



Federazione SIGO

Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

Presidente
N. Colacurci

Past Presidente
A. Chiàntera

Presidente Eletto
V. Trojano

Vice Presidente
V. Dubini

Consiglieri
G. Canzone
L. Nappi
G. Quintarelli
G. Stellin

Tesoriere
M. G. Salerno

Segretario generale
I. Cetin

Via di Porta Pinciana, 6
00187 Roma
Tel. 06/6875119
Tel./Fax 06/6868142
P.IVA 05435881007
C.F. 80402170585
www.sigo.it
federazione@sigo.it
PEC: sigo@legalmail.it



**SIGO Ricerca e
Comunicazione Srl
Unipersonale**

Presidente CDA
A. Chiàntera

Consiglieri
V. Maritati
M. Massacesi
G. Scambia
P. Scollo
N. Surico
E. Vizza

La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia – Federazione SIGO, ringrazia il Ministero della Salute per l'opportunità offerta di esprimere il proprio parere su una tematica così preminente, come quella della ottimizzazione del percorso nascita.

In un momento storico in cui è massima la diminuzione della natalità, uno dei punti di contrasto a questa "emergenza sociale" deve essere l'offerta di un percorso di accompagnamento alla nascita che assicuri la massima attenzione alle attuali richieste delle coppie che vogliono umanizzazione e sicurezza del percorso, cioè vogliono essere accompagnati nel loro percorso genitoriale da personale che sappia coniugare la competenza con l'empowerment, che sappia cioè guidare la coppia nel l'evoluzione della gravidanza e del parto, anche mediante l'esecuzione delle indagini più opportune ed indicate nel singolo caso, enfatizzando, nello stesso tempo, quel rapporto umano, fondamentale in un momento così complesso e delicato come il travaglio di parto ed i primi gg dopo la nascita.

Per realizzare tutto ciò è necessario che la donna possa eseguire in gravidanza le analisi necessarie, a carico del SSN e che le aziende ospedaliere predispongano servizi che soddisfino queste richieste. Affinché ciò si realizzi è necessario che ci sia un riconoscimento, anche economico, della complessità delle prestazioni fornite.

Allo stato attuale il sistema di rimborso delle prestazioni, sia ambulatoriali che in regime di ricovero, sono ferme a oltre dieci anni fa, quando le richieste ed il livello di competenze erano profondamente differenti da adesso.

Sono qui elencate tutte le prestazioni che la SIGO ritiene debbano essere o inserite nei Lea o tariffate in maniera significativamente differente:

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

PRESTAZIONI PREVISTE MA CHE NECESSITANO DI REVISIONE ECONOMICA:

Ecografia del I trimestre

Nei nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017) approvati ma non ancora esecutivi, sono previste 2 ecografie:

1) **Ecografia di screening del I trimestre**, da effettuare entro 13 settimane +6 giorni allo scopo di eseguire la datazione della gravidanza. Tale ecografia ha lo scopo anche di valutare se trattasi di gravidanza singola o gemellare, ed escludere una gravidanza extrauterina. Nel nuovo nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale (Allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017) a questa prestazione è stato attribuito il codice 88.78, ed è attribuita una tariffa di 30.99 euro. Concordiamo su tale tariffazione minima





2) **Ecografia ostetrica per studio della translucenza nucale, inclusa consulenza pre e post test combinato**, da eseguirsi esclusivamente tra 11 settimane + 0 gg e 13 settimane +6 gg., alla quale è stato attribuito il codice 88.78.4.

In questa indagine è prevista pertanto sia l'ecografia, sia il counselling post test combinato. Ricordiamo che il test combinato prevede, dopo l'esecuzione dell'ecografia il dosaggio sierico di due ormoni materni (HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A), che può essere eseguito in sede diversa dall'ecografia, a cui è stato attribuito nel nuovo nomenclatore il codice 90.17.6. e per la cui risposta sono necessari alcuni gg. La tariffa fissata per questa prestazione è 23,80 euro.

La SIGO chiede che le due voci: ecografia per lo studio della translucenza nucale e consulenza post-duo test siano divise ed abbiano due codici diversi in quanto avvengono in due momenti diversi e possono essere svolti da due professionisti o strutture diverse.

Si propone una tariffa minima di 51,65 euro per lo studio ecografico della translucenza nucale (88.78.4) in considerazione di alcuni aspetti:

- tempi di esecuzione dell'esame più lunghi rispetto a quelli richiesti per determinare la sola età gestazionale in quanto tale ecografia non si limita alla misurazione dell'NT ma richiede una valutazione di base dell'anatomia fetale da eseguire secondo un protocollo prestabilito. Questo studio prolunga ulteriormente i tempi dell'esame e, in alcuni casi, può richiedere anche l'impiego dell'approccio transvaginale. Inoltre, in caso di sospetta anomalia congenita fetale, oltre al tempo aggiuntivo che dovrà essere dedicato alla comunicazione del sospetto alla gestante;
- necessità di utilizzare apparecchio ecografico di fascia tecnologica alta;
- indagine di altissima competenza e responsabilità, anche medico-legale.

Il counseling post-test può essere effettuato solo dopo aver avuto la risposta del test combinato. Può richiedere tempo specialmente nei casi ad alto rischio di aneuploidia in cui la gestante va informata anche delle possibilità e dei rischi delle procedure diagnostiche invasive e chiediamo che abbia un codice ed una tariffazione separata, che non può essere inferiore ai 30 euro.

Ecografia morfologica del secondo trimestre

Questa voce è attualmente prevista nei LEA (DPCM 12 gennaio 2017) con il codice 88.78.3 come ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA da eseguire tra 19 settimane + 0 e 21 settimane + 0. La tariffa per questa prestazione sarebbe di 68,95 euro, ma viene frequentemente eseguita tramite un rimborso minimo di 30,99 euro, come per l'ecografia del primo trimestre per la datazione della gravidanza. Chiediamo pertanto la piena applicazione della tariffa minima prevista per questa indagine.

Ecografia ostetrica del III trimestre

Nei nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017) sono previste 2 ecografie:

1) *"88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA da 28 settimane + 0gg. a 32 settimane + 6gg: Solo in caso di patologia fetale e/o annessiale o materna".*



2) *“88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA da 41 settimane + 0 giorni: per valutazione quantitativa del liquido amniotico*

Queste 2 prestazioni nel nomenclatore nel 2017 (Allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017) sono indicate con lo stesso codice e retribuite nello stesso modo (30,99 euro).

In realtà queste due ecografie non sono equiparabili da un punto di vista tecnico e di competenza e quindi economico

La SIGO pertanto chiede:

- di prevedere l'ecografia del terzo trimestre non prima delle 32 settimane, in quanto sembra essere tanto più sensibile quanto più tardivamente viene eseguita. Il range proposto è 32-36 settimane;
- di prevederla in tutte le gravidanze;
- di tariffarla almeno 51,65 euro in quanto prevede, non solo la valutazione della quantità del liquido amniotico come quella eseguita oltre 41 settimane, ma anche la valutazione dell'accrescimento fetale e dell'inserzione placentare. Inoltre, non tutte le anomalie fetali sono diagnosticabili all'ecografia del secondo trimestre poiché possono svilupparsi o manifestarsi più tardivamente in gravidanza; pertanto, il protocollo previsto per questa ecografia prevede una rivalutazione dell'anatomia ecografica fetale di specifici distretti anatomici (linee guida SIEOG riportate dal SNLG).

Per l'ecografia ostetrica (*“88.78”*) da 41 settimane + 0 giorni: per valutazione quantitativa del liquido amniotico la SIGO concorda sulla sua tariffazione

PRESTAZIONI ATTUALMENTE NON PREVISTE, MA DI CUI SI CHIEDE L'IMMISSIONE

- **ferritinemia** indagine fondamentale, da eseguire nel primo trimestre di gravidanza, per definire il rischio di anemizzazione della donna ad inizio gravidanza, al fine di approntare il percorso terapeutico più opportuno;
- **OGTT universale:** indagine da prescrivere a tutte le donne, tra 24 e 28 settimane, indifferentemente dai rischi anamnestici, in rapporto all'alta incidenza di diabete gestazionale, anche in donne non a rischio anamnestico, va prevista al fine di identificare la popolazione da sottoporre a terapia dietetica e a monitoraggio materno intensivo;
- **Anticorpi anticitomegalovirus:** infezione virale ad alta frequenza in gravidanza la cui diagnosi permette di approntare una terapia con farmaci antivirali, attualmente riconosciuta efficace nel ridurre la trasmissione placentare del CMV. L'indagine va eseguita nel I trimestre e ripetuta nei 2 trimestri successivi, qualora negativo.

NIPT

Attualmente è possibile eseguire uno screening delle patologie cromosomiche in gravidanza mediante un semplice prelievo di sangue materno.

Il Consiglio Superiore di Sanità ha pubblicato nel 2021 le linee-guida sullo *Screening del DNA fetale non invasivo (NIPT) in sanità pubblica in cui:*



R1. Raccomanda di inserire il test cfDNA/NIPT nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e/o nei percorsi regionali della gravidanza fisiologica come indagine di seconda scelta, per lo screening delle trisomie 13,18,21.

R7. Raccomanda di utilizzare il test cfDNA/NIPT come screening contingente dopo il Test Combinato (eseguito da operatori certificati) che, rispetto all'uso come screening universale, presenta migliori evidenze internazionali di costo-efficacia, ha un impatto minore sulla spesa per l'individuazione delle principali aneuploidie cromosomiche e supera il problema dei casi senza risultato.

La SIGO concorda con tale principio ma, valutando impossibile uno screening universale su tutte le donne gravide propone che possa essere offerto alle

- donne con rischio intermedio al test combinato, cioè per rischi tra 1/300 a 1/1000;
- donne con rischio alto al test combinato (>1/300) che non vogliono procedere ad indagine invasiva.

Per tali donne il SSN dovrebbe prevedere un NIPT base gratuito.

La quantizzazione dell'aspetto economico del NIPT dovrebbe essere concordata con la SIGU (Società Italiana di Genetica Umana).

Amniocentesi e studio del cariotipo fetale mediante coltura cellulare e/Array CGH/SNPsArray

Tale procedura dovrebbe essere offerta nei seguenti casi:

- NIPT con risultato ad alto rischio per Trisomia 21,18 e 13 o cromosomi sessuali;
- Alto rischio (>1/300) al test combinato;
- diagnosi presso un Centro di riferimento di malformazione fetale maggiore potenzialmente correlata ad anomalie genetiche;
- genitori con alterazioni genetiche specifiche.

Ogni punto nascita dotato di un centro di diagnosi prenatale dovrebbe avere organizzato all'interno della sua struttura o tramite convenzione esterna, la possibilità di eseguire:

- amniocentesi prestazione medico-chirurgica, tariffata attualmente rimborsata in 73,90 euro o villocentesi, prestazione medico-chirurgica, tariffata attualmente rimborsata in 87,85 euro;
- cariotipo fetale tramite coltura cellulare, tariffata previo accordo con la SIGU;
- Array, CGH/SNPs-Array, tariffata previo accordo con la SIGU;



- Consulenza di genetica medica tariffata previo accordo con la SIGU.

La SIGO chiede la revisione delle tariffe inerenti amniocentesi e villocentesi, prestazioni ad elevata competenza, ad alto rischio medico-legale, che necessitano di un ambulatorio chirurgico, della massima sterilità e di un ecografo di media qualità.

Tale tariffa potrebbe essere calcolata nel 40% della tariffazione dell'indagine genetica.

ECOGRAFIA DI RIFERIMENTO PER ALTO RISCHIO MALFORMATIVO E PLACENTARE

Con il termine di "ecografia di riferimento" si intende un'ecografia particolarmente approfondita eseguita in "Centri di alta competenza" da medici esperti, dotati di specifiche competenze nello studio della morfologia fetale e della invasività placentare, con apparecchiature ecografiche di fascia alta per valutare quadri ecografici fetali sospetti evidenziati agli esami di screening o per condizioni specifiche di elevato rischio malformativo fetale e/o placentare.

Tale indagine, che ha frequentemente le caratteristiche dell'urgenza, può essere eseguita in qualsiasi epoca di gravidanza sulla base di specifiche indicazioni:

- almeno un significativo fattore di rischio materno o fetale per malformazione congenita fetale;
- alto rischio di invasione placentare, come in donne con pregresso taglio cesareo che all'ecografia di screening presentano una placenta previa anteriore.

CONSIDERAZIONI: l'ecografia di riferimento non è equiparabile ad una ecografia ostetrica di screening eseguita nei Centri di I livello in considerazione della necessità di:

- specifici requisiti strutturali e organizzativi;
- operatori esperti nella diagnosi e gestione delle anomalie congenite fetali;
- continuo aggiornamento professionale per il mantenimento delle skill minime richieste per una prestazione altamente specializzata;
- ecografi di fascia alta o superiore;
- tempi di esecuzione dell'esame decisamente più lunghi rispetto all'ecografia di screening dovuti alla necessità di giungere ad un adeguato inquadramento diagnostico;
- tempo dedicato al counseling pre-test per spiegare alla gestante caratteristiche, limiti e finalità dell'ecografia di riferimento e recepire il consenso all'esecuzione dell'esame;
- tempo dedicato al counseling post-test per comunicare alla gestante l'esito dell'accertamento, la prognosi e per delineare un percorso pre- e post-natale specifico per il caso;
- tempo dedicato all'organizzazione di accertamenti diagnostici aggiuntivi e del counseling multidisciplinare;
- rischio medico-legale che una prestazione di alta specialità comporta.



Su tali presupposti la SIGO propone l'inserimento nei LEA di questa specifica indagine che potrà essere eseguita solo nelle Aziende che hanno comunicato la loro disponibilità, attestando pertanto la presenza nel proprio organico delle skill richiesti per tale prestazione, altamente specializzata. Per tale ecografia si propone una tariffa minima di 82,64 euro.

PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Assistenza al parto spontaneo

L'attività ostetrica e ginecologica è descritta nell'"area salute della donna e materno infantile" del DM 70.

Come Società Scientifica abbiamo già concordato (nelle Note in riferimento al DM 70, attinenti l'attività ostetrico-ginecologica del 22/4/2022) sull'identificazione, per il materno-infantile, ed in particolare per tutte le procedure ostetriche, di un'area differente sia dall'area chirurgica che dall'area medica, in quanto tale area è assolutamente peculiare in rapporto a:

- coesistenza ed inscindibilità di attività a bassa intensità di cura ma con necessità di un rapporto one to one, necessità di stretta sorveglianza per tempi lunghi e non programmabili da parte di un team multidisciplinare e multiprofessionale costantemente aggiornato, necessità di tenere immediatamente disponibili percorsi ad alta intensità di cura ed alta tecnologia.

Abbiamo già sottolineato che, affinché si realizzi un percorso in piena sicurezza devono pertanto realizzarsi alcune condizioni, da considerare inderogabili:

- spazi adeguati ed attrezzati;
- personale sanitario (medico, ostetriche, infermieri, personale di supporto) parametrato alle nuove esigenze: controllo della gravida in travaglio in un rapporto "one to one" da una parte, gestione delle urgenze in piena sicurezza dall'altra, con disponibilità immediata di personale neonatologico ed anestesiologicalo (infermieri, medici) competente ed in numero adeguato.

I punti nascita sono classicamente distinti in:

- PN di I livello, definiti come unità operative di Ostetricia che assistono gravidanze e parti, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello, per la madre e per il feto, in età gestazionale \geq 34 settimane + 0 giorni;
- PN di II livello, definiti come unità operative di Ostetricia che assistono gravidanze e parti indipendentemente dal livello di rischio per madre e feto, con volumi di attività superiori a 1.000 parti/anno, con unità operative neonatologiche di II livello - Centri TIN (bacino di utenza di almeno 5.000 nati/anno e almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita $<1500\text{gr}$; > 1000 nati/anno nella struttura - Inborn), attivabili esclusivamente in ospedali sede di DEA II livello. I punti nascita con centri TIN devono prevedere sei-otto letti di patologia della gravidanza a media intensità di cura e devono garantire le terapie alle



patologie della gravidanza che insorgono prima di 34 settimane, o con patologie fetali con peso previsto inferiore ai 1500 grammi, o con patologie fetali malformative che richiedono competenze multispecialistiche.

Tale classificazione in PN di I e II livello, così come formulato, non prevede la possibilità che nei PN di primo livello giungano situazioni che necessitano di interventi in urgenza, non trasferibili, di alto livello tecnico come:

- III trimestre: Emorragie post partum, da atonia, da rottura ecc
- Alterata placentazione non diagnosticata (placenta previa, accreta) situazioni di elevato rischio di emorragia del post partum; condizioni note o sospette di alterata placentazione.
- Patologie della gravidanza oltre le 35 settimane (preeclampsia severa, diabete non compensato, patologie materne severe, malformazioni fetali che richiedano interventi alla nascita).

In questi casi, la normativa prevede il trasferimento in un punto nascita di II livello, con trasporto materno quando le condizioni materne e fetali lo consentano (STAM): queste situazioni, invece, si possono manifestare in modo non prevedibile e non prevenibile, senza possibilità di attivare un trasferimento in sicurezza.

Da tale dato ne consegue che un PN di primo livello, se vuole assistere in sicurezza, deve dotarsi di una organizzazione, di una strumentazione e di competenze che non si discostano, per la parte strumentale e organizzativa della Sala Parto, da quelle di un PN di II livello.

Il percorso in sicurezza degli eventi ostetrici non prevedibili e prevenibili si completa con un sistema di trasporto STEN attivabile 24 H che deve collegare Punti Nascita di una rete con una TIN di riferimento.

A questo si deve aggiungere che tutta l'attività di controllo dell'attività del rooming in è svolta presso i reparti di ostetricia e ginecologia, sotto la responsabilità dei primari dell'UOC di ginecologia ed ostetricia.

Allo stato attuale i DRG ostetrici e neonatologici, elaborati oramai oltre un decennio fa, non tengono conto della necessità di avere un adeguato numero di personale sanitario dedicato a tale attività e di avere attrezzature sofisticate, per la valutazione del benessere fetale e materno.

Attualmente un punto nascita, anche di I livello, deve prevedere questa organizzazione:

PERSONALE PUNTI NASCITA >500 -1000 PARTI

in servizio H24, dedicato nelle relative aree di competenza:

- al triage/ ricovero: un'ostetrica, un OSS, un ginecologo dedicato;
- al blocco travaglio/parto: un'ostetrica per ogni pz in travaglio (almeno 2 ostetriche presenti in Sala Parto 24h, con aumento di una unità di ostetrica ogni 500 parti i oltre i 1000, e una procedura di pronta reperibilità in caso di "case load" superiore a tre travagli contemporanei), 1 ginecologo 24H (in totale 2, uno in Sala Parto e uno in Pronto Soccorso Ostetrico), un anestesista 24 h di Sala Parto per la parto analgesia e



un secondo anestesista per le urgenze, almeno due infermieri/ostetriche nel blocco operatorio per le urgenze chirurgiche, un OSS, un neonatologo, una infermiera pediatrica;

- nel blocco postpartum: un'ostetrica e un infermiere pediatrico;
- in reparto: due unità ostetriche (o infermieristiche, in reparti che non hanno ancora solo personale ostetrico) + 1 ginecologo ogni 14 letti ;
- per il rooming in: una unità tra ostetrica e infermiere pediatrica ogni 14 puerpere:

ATTREZZATURE MINIME:

- Ecografi: almeno 3 di media qualità, uno in accettazione, uno in reparto, uno in sala parto;
- Cardiotocografi: almeno 7, due in accettazione, due in reparto, tre in sala travaglio/parto.

PRESIDI /COMPETENZE presenti in azienda e attive H24:

- Banca del sangue o disponibilità di sangue entro 20 minuti tramite frigoemoteca gestibile da remoto dalla banca del sangue, per eventuale urgenza;
- Laboratorio per indagini biochimiche, infettivologiche per eventuale urgenza materna/fetale;
- Radiologia;
- Consulenze multispecialistiche.

Tutta questa organizzazione è in rapporto esclusivamente all'attività di Pronto Soccorso Ostetrico.

Tutte le attività ambulatoriali di controllo dell'evoluzione della gravidanza necessitano di ulteriore personale dedicato.

Il parto non è una prestazione chirurgica, non è una prestazione medica, è ancora considerato un evento naturale che però, per rimanere a basso rischio, necessita di una organizzazione complessa, non ancora sufficientemente riconosciuta e adeguatamente tariffata.

Inoltre oggi l'epidemiologia ostetrica è caratterizzata dalla prevalenza di obesità (25%-30%), età materna media al parto variabile dai 32 ai 36 anni, il 3% dei nati (uno su 35 circa) è concepito con procedure di Procreazione Assistita, una importante quota delle gestanti, variabile da regione a regione (15%-25%), è di nuove cittadine di prima immigrazione, spesso poco monitorate in gravidanza. Questi nuovi "rischi ostetrici", che dieci anni fa erano condizioni marginali, fanno sì che il 30% dei travagli sia indotto (benchmark inglese-UK del 2021 31%), che la richiesta materna di accedere al TC elettivo si attesta sul 4% (benchmark inglese-UK del 2021, 7%), che una gravidanza su 450 dopo cesareo presenti caratteri di accretismo.

Inoltre, nella quasi totalità delle UOC di ostetricia e ginecologia, l'attività ostetrica si svolge parallelamente e contemporaneamente a quella ginecologica, utilizzando lo stesso organico di reparto, per le attività ambulatoriali e per le attività chirurgiche di elezione, non tenendo



conto del sensibile incremento delle attività diagnostiche ginecologiche, delle attività di screening e delle diagnosi precoci in oncologia, con conseguente aumento delle attività chirurgiche ginecologiche. Da tali considerazioni risulta evidente che le attività ostetriche e ginecologiche non possono essere espletate dal medesimo organico dedicato all'ostetricia.

Da tutte queste considerazioni risultano evidenti le motivazioni per cui il percorso nascita non risulta attrattivo per una Azienda sanitaria o non organizzato in maniera ottimale:

- alti costi di organizzazione, con maggiore impegno di personale sanitario;
- normativa attuale che considera il reparto di ostetricia alla stregua di qualsiasi reparto clinico, non contemplandone la sua peculiarità, da una parte la non prevedibilità delle complicanze anche nel basso rischio, dall'altra la necessità della "care" accoglienza e potenziamento della fisiologia, oggi più che mai necessarie per i "nuovi rischi ostetrici" nella assistenza a gestanti che vivono un momento di particolare fragilità e che necessitano, al fianco dell'assistenza clinica, di un accompagnamento continuo ed empatico al suo percorso di genitorialità;
- necessità di tenere separato l'organico ostetrico dall'organico ginecologico;
- scarsa considerazione del travaglio e parto spontaneo. Per comprendere quanto questo sia poco considerato nell'immaginario generale è la frequente esclusione del parto spontaneo dalle procedure di registrazione informatizzata, laddove invece è ormai prassi comune l'informatizzazione delle procedure chirurgiche, e quindi del t.c.

È necessario, pertanto, un profondo ripensamento delle tariffe che tenga conto della peculiarità del percorso nascita oggi, delle sue caratteristiche e dell'evoluzione avvenuta dall'emissione dell'Accordo nel dicembre 2010.

Siamo fiduciosi che l'impegno del nuovo governo nei confronti della denatalità porti anche ad una riconsiderazione globale nei confronti dell'evento nascita.

Ricoveri per gravidanza ad alto rischio

Un PN di II livello si differenzia dal PN di I livello in quanto, disponendo di una sezione dedicata di medicina materno-fetale e di una TIN, può gestire gravidanze di epoca inferiore alle 34 settimane. La gestione di queste gravidanze costituisce un aggravio considerevole di costi, non riconosciuti, oltre ad una assunzione di responsabilità cliniche che richiedono un'altissima professionalità.

Frequentemente tali gravidanze a rischio necessitano di lunghi ricoveri, con controlli frequenti, seriat, anche per settimane. Queste pazienti impegnano in maniera intensiva il personale e la struttura. Il rimborso nell'attuale sistema a DRG, è parametrato esclusivamente sul parto, con un rientro economico assolutamente inappropriato. Le cure prenatali oggi consentono nella grande maggioranza dei casi di portare alla nascita feti ad un'epoca gestazionale significativamente maggiore rispetto al momento della diagnosi, con notevole riduzione dei costi di terapia intensiva neonatale, e ancora di più dei costi che insistono per tutta la vita nei neonati grandi prematuri. Analogamente le tecniche di monitoraggio delle gravi restrizioni di crescita precoci consentono di portare alla nascita feti tra i 500 e i 1500 grammi in condizioni



metaboliche ottimali per la transizione alla vita neonatale assistita. Così il monitoraggio di feti con patologie malformative consente di ridurre significativamente i danni associati alla patologia congenita.

Il rimborso per la gestione di tali gravidanze è realizzato principalmente tramite il DRG del parto in quanto la degenza è rimborsata con valori assolutamente insufficienti che non tengono conto dei costi di personale, tecnologie, presidi e terapie necessarie all'alto rischio ostetrico.

Si chiede, pertanto, di rivalutare l'assistenza delle gravidanze ad alto rischio definite dai criteri sopra descritti, al fine di consentire una giusta remunerazione attraverso DRG ad hoc coerenti che tengano conto della precocità (epoca gestazionali inferiore a 34 settimane) gravità (peso fetale inferiore a 1500 gr), complessità (malformazioni fetali), della gravità delle patologie materne (sia indotte dalla gravidanza: preeclampsia severa precoce, diabete di tipo 1, sepsi da corioamniosi, sia preesistenti alla gravidanza: tumori solidi e non, immunopatie, coagulopatie, cardiopatie congenite). Questi costi prenatali vanno considerati alla luce dei costi ridotti postnatali sia delle terapie intensive neonatali, sia dei costi ridotti "life long" determinati dal miglioramento o assenza delle eventuali disabilità altrimenti conseguenti a cure prenatali inadeguate.

Roma, 21.02.2023

Presidente Federazione SIGO
Prof. Nicola Colacurci

Presidente AOGOI
Prof. Antonio Chiàntera

Presidente AGUI
Prof. Giovanni Scambia

Presidente AGITE
Prof. Valeria Dubini