza delle strutture	2010	2009
Presunta malpractice:		
Presunti errori diagnostici e terapeutici	58,9%	63%
Disattenzione del personale sanitario	12,9%	5,8%
Infezioni nosocomiali	6,6%	6,7%
Condizioni delle strutture	17,8%	19,1
Sangue infetto	3,8%	5,4%
Totale	100%	100%

Tabella 1- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Entrando nel dettaglio, nella *tabella 1* si può notare che, se da una parte **i cittadini segnalano meno i presunti errori diagnostici e terapeutici**, che dal 63% nel 2009 sono scesi al 58,9% nel 2010, di contro **le segnalazioni sulle disattenzioni del personale sanitario sono più che raddoppiate**, passando dal 5,8% del 2009 al 12,9% del 2010.

Presunti errori diagnostici/Area specialistica	2010	2009
Oncologia	29,3%	27,6%
Ortopedia	14,8%	17,2%
Ginecologia e ostetricia	10,1%	13,7%
Cardiologia	8,2%	10,4%
Neurologia	7,0%	6,9%
Pneumologia	6,0%	0,0%
Oculistica	5,0%	3,5%
Odontoiatria	4,1%	3,5%
Dermatologia	3,1%	0,0%
Gastroenterologia	3,1%	6,9%
Malattie infettive	2,1%	3,5%
Pediatria	1,2%	0,0%
Altre aree	6,0%	6,8%
Totale	100%	100%

Tabella 2- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011