

REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA
OSPEDALIERA

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Codice CIFRA: SGO / DEL / 2018/

OGGETTO: Qualificazione del Percorso Nascita e riduzione del quota di parti cesarei primari in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Costituzione della la "task - force punti nascita per la riduzione del taglio cesareo".

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

Visto:

- l'art. 2 comma 2 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. che assegna alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute delle aziende sanitarie, nonché le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle medesime;
- l'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010, ai sensi dell'articolo 9 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 131 del 31/01/2011 con cui la Regione Puglia ha recepito il suddetto Accordo Stato - Regioni concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" e ha istituito il Comitato Percorso Nascita regionale (CPNR), con funzione di coordinamento e verifica delle attività;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 413 dell'11/03/2015 di recepimento delle linee guida "Gravidanza fisiologica" del sistema nazionale Linee guida ed indicazioni per l'accesso alle prestazioni a tutela della maternità in regione Puglia;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1695 del 26/10/2016 di approvazione delle Linee Guida "Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) mediante Mifepristone (Ru 486) e Misoprostolo";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 2161 del 21/12/2016 - Istituzione Centro Regionale di riferimento per la "Diagnosi e gestione della patologia materno - infantile" e approvazione pacchetti di prestazioni per la qualificazione del percorso materno - infantile;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 ad oggetto: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 65 del 18 marzo 2017;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 651 del 9/5/2017 con cui è stata modificata la composizione del Comitato Percorso Nascita Regionale e le conseguenti determinazioni dirigenziali n. 260 del 3/11/2017 e n. 276 del 21/11/2017 di nomina dei componenti del CPNR;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 678 del 9/5/2017 di approvazione del modello unico regionale dell'Agenda della Gravidanza;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 796 del 29/05/2017 di approvazione delle procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto, di cui all'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010, nonché del protocollo regionale per la partoanalgesia”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1232 del 28/07/2017 di recepimento progetto CCM“Near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza”;
- il Regolamento regionale n. 7/2017 e ss.mm.ii. di riordino della Rete ospedaliera pugliese, in attuazione del D.M. n. 70/2015.

In Italia il ricorso alla pratica del taglio cesareo ha raggiunto livelli allarmanti, sia per il numero di interventi effettuati – ben al di sopra della proporzione registrata negli altri paesi europei e della soglia indicata come ottimale nel 1985 dall'Organizzazione mondiale della sanità – sia per la variabilità rilevata tra le diverse regioni e aziende sanitarie. Questa variabilità, in particolare, sembra essere un indizio importante di comportamenti clinico-assistenziali non appropriati, in assenza di prove scientifiche che associno il maggiore ricorso alla chirurgia a una diversa distribuzione dei fattori di rischio materno-fetali o, per altro verso, a miglioramenti effettivi degli esiti perinatali. In base a queste premesse, è necessario promuovere interventi di sanità pubblica finalizzati da una parte a un recupero dell'appropriatezza nella pratica clinica che valorizzi il ruolo dei professionisti della salute e il loro impegno a tutela delle persone assistite, dall'altra a una maggiore consapevolezza e partecipazione attiva delle donne nelle decisioni sulla gravidanza e sul parto. Nella consapevolezza che per governare la complessità del fenomeno non bastano delle raccomandazioni, seppure suffragate dalle migliori prove disponibili. Si richiede, piuttosto, un riorientamento complessivo del sistema, un approccio integrato in cui le misure di programmazione sanitaria, a livello nazionale e regionale, sappiano coniugarsi con l'implementazione di iniziative di educazione e di protocolli clinico-organizzativi a livello locale.

L'utilizzo inappropriato di una pratica assistenziale di provata efficacia quale il taglio cesareo (Tc) non si associa a migliori esiti perinatali per le donne e per i bambini: è quanto afferma lo *statement* dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) "Who Statement on Caesarean Section Rates".

Attraverso una revisione sistematica degli studi sul "tasso ideale" di cesarei a livello di popolazione, e mediante un'analisi globale dei più recenti dati disponibili per Paese, l'Oms conclude che a livello di popolazione i tassi di Tc superiori al 10-15% non sono associati a una riduzione del tasso di mortalità materna e infantile. Anche in Italia, le Regioni con tasso di Tc inferiore alla media nazionale presentano una minore mortalità materna e neonatale rispetto a quelle con tassi più elevati. Inoltre, il documento Oms sottolinea la necessità di proseguire la ricerca per studiare le ricadute di salute immediate e future degli interventi di taglio cesareo, comprese le implicazioni psicosociali della relazione madre-bambino, la salute psicologica delle donne e la loro capacità di avviare con successo l'allattamento al seno oltre agli esiti pediatrici.

Tuttavia, la grande novità dello *statement* risiede nella proposta di utilizzare la classificazione di Robson che divide le pazienti sottoposte a TC in 10 classi mutuamente esclusive definite in base alla parità, numero di feti, presentazione fetale, età gestazionale e decorso del travaglio e del parto come descritto nella figura 1. La classificazione è uno strumento metodologico che permette di definire, monitorare e confrontare nel tempo i tassi di Tc nei presidi ospedalieri e in diverse popolazioni di riferimento. Infatti, un tasso di cesarei appropriato a livello di popolazione non può essere raccomandato come tasso ideale per qualsiasi struttura sanitaria senza tener conto della diversa composizione della popolazione che afferisce ai diversi centri nascita (case-mix ospedaliero). Nonostante sia sufficiente il comune buon senso per comprendere che gli ospedali cui afferiscono le gravidanze a maggiore complessità assistenziale debbano ricorrere più frequentemente al Tc rispetto a quelli dove si assistono le gravidanze fisiologiche, il nostro Paese presenta dati in curiosa controtendenza. I presidi ospedalieri di primo livello con basso numero di nati annui, specie se privati, effettuano una proporzione di Tc maggiore rispetto alle strutture con un elevato flusso di parti e in grado di assistere le gravidanze patologiche.

Figura 1: Classificazione di Robson.

Fonte Oms "Who Statement on Cesarean Section Rates. Human Reproduction Programme



L'esortazione che l'Oms lancia alla comunità sanitaria internazionale appare pertanto particolarmente pertinente al nostro contesto nazionale, fortemente bisognoso di promuovere l'appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo. Le strutture sanitarie che cercano di ottimizzare il ricorso al Tc e hanno bisogno di valutarci e migliorarsi in modo standardizzato e riproducibile sono invitate a utilizzare la classificazione di Robson. Si tratta di un approccio metodologico già raccomandato nell'accordo Stato-Regioni del 2010 insieme ad altre misure,

come la razionalizzazione della rete assistenziale e la diffusione di linee guida *evidence-based*, per promuovere una maggiore appropriatezza nell'assistenza al percorso nascita e una riduzione dei Tc.

Diversi presidi ospedalieri del Paese hanno già implementato e validato con successo la "lettura intelligente" dei Cedap (Certificato di assistenza al parto) grazie alla classificazione di Robson facilitando l'identificazione delle priorità su cui lavorare nei singoli contesti assistenziali.

La pubblicazione dello *statement* dell'Oms rappresenta un'ottima occasione per promuovere la diffusione della classificazione di Robson quale strumento per il miglioramento dell'appropriatezza delle indicazioni al TC grazie alla riflessione critica sul lavoro svolto da parte dei professionisti sanitari continuamente solle

Atto che:

- nel verbale della Riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti Regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, tenutasi in data 23 novembre 2017, rispetto ad alcuni specifici indicatori di qualità assistenziale viene evidenziato *"una eccessiva quota di parti cesarei primari: la frequenza di tale procedura, seppure in leggero decremento dal 2013, risulta pari al 33,6% per le strutture con meno di 1.000 parti anno e pari al 31% nelle strutture con più di 1.000 parti anno, discostandosi ancora dai valori ritenuti accettabili"*;

- tra le azioni previste nell'Accordo Stato - Regioni Rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010 concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" è contemplata la diminuzione del parti con TC;

- la Regione Puglia intende migliorare la qualità dell'assistenza erogata alle donne nell'ambito del percorso nascita, sulla base delle linee guida nazionale e delle best practice note anche a livello internazionale.

Dal Rapporto "Osservasalute 2016" emerge che "nel 2015, in Italia, la proporzione di TC sul totale dei parti è variata da un minimo del 24,04%, registrato nelle PA di Bolzano e Trento, ad un massimo del 61,09% registrato in Campania, con un valore nazionale pari al 35,42% (Tabella 1). Come negli anni precedenti, anche per il 2015 il Lazio e tutte le regioni del Meridione presentano una percentuale di TC al di sopra del valore nazionale. Si continua, pertanto, a registrare per questo indicatore un importante gradiente Nord-Sud ed Isole (Grafico 1).

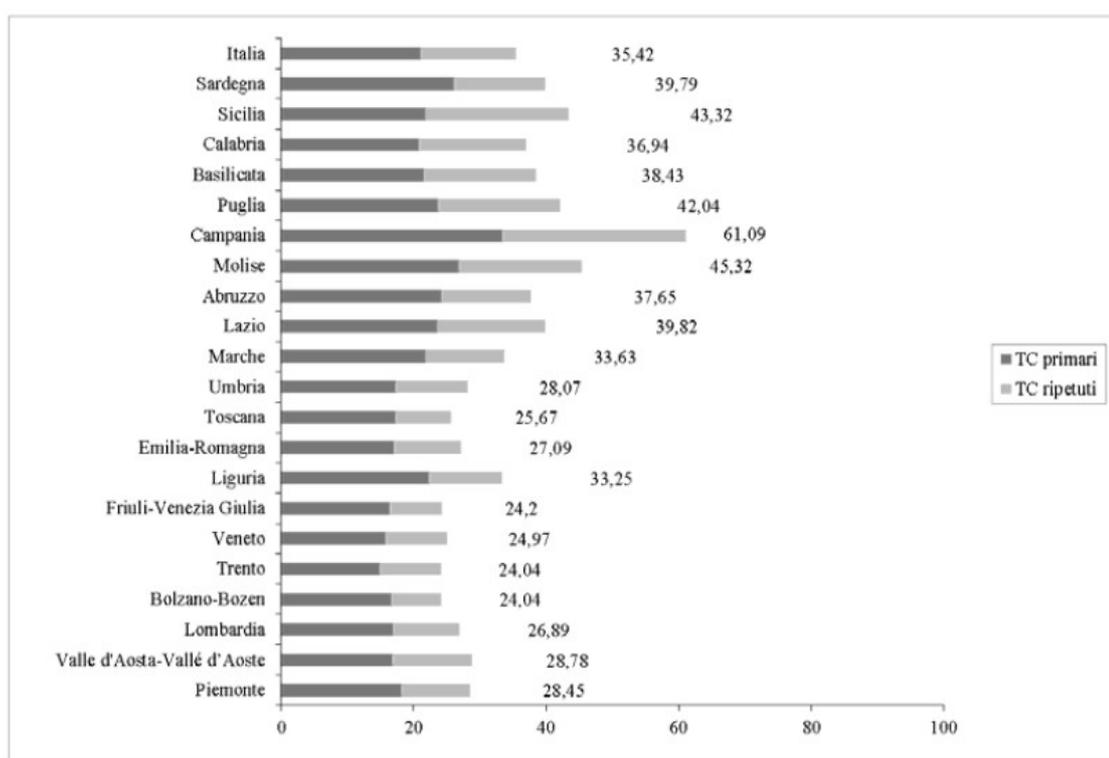
Si evidenzia positivamente, come già osservato nelle precedenti Edizioni, che la maggior parte delle regioni presentano un trend in riduzione (Tabella 1). Questa tendenza è da imputare, per lo più e come negli anni passati, alla riduzione dei TC primari (Tabella 2). Si registra, comunque, un trend in lieve riduzione anche per i TC ripetuti (Tabella 3). Nonostante l'età non sia una indicazione assoluta per effettuare un TC, è un dato di fatto che all'aumentare dell'età aumenti la probabilità di partorire con TC. In Italia, nel 2015, il 73,37% delle donne con più di 45 anni ha partorito con TC, con percentuali che variano, a livello regionale, dal 53,85% registrato nella PA di Trento al 92,86% osservato in Molise (dati non presenti in tabella). La Tabella 4, infine, riporta la variazione dei tassi standardizzati per età dei TC totali nel 2015 rispetto al 2011 e mostra come, al netto dell'età materna, le proporzioni di TC siano, comunque, in diminuzione".

Tabella 1 - Proporzione (valori per 100) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo per regione - Anni 2011-2015

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	Δ % (2011-2015)
Piemonte	30,41	30,53	29,84	28,67	28,45	-6,44
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,15	32,86	33,56	32,96	28,78	-7,60
Lombardia	28,83	28,08	28,23	27,96	26,89	-6,73
Bolzano-Bozen	25,00	24,56	24,44	24,68	24,04	-3,83
Trento	26,91	26,36	25,22	25,74	24,04	-10,66
Veneto	27,04	26,75	26,40	25,11	24,97	-7,63
Friuli Venezia Giulia	24,65	22,95	24,38	23,92	24,20	-1,82
Liguria	34,66	33,95	35,26	34,02	33,25	-4,07
Emilia-Romagna	29,56	28,49	28,69	27,49	27,09	-8,37
Toscana	26,07	26,24	25,54	26,22	25,67	-1,56
Umbria	31,19	32,15	31,30	30,79	28,07	-9,99
Marche	34,67	34,18	34,83	35,70	33,63	-3,00
Lazio	44,06	43,35	42,68	41,62	39,82	-9,64
Abruzzo	42,85	39,07	39,48	38,16	37,65	-12,15
Molise	47,02	48,08	48,05	45,43	45,32	-3,62
Campania	62,51	61,15	61,41	62,20	61,09	-2,28
Puglia	46,59	42,24	41,02	41,08	42,04	-9,77
Basilicata	44,47	40,21	41,97	40,08	38,43	-13,59
Calabria	37,41	36,11	35,77	36,42	36,94	-1,26
Sicilia	46,60	44,71	44,54	43,92	43,32	-7,04
Sardegna	41,46	41,10	41,97	40,12	39,79	-4,04
Italia	37,76	36,62	36,50	36,05	35,42	-6,19

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Grafico 1 - Proporzioe (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo primario e ripetuto per regione - Anno 2015



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Tabella 2 - Proporzioe (valori per 100) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo primario per regione - Anni 2011-2015

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	Δ % (2011-2015)
Piemonte	19,50	19,64	19,41	18,54	18,16	-6,87
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	22,59	21,27	22,41	21,37	16,83	-25,51
Lombardia	18,41	18,17	17,96	17,92	16,88	-8,36
Bolzano-Bozen	16,90	17,50	17,79	17,79	16,69	-1,27
Trento	16,94	16,06	16,49	17,14	14,90	-12,04
Veneto	17,28	17,02	16,79	15,90	15,81	-8,49
Friuli Venezia Giulia	17,44	16,04	16,97	16,64	16,46	-5,65
Liguria	23,95	24,05	23,91	22,92	22,33	-6,74
Emilia-Romagna	18,92	17,89	18,55	17,23	17,00	-10,15
Toscana	17,43	17,55	17,00	17,24	17,27	-0,88
Umbria	20,99	20,91	20,24	19,95	17,34	-17,39
Marche	22,02	20,96	22,07	22,16	21,79	-1,06
Lazio	27,98	27,36	26,69	25,68	23,64	-15,54
Abruzzo	28,86	25,09	26,05	24,49	24,29	-15,86
Molise	27,83	29,55	29,16	26,94	26,92	-3,24
Campania	34,58	33,52	33,54	34,34	33,36	-3,54
Puglia	27,74	24,54	23,46	23,13	23,72	-14,51
Basilicata	23,58	20,25	22,31	22,16	21,64	-8,21
Calabria	20,33	18,08	18,10	19,81	20,81	2,32
Sicilia	25,77	23,20	22,15	22,05	21,88	-15,11
Sardegna	28,26	27,55	28,64	26,69	26,10	-7,64
Italia	23,10	22,10	21,93	21,59	21,02	-9,00

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Tabella 3 - Proporzione (valori per 100) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo ripetuto per regione - Anni 2011-2015

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	Δ % (2011-2015)
Piemonte	10,90	10,89	10,44	10,13	10,29	-5,60
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,56	11,60	11,15	11,58	11,96	39,62
Lombardia	10,41	9,92	10,27	10,04	10,01	-3,85
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>8,10</i>	<i>7,06</i>	<i>6,64</i>	<i>6,91</i>	<i>7,36</i>	<i>-9,18</i>
<i>Trento</i>	<i>9,97</i>	<i>10,30</i>	<i>8,73</i>	<i>8,58</i>	<i>9,14</i>	<i>-8,33</i>
Veneto	9,76	9,74	9,61	9,21	9,16	-6,12
Friuli Venezia Giulia	7,20	6,91	7,41	7,27	7,74	7,45
Liguria	10,71	9,90	11,35	11,10	10,92	1,92
Emilia-Romagna	10,64	10,60	10,14	10,26	10,08	-5,20
Toscana	8,65	8,69	8,53	8,98	8,39	-2,94
Umbria	10,20	11,24	11,06	10,84	10,73	5,22
Marche	12,65	13,22	12,77	13,54	11,84	-6,39
Lazio	16,08	15,98	15,99	15,94	16,18	0,63
Abruzzo	13,99	13,98	13,43	13,67	13,36	-4,50
Molise	19,20	18,53	18,89	18,48	18,40	-4,17
Campania	27,93	27,63	27,87	27,85	27,73	-0,72
Puglia	18,85	17,70	17,56	17,95	18,32	-2,80
Basilicata	20,90	19,95	19,65	17,92	16,79	-19,66
Calabria	17,08	18,03	17,67	16,61	16,13	-5,54
Sicilia	20,82	21,51	22,39	21,86	21,44	2,95
Sardegna	13,20	13,55	13,33	13,42	13,69	3,67
Italia	14,66	14,52	14,57	14,46	14,40	-1,76

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo per regione - Anni 2011-2015

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	Δ % (2011-2015)
Piemonte	62,25	62,07	58,30	54,46	52,54	-15,59
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	71,94	72,83	67,59	68,69	55,14	-23,35
Lombardia	63,98	61,68	59,16	57,26	54,34	-15,06
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>56,83</i>	<i>57,65</i>	<i>56,14</i>	<i>59,94</i>	<i>57,69</i>	<i>1,52</i>
<i>Trento</i>	<i>59,59</i>	<i>57,96</i>	<i>56,16</i>	<i>55,13</i>	<i>51,38</i>	<i>-13,78</i>
Veneto	57,16	56,17	52,15	49,00	47,63	-16,68
Friuli Venezia Giulia	47,62	44,05	44,90	42,39	41,17	-13,54
Liguria	64,25	64,75	64,95	60,74	57,94	-9,83
Emilia-Romagna	64,03	60,81	58,71	54,09	52,54	-17,95
Toscana	52,01	52,33	48,12	48,82	45,90	-11,75
Umbria	64,34	65,90	60,70	57,49	50,02	-22,26
Marche	73,21	69,78	65,72	65,89	62,50	-14,62
Lazio	93,22	92,96	87,26	77,48	73,56	-21,09
Abruzzo	82,96	75,16	73,73	70,40	68,41	-17,53
Molise	83,25	86,62	83,69	77,88	77,91	-6,42
Campania	136,55	130,77	125,94	122,98	121,23	-11,22
Puglia	94,41	82,47	75,74	73,70	73,32	-22,34
Basilicata	79,00	71,21	69,06	66,22	65,31	-17,32
Calabria	73,65	71,18	67,62	68,95	70,95	-3,68
Sicilia	100,04	94,58	89,91	89,04	86,31	-13,73
Sardegna	72,28	67,30	63,49	61,72	62,14	-14,03
Italia	79,19	76,57	72,70	69,92	67,73	-14,47

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Nonostante si continui a registrare un trend in riduzione, le proporzioni di TC rimangono elevate in Italia e, in particolar modo, nelle regioni del Mezzogiorno. È importante continuare a monitorare tale indicatore, ma più che sulla riduzione del tasso al di sotto di uno specifico valore, tutti gli sforzi devono essere orientati affinché ogni donna riceva un TC solo se clinicamente necessario. Il contenimento dei TC inappropriati rappresenta, dunque, un importante strumento per la sicurezza della donna e del neonato e può essere realizzato solo attraverso azioni da attuare a livello regionale, aziendale e dei singoli professionisti.

Infatti il D.M. n. 70/2017 ribadisce la necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, che comporta necessariamente una riconversione di servizi, strutture ed ospedali, per far fronte ai mutati bisogni sociali, demografici ed epidemiologici, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 135/2012, in materia di reti ospedaliere. In tal senso, elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla valutazione degli esiti.

Sia per volumi che per esiti, le soglie minime identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche, possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento.

Le soglie identificate si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati.

Tra le altre soglie individuate dal D.M. n. 70/2015 si rappresenta quanto segue:

Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti	massimo 25%

Nell'ambito dei dati pubblicati dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.) - Piano Nazionale Esiti (PNE) - emerge quanto segue:

Proporzione di parti con taglio cesareo primario anno 2016					
STRUTTURA	N	% GREZZA	% ADJ	RR	P
Italia-	352.203	24,52	-	-	-
A.O.U.U. Di Foggia-Foggia	1.900	25,53	25,81	1,05	0,3
Osp. Ss Annunziata - Taranto-Taranto	1.313	29,93	30,19	1,23	0
Osp. Lecce V Fazzi-Lecce	1.328	31,02	32,26	1,32	0
A.O.SSN Consorziale Policlinico-Bari	1.258	32,59	33,52	1,37	0
Osp.C. Ente Eccl.osp.gen.reg.miulli-Acquaviva Delle Fonti	1.212	23,27	23,07	0,94	0,375
CCA S. Maria-Bari	1.033	33,4	42,05	1,72	0
Osp. Di Venere -Bari	950	38,84	32,07	1,31	0
Osp. Perrino -Brindisi	912	47,04	52,41	2,14	0
IRCCS Ospedale Casa Sollievo Della Sofferenza-San Giovanni Rotondo	945	27,41	29,76	1,21	0,002
Osp. Barletta-Barletta	892	16,37	19,07	0,78	0,004
Osp.C. Ospedale Generale Prov.card. G. Panico-Tricase	928	30,71	29,28	1,19	0,006
Osp. S. Paolo-bari-Bari	648	37,5	37,86	1,54	0
Osp. S. Paolo (plesso Corato)-Corato	616	19,64	22,33	0,91	0,33
CCA Mater Dei Hospital-Bari	665	40,9	41,24	1,68	0
Osp. Andria-Andria	648	22,07	27,72	1,13	0,122
CCA Salus-Brindisi	603	36,48	18,94	0,77	0,017
Osp. Tatarella-Cerignola	498	37,35	22,58	0,92	0,481
Osp. Francavilla Fontana-Francavilla Fontana	481	54,89	65,81	2,68	0
Osp. S. Severo-San Severo	482	21,99	26,13	1,07	0,509
Osp. Galatina -caterina Novella-Galatina	496	30,65	36,65	1,49	0
Osp. Martina Franca-Martina Franca	390	41,03	33,8	1,38	0
Osp. Copertino-Copertino	441	33,33	41,61	1,7	0
Osp. Monopoli-Monopoli	399	25,06	31,45	1,28	0,007
Osp. Bisceglie-Bisceglie	348	21,84	25,64	1,05	0,702
CCA Bernardini-Taranto	356	43,54	41,15	1,68	0
Osp. Castellaneta-Castellaneta	352	23,3	31,14	1,27	0,016
Osp. Della Murgia-Altamura	333	18,62	22,69	0,93	0,557
Osp. Scorrano-Scorrano	292	44,52	54,82	2,24	0
Osp. Gallipoli-sacro Cuore Di Gesu-Gallipoli	257	42,8	58,2	2,37	0

La ampia variabilità osservata nella Regione Puglia fra aree geografiche e fra punti nascita all'interno delle stesse aree geografiche indica l'esistenza di incertezza clinica e la presenza di determinanti non medici del ricorso all'intervento.

Se due punti nascita presentano in una medesima classe una percentuale di popolazione sovrapponibile, ma differenti tassi di TC, si può formulare l'ipotesi che la differenza osservata sia attribuibile, oltre che alla normale variabilità clinica, a comportamenti assistenziali diversi

La classificazione di Robson ha la finalità di descrivere la presenza e la dimensione della variabilità nel ricorso al taglio cesareo in sottopopolazioni di donne che hanno partorito. Con tale classificazione abbiamo a disposizione un numero definito e riproducibile di classi di popolazioni confrontabili fra aree e punti nascita diversi e nello stesso punto nascita in diversi periodi di tempo. Di queste classi, alcune, come la I e la III, sono definite da caratteristiche anamnestico-cliniche tali da giustificare l'ipotesi di una discreta omogeneità fra un punto nascita e l'altro.

Tale caratteristica permette di avanzare l'ipotesi che le differenze osservate siano attribuibili, oltre che alla normale variabilità clinica, anche a comportamenti assistenziali diversi.

E' importante non tanto descrivere la percentuale totale di tagli cesarei definendola troppo alta o troppo bassa ma piuttosto cercare di valutare la loro appropriatezza. Il tasso di TC non dovrebbe più essere considerato troppo elevato o, eventualmente, troppo basso ma appropriato o meno perché avremmo a disposizione un'informazione che lo spieghi e lo giustifichi. L'utilizzo routinario della classificazione di Robson può diventare un utile strumento per trasformare i dati e le informazioni grezze in informazioni utili ai processi di audit e di miglioramento dell'assistenza.

Nel corso della riunione del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR), tenutasi in data 24 gennaio 2018, all'unanimità è stato deciso di costituire la "task - force punti nascita" regionale, composta da un numero massimo di sei esperti del predetto Coordinamento regionale o dagli stessi delegati.

La "Task - force punti nascita" dovrà, pertanto, avviare audit interni presso i punti nascita delle strutture pubbliche e private accreditate che presentano una percentuale di gran lunga superiore di tagli cesarei primari, rispetto al totale dei parti.

La task – force, dovrà, pertanto, proporre buone pratiche che possano consentirne il miglioramento della qualità assistenziale e, quindi, del numero di parti con taglio cesareo. Infine, la “Task – force punti nascita” dovrà comunicare, periodicamente, al Comitato Punti nascita Regionale (CPNR) le risultanze dell’attività svolta, a seguito di svolgimento dei predetti audit.

Pertanto, alla luce di quanto sopra esposto, si propone di:

1. di costituire la task – force punti nascita” per la riduzione del taglio cesareo, composta da un numero massimo di sei esperti del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) o dagli stessi delegati, di cui alla deliberazione di Giunta regionale, di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 651 del 9/5/2017 e alle conseguenti determine dirigenziali n. 260 del 3/11/2017 e n. 276 del 21/11/2017 di nomina dei componenti del CPNR;
2. di stabilire che entro quindici giorni dall’approvazione del presente schema di provvedimento vengano nominati i componenti della task – force con determina dirigenziale della Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta”, su proposta del CPNR;
3. di stabilire che la “Task – force punti nascita” avvii audit interni presso i punti nascita delle strutture pubbliche e private accreditate che presentano una percentuale di tagli cesarei primari di gran lunga superiore, rispetto al totale dei parti. La task – force, dovrà, pertanto, proporre buone pratiche che possano consentirne il miglioramento della qualità assistenziale e, quindi, del numero di parti con taglio cesareo;
4. di stabilire che la “Task – force punti nascita” comunichi, periodicamente al Comitato Punti nascita Regionale (CPNR) le risultanze dell’attività svolta, a seguito di svolgimento degli audit.

COPERTURA FINANZIARIA di cui alla L.R. n.28/01 e s.m.i.

1La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

2

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l’adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;

- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile A. P., dal Dirigente del Servizio;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

per quanto esposto nella relazione in narrativa, che qui si intende integralmente riportata,

1. di costituire la “task – force punti nascita per la riduzione del taglio cesareo”, composta da un numero massimo di sei esperti del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) o dagli stessi delegati, di cui alla deliberazione di Giunta regionale, di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 651 del 9/5/2017 e alle conseguenti determine dirigenziali n. 260 del 3/11/2017 e n. 276 del 21/11/2017 di nomina dei componenti del CPNR;
2. di stabilire che entro quindici giorni dall’approvazione del presente provvedimento vengano nominati i componenti della task – force con determina dirigenziale della Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta”, su proposta del CPNR;
3. di stabilire che la “task – force punti nascita per la riduzione del taglio cesareo” avvii audit interni presso i punti nascita delle strutture pubbliche e private accreditate che presentano una percentuale di tagli cesarei primari di gran lunga superiore, rispetto al totale dei parti. La task – force, dovrà, pertanto, proporre buone pratiche che possano consentirne il miglioramento della qualità assistenziale e, quindi, del numero di parti con taglio cesareo;
4. di stabilire che la “task – force punti nascita per la riduzione del taglio cesareo” comunichi, periodicamente al Comitato Punti nascita Regionale (CPNR) le risultanze dell’attività svolta, a seguito di svolgimento degli audit;
5. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta, al Comitato Punti Nascita Nazionale (CPNN) e Regionale (CPNR), ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici e privati accreditati, Enti Ecclesiastici;
6. di notificare il presente provvedimento alle Case di Cura private accreditate e ai Consultori familiari, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;

7. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze) nonché al Tavolo di verifica LEA.

3

4 **Il Segretario della Giunta**

Il Presidente della Giunta

5I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato e' stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dal Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, e' conforme alle risultanze istruttorie.

6

7

8IL RESPONSABILE A.P.: Antonella CAROLI

9IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE: Giovanni CAMPOBASSO

10

11

12Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere osservazioni sulla proposta di delibera.

13Il Direttore di Dipartimento Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti: **Giancarlo RUSCITI**

14IL PRESIDENTE: Michele EMILIANO