

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 14 dicembre 2007 - Deliberazione N. 2161 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - **Atto di indirizzo della Legge Regionale n. 2 del 2 marzo 2006 "Norme per la promozione del parto fisiologico" Modifiche ed integrazioni alla DGRC n. 966 del 14 luglio 2006.**

CONSIDERATO

Che il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 prevede, tra le sue priorità, la tutela della salute nelle fasi della vita ed in particolare prevede specifici obiettivi ed azioni relativi al settore materno-infantile, anche in recepimento del Progetto Materno Infantile Nazionale (P.O.M.I.);

che tra gli obiettivi analiticamente indicati vi è la individuazione di strategie idonee ad eliminare i costi superflui legati alla sovraesposizione della gestante alle cure prenatali ed al ricorso al taglio cesareo attraverso l'uso della Medicina Basata sull'Evidenza (EBM);

che la Regione Campania risulta essere al primo posto in Italia per l'incidenza di tagli cesarei con un incremento dal 15% del 1980 al 60% del 2006, rispetto ad una media nazionale pari al 36%, senza che vi siano condizioni epidemiologiche tali da giustificare una frequenza tanto elevata, sì da ritenere che, in una certa misura, il fenomeno sia ascrivibile a comportamenti inappropriati;

PRESO ATTO

Che con DGR n. 2413 del 25.7.2003 la Regione Campania ha approvato "Le Linee guida per l'assistenza alla gravidanza ed al parto normale in Regione Campania" con le quali si delinea il percorso della gestante con il fine di garantirle la migliore assistenza dal momento della presa in carico fino al parto ed oltre;

che con DGR n. 118 del 2 febbraio 2005 "Indicazioni per la riduzione dell'incidenza del taglio cesareo in Regione Campania" la Regione ha approvato le indicazioni per il contenimento del fenomeno del ricorso improprio al taglio cesareo;

che con Legge regionale n. 2 del 2 marzo 2006 "Norme per la promozione del parto fisiologico" la Regione Campania ha inteso promuovere, da parte della donna partoriente, una scelta consapevole circa le modalità secondo le quali deve svolgersi il parto, una volta che il medico abbia indicato l'opzione più idonea secondo il proprio giudizio professionale e scientifico anche con l'obiettivo di definire compiti, funzioni e requisiti da possedersi da parte di tutti gli attori del sistema.

VISTE

La Legge regionale n.2 del 2 marzo 2006 "Norme per la promozione del parto fisiologico";

la delibera Regionale n.460 del 20 marzo 2007 (allegato 4) "Approvazione del Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario regionale ai fini della sottoscrizione dell'accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'Art.1 comma 180, della legge n. 311/2004";

la DGRC 966/2006 "Atto di indirizzo della legge regionale n.2/2006 – Norme per la promozione del parto fisiologico" che tra l'altro ha definito il sistema di disincentivi tariffari da applicare nel caso in cui la frequenze di ricorso al parto cesareo superi i valori medi attesi a livello nazionale.

PRESO ATTO

Che la Prima Sezione del TAR di Napoli con ordinanza n. 188 /2007 – registro generale 7776/2006 ha accolto la domanda cautelare di sospensione della predetta deliberazione, nella parte in cui prevede la regressione tariffaria per la remunerazione delle prestazioni di ricovero per parto cesareo che superano la frequenza media attesa a livello nazionale del 36%, adducendo a motivazione che: "non appare legittima l'applicazione di una regressione tariffaria unicamente in ragione dello scostamento del numero dei parti cesarei nel territorio regionale rispetto alla me-

dia nazionale e quindi prescindendo del tutto da una verifica circa la necessità della prestazione chirurgica nei singoli casi” .

TENUTO CONTO

Dell'indicazione contenuta nella predetta ordinanza sulla opportunità, ai fini di applicare disincentivi tariffari per ridurre il ricorso improprio all'esecuzione del parto cesareo, di prevedere una metodologia che possa consentire di valutare *“la necessità della prestazione chirurgica nei singoli casi”*.

RITENUTO

Che la *“necessità della prestazione chirurgica”* ovvero del parto cesareo, è fondamentale determinata dalla condizione clinica della gestante e/o del nascituro;

che le predette condizioni cliniche, espresse da specifiche diagnosi, sono contemplate e codificate nella *“ Classificazione internazionale delle malattie, traumatismi, cause di morte, interventi chirurgici e procedure ICD9CM”* utilizzata, in base alle vigenti norme, per la codifica delle variabili cliniche della scheda di dimissione ospedaliera;

che, come previsto dal D.M. 28 dicembre 1991, la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera è obbligatoria quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale e deve recare la firma del medico curante, nonché quella del responsabile di divisione, il quale assume la responsabilità della regolare compilazione della stessa;

che, come previsto dalle linee guida 17 giugno 1992, per la compilazione e la codifica delle scheda di dimissione ospedaliera (SDO), la SDO costituisce una rappresentazione sintetica della cartella clinica di cui è parte integrante e:

- la *“diagnosi principale di dimissione”* costituisce la condizione morbosa principale trattata o presa in esame durante il ricovero, ovvero la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i più importanti problemi assistenziali;
- le patologie concomitanti o complicanze della malattia principale sono le forme morbose che coesistono accanto alla malattia principale o che complicano quest'ultima;
- l'intervento chirurgico principale o parto indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero che ha comportato il maggior peso assistenziale ed è maggiormente correlata con la diagnosi principale di dimissione;

CONSIDERATO

Che, la verifica della *“necessità della prestazione chirurgica nei singoli casi”*, richiamata nelle motivazioni dell'ordinanza del TAR può essere eseguita attraverso la verifica delle diagnosi riportate, dal medico curante, sulla scheda di dimissione ospedaliera dalle quali si può evincere la condizione di rischio clinico che richiede il ricorso al taglio cesareo;

che sulla base di quanto previsto dalle linee guida internazionali, nazionali e regionali è possibile definire l'elenco delle diagnosi e dei relativi codici ICD9CM che possono comportare il rischio di ricorso al parto cesareo, elenco, tra l'altro, già adottato in altre Regioni per valutare l'appropriatezza dei parti cesarei e che, allegato alla presente ne costituisce parte integrante e sostanziale.

che, pertanto, possono essere considerati *“parti a basso rischio di taglio cesareo”* quelli non associati ad una delle suddette diagnosi rilevabili dalla relativa scheda di dimissione ospedaliera sia in diagnosi principale che nelle diagnosi secondarie;

che, al fine di disincentivare il ricorso improprio al parto cesareo, anche dal punto di vista tariffario, si dispone di applicare a tutti i ricoveri per parto cesareo (Drg 370 e 371) a basso rischio la tariffa prevista per il DRG 373 relativa al parto vaginale senza cc.

RILEVATO

Che pur essendo il predetto sistema di valutazione e disincentivazione del ricorso improprio al parto cesareo diverso da quello indicato nell'allegato 4 del piano di rientro il risultato economico previsto è, invece, in linea con quanto previsto dal predetto allegato 4 del piano di rientro dal disavanzo;

RITENUTO

Che, è comunque necessario che le Aziende sanitarie, attraverso le proprie strutture di controllo e le direzioni sanitarie degli Istituti di cura, adeguatamente supportati da specialisti, provvedano ad attivare iniziative "sistematiche di controllo" anche attraverso la verifica delle cartelle cliniche relative ai ricoveri per parto cesareo al fine di valutare l'appropriatezza della prestazione secondo le "Indicazioni per la riduzione dell'incidenza del taglio cesareo in Regione Campania" DGRC 118/2005, nonché la accuratezza e fedeltà della scelta delle diagnosi che, assume particolare importanza nell'applicazione della metodologia indicata nella presente deliberazione.

Propone e la Giunta in conformità a voto unanime

DELIBERA

Per tutto quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente riportato:

- di modificare ed integrare la DGRC n. 966 del 14/07/06, per la parte relativa ai disincentivi tariffari per il ricorso improprio al parto cesareo;
- di adottare un sistema di disincentivazione tariffaria finalizzato al contenimento del fenomeno basato sulla valutazione del contenuto informativo delle variabili cliniche della schede di dimissione ospedaliera che consente:
 - di valutare la "necessità di ricorso al parto cesareo attraverso la verifica delle diagnosi riportate dal medico curante sulla scheda di dimissione ospedaliera dalle quali si evince la condizione di rischio che costituisce indicazione al parto cesareo;
 - di adottare, sulla base di quanto indicato dalle linee guida internazionali, nazionali e regionali, l'elenco delle diagnosi e dei relativi codici ICD9CM (allegato1) che possono comportare la necessità di ricorso al parto cesareo ed in assenza delle quali i parti possono essere considerati "a basso rischio di taglio cesareo";
 - di applicare a tutti i ricoveri per parto cesareo (Drg 370 e 371) che non presentano annotata nelle relative SDO, in diagnosi principale o nelle diagnosi secondarie, almeno una delle diagnosi di rischio di cui all'elenco allegato, la tariffa prevista per il DRG 373 "parto vaginale senza cc.;
- di demandare alle Aziende Sanitarie attraverso le proprie strutture di controllo e le Direzioni sanitarie degli Istituti di cura, adeguatamente supportati da specialisti esperti, le iniziative sistematiche di controllo della documentazione clinica relativa ai ricoveri per parto cesareo al fine di valutare l'appropriatezza della prestazione secondo le "Indicazioni per la riduzione dell'incidenza del taglio cesareo in Regione Campania" DGRC 118/2005, nonché l'accuratezza e fedeltà della scelta delle diagnosi che assumono particolare importanza nell'applicazione della metodologia indicata nella presente deliberazione;
- di stabilire che, in prima applicazione, per ciascun punto nascita, andranno eseguiti controlli campionari casuali almeno sul 15% dei ricoveri per parto cesareo (Drg 370 e 371);
- di stabilire che, al fine di consentire alle Aziende sanitarie ed agli Istituti di cura, di adottare tutte le misure necessarie all'applicazione del presente provvedimento, l'adozione del

sistema di disincentivi tariffari al ricorso improprio al parto cesareo e le attività di controllo di cui al presente provvedimento, decorrano a partire dalle dimissioni ospedaliere successive al 31 dicembre 2007;

- di trasmettere il presente atto all'Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria all'Area Generale di Coordinamento Programmazione sanitaria e all'Arsan;
- inviare copia della presente deliberazione al Settore Stampa, Documentazione e Informazione, per la pubblicazione sul BURC.

Il Segretario

D'Elia

Il Presidente

Valiante

ALLEGATO

Le diagnosi in elenco ed i relativi codici (ICD9CM), in base a quanto previsto da linee guida internazionali e nazionali, rappresentano le condizioni cliniche che possono comportare rischio di ricorso al taglio cesareo. In assenza di una delle predette diagnosi il parto è definibile a basso rischio. Pertanto, se nelle schede di dimissione ospedaliera relative a ricoveri per parto non risulta registrata in diagnosi principale o nelle diagnosi secondarie una delle diagnosi del presente elenco, il parto è considerato a basso rischio

Le diagnosi in elenco corrispondono, nella classificazione ICD9CM 2002, ai codici di categoria o sottocategoria riportati nella colonna di destra della tabella. La ICD9CM 2002 prevede, per queste categorie e sottocategorie, una quinta cifra finale che definisce se la diagnosi è stata posta nel ricovero in cui è avvenuto il parto.

Descrizione della diagnosi	Categoria codice ICD) CM 2
1. Pregresso taglio cesareo complicante la gravidanza, il parto e il puerperio:	654.2
2. Posizione e presentazione anomala del feto:	652
3. Gravidanza protratta:	645
4. Minaccia o travaglio di parto precoce	644
5. Sviluppo fetale insufficiente:	656.5
6. Sviluppo fetale eccessivo	656.6
7. Gravidanza multipla:	651
8. Anomalia fetale conosciuta o sospetta che influenza il trattamento della madre:	655
9. Perdita ematica antepartum, abrupcio placentae e placenta previa:	641
10. Pre-eclampsia ed eclampsia:	642.4 642.5 642.6 642.7
11. Diabete mellito:	648.0
12. Polidramnios:	657
13. Oligoidramnios:	658.0
14. Infezione della cavità amniotica:	658.4

Il sistema di disincentivazione tariffaria adottato per contrastare il ricorso improprio al taglio cesareo prevede che nel caso di DRG di parto cesareo (370 – 371) per un parto a basso rischio (quando non risulta registrata in diagnosi principale o nelle diagnosi secondarie una delle diagnosi del presente elenco) si applica la tariffa del DRG 373: parto vaginale senza CC