

Gli obiettivi specifici sono quelli di individuare la percentuale (e l'esito) dei procedimenti relativi a delitti colposi (omicidio e lesione) riferibili all'attività sanitaria e alla specialità ostetrico-ginecologica in particolare (in relazione al numero complessivo dei procedimenti per delitti e lesioni e al sotto-insieme costituito dai giudizi riferibili all'attività sanitaria).

Riepilogo

Le procure della Repubblica valutate sono circa ottanta; il periodo di rilevazione è il secondo semestre 2010.

a) Lesioni colpose

Il numero complessivo di procedimenti per lesioni colpose è **53741**, di cui **901** a carico di personale sanitario (1.68%, intervallo di confidenza al 95% = 1.57-1.79%) e **85** in particolare per episodi relativi alla gravidanza/parto (0.16%, %, $CI_{95\%} = 0.13-0.20\%$)¹⁰. L'intervallo di variazione della prima statistica calcolata per distretto va da 0.17% (Trento) a 5.07% (Torino), quello della seconda va da 0.00% a 0.96% (Salerno).

L'analisi per fase di avanzamento è svolta su 54 procure e **35681** procedimenti per lesioni colpose, di cui **586** (1.64%) a carico di personale sanitario, chiusi in numero di **240** ($240/586 = 41.0\%$), per la quasi totalità archiviati ($237/240 = 98.8\%$) e in 2 casi soltanto risolti con una condanna.

b) Omicidio colposo

Il numero complessivo di procedimenti per omicidio colposo è **6586**, di cui **736** a carico di personale sanitario (11.18%, $CI_{95\%} = 10.38-12.01\%$) e **75** in particolare per episodi registrati durante la gravidanza (1.14%, $CI_{95\%} = 0.90-1.43\%$)¹¹. Il *range* di variazione della prima statistica è molto ampio, da 1.31% (Bari) a 36.11% (Reggio Calabria), quello della seconda va da 0.00% a 11.11% (Reggio Calabria).

L'analisi della fase di avanzamento (53 procure valutate) considera **2958** procedimenti avviati per omicidio colposo, di cui **332** a carico di personale sanitario (11.22%): di questi, soltanto **117** risultano conclusi (35.2%) e quasi tutti con decreto di archiviazione ($116/117=99.1\%$).

c) Valutazioni

Dal confronto tra i risultati dell'elaborazione relativa alle lesioni e quella relativa agli omicidi colposi emerge la notevole differenza tra la percentuale dei casi riferibili ad ipotesi di colpa professionale nell'uno e nell'altro delitto: l'1,68 % per le lesioni e ben l'11,18 % per l'omicidio.

Leggendo il dato alla luce delle categorie penalistiche (colpa, causalità, evento), l'intervallo può essere spiegato osservando che, soprattutto nei settori in cui sono previste forme di assicurazione obbligatoria, quelli della circolazione stradale e degli infortuni sul lavoro, in particolare, vengono "denunciate" anche le lesioni lievi e lievissime (20 gg o meno). Il movente economico, che senza dubbio opera in entrambe le fattispecie, tuttavia, non basta a giustificare il divario, perché agisce, seppur in misura nettamente inferiore, anche nell'attività medico-chirurgica.

¹⁰ Ritagliando in questo insieme i questionari valutabili per fase di avanzamento dei procedimenti (54 procure), le stesse statistiche si riducono leggermente a 1.64% e 0.13%.

¹¹ Considerando il sottogruppo delle procure valutabili per fase di avanzamento dei procedimenti (53 procure), le stesse statistiche risultano lievemente ridimensionate (11.22% e 0.91%).

Potrebbe essere dirimente, piuttosto, la circostanza che, nei due settori citati, la lesione è più agevolmente rilevabile perché il passaggio da uno stato di integrità fisica alla “malattia” è netto e, allo stesso tempo, è più semplice ricostruire il nesso causale con una condotta colposa.

Nell’attività medico-chirurgica, invece, l’intervento, di regola, riguarda un organo ovvero una funzione già malati o almeno in parte compromessi. In queste condizioni la lesione è chiaramente rilevabile solo quando è radicale e – tendenzialmente – permanente, mentre tutte le situazioni più sfumate tendono a confondersi con i postumi chirurgici ovvero con l’alea di ogni trattamento terapeutico.

Si può ipotizzare, in altri termini, che la presunta vittima non proponga la querela quando il sintomo o la malattia regrediscono in misura più o meno integrale, anche se il tempo della guarigione risulti più lungo del previsto (o del prevedibile), ovvero i postumi, ancorché peggiori o più gravi di quelli attesi, non siano comunque devastanti; la vittima invece querela il medico nel caso di perdita di un organo o di una funzione ovvero nel caso di lesioni comunque permanenti (es. incisione di un rene non malato, asportazione di una mammella sana ecc.).

Questa valutazione sembra essere confortata dal dato relativo alla percentuale sorprendentemente elevata di sinistri che, secondo il “Rapporto PIT 2011”, elaborato dal Tribunale per i diritti del malato (pp. 16-18) (vedi tabella 3), sono riferibili alle specialità oncologiche (il 27,6 % nel 2009 e il 29,1% nel 2010), più delle altre – purtroppo – a contatto con la realtà della morte.

Nel campo ostetrico-ginecologico il numero di querele è obiettivamente basso in termini assoluti.

È un dato confortante soprattutto se si considera che, per un verso, il processo procreativo (fecondazione, gravidanza, parto) è caratterizzato da un “doppio rischio” corrispondente alla duplicità dei centri di interesse che coinvolge (la donna e il nascituro¹²) e per l’altro (a differenza – come s’è visto – degli altri settori) le conseguenze dannose e il nesso causale con la prestazione ostetrico-ginecologica sono di immediata e facile percezione anche per il profano¹³.

Questi elementi inducono a ritenere che le azioni riguardino prevalentemente le gravidanze o i parti in cui, a causa di un presunto errore professionale, il bambino subisca danni permanenti (es. distocia di spalle)¹⁴, oppure la madre perda la capacità riproduttiva con l’asportazione dell’utero (es. taglio cesareo demolitore), o comunque l’irreversibile (e prematura) menomazione della funzione.

Meritano rilievo anche il numero bassissimo di condanne (2) e – come si è già accennato – il cospicuo numero di archiviazioni, che corrisponde a circa il 40 % del totale dei procedimenti relativi alle lesioni colpose riferibili all’attività medico-chirurgica definiti.

Una lettura approfondita di questo dato richiederebbe di conoscere le motivazioni dei provvedimenti con i quali i G.I.P. hanno “chiuso il fascicolo”. Si può ipotizzare che una certa percentuale si riferisca alla rimessione della querela (il danneggiato è stato risarcito oppure è guarito dopo una nuova cura, le parti – il paziente e il medico – per questa o altre ragioni si sono riconciliate). Non è probabile che si tratti di una quota particolarmente alta, perché le assicurazioni non intervengono quasi mai prima di un provvedimento di condanna e mai (ovviamente) prima di

¹² Rossetti M., “Errore, complicanze e fatalità: gli incerti confini della responsabilità civile in ostetricia e ginecologia”, in *Danno resp.*, 2001, p. 12.

¹³ Ronchi E. – Scaglione M. – Pifarotti G., “La distocia di spalle: aspetti medico-legali”, in *Riv. it. med. leg.*, 2000, 2, p. 481.

¹⁴ Ronchi E. – Scaglione M. – Pifarotti G., “La distocia di spalle: aspetti medico-legali”, *op.loc. cit.*

una congrua indagine medico-legale del sinistro. Un riferimento molto approssimativo potrebbe essere individuato nella differenza – circa il 5 % – tra il numero di archiviazioni nei procedimenti per lesioni colpose (circa 40 %) e quello relativo alle indagini per omicidio colposo (circa 35 %), reato procedibile d'ufficio. In ogni caso, è ragionevole ritenere che la maggior parte delle archiviazioni registri i risultati di una consulenza tecnica favorevole all'indagato, recependo conclusioni nelle quali è stata valutata l'assenza del nesso causale e/o la correttezza del comportamento tenuto dal medico sottoposto ad indagini.

Il numero irrisorio di condanne sembra confermare, infine, l'osservazione già svolta in precedenza in ordine alla difficoltà – se non nei casi più gravi – di distinguere la malattia cagionata colposamente dal professionista dalla malattia che il medico-chirurgo ha curato.

Le coordinate dello scenario cambiano abbastanza radicalmente con riferimento al delitto di omicidio colposo.

I numeri e le percentuali diventano importanti e si riduce in misura sensibile l'incidenza delle archiviazioni che corrisponde ad una quota del 35 % (pressoché pari a quella dei procedimenti conclusi).

Impressiona la disomogeneità del dato, con riferimento alle diverse Procure, della percentuale di indagini per omicidio colposo nei confronti di medici (sul totale dei procedimenti relativi all'art. 589 c.p.) e la percentuale di fascicoli che nell'ambito di questo *cluster* sono riferibili alla gravidanza o al parto. «Il *range* di variazione della prima statistica è molto ampio, da 1.31% (Bari) a 36.11% (Reggio Calabria), quello della seconda va da 0.00% a 11.11% (Reggio Calabria)».

L'analisi evidenzia, purtroppo, che le procure in cui la media nazionale viene superata sono tutte al sud con prevalenza delle regioni Campania e Calabria, anche se a bilanciare questo dato concorre la circostanza che alcune “eccellenze” (Procure in cui la percentuale di sinistri è inferiore alla media nazionale) sono anch'esse nelle regioni meridionali (es. Bari, Caltanissetta, L'Aquila, Lecce, ecc.)

Occorre notare, tuttavia, che nella gran parte dei casi si tratta di dati insignificanti dal punto di vista statistico (è così per le Procure del distretto di Ancona, Potenza, Campobasso e Salerno) ¹⁵

¹⁵ Per ulteriori approfondimenti si rinvia al capitolo “Analisi dei dati delle procure” (pp. 4-7).

Analisi descrittiva dei punti nascita

Sono stati inseriti nel database i questionari relativi a **460** punti nascita diversi (su circa **570** in totale in Italia), distribuiti sul territorio di **17 regioni**. Non sono pervenuti i questionari delle regioni Umbria, Calabria e Sardegna.

Illustriamo la natura del database e i criteri di *data management* adottati.

1. Qualità dei dati: modalità di compilazione dei questionari e interpretazione delle risposte

Molti questionari (n=26) non recano l'indicazione del corrispondente punto nascita, del quale è nota solo la Regione di appartenenza. Due questionari risultano parzialmente o del tutto illeggibili (A.O. San Salvatore di Pesaro e Ospedale Civile di Canosa).

1.1 Sezione A (unica per tutti i punti nascita associati alla stessa azienda sanitaria)

In molti casi (n=39) mancano del tutto le risposte (parte del questionario non pervenuta o non compilata); in altri non è possibile attribuire con certezza le diverse modalità di risposta ai singoli punti nascita.

Se alla risposta affermativa circa l'accreditamento delle strutture segue l'indicazione "in corso di accreditamento" oppure "in fase di pre-accreditamento" la risposta è cambiata in negativa e il livello di accreditamento cancellato. Se, viceversa, manca la risposta in merito all'accreditamento e tuttavia è indicato il livello, la risposta diventa d'ufficio affermativa.

1.2 Sezione B (punto nascita specifica)

- In molti casi (n=19) mancano del tutto le risposte alle domande B18-B30 (parte del questionario non pervenuta o non compilata);
- in alcuni casi le risposte alle domande relative al numero di posti letto e/o di medici in organico / effettivi si riferiscono alla struttura ospedaliera nel suo complesso e non al reparto di ostetricia e ginecologia (solo in alcuni questionari il riferimento è esplicitato in nota). In questi casi le risposte non pertinenti sono state trasformate in risposte mancanti;
- in alcuni casi le risposte alle domande si riferiscono non già al singolo punto nascita ma alla totalità dei punti nascita afferenti alla stessa azienda sanitaria;
- in molti casi il numero di letti è dettagliato per tipologia (letti in ginecologia- ostetricia, culle, letti in terapia neonatale, ecc): in questi casi è stato considerato il numero di letti in ginecologia-ostetricia;
- in molti casi il numero di medici è dettagliato per specializzazione (ginecologo, anestesista, pediatra, ecc.): in questi casi è stato considerato il numero di medici ginecologi;
- in alcuni casi il numero di medici è dettagliato per modalità contrattuale (dipendente, universitario, libero professionista): in questi casi è stato considerato il totale di dipendenti e universitari;
- in alcuni casi, in luogo del numero di medici e/o ostetrici (persone fisiche), è indicato il numero di unità di lavoro equivalenti *full time*;
- il periodo a cui è riferito il numero di parti non sempre è indicato in modo univoco. Quando possibile, abbiamo verificato la frequenza dei parti per punto nascita sulla base delle statistiche disponibili *on line*. In generale, quando non diversamente indicato nel questionario, il numero di parti si considera "per anno";
- per alcuni punti nascita le età medie delle partorienti (tutte, primipare e pluripare) non sono corrette: in questi casi, se l'età media delle primipare è maggiore dell'età media delle pluripare, si considerano i valori invertiti. Se, dopo la correzione operata in precedenza, l'età

media delle madri (tutte) è inferiore all'età media delle primipare, i dati relativi alle età delle madri sono giudicati inattendibili e posti d'ufficio mancanti;

- quando non indicato, il numero di posti letto accreditati è stato posto uguale al numero di posti letto effettivi, quello di medici in organico al numero di medici effettivi e quello di ostetrici in organico al numero di ostetrici effettivi.

In generale, le risposte ad alcune domande del questionario – segnatamente quelle relative al numero di letti e al numero di medici - sono legate alla libera interpretazione e alla premura del rispondente.

Le informazioni contenute nella sezione A del questionario, inoltre, non sempre si possono associare univocamente ai diversi punti nascita della stessa Azienda Sanitaria.

Il presente lavoro sconta necessariamente questo difetto originale, costringendo l'analista alla verifica puntuale del significato e dell'attendibilità dei dati, verifica peraltro non sempre possibile (v. 'Bias').

2. Selezione dei questionari

Alla luce di quanto esposto sopra, sono stati esclusi dall'analisi i questionari "difettosi". In particolare:

- i questionari ai quali non è stato possibile associare alcun punto nascita;
- i questionari per i quali risulta mancante *in toto* la sezione A;
- i questionari per i quali risultano mancanti tutte le risposte relative alla seconda parte della sezione B, da B18 a B30;

Sono stati inoltre esclusi dall'analisi i questionari che mancano di una più risposte alle domande su:

- numero di posti letto accreditati;
- medici in organico;
- ostetrici in organico;
- numero parti.

Si tratta infatti delle variabili "dimensionali" considerate discriminanti nell'analisi statistica. A titolo di esempio, nell'analisi non entra la clinica Meyer di Firenze, con un numero variabile di posti letto, "*struttura semplice per la diagnostica in gravidanza dei feti portatori di difetto congenito*". Sono stati infine esclusi dall'analisi i punti nascita chiusi, anche solo temporaneamente, nel periodo di riferimento.

I punti nascita risultanti dall'aggregazione di più presidi afferenti alla stessa azienda sanitaria (un solo questionario – sezione B - compilato per più punti nascita sotto la stessa direzione sanitaria) sono stati valutati come singole unità¹⁶.

3. Bias

Poiché in molti questionari è dettagliata la tipologia dei posti letto accreditati e non dei posti letto effettivi, abbiamo considerato nell'analisi solo i posti accreditati (avendo inserito soltanto, quando possibile, il numero di posti letto in ostetricia e ginecologia): purtroppo non possiamo essere certi che un numero privo di specifica non si riferisca anche ad altri reparti (pediatria, terapia intensiva, ecc.).

Considerazioni analoghe valgono anche per i medici in organico ed effettivi: nell'analisi sono considerati unicamente quelli in organico, per i quali più spesso è dettagliata la specializzazione o la

¹⁶ E' il caso, per esempio, degli ospedali di Cittadella e di Campo San Piero (ULSS 15 - Padova) e degli ospedali della ULSS 4 "Alto Vicentino"

modalità contrattuale; purtroppo non possiamo essere certi che un numero privo di specifica non si riferisca anche ad altre specializzazioni (anestesisti, pediatri, neonatologi, ecc.) o sia comprensivo dei liberi professionisti.

La riduzione del numero di medici/ostetrici in unità di lavoro equivalenti *full time* rappresenta – per i punti nascita che hanno adottato questa modalità di compilazione - una sottostima del numero di persone fisiche impiegate.

4. Analisi di cluster

I punti nascita valutabili sono in numero di **344** (75% del totale dei questionari ricevuti), distribuiti su **16** regioni (nessuno dei punti nascita della Liguria è valutabile). Proponiamo una loro classificazione sulla base di **quattro variabili “dimensionali”** :

- numero letti accreditati;
- numero medici in organico;
- numero ostetrici in organico;
- numero parti/mese.

La procedura iterativa di aggregazione sulle variabili “standardizzate”¹⁷ consente di raggruppare le unità osservate fissando preventivamente il numero di cluster: la migliore partizione – considerate le finalità descrittive della ricerca – è in **sei** cluster, successivamente ridotti a **quattro** per l’aggregazione in un unico gruppo di tre cluster “outlier” costituiti da un solo punto nascita.

Il **cluster ‘A’** consiste di 249 unità relativamente più **piccole** per numerosità assolute (letti, medici, ostetrici e parti) e rappresenta da solo il **72.4%** dei 344 punti nascita valutati. In media vi si hanno 56 parti/mese, 19 posti letto accreditati, 9 medici e 10 ostetrici in organico.

Il **cluster ‘B’** è formato da 74 unità di **medio-grandi** dimensioni (**21.5%** dei punti nascita valutati), con in media 136 parti/mese, 39 posti letto accreditati, 18 ginecologi e 23 ostetrici in organico.

Nel **cluster ‘C’** confluiscono i presidi **maggiori** – solo 18 nell’insieme dei punti nascita valutati (**5.2%**): in media i parti per mese sono 288, i posti letto accreditati 65, i medici in organico 23 e gli ostetrici in organico 52.

I tre **outlier** sono:

il **S. Anna di Torino**, nettamente il più grande tra quelli valutati (quasi 8000 parti per anno, 660 parti/mese e un numero congruente di risorse umane e materiali); il **Fatebenefratelli di Milano**, nel quale si registrano, a fronte di un numero di parti non eccezionalmente elevato (2774 per anno, 231/mese), un numero di medici in organico particolarmente alto (77); l’Azienda ospedaliera “**Ospedali Civili di Brescia – Presidio Civile**” nel quale, viceversa, si registrano un numero elevato di parti (4000, 333 parti/mese) e un numero relativamente piccolo di ostetrici in organico (33).

Al fine di illustrare meglio la composizione dei punti nascita, abbiamo ritagliato **all’interno del cluster A** tre sottogruppi in base al numero di parti/anno registrati :

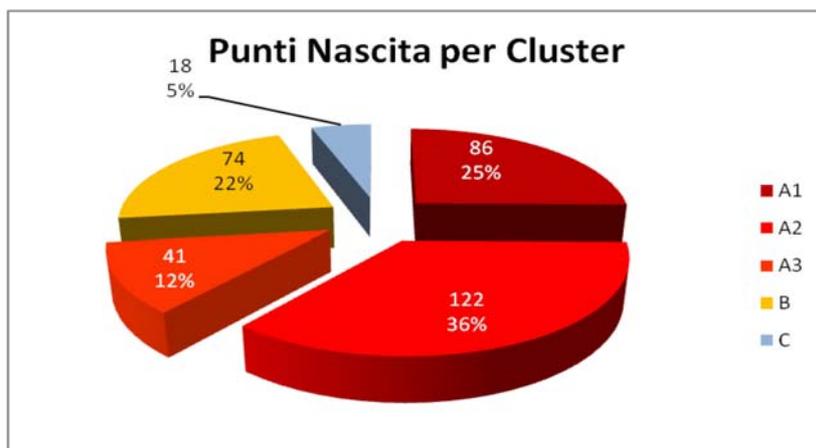
- **A1** ≤ 500 parti anno
- **A2**: 501-1000 parti anno

¹⁷ Le variabili sono state preventivamente trasformate affinché avessero media zero e varianza unitaria. La procedura di clustering – *proc fastclus* – è costruita sul metodo di Anderberg (1973) o “del centroide più vicino”.

- **A3** > 1000 parti anno

Il cluster A, infatti, rappresenta un insieme eterogeneo, nel quale coesistono presidi molto piccoli e altri relativamente grandi, almeno nell'accezione comune che identifica la dimensione col numero di parti/anno. In particolare si contano **86** presidi nei quali si compiono mediamente **non più di 500** parti/anno, **122** presidi nei quali il numero di parti /anno si attesta **tra 501 e 1000** e **41** punti nascita con **più di 1000** parti / anno.

I presidi degli altri gruppi (**B, C e Outliers**) registrano tutti più di **1000** / parti/anno, con l'eccezione di **3** punti nascita del cluster B.



Le variabili rilevate sono state quindi analizzate con modalità puramente descrittive all'interno dei gruppi così definiti: l'obiettivo è riprodurre le differenze strutturali che caratterizzano il sistema nazionale dei punti nascita, riconoscendo nella dimensione (definita dalle 4 variabili scelte per rappresentarla) una delle discriminanti.

I risultati principali del lavoro sono illustrati nelle pagine seguenti.

La quota di parti cesarei sulla totalità dei parti è considerata un dato significativo. Essa è più elevata nei presidi relativamente più piccoli. Poiché la statistica riduce le differenze che pure compongono un collettivo, alleghiamo l'elenco dei punti nascita del cluster A1 nei quali la quota di parti cesarei è $\leq 20\%$ ($5/86=5.8\%$) e dei punti nascita del cluster C nei quali la stessa frazione è $\geq 40\%$ ($5/18=27.8\%$).

RISULTATI

TAVOLE

Distribuzione dei punti nascita per cluster e regione

REGIONE	CLUSTER												TOTALE N
	A1		A2		A3		B		C		Outliers		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
ABRUZZO	2	16.7	6	50.0	3	25.0	1	8.3	.	.	.	.	12
BASILICATA	2	33.3	2	33.3	.	.	2	33.3	.	.	.	.	6
CAMPANIA	14	43.8	11	34.4	4	12.5	3	9.4	.	.	.	.	32
EMILIA-ROMAGNA	3	13.0	7	30.4	2	8.7	7	30.4	4	17.4	.	.	23
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	14.3	5	71.4	.	.	1	14.3	.	.	.	.	7
LAZIO	2	8.7	10	43.5	2	8.7	5	21.7	4	17.4	.	.	23
LOMBARDIA	4	8.9	10	22.2	9	20.0	17	37.8	3	6.7	2	4.4	45
MARCHE	1	50.0	.	.	.	.	.	.	1	50.0	.	.	2
MOLISE	2	50.0	1	25.0	1	25.0	.	.	.	.	.	.	4
PIEMONTE	5	20.8	10	41.7	5	20.8	3	12.5	.	.	1	4.2	24
PUGLIA	12	29.3	17	41.5	4	9.8	8	19.5	.	.	.	.	41
SICILIA	22	46.8	16	34.0	2	4.3	7	14.9	.	.	.	.	47
TOSCANA	5	19.2	7	26.9	2	7.7	9	34.6	3	11.5	.	.	26
TRENTINO ALTO ADIGE	7	53.8	3	23.1	.	.	3	23.1	.	.	.	.	13
VALLE D'AOSTA	.	.	.	.	1	100.0	.	.	.	.	.	.	1
VENETO	4	10.5	17	44.7	6	15.8	8	21.1	3	7.9	.	.	38
TOTALE	86	25.0	122	35.5	41	11.9	74	21.5	18	5.2	3	0.9	344

SEZIONE A del questionario

	Il supporto del settore materno infantile fa parte delle priorità del Direttore Generale, secondo la carta dei servizi?						TOTALE N
	N.D.		Si		No		
	N	%	N	%	N	%	
CLUSTER							
A1	1	1.2	84	97.7	1	1.2	86
A2	6	4.9	105	86.1	11	9	122
A3	.	.	40	97.6	1	2.4	41
B	2	2.7	70	94.6	2	2.7	74
C	.	.	17	94.4	1	5.6	18
Outliers	.	.	3	100	.	.	3
TOTALE	9	2.6	319	92.7	16	4.7	344

	Il supporto del settore materno infantile fa parte delle priorità del Direttore Sanitario, secondo la carta dei servizi?						TOTALE N
	N.D.		Si		No		
	N	%	N	%	N	%	
CLUSTER							
A1	1	1.2	82	95.3	3	3.5	86
A2	6	4.9	105	86.1	11	9	122
A3	.	.	39	95.1	2	4.9	41
B	4	5.4	68	91.9	2	2.7	74
C	1	5.6	16	88.9	1	5.6	18
Outliers	.	.	3	100	.	.	3
TOTALE	12	3.5	313	91	19	5.5	344

	E' disponibile la Carta Servizi?						TOTALE N
	N.D.		Si		No		
	N	%	N	%	N	%	
CLUSTER							
A1	9	10.5	64	74.4	13	15.1	86
A2	6	4.9	104	85.2	12	9.8	122
A3	1	2.4	37	90.2	3	7.3	41
B	4	5.4	69	93.2	1	1.4	74
C	1	5.6	17	94.4	.	.	18
Outliers	.	.	3	100	.	.	3
TOTALE	21	6.1	294	85.5	29	8.4	344

CLUSTER	La struttura fa parte del sistema di Accreditamento Regionale per il settore materno infantile (ostetricia e ginecologia)?						TOTALE
	N.D.		Si		No		N
	N	%	N	%	N	%	
A1	7	8.1	63	73.3	16	18.6	86
A2	6	4.9	102	83.6	14	11.5	122
A3	.	.	37	90.2	4	9.8	41
B	2	2.7	72	97.3	.	.	74
C	1	5.6	16	88.9	1	5.6	18
Outliers	.	.	3	100	.	.	3
TOTALE	16	4.7	293	85.2	35	10.2	344

CLUSTER	Come è accreditata la struttura?								TOTALE
	N.D.		I livello		II livello		III livello		N
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A1	15	23.8	35	55.6	11	17.5	2	3.2	63
A2	30	29.4	43	42.2	20	19.6	9	8.8	102
A3	6	16.2	10	27	17	45.9	4	10.8	37
B	24	33.3	6	8.3	19	26.4	23	31.9	72
C	4	25	.	.	3	18.8	9	56.3	16
Outliers	3	100	.	.	.	.	.	.	3
TOTALE	82	28	94	32.1	70	23.9	47	16	293

SEZIONE B del questionario

	Parti per mese							
	N	Mean	Std	Min	P25	Median	P75	Max
CLUSTER								
A1	86	27.4	10.3	5.8	19.4	28.9	36.3	41.7
A2	122	61.3	12.4	42	51	59	71.3	83.3
A3	41	101.4	13.9	84.5	91.7	100	108.3	142.8
B	74	135.9	41.6	53.6	103	125	157	262.1
C	18	288.4	63.8	195.2	244.8	282	316.7	474.8
Outliers	3	408.3	224.3	231.2	231.2	333.3	660.5	660.5
TOTALE	344	88.6	75.2	5.8	41.8	67.3	107.4	660.5

	Parti cesarei per mese								
	NMiss	N	Mean	Std	Min	P25	Median	P75	Max
CLUSTER									
A1	6	80	12.5	7.5	1.1	6.9	11.3	16.3	33.3
A2	2	120	23.7	8.6	9.6	16.6	22.6	29.8	48
A3	0	41	35.2	12.8	15.8	25.1	33.3	44.3	64.3
B	4	70	44.1	19.6	16.6	28.9	40.3	53.3	125
C	1	17	97.2	39.3	36.9	68.6	82.3	120.9	163.8
Outliers	0	3	137.4	91	67.7	67.7	104.2	240.4	240.4
TOTALE	13	331	31.5	27.1	1.1	16.1	24.8	37.3	240.4

	Numero posti letto accreditati (ostetricia e ginecologia)							
	N	Mean	Std	Min	P25	Median	P75	Max
CLUSTER								
A1	86	13.7	7.2	3	9	12	16	40
A2	122	20.4	7	0	16	19.5	24	43
A3	41	25.1	7.3	0	22	26	29	40
B	74	38.9	11.7	21	29	37	45	73
C	18	64.8	16.9	41	49	64.5	74	96
Outliers	3	217.7	89.7	160	160	172	321	321
TOTALE	344	27.3	24.7	0	15.5	22.5	32	321

	Medici in organico							
	N	Mean	Std	Min	P25	Median	P75	Max
CLUSTER								
A1	86	7.3	3.8	1	5	7	9	21
A2	122	10.3	3	4	9	10	11	22
A3	41	11.2	1.9	8	10	11	12	17
B	74	17.6	5.9	8	14	16	19	45
C	18	22.8	7.8	10	19	21	26	40
Outliers	3	74.3	37.1	36	36	77	110	110
TOTALE	344	12.4	8.9	1	8	10	14	110

	Ostetrici in organico							
	N	Mean	Std	Min	P25	Median	P75	Max
CLUSTER								
A1	86	8.2	4.8	1	6	7	9	39
A2	122	11.3	4	4	8	10.5	13	26
A3	41	13.1	4.1	4	11	13	14	27
B	74	23	9.7	8	17	20	28	53
C	18	52.1	19.3	27	33	50.5	66	94
Outliers	3	97	83.9	33	33	66	192	192
TOTALE	344	16.1	15.9	1	8	12	18	192

	Vi sono almeno 2 medici di guardia in ospedale 24h tutta la settimana?						TOTALE
	N.D.		Si		No		
	N	%	N	%	N	%	N
CLUSTER							
A1	1	1.2	20	23.3	65	75.6	86
A2	.	.	40	32.8	82	67.2	122
A3	1	2.4	18	43.9	22	53.7	41
B	.	.	40	54.1	34	45.9	74
C	.	.	17	94.4	1	5.6	18
Outliers	.	.	3	100	.	.	3
TOTALE	2	0.6	138	40.1	204	59.3	344

CLUSTER	Vi sono almeno 2 ostetrici di guardia in ospedale 24h tutta la settimana?						TOTALE
	N.D.		Si		No		
	N	%	N	%	N	%	N
A1	1	1.2	14	16.3	71	82.6	86
A2	.	.	45	36.9	77	63.1	122
A3	.	.	28	68.3	13	31.7	41
B	.	.	58	78.4	16	21.6	74
C	.	.	18	100	.	.	18
Outliers	.	.	3	100	.	.	3
TOTALE	1	0.3	166	48.3	177	51.5	344

CLUSTER	La parto analgesia è sempre disponibile senza ticket?						TOTALE
	N.D.		Si		No		
	N	%	N	%	N	%	N
A1	4	4.7	22	25.6	60	69.8	86
A2	1	0.8	39	32	82	67.2	122
A3	.	.	14	34.1	27	65.9	41
B	.	.	44	59.5	30	40.5	74
C	1	5.6	14	77.8	3	16.7	18
Outliers	.	.	3	100	.	.	3
TOTALE	6	1.7	136	39.5	202	58.7	344

CLUSTER	In quale percentuale dei parti naturali è praticata la parto analgesia?								
	NMiss	N	Mean	Std	Min	P25	Median	P75	Max
A1	40	46	9.7	17.8	0	0	1	12	90
A2	42	80	13.3	21.8	0	0	5	16.8	100
A3	8	33	14.2	22.6	0	0	1	24	98
B	18	56	16.8	21.1	0	2.1	11.3	21.8	91
C	0	18	34.6	31.1	4	14	19.5	52.5	100
Outliers	0	3	24.2	6	18	18	24.5	30	30
TOTALE	108	236	15.3	22.4	0	0	8	20	100

CLUSTER	E' presente il mediatore culturale?								TOTALE N
	N.D.		Si, h24		Si, non h24		No		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A1	1	1.2	3	3.5	27	31.4	55	64	86
A2	.	.	13	10.7	54	44.3	55	45.1	122
A3	.	.	5	12.2	16	39	20	48.8	41
B	2	2.7	14	18.9	37	50	21	28.4	74
C	1	5.6	7	38.9	8	44.4	2	11.1	18
Outliers	.	.	.	.	3	100	.	.	3
TOTALE	4	1.2	42	12.2	145	42.2	153	44.5	344

CLUSTER	Percentuale dei parti di immigrate								
	NMiss	N	Mean	Std	Min	P25	Median	P75	Max
A1	3	83	14	10.9	0	6	10	21.4	45
A2	3	119	18.8	11.3	0	9.2	18.3	27.3	50.1
A3	1	40	21.6	13.8	1.9	11.9	21.8	29.1	68
B	7	67	20.2	11.9	0.2	9.6	21.8	30	44.4
C	0	18	25	10.8	12	14.6	25.5	30	53.6
Outliers	0	3	24.3	5.5	19	19	23.8	30	30
TOTALE	14	330	18.6	11.9	0	8.9	17.8	27.8	68

CLUSTER	Esiste terapia intensiva neonatale?						TOTALE N
	N.D.		Si		No		
	N	%	N	%	N	%	
A1	2	2.3	8	9.3	76	88.4	86
A2	5	4.1	15	12.3	102	83.6	122
A3	.	.	11	26.8	30	73.2	41
B	2	2.7	40	54.1	32	43.2	74
C	.	.	18	100	.	.	18
Outliers	.	.	3	100	.	.	3
TOTALE	9	2.6	95	27.6	240	69.8	344