

## **Allegato A**

### **Seduta n. 588 di lunedì 20 febbraio 2012**

#### **RELAZIONE SUI PUNTI NASCITA APPROVATA DALLA COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUGLI ERRORI IN CAMPO SANITARIO E SULLE CAUSE DEI DISAVANZI SANITARI REGIONALI (DOC. XXII-BIS, N. 3)**

**(Doc. XXII-bis, n. 3 - Risoluzione)**

#### **RISOLUZIONE**

La Camera, esaminata la relazione sui punti nascita (Doc. XXII-bis n. 3), approvata all'unanimità dalla Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali nella seduta del 14 dicembre 2011;

#### **premesse che:**

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 ed 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;

considerato che 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 per cento 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;

la Commissione, nella sua attività d'inchiesta, ha svolto una serie di indagini finalizzate a quantificare, in particolare, i posti letto accreditati nei diversi punti nascita, i parti e i tagli cesarei effettuati, i medici e le ostetriche presenti nelle 24 ore, e a verificare la presenza o meno di reparti di neonatologia e terapia intensiva neonatale;

a tal fine la relazione in esame, frutto di una complessa attività istruttoria, ha visto la Commissione impegnata dapprima in audizioni di soggetti competenti o a vario titolo interessati dai fenomeni oggetto dell'inchiesta, nonché in visite istituzionali, e poi nell'analisi di una serie di questionari finalizzati a reperire dati sia sugli aspetti tecnico-organizzativi, che su quelli medico-legali connessi al percorso nascita;

dalle risultanze dell'inchiesta svolta sono emerse soprattutto le forti disomogeneità riscontrate tra i diversi territori riguardo ad alcuni dei più indicativi parametri di riferimento (come la percentuale di tagli cesarei), unitamente al significativo incremento, negli ultimi anni, dei casi di presunto errore sanitario verificatisi nei punti nascita portati all'attenzione dell'Autorità giudiziaria;

evidenziato che, nella elaborazione dei dati, la Commissione si è basata su una classificazione secondo raggruppamenti, cosiddetti «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 per cento), B e C alle strutture più «robuste», con maggior numero di parti/letti/personale e dotazioni. La classe A è stata suddivisa nelle tre classi tradizionali A1 fino a 500 parti, A2 tra 500 e 1000, A3 oltre 1000 parti anno;

all'esito delle verifiche condotte, la Commissione segnala che la classe A è molto ampia (72,4 per cento), quindi la maggior parte dei punti nascita italiani sono «fragili» per numero di parti e di medici/ostetrici, ed inoltre, 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 dotazioni di organici;

a livello regionale la distribuzione dei punti nascita risulta 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;

nello specifico si rileva che mediamente, in una struttura di tipo A che effettua circa 30 parti al mese, vi sono circa 8 medici, mentre in una struttura di tipo C, che effettua quasi 290 parti al mese, ve ne sono meno di 25. Le ostetriche/i seguono un andamento simile, anche se il loro numero è maggiore rispetto a quello dei medici;

ritenuta indispensabile, per garantire la sicurezza assistenziale, la disponibilità della doppia guardia di medici ginecologi e di ostetriche/i durante le 24 ore, è stato accertato, sul piano dell'assetto organizzativo, che la doppia guardia medica è disponibile nel 40 per cento dei punti nascita italiani e la doppia guardia dell'ostetrica/o è disponibile nel 48,3 per cento; negli ospedali A1 la percentuale media di disponibilità di doppia guardia è del 23,3 per cento e cresce fino al 94,4 per cento nei punti nascita classificati C;

per quanto concerne la terapia intensiva neonatale, neonatologia/pediatria dedicata, STEN e STAM, dall'analisi dei dati statistici acquisiti la Commissione osserva che la terapia intensiva neonatale è presente, in media, nel 27,6 per cento dei punti nascita, con cifre che variano dal 9,3 per cento delle strutture A1, al 54,1 per cento delle strutture B fino al 100 per cento dei casi nei punti nascita C. Il trasporto postnatale in culla o prenatale in utero (STEN/STAM) non è disponibile in una percentuale media variabile da 31 per cento (STEN) a 39,5 per cento (STAM);

evidenziato che, per comprendere la distribuzione dell'esperienza e dell'assistenza nei punti nascita italiani, l'indagine rivela che i letti accreditati per ogni 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 per 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, mentre il suo collega che lavora nei punti nascita C assiste quasi 4 parti;

valutata la percentuale di taglio cesareo nei punti nascita, che varia dalla media del 44 per cento nei punti nascita A1 al 32,8 per cento nei punti nascita C;

verificato che i punti nascita C sono anche quelli in cui risultano maggiormente concentrati e compresenti fattori quali 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, di neonatologia/terapia intensiva neonatale;

osservato come l'economia sanitaria dovrebbe quindi essere chiamata a esaminare i punti nascita, secondo un criterio scientifico e indicare i parametri di equilibrio costo-beneficio sia economici, sia scientifici che assistenziali/clinici;

rilevato che, in questo senso, la relazione può fornire un importante contributo anche tramite la parte di indagine svolta sui questionari indirizzati alle Procure, che tende ad 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;

valutata, a tale riguardo, 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;

evidenziato che, 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 cento per le lesioni e ben l'11,18 per cento per l'omicidio;

verificato, tuttavia, che nel campo ostetrico-ginecologico il numero di querele è obiettivamente basso in termini assoluti, e bassissimo risulta il numero di condanne (solo 2 nel secondo semestre 2010), a fronte del cospicuo numero di archiviazioni, che corrisponde a circa il 40 per cento del totale dei procedimenti relativi alle lesioni colpose riferibili all'attività medico-chirurgica definiti;

considerata l'auspicabilità di una riflessione, in prospettiva, sui risvolti anche economici della medicina difensiva e delle polizze assicurative: allo stato c'è una sola compagnia che assicura i medici ginecologi e i costi sono cospicui; si tratta di circa 12.000 euro l'anno per un medico che lavora in ospedale. Il costo è così elevato perché le compagnie non hanno i dati per stabilire le tabelle di rischio che permetterebbero alle aziende sanitarie di abbassare i premi assicurativi;

rilevata, a livello nazionale, la necessità di mantenere un indirizzo unitario pur tenendo conto delle specificità dei territori e delle prerogative dei Servizi sanitari regionali,

### **la fa propria e impegna il Governo:**

ad adottare, nell'ambito delle proprie attribuzioni e nel rispetto delle competenze conferite alle regioni e agli enti locali dalla legislazione vigente, iniziative finalizzate a migliorare l'efficienza e l'efficacia su tutto il territorio nazionale dei punti nascita, con particolare attenzione:

a) all'attivazione, nell'ambito delle linee d'azione approvate dalla Conferenza Stato-Regioni-Province autonome nell'accordo del 16 dicembre 2010, di un'organica azione di monitoraggio periodico sui punti nascita, con particolare riferimento all'accorpamento di quelli con un numero di parti insufficiente a garantire un adeguato auto-addestramento degli operatori, nonché con riferimento al numero e all'appropriatezza dei parti cesarei e all'applicazione delle relative linee guida;

b) alla presenza della guardia medica ostetrica e ginecologica e di pediatri neonatologi 24 ore su 24 in tutti i punti nascita;

c) alla emanazione di linee-guida relative al trasporto in utero (STAM) verso i centri di terzo livello, nelle gravidanze a rischio materno e/o fetale;

d) alla diffusione del Servizio di trasporto d'emergenza neonatale (STEN);

a promuovere, di concerto con le Regioni e le Province autonome, misure o azioni volte a garantire a tutte le donne uguali opportunità nell'accesso a servizi completi di salute riproduttiva, così come ad incrementare la loro consapevolezza sui loro diritti e sui servizi disponibili;

a promuovere la classificazione del rischio al momento del ricovero a cui devono seguire specifici «percorsi assistenziali» differenziati per la corretta valutazione del rischio della donna in occasione del primo parto, che rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze;

a promuovere iniziative legislative per contenere il problema della *malpractice* riducendo così i condizionamenti dei medici al momento della scelta dei trattamenti da intraprendere. (6-00104) «Fucci, Leoluca Orlando, Barani, Burtone, Laganà Fortugno, Polledri, Patarino, Nucara, Porfidia, Binetti».