



Ministero della Salute

CONFERENZA STAMPA

**PROBLEMI DI VALIDITÀ DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE
NELLE SDO CON PROCEDURA DI PARTO CESAREO
– CONTROLLO CARTELLE CLINICHE –**

18 GENNAIO 2013

TROPPE DIAGNOSI DI “POSIZIONE ANOMALA DEL FETO”

Il 12 gennaio 2012 **Agenas** (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) ha segnalato formalmente ad alcune Regioni, e per conoscenza al Ministero della Salute, **problemi di validità** delle informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera (**SDO**) con procedura di **parto cesareo**, in alcune strutture sanitarie, per quanto riguarda le diagnosi di **“Posizione e presentazione anomala del feto”**.

Il fenomeno interessava in particolare la Regione Campania e con minore estensione le Regioni Lazio, Basilicata, Puglia, Calabria e Sicilia.

In particolare la condizione “Posizione e presentazione anomala del feto”, che è fortemente associata al taglio cesareo ed ha una **frequenza nazionale dell’8% circa**, risultava in alcune strutture molto rappresentata, raggiungendo in molti casi **valori superiori al 20%** ed in alcuni **addirittura superiori al 50%**.

Questi valori sono **incompatibili** con la distribuzione di questa condizione al parto nella popolazione e hanno quindi fatto sorgere il **sospetto** di una **utilizzazione opportunistica** di questa codifica, non basata su reali condizioni cliniche.

Sulla base della segnalazione di Agenas, la Direzione generale della Programmazione sanitaria ha approfondito il problema su tutto il territorio nazionale utilizzando i dati SDO 2010, rilevando una situazione del tutto paragonabile a quella segnalata da Agenas.

IL CONTROLLO A CAMPIONE

Il Ministero della Salute ha quindi attivato un’azione di **controllo campionario** mirato alle dimissioni per primo parto cesareo con diagnosi di “Posizione e presentazione anomala del feto”, allo scopo di verificare se le informazioni contenute nelle SDO corrispondessero all’effettiva documentazione presente nella cartella clinica; ciò in considerazione del fatto che, in base alla normativa vigente, le SDO costituiscono parte integrante della cartella clinica e devono pertanto contenere informazioni veritiere e documentate clinicamente.

Il campione di cartelle cliniche è stato costruito in modo ragionato per rendere possibile il controllo su tutto il territorio nazionale, con un errore campionario accettabile e una particolare attenzione alle strutture segnalate da Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali come più a rischio di utilizzo non corretto della codifica di interesse. La **dimensione** finale del campione è stata di **3273 cartelle cliniche** distribuite in **78 strutture** ospedaliere **pubbliche** e **private accreditate**. Le cartelle sono state acquisite dai **Nas** e trasmesse al Ministero della Salute che ha provveduto alla verifica della corrispondenza tra le informazioni contenute nella SDO e la documentazione presente nella cartella clinica, attraverso l’attività di esperti.

I RISULTATI

Ad oggi sono state esaminate **1117 cartelle** (il **34%** del campione da esaminare) provenienti da **32** strutture ospedaliere collocate in **19 regioni** e province autonome italiane. Restano da verificare 2155 cartelle, appartenenti a strutture presenti in Lazio, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia; le cartelle cliniche della P.A. di Bolzano, invece, non sono state ancora esaminate perché in lingua tedesca.

Nel **43%** (Tabella 1) delle cartelle esaminate è stata rilevata una non corrispondenza con le informazioni riportate nella SDO.

Dall'analisi emerge come il **rischio di non corrispondenza** delle informazioni tra SDO e cartella clinica sia un **problema importante**, sia come diffusione che come entità, **su tutto il territorio nazionale** (Figura 1); fanno eccezione 4 Regioni e una Provincia autonoma (Veneto, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, PA di Trento) in cui la percentuale di non corrispondenza è inferiore al 5% e che quindi potrebbero essere considerate come "aree benchmark" per le altre Regioni.

Regione	Cartelle coerenti con la SDO	Cartelle non coerenti con la SDO (a)	Cartelle non valutabili per assenza di documentazione (b)	Totale NON coerenza (a+b)
	%	%	%	%
Piemonte	86	14	0	14
Valle d'Aosta	97	0	3	3
Lombardia	56	13	31	44
P.A. Trento	100	0	0	0
Veneto	100	0	0	0
Friuli V. Giulia	97	3	0	3
Liguria	100	0	0	0
Emilia Romagna	74	23	3	26
Toscana	71	17	12	29
Umbria	45	55	0	55
Marche	26	74	0	74
Lazio	56	20	24	44
Abruzzo	55	36	9	45
Molise	71	18	11	29
Campania	54	41	5	46
Puglia	44	51	5	56
Calabria	60	17	23	40
Sicilia	22	6	72	78
Sardegna	63	33	4	37
TOTALE ITALIA	57	28	16	43

Tabella 1. Risultati del confronto cartelle cliniche/SDO effettuato dagli esperti all'8 gennaio 2013

Cartelle cliniche controllate: 1117 (34,1% delle 3273 cartelle acquisite)

Ancora assenti dati Basilicata e P.A. Bolzano

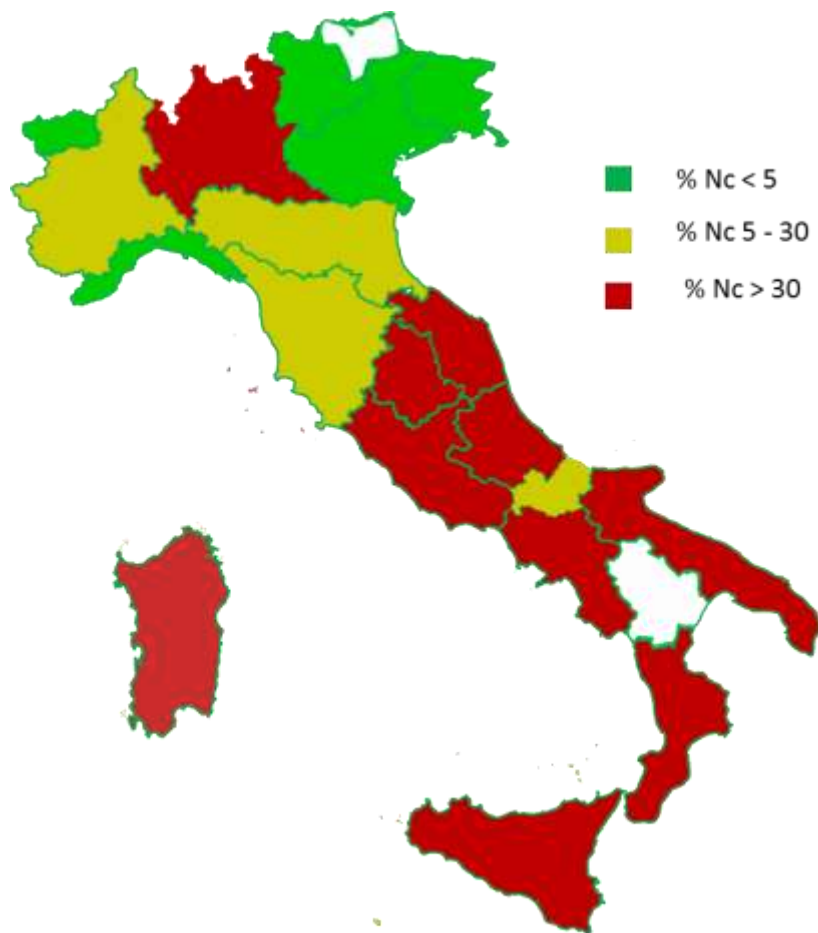


Figura 1. Percentuale di cartelle cliniche con NON corrispondenza delle informazioni tra cartelle clinica e SDO (Nc) nelle strutture ospedaliere esaminate in ciascuna regione (escluse Basilicata e P.A. Bolzano)

COSA CI DICONO I DATI

La rilevazione della non corrispondenza tra SDO e cartella clinica è causata in parte dall'osservazione della **discordanza** tra quanto riportato in cartella e il codice di diagnosi di "Posizione e presentazione anomala del feto" riportato sulla SDO, e in parte dall'**assenza in cartella** della documentazione fondamentale ai fini della codifica della diagnosi riportata nella SDO. E' importante sottolineare che la **sorprendente assenza di documentazione** in cartella è un fenomeno presente nelle strutture di ben **12 Regioni** e che in **5** di queste è la **ragione principale** della non corrispondenza tra SDO e cartella clinica.

Dai risultati emerge come la presenza di diagnosi di posizione anomala del feto potrebbe essere un **indicatore** di rischio di **non corretta compilazione della cartella** clinica: le strutture con una più elevata percentuale di primi parti cesarei con l'indicazione di tale diagnosi sono anche caratterizzate da un livello maggiore di non corrispondenza SDO-cartella clinica.

L'analisi condotta sembra indicare con forza la **necessità** che **tutte le Regioni attivino il controllo di tutte le cartelle cliniche in presenza di primo parto cesareo con diagnosi di posizione anomala del feto**, allo scopo di individuare **eventuali comportamenti opportunistici** nella codifica della diagnosi che motiva il ricorso al parto cesareo.

PARTO CESAREO? SOLO SE SERVE

I **rischi** legati al parto, sia naturale che con taglio cesareo, sono oggi fortunatamente **molto bassi**. Tuttavia, essere sottoposti a un taglio cesareo elettivo a termine di gravidanza comporta alcuni **rischi maggiori** per la madre e per il neonato rispetto al parto vaginale.

Rispetto a una donna che partorisce naturalmente, una donna sottoposta a parto cesareo ha un rischio triplo di decesso a causa di complicanze anestesologiche, un rischio di lesioni (vescicali e/o ureterali) fino a 37 volte maggiore e ha una probabilità di sottoporsi a laparotomia esplorativa post-partum aumentata di circa 18 volte; la complicanza di maggior impatto è la rottura dell'utero in una successiva gravidanza, la cui probabilità dopo un taglio cesareo è di 42 volte superiore rispetto a dopo un parto vaginale.

E' evidente, quindi, che il **taglio cesareo** è un **intervento chirurgico** non privo di rischi e **deve essere eseguito solo se si verificano le condizioni mediche che lo rendono necessario**. Se non vi sono controindicazioni, il parto naturale è da preferire al taglio cesareo, per la tutela della salute della partoriente e del bambino.

I COSTI DI UN PARTO CESAREO

Le risorse impegnate in un ricovero ospedaliero possono essere quantificate attraverso la Tariffa Unica Convenzionale (**TUC**), determinata da decreto del Ministro della Salute e periodicamente aggiornata, che rappresenta la tariffa massima da corrispondere alle strutture accreditate e che viene utilizzata per stabilire i meccanismi di pagamento della mobilità sanitaria tra le Regioni.

In base alla TUC 2011 (Tabella 2), un ricovero ospedaliero per parto naturale, in regime ordinario con degenza superiore ad 1 giorno, ha una tariffa pari a **1318,64 euro**, mentre la stessa tipologia di ricovero per parto cesareo ha una tariffa di **2457,72 euro**. Ogni parto cesareo condotto in assenza di indicazione clinica, comporta quindi un **impegno di spesa non necessario** pari a **1139,08 euro**.

DRG	DESCRIZIONE	RICOVERI ORDINARI DI PIÙ DI 1 GIORNO
371	Parto cesareo senza complicanze	€ 2.457,72
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	€ 1.318,64
	DIFFERENZA	€ 1.139,08

Tabella 2. *Dati tariffa unica convenzionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti - anno 2011*

I NUMERI DEL PARTO CESAREO IN ITALIA

Nel nostro Paese (Tabella 3) nel 2010 ci sono stati **482.195** tra parti naturali e primi parti cesarei. Nel **7,67%** dei casi è stata diagnosticata una posizione anomala del feto, e nel **7,39%** è stato eseguito un taglio cesareo con questa diagnosi. In totale, i primi parti cesarei sono stati il **29,31%** del totale dei parti.

Regione	Parti naturali e primi parti cesarei n.	% Parti con diagnosi di posizione anomala del feto su totale parti %	Primi parti cesarei con diagnosi di posizione anomala del feto su totale parti		% Primi parti cesarei su totale parti %
			n.	%	
Piemonte	33.419	6,01	1.918	5,74	23,24
Valle d'Aosta	1.019	2,94	30	2,94	24,63
Lombardia	87.950	5,23	4.440	5,05	22,73
P.A. Bolzano	5.115	5,24	256	5,00	18,81
P.A. Trento	4.265	4,20	174	4,08	18,48
Veneto	41.815	5,28	2.034	4,86	21,50
Friuli Venezia Giulia	9.283	4,15	375	4,04	17,57
Liguria	10.212	3,99	390	3,82	30,27
Emilia Romagna	37.559	4,77	1.743	4,64	22,60
Toscana	30.188	4,88	1.415	4,69	20,84
Umbria	7.536	5,92	430	5,71	25,03
Marche	12.474	6,59	768	6,16	26,31
Lazio	46.590	6,03	2.730	5,86	33,32
Abruzzo	9.194	6,16	552	6,00	33,33
Molise	1.885	6,95	124	6,58	33,95
Campania	44.746	21,43	9.493	21,22	49,66
Puglia	30.719	9,34	2.720	8,85	34,98
Basilicata	3.779	9,00	235	6,22	34,43
Calabria	14.576	8,15	1.056	7,24	33,88
Sicilia	38.309	10,93	4.127	10,77	41,28
Sardegna	11.562	5,74	647	5,60	31,73
ITALIA	482.195	7,67	35.657	7,39	29,31

Tabella 3. Distribuzione per regione dei parti naturali e dei primi parti cesarei, percentuali dei parti naturali e dei parti cesarei con diagnosi principale o secondaria di posizione anomala del feto (ICD9CM 652.xx) sul totale dei parti, e percentuale dei primi parti cesarei sul totale dei parti - Anno 2010