

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 marzo 2023, n. 244

Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) - Modifica e integrazione della DGR n. 678/2017. Monitoraggio parti cesarei secondo classificazione di Robson

L'Assessore alla Sanità, Benessere Animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid -19, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale – Rapporti istituzionali e capitale umano SSR" e dal Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", riferisce quanto segue:

Visti:

- La Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e ss. mm. ii.;
- il D. Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- la legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il decreto del Presidente della Giunta regionale n. 22 del 22/01/2021, recante "Adozione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo MAIA 2.0";
- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e in particolare l'allegato 1 laddove prevede tra l'altro, di promuovere l'ampliamento degli ambiti dell'appropriatezza, efficacia, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure, tenendo anche conto dei principi generali sul modello di governo clinico (Clinical Governance) e l'opportunità di ricorrere alla definizione concordata di linee di indirizzo per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie ad erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile e centrato sui bisogni della persona;
- l'art. 10, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992, in base al quale si prevede, tra l'altro, l'adozione di metodi di verifica e revisione della qualità delle prestazioni a tutela della complessiva qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini;
- la legge 23 dicembre 2005, n. 266 che all'articolo 1, comma 282, ha stabilito, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure nel caso in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici, dandone informazione periodica al Ministero della salute;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 678 del 09/05/2017, recante "Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) – Definizione Composizione. Abrogazione punto 4 della deliberazione di Giunta regionale n. 131 del 31/01/2011 e del punto 3 della deliberazione di Giunta regionale n. 1659 del 26/10/2016. Revoca delle deliberazioni di Giunta regionale n. 550/2011, n. 1009 del 28/05/2013";

- la deliberazione di Giunta Regionale n. 191 del 20/02/2018 recante “Qualificazione del Percorso Nascita e riduzione della quota di parti cesarei primari in attuazione dell’Accordo Stato-Regioni n. 137/CU del 16/12/2010. Costituzione della Task Force punti nascita per la riduzione del taglio cesareo”;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 882 del 15/05/2019, recante “Qualificazione del Percorso nascita in attuazione dell’Accordo Stato-Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010: “Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della Regione Puglia di accompagnamento all’evento nascita e dell’Agenda della gravidanza”. Modifica e integrazione della DGR n. 678 del 09/05/2017”;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 1868 del 14/12/2022, recante “Approvazione schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”.

Premesso che:

- è necessario che nel Comitato Percorso nascita sia presente la rappresentanza di tutte le Aziende Sanitarie ed Enti, sedi di Punti Nascita;
- la composizione suggerita dal Comitato Percorso Nascita Nazionale, di cui alla nota prot. n. 24758 – P del 21/07/2011 del Ministero della Salute, prevede: DG sanità o referente, DG aziendale, Referente flussi informativi CEDAP e SDO, Referenti regionali programmazione ospedaliero e territoriale, Referente qualità regionale, Referenti figure professionali (ginecologo – ostetrico, ostetrica, pediatra – neonatologo, anestesista).

Considerato che:

- la DGR n. 678/2017 ha previsto la seguente composizione del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR):
 - a) il Direttore delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologica delle ASL BA – BT - FG – LE – TA – BR con il maggior numero di parti per azienda;
 - b) il Direttore dell’Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia delle Aziende Ospedaliere Policlinico di Bari e “OO.RR.” di Foggia;
 - c) i Direttori dei tre centri HUB delle Terapie Intensive Neonatali, individuati dal Regolamento regionale n. 14/2015 e precisamente dei seguenti ospedali: A.O. Policlinico di Bari, A.O. “OO.RR.” di Foggia e “V. Fazzi” di Lecce;
 - d) n. 1 referente per la rete consultoriale designato dai Direttori generali delle ASL BA – BT - FG – LE – TA – BR;
 - e) il Responsabile del Centro Regionale di Riferimento per la “Diagnosi e gestione della patologia materno – fetale”;
 - f) n. 1 rappresentante del Collegio delle Ostetriche;
 - g) n. 1 rappresentante dell’Agenzia Sanitaria Regionale (A.Re.S).

Il Comitato Percorso Nascita potrà avvalersi della collaborazione dei Referenti flussi informativi CEDAP e SDO, dei rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta nonché di altri professionisti e rappresentanti delle Società Scientifiche in base agli argomenti trattati;

- con la medesima DGR n. 678/2017 fu assegnato l’incarico di Coordinatore del comitato Percorso Nascita, al dott. Antonio Belpiede, Direttore della U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell’Ospedale di Barletta, attualmente in quiescenza
- è necessario conferire il nuovo incarico di Coordinamento del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR).

Ritenuto che:

- si intende integrare la composizione del CPNR con un rappresentante dei Collegi provinciali delle Ostetriche;
- sia necessario che il dott. Antonio Belpiede, considerata la rilevante esperienza in materia, pur in quiescenza, supporti in qualità di esperto l'attività del CPNR.

Tenuto conto che:

- i dati di cui al Nuovo Sistema di Garanzia, prevedono la seguente soglia di ammissibilità di tagli cesarei:
 - 15% per i Punti nascita di I livello
 - 25% per i Punti Nascita di II livello;
- con DGR n. 403 del 15/03/2021 recante "Rettifica della deliberazione di Giunta Regione Puglia n. 2111 del 22/12/2020. Istituzione codice di esenzione P01 "Tutela della salute collettiva disposta a livello locale in caso di situazioni epidemiche". Precisazioni piano Liste d'Attesa", la Regione Puglia ha previsto la riduzione della quota di tagli cesarei primari, ritenendo di effettuare annualmente i seguenti abbattimenti:
 - strutture con meno di 1000 parti/anno:
 - a) abbattimento della tariffa DRG del 20%, qualora la percentuale di parti cesarei primari sia compresa tra il 15% e 20% parti/anno;
 - b) abbattimento della tariffa DRG del 40%, qualora la percentuale di parti cesarei primari sia superiore al 20% parti/anno;
 - strutture con 1000 e oltre parti/anno:
 - a) abbattimento della tariffa DRG del 20%, qualora la percentuale di parti cesarei primari sia compresa tra il 25% e il 30% parti/anno;
 - b) abbattimento della tariffa DRG del 40%, qualora la percentuale di parti cesarei primari sia superiore al 30% parti/anno.

Atteso che:

- la Regione Puglia intende ridurre drasticamente la percentuale di primi cesarei, anche attraverso attività di monitoraggio trimestrale dell'andamento della predetta percentuale di parti cesarei, mediante l'utilizzo della classificazione di Robson. A tal proposito, si riporta in allegato, la metodologia tecnica di classificazione dei parti;
- si riportano nelle seguenti tabelle i dati inerenti i tagli cesarei primari suddivisi per PN di I e II livello, sia pur non definitivi, riferiti all'anno 2022 (Fonte CEDAP):

TC PRIMARI PN II° LIVELLO				ANNO 2020 Standard			ANNO 2021			ANNO 2022			Standard Nuovo Sistema di Garanzia
PROVINCIA	LIVELLO	CODICE	DENOMINAZIONE	TOTALE TC IN DONNE SENZA PREGRESSO TC (A)	% TC PRIMARI (A/B)	TOTALE PARTI SENZA PREGRESSO TC (B)	TOTALE TC IN DONNE SENZA PREGRESSO TC (A)	% TC PRIMARI (A/B)	TOTALE PARTI SENZA PREGRESSO TC (B)	TOTALE TC IN DONNE SENZA PREGRESSO TC (A)	% TC PRIMARI (A/B)	TOTALE PARTI SENZA PREGRESSO TC (B)	
BA	II	1607800	OSPEDALE REGIONALE EE 'MIULLI'	347	22,0%	1574	388	23,7%	1640	403	26,8%	1501	25%
BA	II	16016901	OSPEDALE DI VENERE - BARI	380	23,4%	1623	463	25,2%	1838	396	26,1%	1517	
BA	II	16090701	CONSORZIALE POLICLINICO BARI	312	25,4%	1227	299	22,5%	1329	304	25,9%	1172	
BR	II	16017001	OSPEDALE PERRINO BRINDISI	363	36,0%	1008	322	31,7%	1016	321	37,3%	861	
FG	II	16090500	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	151	20,1%	752	157	20,5%	765	142	18,9%	753	
FG	II	16091001	OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA	599	29,7%	2014	538	29,1%	1848	621	29,7%	2090	
LE	II	1608000	OSPEDALE REGIONALE EE 'G. PANICO'	231	23,0%	1003	241	23,2%	1038	243	22,8%	1066	
LE	II	16017101	OSPEDALE LECCE 'V FAZZI'	422	25,4%	1660	415	23,8%	1744	422	25,7%	1642	
TA	II	16017201	OSPEDALE SS ANNUNZIATA - TARANTO	409	25,8%	1587	379	24,9%	1523	454	29,2%	1554	

TC PRIMARI PN I° LIVELLO				ANNO 2020 Standard			ANNO 2021			ANNO 2022			Standard Nuovo Sistema di Garanzia
PROVINCIA	LIVELLO	CODICE	DENOMINAZIONE	TOTALE TC IN DONNE SENZA PREGRESSO TC (A)	% TC PRIMARI (A/B)	TOTALE PARTI SENZA PREGRESSO TC (B)	TOTALE TC IN DONNE SENZA PREGRESSO TC (A)	% TC PRIMARI (A/B)	TOTALE PARTI SENZA PREGRESSO TC (B)	TOTALE TC IN DONNE SENZA PREGRESSO TC (A)	% TC PRIMARI (A/B)	TOTALE PARTI SENZA PREGRESSO TC (B)	
BA	I	16014700	CASA DI CURA C.B.H. MATER DEI HOSPITAL	319	29,5%	1080	395	25,3%	1564	371	24,9%	1491	15%
BA	I	16015700	OSPEDALE DELLA MURGIA - PERINEI	73	19,5%	375	70	18,3%	382	65	18,0%	362	
BA	I	16015801	OSPEDALE SAN PAOLO-BARI	111	26,1%	425	86	29,9%	288	133	28,1%	473	
BA	I	16015804	OSPEDALE SAN PAOLO (PLESSO CORATO)	226	32,8%	689	196	27,4%	715	214	30,4%	704	
BA	I	16015900	OSPEDALE MONOPOLI	92	18,8%	489	85	16,1%	529	115	21,6%	533	
BR	I	16016200	OSPEDALE FRANCAVILLA FONTANA	202	30,4%	665	182	30,1%	604	191	29,6%	646	
BT	I	16017401	OSPEDALE ANDRIA	179	28,5%	629	161	26,9%	599	146	26,2%	557	
BT	I	16017701	OSPEDALE BARLETTA - 'MONS. R. DIMICCOLI'	132	22,2%	594	103	17,3%	594	88	16,9%	520	
BT	I	16017800	OSPEDALE BISCEGLIE	36	21,2%	170	1	16,7%	6	0	0,0%	5	
FG	I	1604700	OSPEDALE CERIGNOLA 'G.TATARELLA'	179	29,4%	608	127	23,2%	548	108	22,5%	479	
FG	I	16016301	OSPEDALE SAN SEVERO - TERESA MASSELLI	122	23,6%	517	121	23,2%	521	88	25,3%	348	
LE	I	1606200	OSPEDALE GALATINA 'S. CATERINA NOVELLA'	143	29,2%	489	156	31,3%	498	132	27,2%	485	
LE	I	1606300	OSPEDALE GALLIPOLI 'SACRO CUORE DI GESU'	125	33,9%	369	86	26,1%	329	109	26,0%	419	
LE	I	16016600	OSPEDALE SCORRANO	149	28,1%	530	108	25,2%	429	140	31,9%	439	
TA	I	1607500	OSPEDALE CIVILE MARTINA FRANCA	224	33,5%	668	210	32,1%	655	175	27,7%	632	
TA	I	16016800	OSPEDALE CASTELLANETA	74	20,5%	361	97	24,5%	396	120	28,2%	426	
			TOTALE	5.842	26,8%	21.796	5.450	25,3%	21.579	5.501	26,6%	20.675	

- con nota prot. .n. AOO_183/25/11/2022/0014855 il Dipartimento ha trasmesso alle Aziende del SSR una disposizione urgente circa la riduzione percentuale dei parti cesari primari al fine della predisposizione di un piano di interventi volto a consentire a tutti i punti nascita insistenti sul territorio regionale di rispettare gli standard ministeriali. I piani di riduzione della percentuale di parti cesari primari da realizzarsi nel corso dell' anno 2023 sono stati acquisiti e vagliati dai competenti uffici;
- i riscontri alla suddetta disposizione sono riportati nella relazione di cui all'allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento

Verifica ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679

Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE, qualora tali dati fossero

indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati. Non vi sono adempimenti di pubblicazione e notifica in ottemperanza alla normativa sulla privacy.

Valutazione di impatto di Genere
La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di Impatto di Genere ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07/03/2022.
L'impatto di genere stimato è:
<input type="checkbox"/> diretto
<input type="checkbox"/> indiretto
<input checked="" type="checkbox"/> neutro

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. n. 118/2011 E SS.MM.II

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio regionale.

Il presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al d.lgs. n. 118/2011.

L'Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate e motivate, ai sensi della L.R. 7/1997, art. 4, comma 4, lettera a, propone alla Giunta Regionale:

1. di modificare la composizione del CPNR, di cui alla DGR n. n. 678/2017, secondo il seguente schema:
 - a. il Direttore delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologica delle ASL BA – BT – FG – LE – TA – BR con il maggior numero di parti per azienda;
 - b. il Direttore dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia delle Aziende Ospedaliere Policlinico di Bari e "OO.RR." di Foggia;
 - c. i Direttori dei tre centri HUB delle Terapie Intensive Neonatali, individuati dal Regolamento regionale n. 14/2015 e precisamente dei seguenti ospedali: A.O. Policlinico di Bari, A.O. "OO.RR." di Foggia e "V. Fazzi" di Lecce;
 - d. n. 1 referente per la rete consultoriale designato dai Direttori generali delle ASL BA – BT -. FG – LE – TA – BR;
 - e. il Responsabile del Centro Regionale di Riferimento per la "Diagnosi e gestione della patologia materno – fetale";
 - f. n. 1 rappresentante per provincia del Collegio delle Ostetriche;
 - g. n. 1 rappresentante dell'Agenzia Sanitaria Regionale (A.Re.S.S);
 - h. n. 1 esperto in materia di Percorso Nascita;
 - i. n. 1 referente del Tavolo Tecnico regionale per la prevenzione, diagnosi e cura dell'infertilità, di cui alla DGR n. 1991/2022;
2. di nominare il nuovo Coordinatore del Comitato Percorso Nascita Regionale, il dott. _____;
3. di confermare il dott. Antonio Belpiede nella composizione del Comitato Percorso Nascita Regionale e, precisamente, in qualità di Presidente scientifico del CPNR;
4. di stabilire che con determinazione del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale, siano nominati i componenti del CPNR la cui partecipazione ai lavori del Comitato è a titolo gratuito;
5. di approvare la metodologia tecnica di monitoraggio dei parti secondo la classificazione di Robson, di cui all'Allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
6. di prendere atto delle azioni di miglioramento previste dalla Aziende Sanitarie per la riduzione della percentuale di primi cesarei, di cui all'allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

7. di stabilire che i Direttori Generali adottino formalmente, entro 30 giorni dalla notifica del presente provvedimento, un piano per il contenimento della percentuale di tagli cesarei primari, da realizzarsi inderogabilmente entro il 31/12/2023, nel rispetto degli standard ministeriali;
8. di stabilire che il Dipartimento, per il tramite della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta e del Comitato Percorso Nascita, attivi un monitoraggio trimestrale, secondo le classi di Robson, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
9. di stabilire che quanto previsto al punto 7 del presente provvedimento, rientri negli obiettivi economico-gestionali annuali dei Direttori Generali delle Aziende, per l'anno 2023;
10. di notificare il presente provvedimento, per il tramite della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli IRCCS pubblici e privati, agli Enti Ecclesiastici nonché alla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie, a cura del Servizio proponente;
11. di notificare il presente provvedimento, per il tramite della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta, al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e Finanza;
12. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

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

La Dirigente del Servizio S.G.A.T.: **Antonella CAROLI**

Il Dirigente della Sezione: **Mauro NICASTRO**

Il Direttore di Dipartimento ai sensi dell'art. 18, comma 1, Decreto del Presidente della Giunta regionale 31 luglio 2015, n. 443 e ss.mm.ii. NON RAVVISA la necessita di esprimere sulla proposta di delibera osservazioni ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.21/2022.

Il Direttore di Dipartimento: **Vito MONTANARO**

L'Assessore: **Rocco PALESE**

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dalla Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale – Rapporti istituzionali e capitale umano SSR" e dal Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta";
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di modificare la composizione del CPNR, di cui alla DGR n. n. 678/2017, secondo il seguente schema:

- a) il Direttore delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologica delle ASL BA – BT – FG – LE – TA – BR con il maggior numero di parti per azienda;
 - b) il Direttore dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia delle Aziende Ospedaliere Policlinico di Bari e "OO.RR." di Foggia;
 - c) i Direttori dei tre centri HUB delle Terapie Intensive Neonatali, individuati dal Regolamento regionale n. 14/2015 e precisamente dei seguenti ospedali: A.O. Policlinico di Bari, A.O. "OO.RR." di Foggia e "V. Fazzi" di Lecce;
 - d) n. 1 referente per la rete consultoriale designato dai Direttori generali delle ASL BA – BT - FG – LE – TA – BR;
 - e) il Responsabile del Centro Regionale di Riferimento per la "Diagnosi e gestione della patologia materno – fetale";
 - f) n. 1 rappresentante per provincia del Collegio delle Ostetriche;
 - g) n. 1 rappresentante dell'Agenzia Sanitaria Regionale (A.Re.S.S.);
 - h) n. 1 esperto in materia di Percorso Nascita;
 - i) n. 1 referente del Tavolo Tecnico regionale per la prevenzione, diagnosi e cura dell'infertilità, di cui alla DGR n. 1991/2022;
2. di nominare il nuovo Coordinatore del Comitato Percorso Nascita Regionale, il dott. Mario Vicino;
 3. di confermare il dott. Antonio Belpiede nella composizione del Comitato Percorso Nascita Regionale e, precisamente, in qualità di Presidente scientifico del CPNR;
 4. di stabilire che con determinazione del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale, siano nominati i componenti del CPNR la cui partecipazione ai lavori del Comitato è a titolo gratuito;
 5. di approvare la metodologia tecnica di monitoraggio dei parti secondo la classificazione di Robson, di cui all'Allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 6. di prendere atto delle azioni di miglioramento previste dalla Aziende Sanitarie per la riduzione della percentuale di primi cesarei, di cui all'allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 7. di stabilire che i Direttori Generali adottino formalmente, entro 30 giorni dalla notifica del presente provvedimento, un piano per il contenimento della percentuale di tagli cesarei primari, da realizzarsi inderogabilmente entro il 31/12/2023, nel rispetto degli standard ministeriali;
 8. di stabilire che il Dipartimento, per il tramite della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta e del Comitato Percorso Nascita, attivi un monitoraggio trimestrale, secondo le classi di Robson, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 9. di stabilire che quanto previsto al punto 7 del presente provvedimento, rientri negli obiettivi economico-gestionali annuali dei Direttori Generali delle Aziende, per l'anno 2023;
 10. di notificare il presente provvedimento, per il tramite della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli IRCCS pubblici e privati, agli Enti Ecclesiastici nonché alla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie, a cura del Servizio proponente;
 11. di notificare il presente provvedimento, per il tramite della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta, al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e Finanza;
 12. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta

ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO

Codice CIFRA: SGO / DEL / 2023/00014

LA CLASSIFICAZIONE DI ROBSON

INTRODUZIONE

Il tasso appropriato dei tagli cesarei per ciascun Punto Nascita resta ancora argomento di dibattito. Sin dal 1985, L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha considerato tra 10-15% il tasso ideale di tagli cesarei per ciascun Punto Nascita; tuttavia, il tasso della procedura sta notevolmente aumentando sia nei Paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo. Quando giustificato dal punto di vista medico, il taglio cesareo può effettivamente essere una procedura utile per prevenire la mortalità e la morbilità materna e neonatale. Tuttavia, non ci sono evidenze che mostrino i benefici di un taglio cesareo per le donne o i neonati che non richiedono tale procedura¹.

È fondamentale identificare un sistema di classificazione abbastanza robusto da facilitare l'audit, l'analisi e la comparazione dei dati nel tempo e che aiuti ad identificare le aree e le strategie effettive per potenziali interventi finalizzati a raggiungere un appropriato tasso di tagli cesarei. Nel 2011, la OMS ha condotto la prima review sistematica sui sistemi disponibili per classificare i tagli cesarei, analizzando vantaggi e svantaggi di ciascun sistema² e ha concluso che il Sistema di Classificazione a Dieci gruppi (Ten Groups Classification System) risulta essere il sistema più appropriato per far fronte alla necessità di avere un sistema di classificazione.

Il sistema di Classificazione a 10 Gruppi (TGCS – conosciuta anche come classificazione di Robson) è stata accettata uniformemente negli ultimi anni. Nel 2014, una seconda revisione sistematica³ condotta dalla OMS con la finalità di analizzare l'esperienza nell'utilizzo della Classificazione di Robson ha proposto "la Classificazione a 10 Gruppi di Robson come GLOBAL STANDARD per valutare, monitorare e confrontare il tasso di tagli cesarei all'interno delle strutture sanitarie nel tempo e nel confronto tra le diverse strutture sanitarie".

CLASSIFICAZIONE A 10 GRUPPI DI ROBSON

Il background nello sviluppo di questo metodo di classificazione⁴ nasce dall'obiettivo di identificare SPECIFICI GRUPPI CLINICAMENTE E PROSPETTICAMENTE RILEVANTI che identificano e categorizzano le donne che accedono al Punto Nascita secondo specifiche caratteristiche e concetti. I vari Gruppi all'interno della classificazione sono BEN DEFINITI, MUTUALMENTE ESCLUSIVI e TOTALMENTE INCLUSIVI per ogni paziente che accede al Punto Nascita. Inoltre, necessitano di essere SEMPLICI da interpretare e organizzare. I concetti scelti da Robson per sviluppare la classificazione sono quattro:

- 1) Categoria della gravidanza
 - a. Singola Cefalica
 - b. Singola podalica

- c. Singola in situazione obliqua o trasversa
- d. Gravidanza gemellare
- 2) Precedente storia ostetrica
 - a. Nullipara
 - b. Multipara senza precedente taglio cesareo
 - c. Multipara con precedente taglio cesareo
- 3) L'andamento del travaglio
 - a. Travaglio spontaneo
 - b. Travaglio indotto
 - c. Taglio cesareo fuori dal travaglio
- 4) Epoca gestazionale al momento del parto

Questi concetti sono TUTTI PROSPETTICI, MUTUALMENTE ESCLUSIVI, TOTALMENTE INCLUSIVI, SEMPLICI E FACILI DA CAPIRE E ORGANIZZARE (es: una gravidanza può essere esclusivamente singola cefalica, singola podalica, gemellare etc ...; una donna può essere esclusivamente nullipara o multipara senza precedente cesareo o con un precedente cesareo, etc ... per gli altri concetti)

La combinazione di questi concetti e parametri rappresenta la base per l'elaborazione della tabella a 10 gruppi (Foto 1).

La classificazione di Robson dovrebbe essere considerata il punto di partenza comune per un sistema di classificazione perinatale che può essere ulteriormente sviluppato.

Ciascuno dei 10 gruppi potrebbe aver bisogno di essere ulteriormente suddiviso o alcuni gruppi potrebbero aver bisogno di essere considerati insieme. Inoltre, maggiori dettagli quali le indicazioni al taglio cesareo o la morbilità neonatale possono essere aggiunti e analizzati all'interno dei diversi gruppi. Altri eventi e risultati correlati al travaglio e al parto possono essere analizzati all'interno dei gruppi (es. ossitocina o variabili epidemiologiche come l'età o l'indice di massa corporea).

Inoltre, esistono diverse definizioni chiave in ostetricia, protocolli o procedure che non sono incluse nella classificazione ma che dovrebbero essere tenute in considerazione durante l'interpretazione dei risultati. Queste potrebbero essere specifiche di ogni struttura e alle volte comuni in diversi paesi. Includono, per esempio, i criteri usati per la diagnosi di travaglio (grado di appianamento e dilatazione cervicale), linee guida usate per la gestione del travaglio incluse la rottura artificiale delle membrane, regime di somministrazione dell'ossitocina utilizzato per l'accelerazione e l'induzione al travaglio, diagnosi e cura per l'arresto del travaglio e la distocia, tecniche di monitoraggio fetale, analgesia e l'assistenza "one to one" durante il travaglio.

FOTO 1

3.3 Suddivisioni comuni dei 10 gruppi

Tabella 3. La classificazione di Robson con suddivisioni

Gruppo	Popolazione ostetrica
1	Donne nullipare con una gravidanza singola cefalica, ≥37 settimane di gestazione in travaglio spontaneo
2	Donne nullipare con una gravidanza singola cefalica, ≥37 settimane di gestazione con travaglio indotto o TC prima del travaglio
2a	Travaglio indotto
2b	TC pre-travaglio
3	Donne multipare senza precedenti TC, con una gravidanza cefalica singola, ≥37 settimane di gestazione in travaglio spontaneo
4	Donne multipare senza precedenti TC, con una gravidanza cefalica singola, ≥37 settimane di gestazione con travaglio indotto o TC pre-travaglio
4a	Travaglio indotto
4b	TC pre-travaglio
5	Tutte le donne multipare con almeno un TC precedente, con una gravidanza cefalica singola, ≥37 settimane di gestazione
5.1	Con un TC precedente
5.2	Con due o più TC precedenti
6	Tutte le donne nullipare con una gravidanza singola podalica
7	Tutte le donne multipare con una gravidanza singola podalica incluse donne con precedenti TC
8	Tutte le donne con gravidanze multiple incluse donne con precedenti TC
9	Tutte le donne con una gravidanza singola con situazione trasversa o obliqua, incluse donne con precedenti TC
10	Tutte le donne con una gravidanza cefalica singola <37 settimane di gestazione, incluse donne con precedenti TC.

Attivo Window

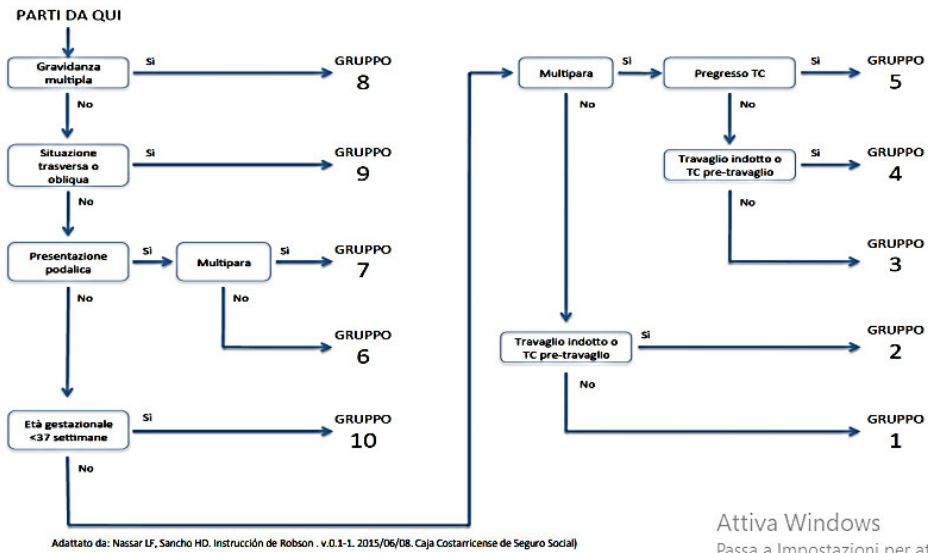
MODI PER CLASSIFICARE LE DONNE NEI GRUPPI DI ROBSON

Ci sono modi diversi che si possono utilizzare per classificare ogni donna in uno dei 10 gruppi. Può essere semplice ricercare manualmente nelle cartelle delle pazienti le variabili fondamentali e aggiungendo una nota con la matita sulla copertina della cartella clinica con il numero del gruppo di Robson. D'altro canto, potrebbe anche essere complesso chiedere ad un team di specialisti di creare un software che selezioni le variabili fondamentali nella cartella clinica elettronica e che assegni automaticamente un gruppo di Robson a ciascuna cartella, basandosi su formule prestabilite. (DIAGRAMMA)

Potrebbe essere utile elaborare un database excel per la classificazione manuale di ciascuna donna che afferisce al punto nascita, così come potrebbe aiutare creare un tabulato o un calcolatore automatico, oppure sfruttare la cartella elettronica qualora disponibile. L'applicazione sul cellulare "Robson App" può essere una guida per la categorizzazione.

DIAGRAMMA

Figura 2: Diagramma di flusso (Flow chart) per classificare le donne secondo la Classificazione di Robson



Attiva Windows
Passa a Impostazioni per att...

ROBSON APP



Google Play
Robson App - App su Google Play

LA TABELLA CON I 10 GRUPPI DELLA CLASSIFICAZIONE DI ROBSON

Raccolti i dati, è fondamentale inserirli all'interno della Tabella a 10 Gruppi di Robson in modo standardizzato (FOTO 2 e 3)

FOTO 2

La Tabella con i 10 Gruppi consiste di sette colonne, come segue:

Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4	Colonna 5	Colonna 6	Colonna 7
Nome del gruppo e/o numero e suddivisione (con suddivisione per i Gruppi 2, 4 e 5, se di interesse per l'utilizzatore)	Numero totale di TC in ogni gruppo	Numero totale di donne in ogni gruppo	Dimensione del gruppo relativa al numero complessivo di parti della struttura. Per ciascuno dei 10 gruppi, in percentuale	Tasso di TC in ogni gruppo. Per ciascuno dei 10 gruppi, in percentuale	Contributo assoluto del gruppo al tasso complessivo di TC. Per ciascuno dei 10 gruppi, in percentuale	Contributo relativo di ciascun gruppo al tasso complessivo di TC. Per ciascuno dei 10 gruppi, in percentuale

FOTO 3**06. La Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson**

Tabella 5: Tabella di con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson

Nome della Struttura: Ospedale ABC				periodo: gennaio 2016 a dicembre 2016		
Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4	Colonna 5	Colonna 6	Colonna 7
Gruppo	Numero di TC nel gruppo	Numero di donne nel gruppo	Dimensioni ¹ del gruppo (%)	Tasso ² di TC nel gruppo(%)	Contributo assoluto del gruppo al tasso complessivo di TC ³ (%)	Contributo relativo del gruppo al tasso complessivo di TC ⁴ (%)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
Totale*	Numero totale di TC	Numero totale di donne (parti)	100%	Tasso totale di TC	Tasso totale di TC	100%

Inclassificabile: numero di casi e % (Numero casi inclassificabili/Numero totale di donne classificate + non classificate) x 100
 *Questi valori totali e percentuali (alla fine di ogni colonna) vengono dai numeri nella tabella

1. dimensione del gruppo % = n di donne nel gruppo/n totale di donne partorienti nell'ospedale x 100
 2. tasso di TC del gruppo % = n di TC nel gruppo/n totale di donne nel gruppo x 100
 3. contributo totale % = n di TC nel gruppo/n totale di donne partorienti nell'ospedale x 100
 4. contributo relativo % = n di TC nel gruppo/n totale di TC nell'ospedale x 100

INTERPRETAZIONE DELLA TABELLA A 10 GRUPPI DI ROBSON

- 1) DETERMINAZIONE DELLA QUALITA' DEI DATI
- 2) DETERMINAZIONE DEL TIPO DI POPOLAZIONE OSTETRICA Assistita
- 3) DETERMINAZIONE DEL TASSO DI TAGLI CESAREI

(Queste informazioni e i modi di interpretazione della Tabella sono stati tratti e sono disponibili nel MANUALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA CLASSIFICAZIONE DI ROBSON prodotto dalla Organizzazione Mondiale della Sanità ed allegato alla presente relazione)

Il primo passo nell'implementazione della classificazione è designare una persona responsabile della gestione della raccolta dati e della produzione della Tabella con i 10 gruppi di Robson a intervalli regolari, settimanali o mensili. Questa persona può quindi lavorare con il personale delle sale travaglio e parto e coordinare gli sforzi per assicurare che per tutte le pazienti appena ricoverate vengano raccolte nelle rispettive cartelle tutte le variabili ostetriche necessarie per permettere la corretta classificazione in uno dei 10 Gruppi di Robson. Secondo gli utilizzatori la forza principale della classificazione è la sua semplicità, solidità, affidabilità e flessibilità.

BIBLIOGRAFIA

- 1) WHO STATEMENT ON CAESAREAN SECTION RATES
- 2) Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, et al. (2011) Classification for Caesarean Section: A Systematic Review. PLoS ONE 6(1): e14566. doi:10.1371/journal.pone.0014566.
- 3) Betrán AP, Windevoogel N, Souza JP, Gülmezoglu AM, Torloni MR (2014) A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to improve it. PLoS ONE 9(6): e97769. doi:10.1371/journal.pone.0097769.
- 4) Robson Classification of Caesarean Sections, Fetal and Maternal Medicine Review 2001, 12:1 23-39
- 5) Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol. 2013; 27:297-308. doi:10.1016/j.bpobgyn.2012.09.004.

Con nota prot. .n. AOO_183/25/11/2022/0014855 lo scrivente Dipartimento ha trasmesso alle Aziende del SSR una disposizione urgente circa la riduzione percentuale dei parti cesari primari al fine della predisposizione di un piano di interventi volto a consentire a tutti i punti nascita insistenti sul territorio regionale di rispettare gli standard ministeriali.

I piani di riduzione della percentuale di parti cesari primari da realizzarsi nel corso dell' anno 2023 sono stati acquisiti e vagliati dai competenti uffici.

Si riporta di seguito una sintesi dei riscontri pervenuti dalle Aziende:

AREA PUGLIA NORD

OORR FOGGIA

- Implementazione degli ambulatori della gravidanza fisiologica. L'ambulatorio per la gravidanza fisiologica avrà al suo interno la presenza di personale ostetrico che sarà, quindi, parte attiva nel percorso della donna.
- Collaborazione attiva al potenziamento di una rete di corsi di accompagnamento alla nascita (CAN)
- Formazione specifica del personale aziendale all'assistenza intra-partum, obiettivo per tutti gli operatori sanitari. La responsabilità della formazione è in capo al coordinatore di sala parto.
- Introduzione di una scheda nominativa per il monitoraggio dell'incidenza di taglio cesareo al fine di verificare l'appropriatezza dell' indicazione. Inoltre saranno effettuati controlli periodici sulla corretta codifica delle SDO e controllo puntuale delle SDO con TC inappropriato.
- Stesura di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali quali:
 - PDTA per il parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo (V-BAC). PDTA sulla parto analgesia;
 - PDTA sulla prevenzione del parto prematuro;
 - PDTA su travaglio e parto a basso rischio, attraverso la istituzione ed osservazione di Linee Guida Aziendali condivise con le UOC di Ostetricia e Ginecologia;
 - PDTA sul parto in anonimato;
 - PDTA sulla donazione di sangue cordonale.
- Gestione ordinaria e regolamentazione degli accessi al blocco parto/operatorio (induzioni al travaglio - programmazione tagli cesarei in elezione).
- Verifica dell'effettiva disponibilità della partoanalgesia, servizio attivo h24. In modo particolare sarà introdotta una scheda di verifica per monitorare l'adesione da parte della donna e del personale sanitario.

- Verifica soddisfazione utenti attraverso questionario specifico. Sarà stilato un questionario di soddisfazione utenti al fine di approntare continui miglioramenti alla gestione del percorso nascita.
- Integrazione tra Policlinico di Foggia e i centri di riferimento regionale.
- Organizzazione del Blocco Parto secondo linee guida previste dal Regolamento Regionale n.6 del 31 Marzo 2020.

ASL FOGGIA**CERIGNOLA**

- Implementazione delle attività connesse al percorso nascita / Agenda della gravidanza ed Implementazione delle attività di demedicalizzazione del parto.
- Implementazione delle aree parto demedicalizzate come previsto del regolamento N° 6 del 31/03/2020.
- implementazione delle tecniche di controllo del dolore non farmacologiche (Parto in acqua).
- attivazione delle tecniche di controllo del dolore farmacologiche, (PARTOANALGESIA) pratica per la quale attualmente siamo fortemente carenti.

SAN SEVERO

- Nomina del Direttore della U.O.
- Arruolamento di Dirigenti medici.
- Implementazione delle attività connesse al percorso nascita / Agenda della gravidanza ed implementazione delle attività di demedicalizzazione del parto.
- Attivazione di aree parto demedicalizzate come previsto del regolamento N° 6 del 31/03/2020.
- implementazione delle tecniche di controllo del dolore non farmacologiche (Parto in acqua).
- attivazione delle tecniche di controllo del dolore farmacologiche, (PARTOANALGESIA) attualmente non praticata.

CASA SOLLIEVO

Stante il raggiungimento del livello di eccellenza degli standard previsti dal Ministero della Salute relativi ai Punti nascita di 2° livello, si manterranno in essere tutti i percorsi e le procedure in atto.

AREA BARI**POLICLINICO**

Si conferma lo standard ministeriale entro soglia per quanto concerne i tagli cesarei nelle due UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia. Pertanto si evidenzia che nonostante non si rilevino particolari situazioni e anche al fine di migliorare ulteriormente le performances del percorso nascita sono in atto implementazioni relative all'organizzazione del personale, ammodernamento strutture e degli impianti .

ASL BARI

- Potenziare l'offerta relativa alla partoanalgesia;
- Vigilare sulla corretta compilazione dei dati della scheda CEDAP; Implementare la - Formazione degli operatori (ginecologi ed ostetriche); Rendere operativa l' Agenda della Gravidanza ;
- Contenere tagli cesarei sostenuti dal "principio dell'autodeterminazione materna.

MIULLI

Per quanto concerne le performances aventi ad oggetto il percorso nascita ed in particolar modo i TC primari, non si registrano particolari criticità. Si porranno in essere comunque azioni volte a garantire lo standard ministeriale e a migliorare ulteriormente le performances.

ASL BT

interventi e cronoprogramma suddivisi in breve, medio e lungo termine:

- Breve termine trasmissione di un report.
- Medio termine condivisione e implementazione dei protocolli di assistenza al partospontaneo e induzione al travaglio di parto.
- Lungo termine adeguamento PN con sale operatorie nel blocco parto/passaggio al modello a conduzione ostetrica nel reparto materno infantile/ standard operativi e di personale

AREA SALENTO**PANICO**

Strategie aziendali nel contenimento dei TC primari per l'immediato futuro:

- a) Orientare le scelte delle madri verso il parto vaginale attraverso un'azione di "moral suasion" affidata in prima istanza all'Ostetrica che è la fondamentale artefice dell'assistenza al parto;
- b) Riattivazione di incontri di Preparazione al parto, sospesi in epoca COVID;
- c) Sistematico accesso alla Partoanalgesia nell'ottica di favorire il parto vaginale sicuro e fisiologico;
- d) Valorizzazione dell'ambulatorio di gravidanza a termine che ha l'obiettivo della presa in carico della donna che intende partorire presso questo Ospedale e) Adozione di una scheda di monitoraggio dei tagli

cesarei classificandoli secondo le classi di Robson è un utile strumento per il monitoraggio delle attività di sala parto e la valutazione collegiale dei cesarei “evitabili”.

ASL BRINDISI

Punto nascita I livello P.O. Francavilla Fontana e Punto nascita II Livello P.O. Perrino:

- Incremento numero di ostetriche per garantire tecniche di one-to-one nel corso del travaglio di parto;
- Monitoraggio periodico degli outcomes ostetrici;
- Adeguata gestione delle patologie secondarie nelle pazienti gravide, anche attraverso integrazione tra Centri di I e II livello, per garantire prestazioni in base alla complessità clinica;
- Revisione dei protocolli clinici
- Integrazione Ospedale — Territorio sul percorso nascita, per fornire alla coppia, durante il corso di accompagnamento alla nascita, informazioni sui rischi legati al taglio cesareo e sviluppare una maggiore consapevolezza sull'importanza del parto spontaneo.

ASL TARANTO

Obiettivi generali

- Costruire una cultura delle Unità di Ostetricia che valorizzi, promuova e sostenga l'inizio e il progredire spontaneo del travaglio e del parto vaginale e comprenda i rischi per le gravidanze attuali e future del parto cesareo senza indicazione medica.
- ottimizzare l'impegno del paziente e della famiglia nell'istruzione, nel consenso informato e nel processo decisionale condiviso su travaglio e parto durante tutto il ciclo di assistenza alla maternità, mediante il coinvolgimento delle realtà territoriali.

Obiettivi specifici

- Adottare tecniche di istruzione e formazione degli operatori che sviluppino conoscenze e abilità sugli approcci che massimizzano la probabilità di parto vaginale, tra cui valutazione del travaglio, metodi per promuovere il progresso del travaglio, supporto del travaglio, gestione del dolore (sia farmacologico che non farmacologico) e scelte condivise
- Implementare criteri di ammissione standardizzati, gestione del triage, istruzione e support per le donne che si presentano in travaglio spontaneo.
- Offrire tecniche standardizzate di gestione del dolore e misure di comfort che promuovano il progresso del travaglio e prevenano il travaglio disfunzionale.

- Utilizzare metodi standardizzati nella valutazione dello stato della frequenza cardiaca fetale, compresa l'interpretazione, la documentazione utilizzando la terminologia NICHD e incoraggiare metodi che promuovano la libertà di movimento.
- Adottare protocolli per l'identificazione tempestiva di problemi specifici, come l'herpes e la presentazione podalica, per le pazienti che possono beneficiare di un intervento proattivo prima del travaglio per ridurre il rischio di parto cesareo.
- Avere a disposizione in ogni punto nascita un referente di assistenza alla maternità o una copertura alternativa che garantisca risposte tempestive ed efficaci ai problemi del travaglio
- Sostenere la programmazione standardizzata dell'induzione per garantire un'adeguata selezione e preparazione delle donne che si sottopongono all'induzione.
- Utilizzare algoritmi, politiche e tecniche del lavoro standardizzati basati sull'evidenza, che consentano un tempestivo riconoscimento e trattamento della distocia.
- Mettere a disposizione competenze e tecniche speciali per ridurre la necessità di parto addominale, come la versione podalica, il parto *strumentato* e i protocolli di parto gemellare.

Ogni punto nascita dovrà

- Monitorare e riportare le misure del travaglio e del taglio cesareo in modo sufficientemente dettagliato per:
 - 1) confrontarle con istituzioni simili;
 - 2) condurre una revisione dei casi e un'analisi del sistema per promuovere il miglioramento dell'assistenza;
 - 3) valutare le prestazioni dei singoli operatori.
- Monitorare e riportare gli esiti materni e neonatali al fine di valutare l'efficacia risultante dai cambiamenti nelle strategie di gestione del travaglio per garantire la sicurezza.

ASL LECCE

- Miglioramento dell'integrazione Ospedale-Territorio per il Percorso Nascita, attraverso una maggiore interazione e sinergia tra Punti Nascita e Servizi territoriali (Consultori)
- una precisa definizione e distinzione dei percorsi assistenziali, fra gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio, prevedendo anche priorità di accesso agli ambulatori specialistici distrettuali e modalità di presa in carico presso l'Ambulatorio della Gravidanza a Rischio (GAR) ospedaliero

- una implementazione dell'offerta attiva degli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) presso i consultori familiari, includendo nell'organizzazione degli stessi anche il personale dei Punti Nascita, al fine di aumentare il numero di gestanti che si avvalgono del servizio e la loro consapevolezza
- monitoraggio trimestrale della consegna della Agenda della Gravidanza e definizione di ulteriori strumenti codificati di comunicazione e di passaggio di cura (hand-over) e presa in carico tra i diversi professionisti e nei diversi setting assistenziali
- monitoraggio trimestrale, con check sulle attività effettuate, degli accessi agli Ambulatori per la Gravidanza a Termine (GAT) e gli Ambulatori della Gravidanza a Rischio (GAR) che devono essere presenti e attivi in tutti i Punti Nascita.

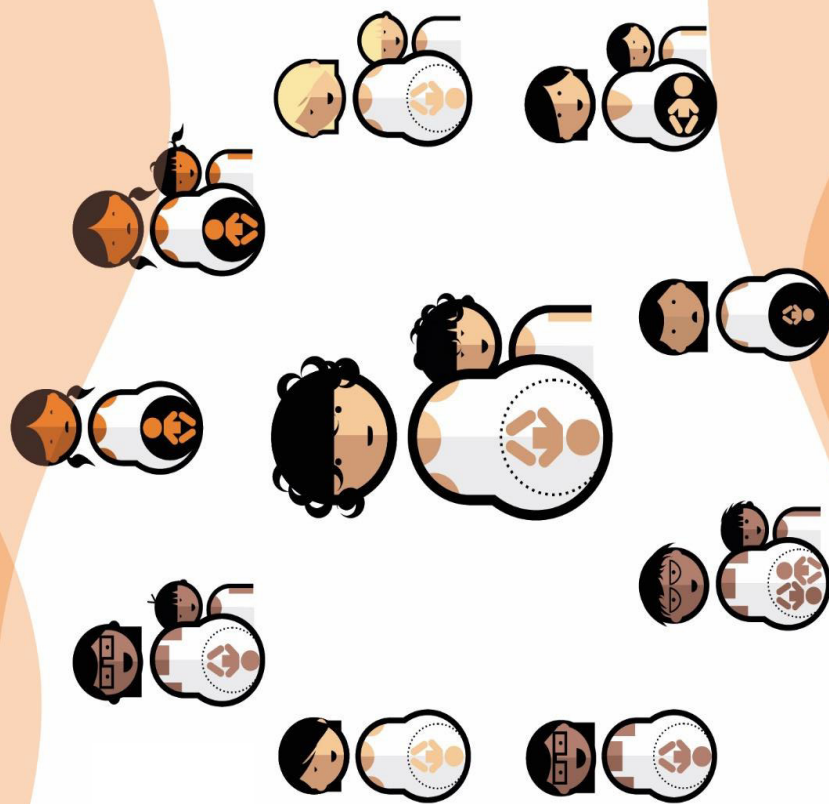
Il Dirigente
Sezione Strategia e Governo dell'Offerta
(Mauro Nicastro)



Mauro Nicastro
27.02.2023
17:36:51
GMT+00:00

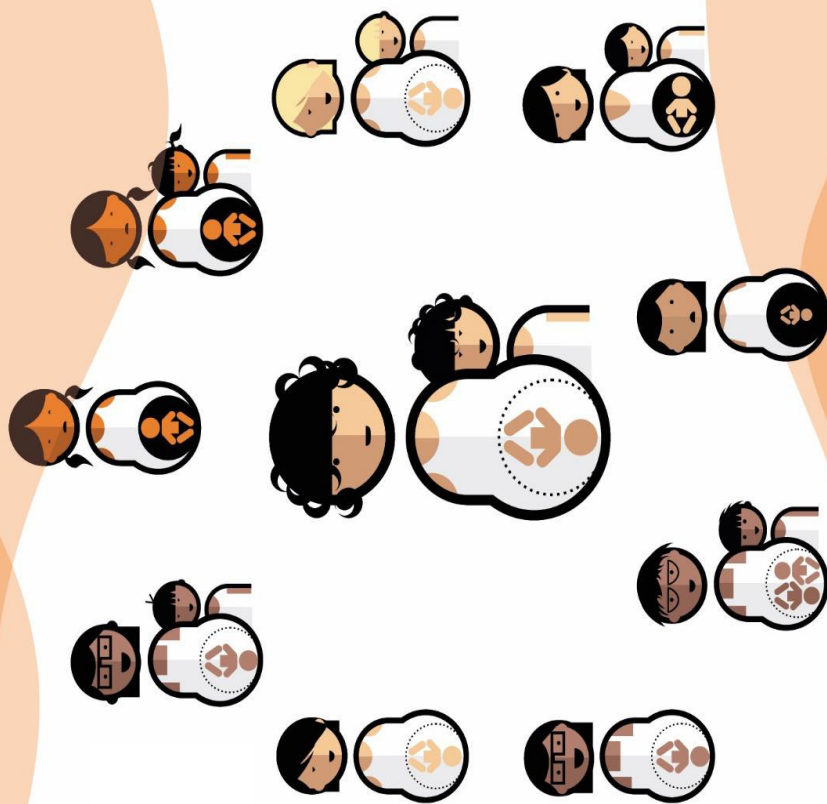
CLASSIFICAZIONE DI ROBSON

Manuale di
Implementazione



CLASSIFICAZIONE DI ROBSON

Manuale di
Implementazione



Classificazione di Robson: Manuale di implementazione

This work is available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 licence ([CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).

The Manual was translated by Maria Matta, student, Harvey Course of Medicine and Surgery, Pavia University, Italy. It was revised by Alessandra Meloni, obstetrician and gynaecologist, Department of Obstetrics and Gynecology, Azienda Ospedaliero Universitaria - Cagliari, Italy

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition.

Suggested citation. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/)

Any mediation relating to disputes arising under the licence shall be conducted in accordance with the mediation rules of the World Intellectual Property Organization.

01	Introduzione	3	
02	Scopo e destinatari di questo manuale	7	
03	La Classificazione di Robson	9	
04	Domande frequenti su come classificare le donne	21	
05	Modi di classificare le donne nei gruppi di Robson	28	
06	La Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson	32	
07	Come Interpretare la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson	35	
08	Barriere e fattori favorevoli l'implementazione della Classificazione	48	
09	Bibliografia	50	
	Esempio della Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson con traduzione:		
	www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en/		

01. Introduzione

“L’AUMENTO DEI TAGLI CESAREI È UN RILEVANTE PROBLEMA DI SALUTE PUBBLICA”

Negli ultimi decenni, si è verificato un progressivo aumento nel tasso di tagli cesarei (TC) nella maggior parte dei paesi sebbene i fattori che influenzano questo fenomeno non siano ancora del tutto compresi(1-2). L’incremento del tasso di tagli cesarei è un problema di salute pubblica ed è anche al centro di numerosi dibattiti dovuti ai potenziali rischi materni e perinatali, all’inequità nell’accesso alle cure e ai costi associati a questo aumento (3-7).

Per comprendere i fattori che hanno determinato questo fenomeno e per proporre e implementare misure efficaci per la riduzione o l’incremento dei TC quando utile, è necessario disporre di uno strumento in grado di monitorare e confrontare i TC in uno stesso punto nascita nel tempo e tra punti nascita diversi.

Tradizionalmente abbiamo monitorizzato il tasso di cesarei, a livello di singola struttura, utilizzando le percentuali complessive di parti con TC.

Le variazioni in questo “tasso di TC complessivo” nel tempo o tra diverse strutture sono difficili da interpretare e confrontare a causa di differenze intrinseche agli ospedali e alle infrastrutture (es. la distinzione tra livelli di assistenza, primo vs secondo livello), differenze nelle caratteristiche della popolazione ostetrica (“case-mix”) osservata (es. percentuale di donne con precedenti cesarei) e differenze dei protocolli clinici adottati (es. condizioni per l’induzione al travaglio o TC pre-travaglio).

Idealmente, dovrebbe esistere un sistema di classificazione che renda possibile monitorare e confrontare il tasso di TC al livello di ogni struttura in maniera standardizzata, affidabile e orientata al cambiamento (3, 8-10).

<p>Questo sistema di classificazione dovrebbe essere applicabile a livello internazionale e dovrebbe anche essere utile ai medici, alle amministrazioni sanitarie locali e centrali e alle donne stesse.</p>	<p>Tale sistema dovrebbe essere semplice, rilevante dal punto di vista clinico, comprensibile, replicabile e verificabile (10,11). La mancata disponibilità di un sistema simile riconosciuto a livello internazionale ha contribuito</p>	<p>ad alimentare controversie e a mantenere luoghi comuni relativi alle possibili cause dell'aumento nei tassi di TC, così come riguardo i possibili rischi e benefici di tale aumento.</p>
--	---	---

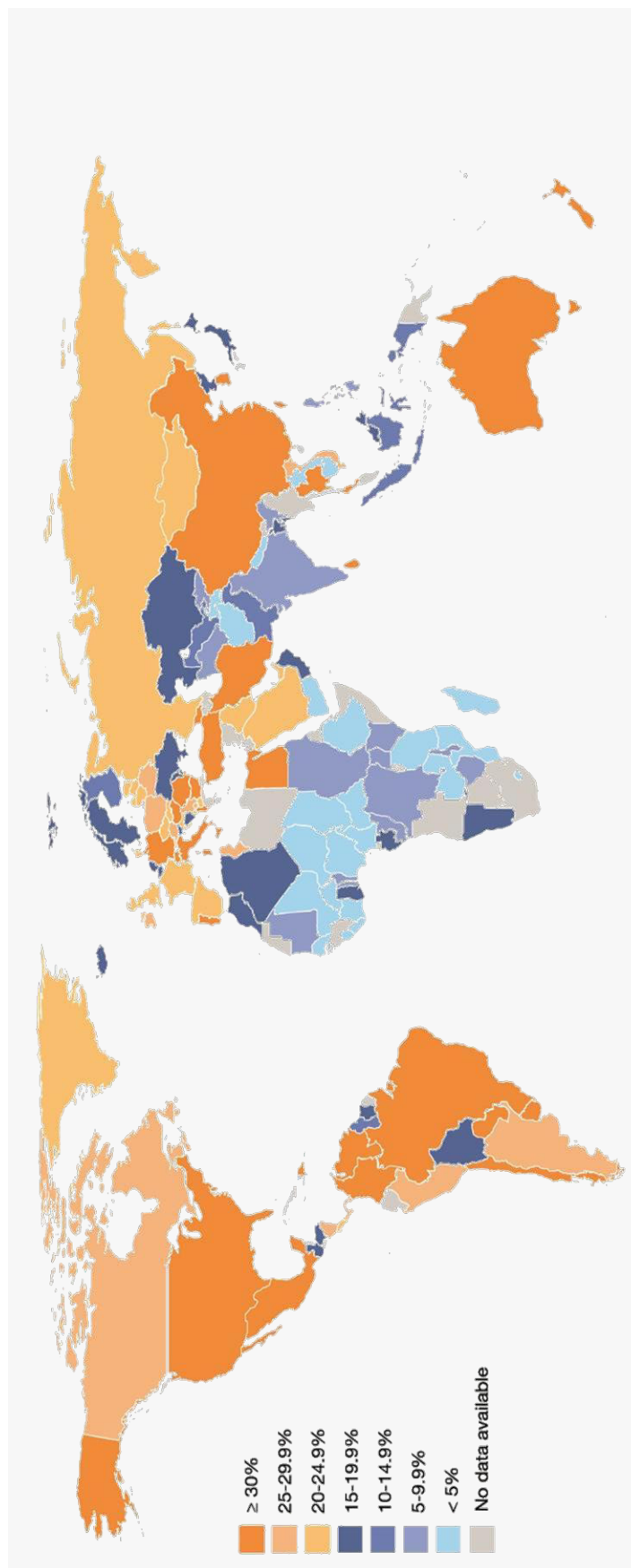


Figura 1: Ultimi dati disponibili sui tassi di TC per paese (dal 2005 in poi).
Da: The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014 (1).

Diversi autori hanno creato e proposto vari tipi di sistemi di classificazione dei TC da usare nei punti nascita per scopi differenti, con l'obiettivo complessivo di offrire un modello efficiente e standardizzato per analizzare il ricorso al taglio cesareo (10). Nel 2011 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha condotto una revisione sistematica che ha identificato 27 sistemi diversi per la classificazione dei TC. Queste classificazioni consideravano "a chi" (quale donna), "perché" (per quale indicazione), "quando" (in quale condizione di urgenza), così come "dove", "quando" e "da chi" fosse stato eseguito il TC (10).

Questa revisione ha concluso che in generale le classificazioni basate su "quali donne", e la classificazione in 10 Gruppi in particolare, rispondevano al meglio alle attuali esigenze internazionali e locali.

La classificazione dei 10 Gruppi (conosciuta anche come la TGCS: Ten Group Classification System o "**Classificazione di Robson**") è stata creata per identificare in modo prospettico gruppi di donne ben definiti, clinicamente rilevanti per valutare le differenze nel ricorso al TC all'interno di questi gruppi di donne relativamente omogenei (9).

A differenza di classificazioni basate sulle indicazioni al TC, **la Classificazione di Robson è per "tutte le donne" che partoriscono in determinate strutture** (es. un punto nascita o una regione) e **non solo per le donne che partoriscono con taglio cesareo. È una classificazione perinatale completa.**

Dal momento che questo sistema può essere usato in modo prospettico, le sue categorie sono totalmente inclusive e mutualmente esclusive, ogni donna che partorisce può essere immediatamente classificata, sulla base di alcune caratteristiche essenziali che sono comunemente raccolte di routine alla nascita, in tutto il mondo.

La classificazione è **semplice, solida, riproducibile, clinicamente rilevante e applicabile in modo prospettico**. Permette il confronto e l'analisi dei tassi di tagli cesarei all'interno e tra i gruppi di donne. Persino prima di un sostegno ufficiale da parte di organizzazioni internazionali o dalle linee guida che in modo formale ne hanno raccomandato l'uso nel 2015, la Classificazione di Robson è stata prontamente adottata, e in costante aumento, da molti paesi di tutto il mondo. Nel 2014, l'OMS ha condotto un'altra revisione sistematica delle esperienze relative all'utilizzo della Classificazione di Robson, per valutare i pro e i contro della sua adozione, implementazione, interpretazione e per identificare ostacoli, fattori facilitanti e potenziali modifiche(11).

Questa revisione è comprensiva di 73 pubblicazioni provenienti da 31 paesi che riportavano l'adozione della Classificazione di Robson tra il 2000 e il 2003. Secondo gli utilizzatori, la maggior parte dei quali operatori sanitari, il punto di forza di questa classificazione è la sua semplicità, solidità, affidabilità e flessibilità (11).

Peraltro gli stessi utilizzatori hanno riportato che dati mancanti, la possibilità di compiere errori di classificazione delle donne, e la mancanza di definizioni o consensi su variabili fondamentali all'interno della classificazione potessero rappresentare ostacoli alla sua implementazione e al suo utilizzo.

Ad ottobre 2014, l'OMS ha convocato un gruppo di esperti. Dopo aver analizzato le evidenze, il gruppo ha proposto l'utilizzo della Classificazione di Robson a livello di ogni struttura per stabilire un punto comune al fine di confrontare dati materni e perinatali all'interno di ogni struttura in tempi diversi, e tra diverse strutture (3,8).

Gli esperti hanno inoltre deciso di adottare il nome "Classificazione di Robson" come nome ufficiale di questa classificazione.

Dichiarazione dell'OMS sulla Classificazione di Robson

"L'OMS propone la Classificazione di Robson come standard globale per la definizione, il monitoraggio e il confronto dei tassi di tagli cesarei all'interno degli stessi punti nascita nel tempo, e tra punti nascita diversi"



WHO Statement on Caesarean Section Rates

Every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, rather than striving to achieve a specific rate



Executive summary

Since 1985, the international healthcare community has considered the ideal rate for caesarean section to be between 10% and 15%. Since then, caesarean sections have become increasingly common in developed and developing countries. When medically justified, a caesarean section can effectively prevent caesarean delivery for women or infants who do not require the procedure. As with any surgery, caesarean delivery and affect the health of the woman, her child, and future pregnancies. These risks are higher in women with limited access to comprehensive obstetric care. In recent years, governments and clinicians have expressed concern about the rise in the numbers of caesarean section births and the potential negative consequences for maternal and infant health. In addition, the international community has increasingly referenced the need to revisit the 1985 recommended rate.

Caesarean section rates at the population level

WHO conducted two studies: a systematic review of available studies that had sought to find the ideal caesarean rate within a given country or population, and a worldwide country-level analysis using the latest available data. Based on this available data, and using internationally accepted methods to assess the evidence with the most appropriate analytical techniques, WHO concludes:

1. Caesarean sections are effective in saving maternal and infant lives, but only when they are required for medically indicated reasons.
2. At population level, caesarean section rates higher than 10% are not associated with reductions in maternal and newborn mortality rates.
3. Caesarean sections can cause significant and sometimes permanent complications, disability or death, particularly in settings that lack the facilities and/or capacity to properly conduct safe surgery and treat surgical complications. Caesarean sections should ideally only be undertaken when medically necessary.
4. Every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, rather than striving to achieve a specific rate.
5. The effects of caesarean section rates on other outcomes, such as maternal and perinatal morbidity, well-being are still unclear. More research is needed to understand the health effects of caesarean section on immediate and future outcomes.

Caesarean section rates at the hospital level and the need for a universal classification system

There is currently no internationally accepted classification system for caesarean section that would allow meaningful and relevant comparisons of CS rates across different facilities, cities or regions. Among the existing systems used to classify caesarean sections, the 10-group classification (also known as the Robson classification) has in recent years become widely used in many countries. In 2014, WHO conducted a systematic review of the experience of users with the Robson classification to assess the pros and cons of its adoption, implementation and interpretation, and to identify barriers, facilitators and potential adaptations or modifications.

WHO proposes the Robson classification system as a global standard for assessing, monitoring and comparing caesarean section rates within healthcare facilities over time, and between facilities. In order to assist healthcare facilities in adopting the Robson classification, WHO will develop guidelines for its use, implementation and interpretation, including standardization of terms and definitions.

02. Scopo e destinatari di questo manuale

“QUESTO MANUALE È STATO CREATO PER SUPPORTARE LE STRUTTURE SANITARIE”

Questo manuale è stato creato per assistere le strutture sanitarie nell'adozione e nell'utilizzo della Classificazione di Robson. È indirizzato ai professionisti sanitari responsabili delle donne ricoverate per il parto e agli amministratori responsabili della gestione delle strutture in cui le nascite avvengono.

Il manuale presenta un approccio standard per implementare l'impiego e interpretazione di questa classificazione.

COSA può fare la Classificazione di Robson per voi?

L'OMS ritiene che l'uso della classificazione di Robson sarà utile alle strutture sanitarie per:

- Identificare e analizzare i gruppi di donne che contribuiscono in misura maggiore e minore al tasso complessivo di TC.
- Confrontare l'assistenza in questi gruppi di donne con altre strutture che hanno risultati cui tendere e considerare possibili modifiche nella pratica clinica.
- Determinare l'efficacia di strategie di intervento finalizzate ad ottimizzare il ricorso al TC.
- Determinare la qualità delle cure e della gestione nella pratica clinica dall'analisi dei risultati per ogni gruppo.
- Determinare la qualità dei dati raccolti e incrementare la consapevolezza dello staff riguardo l'importanza di tali dati, la loro interpretazione e il loro utilizzo.

Questo manuale:

- Aiuta a capire e implementare la Classificazione di Robson e costruire la tabella con le 10 classi utilizzando i tuoi dati.
- Spiega le variabili e le definizioni usate per costruire la tabella con le 10 classi, e come utilizzarla.
- Evidenzia le difficoltà che si potrebbero incontrare, condivide esperienze ed esempi utili per chi utilizza la classificazione.
- Riporta domande frequenti che insorgono durante la classificazione delle donne e le rispettive risposte.


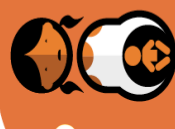
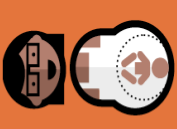







03. La Classificazione di Robson

“OGNI DONNA RICOVERATA PER IL PARTO IN QUALSIASI PUNTO NASCITA, PUÒ ESSERE CLASSIFICATA IN UNO DEI 10 GRUPPI”

Il sistema classifica tutte le donne ricoverate per il parto in uno dei 10 gruppi che sono mutualmente esclusivi e completamente inclusivi (ogni donna può essere inclusa). Questo significa che, basandosi su alcune fondamentali variabili ostetriche, ogni donna in qualsiasi struttura può essere classificata in uno, e soltanto uno, dei 10 gruppi e che nessuna donna verrà esclusa dalla classificazione.

La classificazione di Robson è per "tutte le donne" che partoriscono in una situazione specifica e non solo per le donne che partoriscono con un taglio cesareo.

3.1 I 10 gruppi della Classificazione di Robson

<p>Gruppo 1</p>  <p>Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, in travaglio spontaneo</p>	<p>Gruppo 6</p>  <p>Nullipare, gravidanza singola, presentazione podalica</p>
<p>Gruppo 2</p>  <p>Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, travaglio indotto o sottoposte a taglio cesareo in assenza di travaglio</p>	<p>Gruppo 7</p>  <p>Multipare, gravidanza singola, presentazione podalica, incluse le donne con precedenti cicatrici uterine</p>
<p>Gruppo 3</p>  <p>Multipare, senza precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, in travaglio spontaneo</p>	<p>Gruppo 8</p>  <p>Gravidanze multiple, incluse le donne con precedenti cicatrici uterine</p>
<p>Gruppo 4</p>  <p>Multipare, senza precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, con induzione del travaglio o sottoposte a taglio cesareo in assenza di travaglio</p>	<p>Gruppo 9</p>  <p>Gravidanza singola, presentazione traversa o obliqua, incluse le donne con precedenti cicatrici uterine</p>
<p>Gruppo 5</p>  <p>Multipare, con almeno una precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione</p>	<p>Gruppo 10</p>  <p>Gravidanza singola, < 37 settimane di gestazione, incluse le donne con precedenti cicatrici uterine</p>

3.2 Definizione delle variabili fondamentali

I 10 gruppi si basano su 6 variabili ostetriche fondamentali; queste sono le uniche informazioni necessarie a classificare ogni donna (Tabella 1)

Tabella 1: Variabili Ostetriche della Classificazione di Robson

Variabili Ostetriche	
Parità	<ul style="list-style-type: none"> • Nullipara • Multipara
Pregressi TC	<ul style="list-style-type: none"> • Sì (uno o più) • No
Inizio del travaglio	<ul style="list-style-type: none"> • Spontaneo • Indotto • Assenza di travaglio (TC pre-travaglio)
Numero di feti	<ul style="list-style-type: none"> • Singolo • Multiplo
Età gestazionale	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuro (meno di 37 settimane) • A termine (37 settimane o più)
Situazione e presentazione fetale	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalica • Podalica • Trasversa

In linea di principio, dato che queste variabili vengono raccolte di routine, e usate nella gestione clinica delle partorienti, è possibile ottenere questi dati dalla cartella clinica di ogni donna.

3.2 Definizione delle variabili fondamentali

Tabella 2: Definizione delle variabili fondamentali utilizzate nella Classificazione di Robson

Variabili Ostetriche	Definizione	Osservazioni
Parità*	Numero di parti precedenti al ricovero per il parto	Nascita di un bambino di peso $\geq 500g$ o ≥ 22 settimane**, vivo o morto, con o senza malformazioni, in qualsiasi modo sia nato. Il precedente numero di aborti spontanei e no, non conta.
Nullipara	Nessun parto precedente	Questo non è necessariamente equivalente a primigravida. Per esempio, una donna alla sua 4 gravidanza con 3 precedenti aborti spontanei (G4 PO A3) sarà una donna nullipara ed apparterrà a questo gruppo.
Multipara	Almeno un parto precedente	nascita di un bambino $\geq 500g$ o ≥ 22 settimane**, vivo o morto, con o senza malformazioni, in qualsiasi modo sia nato
Precedenti TC*	Numero di TC precedenti al ricovero	Altri tipi di cicatrici uterine (es. miomectomia) non dovrebbero essere considerati e non inclusi come precedenti TC durante la classificazione delle donne
Nessuno	Tutti i parti precedenti erano vaginali	
Uno o più	Almeno uno dei parti precedenti è avvenuto mediante TC ma potrebbe comunque aver avuto uno o più parti vaginali	

* La definizione non considera la gravidanza attuale. La donna dovrebbe essere classificata prima del parto. Per esempio, una donna in attesa del suo primo figlio dovrebbe essere classificata come nullipara, anche se i documenti sono compilati dopo il parto; non dovrebbe essere classificata come multipara. Similmente, una donna con due precedenti parti vaginali e ammessa a un TC elettivo dovrebbe essere classificata come "senza precedenti TC", anche se i documenti vengono compilati dopo la nascita del terzo figlio.

** Questa definizione potrebbe variare a seconda dei posti. Chi utilizza la classificazione dovrebbe specificare la propria definizione di "nascita" (ossia il minimo di settimane di gestazione e il peso alla nascita) e, se differisce da quello qui proposto, riportarlo come nota a fondo pagina nella loro tabella con i 10 gruppi. Non è consigliato, ma se gli utilizzatori decidono di escludere i nati morti e i feti malformati dalla classificazione, anche questo dovrebbe essere riportato nella nota.

Tabella 2 (Continua): Definizione delle variabili fondamentali utilizzate nella Classificazione di Robson

Variabili Ostetriche	Definizione	Osservazioni
Inizio del travaglio	Modalità di insorgenza del travaglio e del parto nella gravidanza attuale, indipendentemente da come fosse originariamente pianificato	Questo dovrebbe essere basato sull'anamnesi, l'esame clinico e le decisioni degli operatori sanitari in seguito al ricovero in sala travaglio/parto.
Spontaneo	Prima del parto, la donna era in travaglio spontaneo.	Nullipare o multipare con un TC programmato (pre-travaglio) che giungono in travaglio spontaneo appartengono a questo gruppo. Questo gruppo include anche donne che sono entrate in travaglio spontaneo e che hanno successivamente ricevuto ossitocina o amniorexi per accelerare il travaglio.
Indotto	Una volta ricoverata, la donna non è entrata in travaglio spontaneo ed è stato quindi indotto	Qualsiasi metodo per l'induzione è valido, inclusi amniorexi, misoprostolo, ossitocina, palloncino intracervicale di Foley, laminaria o altri. Donne che entrano in travaglio spontaneamente e poi ricevono ossitocina o amniorexi per correggere distocie o accelerare il travaglio non appartengono a questo gruppo e sono classificate come travaglio spontaneo.
TC pre-travaglio	Donne non in travaglio per le quali è stata presa la decisione di espletare il parto mediante TC	Casi di induzione o travaglio spontaneo che alla fine hanno partorito con TC non appartengono a questa categoria
Numero di feti	Numero di feti al momento del ricovero per il parto	Incluse morti fetali diagnosticate dopo 22 settimane o 500g**
Singolo	Un feto	Gravidanze gemellari con decesso fetale precedente alle 22 settimane o ai 500g dovrebbe essere contato come gravidanza singola
Multiplo	Più di un feto	Inclusi casi di gravidanza multipla in cui uno o più feti muoiono dopo 22 settimane o 500g**.

** Questa definizione potrebbe variare a seconda dei posti. Chi utilizza la classificazione dovrebbe specificare la propria definizione di "nascita" (ossia il minimo di settimane di gestazione e il peso alla nascita) e, se differisce da quello qui proposto, riportarlo come nota a fondo pagina nella loro tabella di resoconto. Non è consigliato, ma se gli utilizzatori decidono di escludere i nati morti e i feti malformati dalla classificazione, anche questo dovrebbe essere riportato nella nota.

Tabella 2 (Continua): Definizione delle variabili fondamentali utilizzate nella Classificazione di Robson

Variabili Ostetriche	Definizione	Osservazioni
Età gestazionale	Età gestazionale al momento del parto	Basato sulla stima migliore disponibile (data ultima mestruazione o ecografia precoce) o esame neonatale o definizioni usate nella vostra struttura
Termine	37 settimane o più	
Prematuro	Meno di 37 settimane	
Situazione e presentazione fetale	La situazione/presentazione fetale finale prima di decidere il tipo di parto o prima della diagnosi di travaglio	Donne ricoverate con feto podalico che sono sottoposte a rivolgimento per manovre esterne e che partoriscono un feto cefalico devono essere considerate come cefaliche. Donne con un feto morto in situazione trasversa che subiscono un rivolgimento interno prima del parto devono essere considerate come podaliche.
Cefalica	La testa fetale è la parte presentata.	Vertice, faccia o fronte, o presentazioni composte della testa (prolasso della mano) devono essere considerate qui.
Podice	Natiche o un piede o due piedi sono la parte presentata	Tutte le varietà di podice (natiche, completa e piedi).
Situazione obliqua o trasversa	L'asse longitudinale fetale è perpendicolare o obliquo all'asse longitudinale materno	La parte presentata è la spalla o il braccio del feto, o non si apprezza alcuna parte fetale.



La classificazione di Robson

La classificazione di Robson dovrebbe essere considerata come un punto di partenza comune per un sistema di classificazione perinatale che può essere ulteriormente sviluppato.

Ciascuno dei 10 gruppi potrebbe aver bisogno di essere ulteriormente suddiviso o alcuni gruppi potrebbero aver bisogno di essere considerati insieme. Inoltre, maggiori dettagli quali le indicazioni al taglio cesareo o la morbidità neonatale possono essere aggiunti e analizzati all'interno dei diversi gruppi. Altri eventi e risultati correlati al travaglio e al parto possono essere analizzati all'interno dei gruppi (es. ossitocina o variabili epidemiologiche come l'età o l'indice di massa corporea).

Inoltre, esistono diverse definizioni chiave in ostetricia, protocolli o procedure che non sono incluse nella classificazione ma che dovrebbero essere tenute in considerazione durante l'interpretazione dei risultati.

Queste potrebbero essere specifiche di ogni struttura e alle volte comuni in diversi paesi.

Includono, per esempio, i criteri usati per la diagnosi di travaglio (grado di appiamento e dilatazione cervicale), linee guida usate per la gestione del travaglio incluse la rottura artificiale delle membrane, regime di somministrazione dell'ossitocina utilizzato per l'accelerazione e l'induzione al travaglio, diagnosi e cura per l'arresto del travaglio e la distocia, tecniche di monitoraggio fetale, analgesia e l'assistenza "one to one" durante il travaglio.

COME definire la nascita

La definizione di "nascita" può variare a seconda del paese e delle situazioni. Mentre la maggioranza dei paesi con alto reddito considerano nascita con possibilità di sopravvivenza quando i bambini pesano almeno **500g** o con epoca gestazionale di almeno **20 o 22 settimane** di gestazione, molti paesi utilizzano altri limiti. Per esempio, la soglia di vitalità in molti paesi è con un **peso alla nascita di $\geq 1000g$ e ≥ 28 settimane di gestazione.**

Per comparare le 10 classi di Robson tra vari paesi e all'interno degli stessi nel tempo, è importante che chi usa la classificazione dia una definizione chiara dei propri limiti di peso alla nascita e di settimane di gestazione. Ciò dovrebbe inoltre essere aggiunto in una nota a fondo pagina nella propria Tabella con i 10 gruppi.

3.3 Suddivisione dei 10 gruppi

Molti utilizzatori della classificazione di Robson hanno suggerito delle suddivisioni dei 10 gruppi. La suddivisione di certi gruppi (es. gruppo 2, 4 e 5) potrebbe aver più senso di altri, ma questo può variare da posto a posto. L'obiettivo della suddivisione è di promuovere ulteriormente l'uniformità e l'omogeneità dei gruppi stratificando le donne all'interno del gruppo secondo certe caratteristiche rilevanti.

Questo può essere particolarmente utile durante la pianificazione dell'implementazione di interventi clinici in specifici sottogruppi.

L'importanza e la potenziale utilità di queste suddivisioni dipendono dalla dimensione dei gruppi nel contesto in cui la classificazione verrà utilizzata. Tuttavia, è importante ricordare che l'analisi di qualsiasi suddivisione presa singolarmente potrebbe confondere se non viene considerato anche il resto della classificazione. Per questo motivo si raccomanda di prendere prima familiarità con l'analisi dei 10 gruppi e solo in seguito considerare i sottogruppi. Altrimenti i dati potrebbero essere male interpretati.

La tabella 3 presenta la Classificazione di Robson con le suddivisioni più comuni.



3.3 Suddivisioni comuni dei 10 gruppi

Tabella 3. La classificazione di Robson con suddivisioni

Gruppo	Popolazione ostetrica
1	Donne nullipare con una gravidanza singola cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione in travaglio spontaneo
2	Donne nullipare con una gravidanza singola cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione con travaglio indotto o TC prima del travaglio
2a	Travaglio indotto
2b	TC pre-travaglio
3	Donne multipare senza precedenti TC, con una gravidanza cefalica singola, ≥ 37 settimane di gestazione in travaglio spontaneo
4	Donne multipare senza precedenti TC, con una gravidanza cefalica singola, ≥ 37 settimane di gestazione con travaglio indotto o TC pre-travaglio
4a	Travaglio indotto
4b	TC pre-travaglio
5	Tutte le donne multipare con almeno un TC precedente, con una gravidanza cefalica singola, ≥ 37 settimane di gestazione
5.1	Con un TC precedente
5.2	Con due o più TC precedenti
6	Tutte le donne nullipare con una gravidanza singola podalica
7	Tutte le donne multipare con una gravidanza singola podalica incluse donne con precedenti TC
8	Tutte le donne con gravidanze multiple incluse donne con precedenti TC
9	Tutte le donne con una gravidanza singola con situazione trasversa o obliqua, incluse donne con precedenti TC
10	Tutte le donne con una gravidanza cefalica singola < 37 settimane di gestazione, incluse donne con precedenti TC.

3.3 Suddivisioni comuni dei 10 gruppi

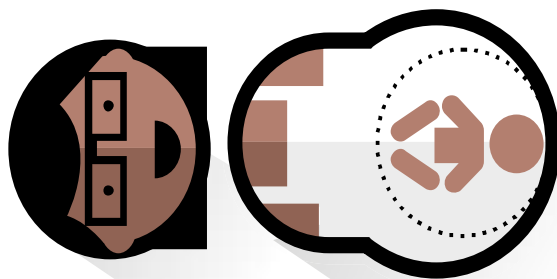
Suddivisioni dei gruppi 2 e 4:

Questi gruppi si riferiscono rispettivamente alle donne nullipare e multipare senza precedenti TC, con una gravidanza singola, a termine, in posizione cefalica e senza travaglio spontaneo (vedi Tabella 3). Questi gruppi includono due sottocategorie distinte e reciprocamente esclusive, chiamate:

2a o 4a	2b o 4b
Donne nullipare e multipare, rispettivamente, in travaglio indotto (utilizzando un qualsiasi metodo, come misoprostolo, ossitocina, amniorexi, o catetere intracervicale di Foley o altri) che hanno avuto un parto vaginale o cesareo.	Donne nullipare o multipare, rispettivamente, che hanno partorito con un TC pre-travaglio. Dal momento che tutte le donne in questi sottogruppi hanno partorito con un TC, i tassi di TC in questi sottogruppi saranno sempre del 100%.

Dal momento che i gruppi 2 e 4 possono rappresentare una grossa porzione della popolazione ostetrica in molti ospedali, queste sottocategorie sono importanti per capire come le differenze nella pratica clinica (i tassi di travaglio indotto o TC pre-travaglio) contribuiscano ai tassi di TC nelle donne multipare e nullipare senza TC precedenti, così come ai tassi di TC nei diversi ospedali.

Inoltre, i tassi di TC nei sottogruppi 2a e 4a (travaglio indotto in donne nullipare e multipare, rispettivamente) possono anche essere usati per definire e confrontare il successo delle linee guida per l'induzione in diversi ospedali o nello stesso ospedale nel tempo.



3.3 Suddivisione comuni dei 10 gruppi

Suddivisione del gruppo 5:

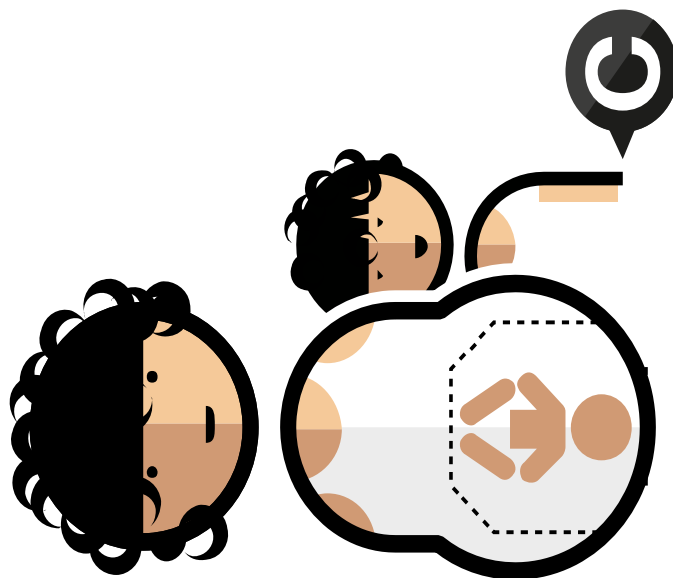
Il Gruppo 5 include tutte le donne multipare con almeno un TC precedente, con una gravidanza singola, a termine, in posizione cefalica. Nella pratica ostetrica attuale, il Gruppo 5 può essere molto importante nei diversi punti nascita poiché esiste un numero crescente di donne con precedente TC e dunque le dimensioni di questo gruppo potrebbero rivelarsi piuttosto significative. Dato che il tasso di TC in questo gruppo è solitamente alto, il Gruppo 5 può rappresentare un importante contributo al numero totale di TC in queste situazioni. Il Gruppo 5 include due sottocategorie distinte e che si escludono reciprocamente, ossia:

5.1 donne multipare con un solo TC precedente

5.2 donne multipare due o più TC precedenti

Date le differenze nella gestione clinica di questi due tipi di donne, queste sottocategorie comuni dovrebbero essere riportate separatamente nella classificazione, come 5.1 e 5.2.

L'utilità di queste sottocategorie dipenderà dalla dimensione effettiva del Gruppo 5 in uno specifico contesto. In molti paesi di alto e medio reddito dove la dimensione del Gruppo 5 sta diventando importante, tali sottocategorie saranno più utili e apprezzate piuttosto che in posti dove il gruppo 5 rappresenta solo una piccola porzione della popolazione ostetrica.



3.4 Casi con variabili mancanti (casi inclassificabili)

I 10 gruppi sono basati su caratteristiche ostetriche fondamentali che sono raccolte di routine per la maggior parte delle gravidanze al momento del ricovero e del parto. Nei casi in cui una o più di queste variabili fondamentali manchi o sia illeggibile nella cartella clinica della paziente, non sarà possibile classificare la donna in nessuno dei 10 gruppi. Questo "gruppo inclassificabile" di donne dovrebbe essere riportato come parte della Tabella della Classificazione di Robson ma posta preferibilmente come nota a fondo pagina.

È molto importante riportare questo gruppo e la sua dimensione (numero assoluto e percentuale in rapporto ai parti totali) perché **è un indicatore della qualità dei dati negli ospedali.**

È inoltre importante valutare quali siano esattamente le variabili che mancano in questo gruppo di donne, in modo da migliorare la futura raccolta dati.

Utilità di quantificare e valutare i Casi Inclassificabili

Nel 2017, l'ospedale A ha avuto un totale di 2500 parti e 250 (10%) non possono essere classificati in nessuno dei gruppi di Robson. Una volta riviste queste cartelle cliniche, ci si è accorti che le informazioni mancanti erano per la maggior parte riguardanti la posizione fetale (n=200/250 casi). In questo ospedale, sarebbe relativamente semplice ridurre il numero di casi inclassificabili inserendo adeguatamente le informazioni sulla posizione fetale, facilmente rilevabili dalle cartelle cliniche delle pazienti.

D'altro canto, nell'ospedale B, che ha 7500 parti all'anno, ci sono stati 225 casi inclassificabili (3%) e la variabile mancante più frequente è la modalità di insorgenza del travaglio e la modalità del parto (es. incluso il TC pre- travaglio) (n=218/225 casi).

Sembrirebbe che gli amministratori dell'ospedale B abbiano bisogno di meno sforzi per migliorare la raccolta dei dati, poiché il gruppo di casi inclassificabili è in proporzione minore rispetto a quello nell'ospedale A. Tuttavia, le informazioni mancanti all'interno dell'ospedale B (inizio del travaglio e parto) sono meno oggettive rispetto alle informazioni mancanti nell'ospedale A (posizione fetale). Per ridurre il numero di casi inclassificabili dovuti a informazioni mancanti sull'inizio del travaglio, si dovrebbe considerare l'aggiunta di un nuovo campo per raccogliere queste informazioni specifiche in ciascun caso. Per esempio, ad un certo punto nella raccolta di dati prima del parto, per tutte le donne deve essere ottenuta una delle tre opzioni: travaglio spontaneo, travaglio indotto o TC pre-travaglio. Tutto il personale del reparto di Ostetricia dovrebbe concordare la definizione di travaglio spontaneo e assicurarsi che tutti gli operatori sanitari capiscano e implementino questa definizione durante la compilazione dei moduli.

04. Domande frequenti su come classificare le donne **DOMANDE SU...**

Nelle prossime pagine sono presenti le risposte a domande comuni su come classificare le donne nei gruppi di Robson.

Domande frequenti su come classificare le donne



Domande sulla parità:

D 1: Ho appena fatto un TC a causa di sofferenza fetale, a una nullipara, in travaglio (8cm) con una gravidanza singola, cefalica a termine. Dovrei classificarla nel Gruppo 1 o 5?

R 1: Questa donna dovrebbe essere classificata nel gruppo 1. La classificazione non tiene conto del parto attuale. Perciò, la donna è nullipara e non multipara con precedenti TC.

D 2: Come dovrei classificare una donna con 5 precedenti parti a termine che partorisce un nato morto, cefalico, a 26 settimane, che pesa 620g? Nel mio paese, registriamo i nati vivi che pesano almeno 500g, ma non registriamo i nati morti che pesano meno di 1000g.

R 2: Questa donna apparterebbe al Gruppo 10. Tuttavia, si può decidere di non includerla nella Classificazione di Robson per le definizioni da voi usate. In questo caso, si dovrebbe aggiungere una nota a fondo pagina nella tua tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson, nella quale vengono specificati i criteri che vengono utilizzati per definire una nascita. Per esempio, si potrebbe dichiarare nella nota "abbiamo incluso solo i nati vivi che pesano $\geq 500g$ alla nascita e i nati morti che pesano $\geq 1000g$ ".

D 3: Come classifco una donna alla sua quarta gravidanza, con tre precedenti aborti spontanei (a 8, 12 e 14 settimane), ricoverata in travaglio spontaneo a 38 settimane, con una gravidanza singola cefalica? Appartiene al Gruppo 1 o 3?

R 3: Appartiene al Gruppo 1 perché è nullipara (ossia non ha mai partorito un bambino che pesi $\geq 500g$ o che abbia ≥ 22 settimane di gestazione).

D 4: Una donna nullipara con una storia di miomectomia due anni fa, viene ricoverata per un TC pre-travaglio a 38 settimane, con una gravidanza singola cefalica. Dovrebbe essere classificata nel gruppo 2 o nel gruppo 5?

R 4: Questa donna appartiene al Gruppo 2 (2b). Solo donne con precedenti cicatrici uterine dovute a uno o più TC dovrebbero essere classificate nel Gruppo 5.



D 5: Come classifico una donna ricoverata per induzione di travaglio a 41 settimane con un precedente parto vaginale? Tenderei a classificarla nel Gruppo 1 perché nel mio paese la chiamiamo primipara; usiamo la parola multipara solo per donne che hanno avuto almeno due parti precedenti.

R 5: Per la Classificazione di Robson, tutte le donne con una o più nascite sono classificate come "Multipare". Perciò, questa donna appartiene al Gruppo 4.

Domande sull'inizio del travaglio

D 1: Ho ricoverato una nullipara con una gravidanza singola cefalica a 40 settimane con le membrane rotte da 4 ore e contrazioni regolari nell'ultima ora. Una volta ricoverata aveva una cervice con dilatazione di 2 cm, raccorciato dell'80%, con contrazioni ogni tre minuti, corrispondente alla definizione che l'ospedale ha di travaglio spontaneo. Quattro ore dopo il ricovero, ha ancora una dilatazione di 2 cm e le ho somministrato ossitocina per accelerare il travaglio (augmentation). Dovrei classificarla nel Gruppo 1 o 2?

R 1: Questa donna appartiene al Gruppo 1, dato che si tratta di una nullipara entrata in travaglio spontaneamente (secondo la vostra definizione di travaglio spontaneo). L'uso di ossitocina in questo caso è per l'accelerazione del travaglio e non per l'induzione. Dunque, non appartiene al Gruppo 2, il quale comprende esclusivamente le donne non in travaglio, con travaglio indotto utilizzando un qualsiasi metodo (farmacologico o meccanico).

D 2: Ho ricoverato una donna di 41 anni obesa e multipara (3 precedenti parti vaginali) alla 40esima settimana con una gravidanza singola e cefalica, in travaglio spontaneo con 4 cm di dilatazione cervicale. Ha il diabete gestazionale, il feto è macrosomico ed è stata prenotata per un TC elettivo nel giorno seguente. Dovrebbe stare nel Gruppo 3 o 4?

R 2: Appartiene al Gruppo 3 perché il travaglio è iniziato spontaneamente e la classificazione considera sempre come si entra in travaglio nella gravidanza in corso, indipendentemente da come era stato pianificato il parto.



Domande sulle gravidanze multiple

D 1: Se una donna con una gravidanza gemellare ha il suo primo bambino in situazione trasversa, dovrei classificarla come Gruppo 8 o Gruppo 9?

R 1: Appartiene al Gruppo 8, dato che include "Tutte le donne con gravidanza multipla". Il Gruppo 9 è soltanto per le donne con una gravidanza singola e un feto in situazione trasversa o obliqua

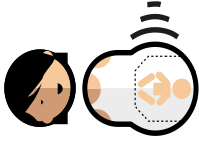
D 2: A una donna nullipara viene diagnosticata una gravidanza tripla a 14 settimane. Alla 22esima, l'ecografia rileva che solo un feto è ancora vivo mentre gli altri due feti sono morti, con peso stimato di <500g. Si presenta alla 39esima settimana in travaglio spontaneo, il feto vivo in posizione cefalica. Come dovrei classificare questa donna: Gruppo 1 o 8?

R 2: Questo caso appartiene al Gruppo 1. La classificazione non si applica a gravidanze/feti con peso stimato al di sotto dei 500g o meno di 22 settimane di gestazione



Domande frequenti su come classificare le donne

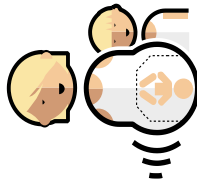
GRUPPO

1

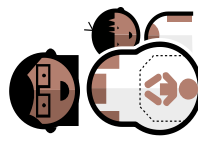
GRUPPO

2

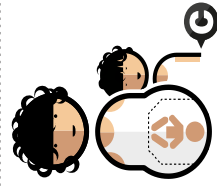
GRUPPO

3

GRUPPO

4

GRUPPO

5

25

D 3: A una donna di 42 anni, multipara (2 TC precedenti) viene diagnosticata con l'ecografia una gravidanza gemellare a 10 settimane. Alla 31esima, viene ricoverata a causa di severa preeclampsia e restrizione della crescita fetale, con entrambi i feti vivi. Il secondo giorno, uno dei due feti muore. Viene immediatamente sottoposta a TC pre-travaglio. Il primo feto, morto, è podalico. Il feto che sopravvive è cefalico. Come dovrei classificare questa donna: Gruppo 5.2, 7 o 8?

R 3: Questo caso appartiene al Gruppo 8. Il decesso fetale è avvenuto dopo la 22esima settimana di gestazione (o dopo aver raggiunto i 500g di peso fetale), perciò la gravidanza è comunque considerata multipla. Non appartiene al Gruppo 5 perché solo una donna a termine con una gravidanza cefalica singola dovrebbe essere collocata in questo gruppo. Non appartiene al Gruppo 7 poiché è esclusivamente per gravidanze singole podaliche.

D 4: Ho un totale di 3000 donne che hanno partorito nel mio ospedale nel 2015; 60 di queste donne hanno partorito gemelli e una donna una tripletta. Dunque, il mio numero totale di bambini nel 2015 è stato di 3062. Quando compilo la tabella con le Classi di Robson del 2015 del mio ospedale, il numero totale (ultima linea nella Colonna 2) dovrebbe essere 3000 o 3062?

R 4: Il numero totale della tabella della Classificazione di Robson si riferisce al numero totale di DONNE che hanno partorito, non al numero totale di neonati. Dunque, il numero totale corretto è 3000.

La Classificazione di Robson si riferisce alle **donne** che partoriscono in determinate situazioni, e non ai neonati

Domande sulla presentazione

D 1: Come dovrei classificare una nullipara in travaglio spontaneo a 38 settimane, 8cm di dilatazione, con una presentazione di faccia?

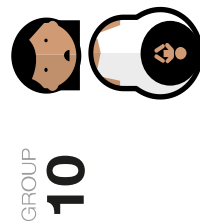
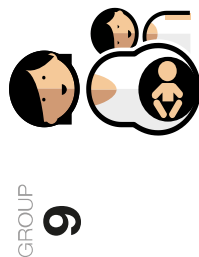
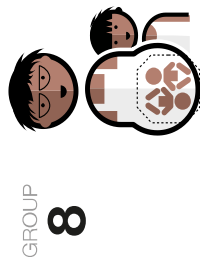
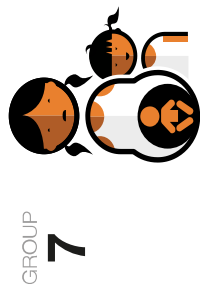
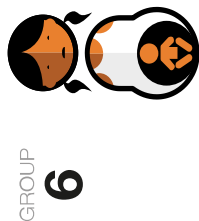
R 1: Questa donna appartiene al Gruppo 1. Tutte le presentazioni di faccia, fronte o cefaliche composte devono essere classificate nel Gruppo 1. Sinché la parte che si presenta è una parte della testa fetale, si tratta di presentazione cefalica.

D 2: Ho ricoverato una donna con 3 parti vaginali precedenti, attualmente in travaglio spontaneo alla 39esima settimana, 5 cm di dilatazione, con membrane rotte, e una gravidanza singola con il feto in posizione cefalica con associazione di una mano insieme alla testa. Dovrei classificarla nel Gruppo 3 o 9?

R 2: Questa donna appartiene al Gruppo 3. Sinché la parte che si presenta è la testa fetale, viene considerata una presentazione cefalica. Il Gruppo 9 è solo per le donne con situazione fetale trasversa o obliqua, in cui è possibile avere prolasso del braccio, a differenza di questo caso.

D 3: Ho ricoverato una nullipara con una gravidanza singola, podalica a 37 settimane, non in travaglio. È stata sottoposta con successo a un rivolgimento per manovre esterne e indotta al travaglio subito dopo. In 12 ore, partorisce un feto in posizione cefalica per via vaginale. Come classifico questa donna: nel Gruppo 6 o 2a?

R 3: Questa donna dovrebbe essere classificata nel Gruppo 2a. La classificazione di Robson usa la presentazione/situazione fetale finale prima del parto o prima del travaglio. In questo caso, la presentazione all'inizio del travaglio era cefalica, perciò la donna appartiene al Gruppo 2a.



Domande sulla situazione fetale, morte fetale e malformazioni fetali

D 1: Una nullipara arriva a 32 settimane, dilatazione totale, con una gravidanza singola cefalica e prolasso del cordone ombelicale. Dovrebbe essere classificata nel Gruppo 1, 10 o 9?

R 1: Appartiene al Gruppo 10 perché comprende tutte le gravidanze singole premature cefaliche. Non corrisponde al Gruppo 1 perché la sua gravidanza non è a termine (37 settimane o più) e il Gruppo 9 è soltanto per le situazioni trasverse o oblique, e non è il suo caso.

D 2: Una donna multipara con 2 TC precedenti viene ricoverata a 30 settimane, con grave preeclampsia, non in travaglio, con un feto podalico morto. Dovrebbe essere inclusa nella classificazione di Robson dato che il suo feto è morto? Se sì, appartiene al Gruppo 5, 7 o 10?

R 2: La Classificazione di Robson non esclude i nati morti; perciò, questa donna dovrebbe essere inclusa nella classificazione. Appartiene al Gruppo 7 poiché questo gruppo include tutte le donne multipare con una gravidanza singola podalica comprese quelle con TC precedenti. Non appartiene al Gruppo 5 o 10 perché il feto è podalico e questi gruppi comprendono solo gravidanze cefaliche.

D 3: Una donna nullipara con un feto anencefalico è ricoverata a 24 settimane per l'induzione al travaglio. Il feto è morto e in posizione cefalica. Dovremmo includerla nella Classificazione di Robson? Se sì, dovrebbe essere categorizzata nel gruppo 2 o 10?

R 3: La Classificazione di Robson non esclude feti malformati o morti; perciò, questa donna dovrebbe essere inclusa nella classificazione. Appartiene al Gruppo 10, che comprende tutte le donne con una gravidanza cefalica singola prematura; il fatto che la testa cefalica presenti una malformazione non cambia il fatto che sia comunque cefalico. Il Gruppo 2 è per gravidanze cefaliche a termine, e non si tratta di questo caso.

05. Modi di classificare le donne nei gruppi di Robson

“NON C'È BISOGNO DI UN TEAM DI SPECIALISTI INFORMATICI”

Ci sono modi diversi che si possono utilizzare per classificare ogni donna in uno dei 10 gruppi. Può essere semplice come ricercare manualmente nelle cartelle delle pazienti le variabili fondamentali e aggiungendo una nota con la matita sulla copertina della cartella clinica con il numero del gruppo di Robson. D'altro canto, potrebbe anche essere complesso come chiedere ad un team di specialisti di creare un software che selezioni le variabili fondamentali nella cartella clinica elettronica e che assegni automaticamente un gruppo di Robson a ciascuna cartella, basandosi su formule prestabilite

Il diagramma di flusso nella prossima pagina offre una guida sull'ordine in cui la categorizzazione può essere fatta nella maniera più semplice.

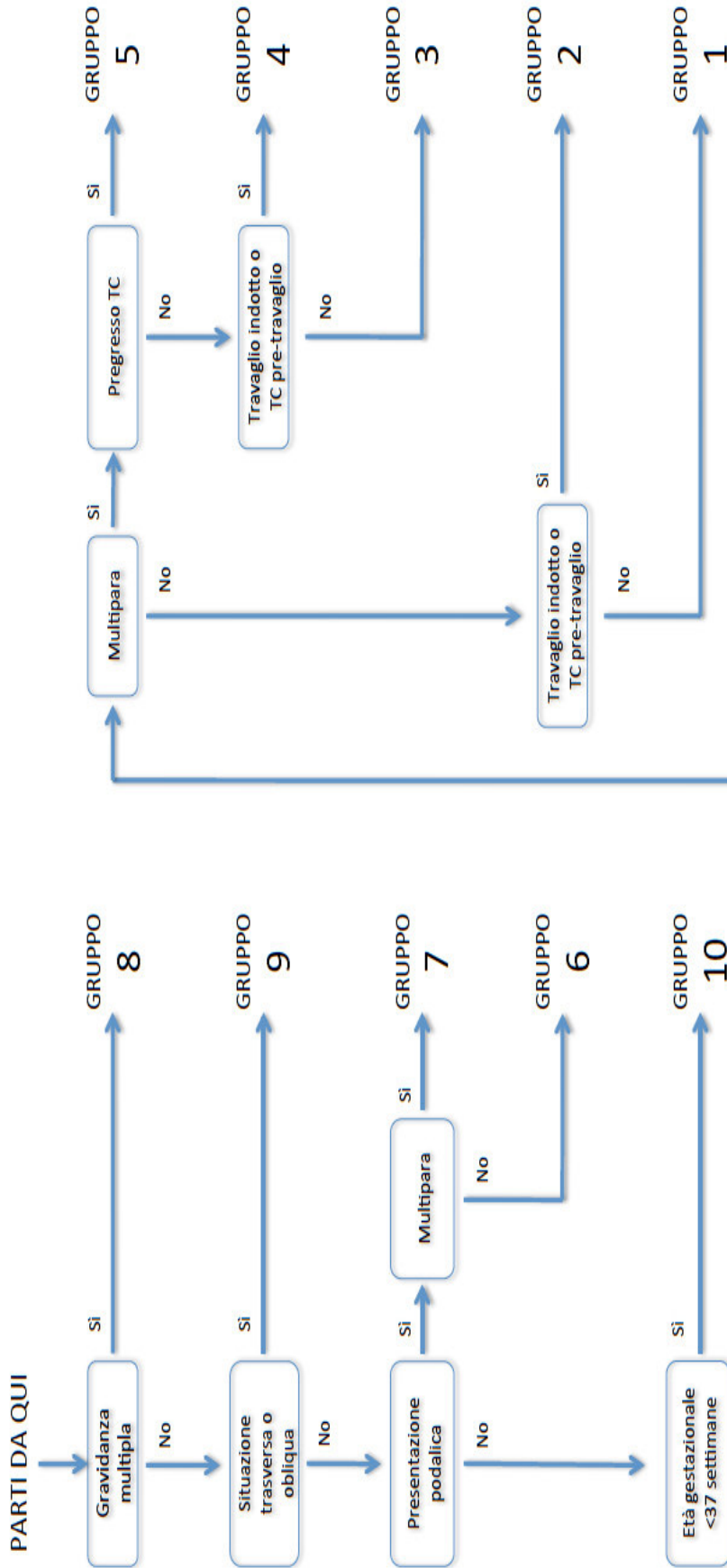
I casi con dati mancanti (nessuna informazione in una o più delle sei variabili centrali) dovrebbe essere categorizzata come "Inclassificabile" e la variabile mancante dovrebbe essere annotata per facilitare l'analisi di questi casi.



Jonathan Torgovnik

Modi di classificare le donne nei gruppi di Robson

Figura 2: Diagramma di flusso (Flow chart) per classificare le donne secondo la Classificazione di Robson



Adattato da: Nassar LF, Sancho HD. Instrucción de Robson . v.0.1-1. 2015/06/08. Caja Costarricense de Seguro Social)

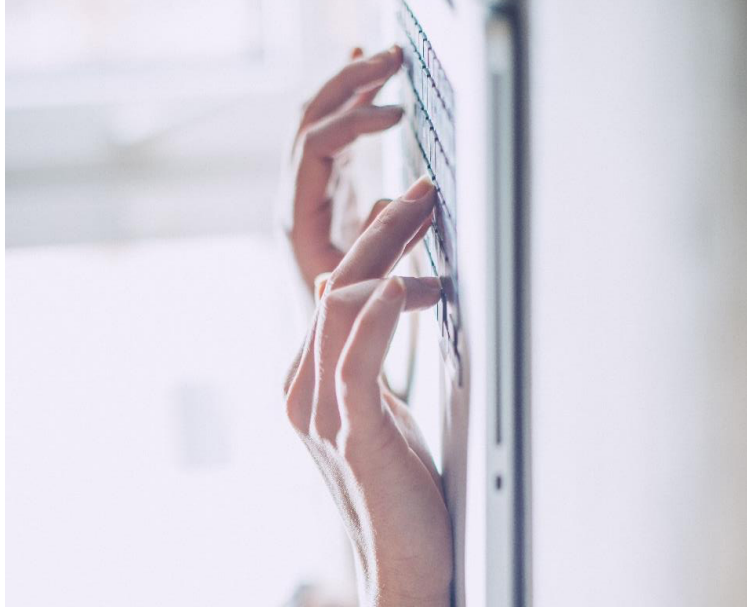
5.1 Manualmente

Ogni donna può essere classificata manualmente all'interno di uno dei 10 gruppi con revisione e raccolta dei dati da ciascuna cartella clinica o direttamente dai registri della sala parto (log books) se forniscono le variabili richieste elencate nella Tabella 1 o utilizzando le definizioni presenti nella Tabella 3. Una volta che la donna è stata classificata, il suo gruppo specifico può essere segnato nella sua cartella o in un nuovo spazio appositamente creato nel registro della sala parto. Tale assegnazione può essere utilizzata per facilitare i calcoli periodici (es. mensili) del numero di donne in ogni gruppo. Per facilitare la classificazione per ogni donna, si potrebbe stampare una copia del diagramma di flusso nella pagina precedente (Figura 2) e seguire i passaggi in esso proposti.

5.2 Utilizzando un tabulato o un calcolatore automatico

Questa forma di classificazione è forse superiore alla raccolta manuale poiché riduce gli errori umani nel decidere a quale gruppo assegnare ciascuna donna. Comunque, richiede che ognuna delle variabili di base per ciascuna donna sia digitata all'interno di un tabulato elettronico. Si potrebbe per esempio elaborare un tabulato (vedi Tabella 4 nella prossima pagina) dove ciascuna riga corrisponda a una donna e ciascuna colonna corrisponda ad una delle sei variabili di base con possibili specifiche risposte per ogni variabile. Si potrebbe dunque creare un'ulteriore colonna chiamata "Numero del Gruppo" dove, attraverso le medie delle formule elettroniche con le regole della classificazione, ogni donna verrebbe automaticamente assegnata ad un gruppo di Robson.

La tabella nella prossima pagina può essere utile agli specialisti informatici del tuo ospedale per creare le formule elettroniche per la classificazione di tutte le donne in uno dei 10 gruppi di Robson, basandosi sulle sei variabili fondamentali.



Modi di classificare le donne nei gruppi di Robson

5.2 Utilizzando un tabulato o un calcolatore automatico

Tabella 4: Riassunto delle specificazioni per le variabili in ciascun gruppo di Robson

Gruppo	Parità	Pregressi TC	N° di feti	Situazione o posizione fetale	Età gestazionale (settimane compiute)	Insorgenza del travaglio
1	0	No	1	Cefalico	≥ 37	Spontaneo
2	0	No	1	Cefalico	≥ 37	Indotto o TC prima del travaglio
3	≥ 1	No	1	Cefalico	≥ 37	Spontaneo
4	≥ 1	No	1	Cefalico	≥ 37	Indotto o TC prima del travaglio
5	≥ 1	SI	1	Cefalico	≥ 37	Qualsiasi
6	0	No	1	Podalico	Qualsiasi	Qualsiasi
7	≥ 1	Qualsiasi	1	Podalico	Qualsiasi	Qualsiasi
8	Qualsiasi	Qualsiasi	≥ 2	Qualsiasi	Qualsiasi	Qualsiasi
9	Qualsiasi	Qualsiasi	1	Trasverso o obliquo	Qualsiasi	Qualsiasi
10	Qualsiasi	Qualsiasi	1	Cefalico	< 37	Qualsiasi

5.3 Utilizzando cartelle cliniche elettroniche

Se il tuo ospedale usa cartelle cliniche elettroniche, suggeriamo di contattare il team di supporto informatico, mostrargli le variabili ostetriche di base necessarie per classificare le donne in uno dei 10 gruppi (Tabella 4 sopra) e il diagramma di flusso utilizzato per la classificazione manuale (Figura 2) e chiedergli di creare le formule necessarie per classificare automaticamente tutte le donne ricoverate per il parto.

Possono inoltre utilizzare questo metodo per creare la **Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson**.

06. La Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson

“I DATI SONO RIPORTATI MEGLIO IN MANIERA STANDARDIZZATA”

Per fare in modo che la maggior parte delle informazioni ottenute dalla Classificazione di Robson in ogni punto nascita e per consentire il confronto fra le diverse strutture, è meglio riportare i dati in maniera standardizzata (Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson).



La Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson

La Tabella con i 10 Gruppi consiste di sette colonne, come segue:

Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4	Colonna 5	Colonna 6	Colonna 7
Nome del gruppo e/o numero e suddivisione (con suddivisione per i Gruppi 2, 4 e 5, se di interesse per l'utilizzatore)	Numero totale di TC in ogni gruppo	Numero totale di donne in ogni gruppo	Dimensione del gruppo relativa al numero complessivo di parti della struttura. Per ciascuno dei 10 gruppi, in percentuale	Tasso di TC in ogni gruppo. Per ciascuno dei 10 gruppi, in percentuale	Contributo assoluto del gruppo al tasso complessivo di TC. Per ciascuno dei 10 gruppi, in percentuale	Contributo relativo di ciascun gruppo al tasso complessivo di TC. Per ciascuno dei 10 gruppi, in percentuale

Suggeriamo di compilare partendo dalle Colonne 3 e 4 (numero totale di TC e numero totale di donne in ognuno dei 10 gruppi) per passare poi al calcolo delle percentuali.

06. La Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson

Tabella 5: Tabella di con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson

Nome della Struttura: Ospedale ABC							periodo: gennaio 2016 a dicembre 2016	
Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4	Colonna 5	Colonna 6	Colonna 7		
Gruppo	Numero di TC nel gruppo	Numero di donne nel gruppo	Dimensioni ¹ del gruppo (%)	Tasso ² di TC nel gruppo(%)	Contributo assoluto del gruppo al tasso complessivo di TC ³ (%)	Contributo relativo del gruppo al tasso complessivo di TC ⁴ (%)		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
Totale*	Numero totale di TC	Numero totale di donne (parti)	100%	Tasso totale di TC	Tasso totale di TC	100%		

Inclassificabile: numero di casi e % [Numero casi inclassificabili/(Numero totale di donne classificate + non classificate) x 100]

1. dimensione del gruppo % = n di donne nel gruppo/n totale di donne partorienti nell'ospedale x 100
 2. tasso di TC del gruppo % = n di TC nel gruppo/n totale di donne nel gruppo x 100
 3. contributo totale % = n di tc nel gruppo/n totale di donne partorienti nell'ospedale x 100
 4. contributo relativo % = n di TC nel gruppo/n totale di TC nell'ospedale x 100

*Questi valori totali e percentuali (alla fine di ogni colonna) vengono dai numeri nella tabella

Come Interpretare la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson

07. Come Interpretare la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson

“AIUTA A COMPRENDERE IL TIPO DI POPOLAZIONE ASSISTITO NELL'OSPEDALE”

L'interpretazione della Tabella di con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson può portare a utili osservazioni riguardo la qualità dei dati raccolti, il tipo di popolazione nell'ospedale, il tasso di TC di ogni gruppo e come ciascuno dei 10 gruppi contribuisca al tasso di TC complessivo in una determinata struttura, e la filosofia generale dell'assistenza del punto nascita.

United Nations Photo

35



I lettori dovrebbero ricordarsi che in strutture con bassi volumi di parti, l'interpretazione deve tenere conto degli effetti che piccole modifiche nei numeri hanno sui valori percentuali. Uno dei principi della Classificazione di Robson è che nessuna donna sia esclusa e che prima di analizzare nel dettaglio qualsiasi gruppo, è importante capire le dimensioni di tutti i 10 gruppi per determinare il peso e la composizione della popolazione ostetrica totale. Così facendo solitamente si identificano sia i problemi più ovvi nella raccolta dei dati (validazione) e si identificano popolazioni particolari. **Nessun gruppo deve essere interpretato singolarmente se i 10 gruppi non sono ancora stati analizzati nel loro insieme.**

L'interpretazione dei dati raccolti nella Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson può essere facilitata seguendo una serie di passaggi che abbiamo diviso in tre campi principali: 1) qualità dei dati 2) tipo di popolazione e 3) tassi di tagli cesarei. Nell'ambito della "Qualità dei Dati" (Tabella 6) ci sono alcuni semplici passaggi da verificare se si vuole migliorare la raccolta di dati. I passaggi nell'ambito del "Tipo di Popolazione" (Tabella 7) aiutano a capire meglio le caratteristiche delle donne che partoriscono nel tuo ospedale.

Questa informazione può essere usata per le analisi del fenomeno, es. per aiutare a capire se questa popolazione è stabile o è cambiata negli ultimi mesi o anni. Nell'ambito dei "Tassi di TC" (Tabella 8) si trovano i passaggi per capire e confrontare i tassi di TC all'interno dei 10 gruppi e identificare quali gruppi apportano il contributo maggiore al tasso complessivo di TC nel tuo ospedale.

PRINCIPI GENERALI dell'interpretazione della Tabelle con i 10 gruppi di Robson

Le tre ragioni principali delle differenze nelle dimensioni dei gruppi o di eventi e esiti all'interno dei gruppi sono le seguenti:

- Scarsa qualità dei dati (informazioni non corrette nella cartella della paziente o errori nel raccogliere le informazioni dalle cartelle)
- Differenze in caratteristiche epidemiologiche significative della popolazione (età, BMI, etc...)
- Differenze nella pratica clinica. Le differenze nella pratica sono da considerare solo dopo aver valutato le variabili qualitative ed epidemiologiche.

Come Interpretare la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson

Questo tipo di informazione può essere utilizzato per analizzare dei cambiamenti nel tempo, confrontare differenze tra gli ospedali, ed aiutare a modificare la pratica clinica per ottimizzare i tassi di TC in gruppi specifici assicurando buoni esiti materni e perinatali. La sicurezza e la qualità dell'assistenza durante il travaglio e il parto sono alla fine connessi agli esiti materni e perinatali, così come alla soddisfazione materna. Idealmente, tutti i risultati perinatali dovrebbero essere analizzati utilizzando un sistema di classificazione perinatale standard e nessun risultato dovrebbe essere valutato singolarmente. **La classificazione di Robson può essere usata come strumento di valutazione dell'assistenza piuttosto che di raccomandazioni sulla stessa.** È a discrezione dell'ospedale decidere quale sia il trattamento più appropriato, basandosi sui propri risultati e altre prove disponibili (12, 13).

Gli esempi di interpretazione mostrati nelle Tabelle 6-8 si basano su due fonti; una sviluppata da Michael Robson basata sulla sua esperienza internazionale applicando la classificazione dal 1990 (9, 14, 15) e la seconda fonte è il Sondaggio Multinazionale (Multicountry Survey) dell'OMS sulla Salute Materna e Neonatale (WHO MCS) (16, 17). **Si dovrebbe enfatizzare che nessuna di queste fonti è stata validata formalmente e che i tassi di TC nei gruppi presentati in questa tabella non sono stati correlati a risultati migliori.** In particolare, si noti che i tassi di TC in ciascuno dei gruppi di Robson nell'OMS MCS si riferiscono a una media ottenuta da più di 60 strutture sanitarie in paesi a basso, medio reddito e perciò **non possono e non devono essere presi come una raccomandazione** che chiunque nel mondo dovrebbe seguire.

L'OMS MCS è stato uno studio trasversale condotto in più di 300 strutture sanitarie in 29 paesi e che ha incluso più di 314,000 donne dall'Africa, Asia, l'est del Mediterraneo e l'America Latina (17,18). Utilizzando i dati di questo sondaggio, è stata creata una "popolazione di riferimento" che consta di strutture con bassi tassi di TC e bassa mortalità perinatale intrapartum. Si è ritenuto che queste strutture abbiano pochi TC non necessari e buoni risultati materni e perinatali (16,19). La "popolazione di riferimento" è comprensiva di 42,637 donne provenienti da 66 strutture sanitarie in 22 paesi. Il box del Sondaggio Multinazionale presenta informazioni più dettagliate sull'OMS MCS e sulla "popolazione di riferimento".

I passaggi consigliati in basso utilizzano l'ordine delle colonne illustrato nella Tabella 5. Queste regole devono essere utilizzate solo dopo una lettura e comprensione completa della classificazione. Se la vostra distribuzione dei dati (dimensione dei gruppi) sembra insolita, bisogna prima di tutto sospettare una scarsa qualità dei dati o la possibilità di una popolazione particolare. Nessun ospedale raccoglie in modo continuo i dati in modo del tutto corretto.

Usato in maniera continua, questo sistema può aiutare a individuare errori e migliorare la qualità della raccolta di dati. Nelle prossime pagine, verranno presentati i passaggi per l'interpretazione della Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson

● ————— ●
Determinazione della qualità dei dati

● ————— ●
Determinazione del tipo di popolazione ostetrica

● ————— ●
Determinazione del tasso dei tagli cesarei

SONDAGGIO MULTINAZIONALE sulla Salute Materna e Neonatale (WHO)

L'OMS MCS è uno studio trasversale condotto in 359 strutture sanitarie in 29 paesi. Paesi, province e strutture ospedaliere sono state selezionate casualmente per partecipare attraverso una strategia di campionamento stratificata, a più stadi. Sono state incluse solo le strutture ospedaliere con più di 1000 parti all'anno e in cui potevano essere eseguiti TC. Tra maggio 2010 e dicembre 2011, sono state reclutate 324,623 donne da Africa, Asia, est del Mediterraneo e America Latina (17, 18).

Per la creazione della "popolazione di riferimento" è stato preso in considerazione il fatto che la mortalità perinatale correlata a eventi intrapartum (es. nati morti intrapartum più le morti neonatali che sono avvenute nel primo giorno dopo il parto) rappresenti ragionevolmente un indicatore della qualità dell'assistenza durante la nascita. Si è ritenuto inoltre che le strutture sanitarie con bassi tassi di TC e bassa mortalità perinatale intrapartum abbiano eseguito pochi TC non necessari con buoni risultati materni e perinatali, perciò questa popolazione è stata individuata come "riferimento" (16). Le strutture del campione dell'OMS MCS che presentavano tasso di TC e di mortalità perinatale intrapartum al di sotto del 50° percentile costituiscono quindi la "popolazione di riferimento". Questo *cut-off* specifico (ossia il 50° percentile) è stato selezionato poiché la mediana è comunemente utilizzata per definire cosa è alto o basso in campioni sufficientemente estesi.

Tra tutte le strutture, la mediana (50° percentile) per i tassi di TC era del 30% e la mediana per le morti perinatali intra-parto era di 6,8 morti ogni 1000 nati vivi. Le strutture sanitarie al di sotto di questi valori costituiscono la "popolazione di riferimento" che comprende 42,637 donne da 66 strutture sanitarie in 22 paesi. Sono state considerate le donne che hanno partorito in queste strutture per costruire la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson in questa sezione (16).

Come Interpretare la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson

7.1 Passi per determinare la qualità dei dati

Tabella 6: Passi per determinare la qualità dei dati utilizzando la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson.*

Passo	Interpretazione di Robson	Esempio: popolazione MCS**	Ulteriore Interpretazione
1. Osserva il totale di TC e di donne che hanno partorito nel tuo ospedale (ultima riga delle Colonne 2 e 3)	Questi numeri dovrebbero essere identici al numero totale di TC e di donne che hanno partorito nel tuo ospedale	NA	Se i numeri non corrispondono, significa che i dati sono mancanti o sbagliati. Alcune donne potrebbero non essere state classificate nei gruppi di Robson a causa delle variabili mancanti o sono state classificate non correttamente per il tipo di parto. Alcune volte le gravidanze multiple vengono contate in base al numero di bambini invece che della madre#.
2. Osservare le dimensioni del Gruppo 9 (Colonna 4) <i>Gravidanze singole con situazione trasversa o obliqua</i>	Dovrebbero essere meno dell'1%	0.4%	Se è >1%, è probabile che donne con presentazione podalica (o altre) siano state erroneamente classificate come situazioni trasverse/oblique e assegnate a questo gruppo. Siccome la classificazione include tutte le donne che partoriscono, se qualche gruppo è più grande o più piccolo, controllando gli altri gruppi a volte si potrà evincere dove sia avvenuto l'errore di classificazione.
3. Osservare il tasso di TC del Gruppo 9 (Colonna 5)	Dovrebbe essere per convenzione 100%	88.6%	Per convenzione, se una donna partorisce per via vaginale in seguito a un rivolgimento interno, dovrebbe essere classificata tra le cefaliche o podaliche. I tassi di TC nel gruppo 9 dovrebbero essere 100%.

*Il numero delle Colonne è riferito alla Tabella 5

**La popolazione di riferimento MCS è la popolazione del MCS con tassi relativamente bassi di TC e, allo stesso tempo, con buoni esiti del travaglio e del parto.

#Per i casi Inclassificabili vedi la raccomandazione riportata in 3.d

NA: Non Applicabile

7.2 Passi per determinare il tipo di popolazione

Tabella 7 : Passi per determinare il tipo di popolazione utilizzando la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson*

Passi	Interpretazione di Robson	Esempio: popolazione MCS**	Ulteriore Interpretazione
1. Osservare le dimensioni del Gruppo 1 + Gruppo 2 (Colonna 4)- <i>Donne nullipare, ≥ 37 settimane di gestazione gravidanza singola cefalica</i>	Queste di solito rappresentano il 35-42% della popolazione ostetrica nella maggior parte degli ospedali	38.1%	In aree con alte proporzioni di donne con figlio unico piuttosto che con più di uno, il gruppo di donne nullipare, ossia Gruppi 1 e 2 tendono ad essere più grandi. In situazioni dove accade il contrario, questi gruppi tendono a essere più piccoli poiché la maggior parte della popolazione sarà rappresentata da donne multipare.
2. Osservare le dimensioni dei Gruppi 3+4 (colonna 4)- <i>Donne multipare ≥ 37 settimane di gestazione, gravidanza cefalica singola, senza TC precedenti</i>	Queste di solito rappresentano il 30% delle donne	46.5%	In aree con un'alta proporzione di donne con più di un figlio piuttosto che con solo un figlio, il numero dei Gruppi 3 e 4 sarà più alto del 30% (sempre che abbiano partorito per via vaginale). Un'altra ragione per una minore dimensione dei Gruppi 3 e 4 potrebbe essere una dimensione elevata del gruppo 5, che sarebbe associata ad un tasso di TC molto alto.
3. Osservare le dimensioni del Gruppo 5 (colonna 4) <i>Donne multipare ≥ 37 settimane di gestazione gravidanza singola cefalica con precedenti TC</i>	È correlata al tasso di TC complessivo. La dimensione del Gruppo 5 di solito corrisponde alla metà del tasso di TC totale. In situazioni con bassi tassi di TC, è generalmente sotto il 10%.	7.2%	La dimensione del Gruppo 5 è solitamente correlata al tasso di TC complessivo. Se le dimensioni di questo gruppo sono maggiori, significa che c'è stato un alto tasso di TC negli anni precedenti in quell'ospedale e principalmente nei Gruppi 1 e 2. In posti con alti tassi di TC, le dimensioni del gruppo possono essere >15%.
4. Osservare le dimensioni dei Gruppi 6+7 (colonna 4) <i>Podalici in donne nullipare e multipare</i>	Dovrebbe essere 3-4%	2.7%	Se il totale supera di molto il 4%, la ragione più comune è di solito un alto numero di prematuri o una maggiore proporzione di nullipare. Perciò si guardino le dimensioni del Gruppo 10 (colonna 4). Se quest'ultimo supera il 4-5%, questa ipotesi potrebbe rivelarsi corretta.

*Il numero delle Colonne è riferito alla Tabella 5

**La popolazione di riferimento MCS è la popolazione del MCS con tassi relativamente bassi di TC e, allo stesso tempo, con buoni esiti del travaglio e del parto.

#Per i casi Inclassificabili vedi la raccomandazione riportata in 3.d

Come Interpretare la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson

Tabella 7 (continua): Passi per determinare il tipo di popolazione utilizzando la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson*

Passi	Interpretazione di Robson	Esempio: popolazione MCS**	Ulteriore Interpretazione
5. Osservare le dimensioni del Gruppo 8 (Colonna 4) – Gravidanze multiple	Dovrebbe essere 1,5-2%	0,9%	Se è più alto, l'ospedale è probabilmente di secondo livello (che accoglie le gravidanze ad alto rischio) oppure partecipa a un programma di fecondazione assistita. Se è più basso, probabilmente molti dei gemelli sono stati esclusi specialmente se i gemelli restanti hanno un basso tasso di TC.
6. Osservare le dimensioni del Gruppo 10 (Colonna 4)- Pretermine cefaliche singole	Dovrebbe essere meno del 5% nelle normali condizioni di rischio	4,2%	Se è più alto, l'ospedale è probabilmente di secondo livello o vi è un alto rischio di nascite premature nella popolazione afferente all'ospedale. Se, in più, il tasso di TC in questo gruppo è basso, potrebbe rappresentare una preponderanza di travaglio spontaneo prematuro. Se il tasso di TC è alto, potrebbe suggerire per lo più TC pre-travaglio eseguiti per restrizione di crescita fetale o preeclampsia e altre complicanze mediche o della gravidanza.

* Il numero delle Colonne è riferito alla Tabella 5

** La popolazione di riferimento MCS è la popolazione del MCS con tassi relativamente bassi di TC e, allo stesso tempo, con buoni esiti del travaglio e del parto.

Per i casi Inclassificabili vedi la raccomandazione riportata in 3.d

Tabella 7 (continua): Passi per determinare il tipo di popolazione utilizzando la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson*

Passi	Interpretazione di Robson	Esempio: popolazione MCS**	Ulteriore Interpretazione
<p>7. Osservare le dimensioni del Rapporto tra le dimensioni del Gruppo 1 e quelle del Gruppo 2 (Dividere la dimensione del gruppo uno per quella del gruppo 2, Colonna 4) –</p> <p><i>Nullipare con gravidanza singola cefalica, travaglio spontaneo/ Nullipare con gravidanza singola cefalica, travaglio indotto o TC pre-travaglio</i></p>	Di solito è di 2:1 o più alto	Rapporto 3.3	<p>Se è più basso, sospettare di scarsa qualità dei dati: nullipare che hanno ricevuto ossitocina per accelerazione del travaglio (e dovrebbero stare nel Gruppo 1) potrebbero essere state inserite erroneamente alla categoria "indotto" (Gruppo 2).</p> <p>Se la raccolta dati è corretta, un rapporto inferiore potrebbe indicare un problema di elevato ricorso all'induzione al travaglio/TC pre-travaglio che potrebbe a sua volta indicare un alto rischio nella popolazione di donne nullipare che perciò hanno più possibilità di avere un alto tasso di TC. La successiva domanda da porsi è quella di avere maggiori informazioni sulle morti endouterine pre-travaglio.</p> <p>Al contrario, se il rapporto è molto alto, si dovrebbe guardare al tasso di morti endouterine pre-travaglio in questa popolazione, che potrebbe indicare un insufficiente ricorso all'induzione. Oppure si potrebbe trattare di una popolazione con un rischio molto basso.</p>

*Il numero delle Colonne è riferito alla Tabella 5

**La popolazione di riferimento MCS è la popolazione del MCS con tassi relativamente bassi di TC e, allo stesso tempo, con buoni esiti del travaglio e del parto

#Per i casi Inclassificabili vedi la raccomandazione riportata in 3.d

Come Interpretare la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson

Tabella 7 (continua): Passi per determinare il tipo di popolazione utilizzando la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson*

Passi	Interpretazione di Robson	Esempio: popolazione MCS**	Ulteriore Interpretazione
8. Osservare il Rapporto tra le dimensioni del Gruppo 3 versus il Gruppo 4 . (Si divide la dimensione del Gruppo 3 per quella del Gruppo 4, Colonna 4): <i>Multipare senza precedenti TC, gravidanza singola a termine travaglio spontaneo/Multipare con precedenti TC, gravidanza singola a termine, travaglio indotto o TC pre-travaglio</i>	È sempre più alto del rapporto tra Gruppo 1/2 nello stesso istituto, ossia più grande di 2:1. Questo è un dato molto importante nella conferma della qualità dei dati e cultura dell'organizzazione.	Rapporto 6.3	Se è più basso, si sospetti scarsa qualità dei dati: donne multipare che hanno ricevuto ossitocina per accelerazione del travaglio (e dovrebbero essere nel Gruppo 3) potrebbero essere state erroneamente inserite nella categoria "indotto" (e classificate scorrettamente nel Gruppo 4). Un rapporto basso (dovuto a un grande Gruppo 4b) potrebbe suggerire un'esperienza materna negativa nel precedente parto vaginale con richiesta di TC pre-travaglio da parte di donne multipare. Un'altra spiegazione potrebbe essere data dai TC pre - travaglio fatti per eseguire la legatura delle tube (comune in situazioni in cui il <i>family planning</i> non è facilmente disponibile).
9. Osservare il Rapporto tra le dimensioni del Gruppo 6 versus il Gruppo 7 . (Si divide la dimensione del Gruppo 6 per quella del Gruppo 7, Colonna 4): <i>Nullipare podalici/Multipare podalici</i>	È di solito 2:1 poiché podalici sono più frequenti nelle nullipare piuttosto che nelle multipare.	Rapporto di 0.8	Se il rapporto è diverso, si sospetti o un insolito rapporto di nullipare/multipare o una raccolta dati non accurata

*Il numero delle Colonne è riferito alla Tabella 5

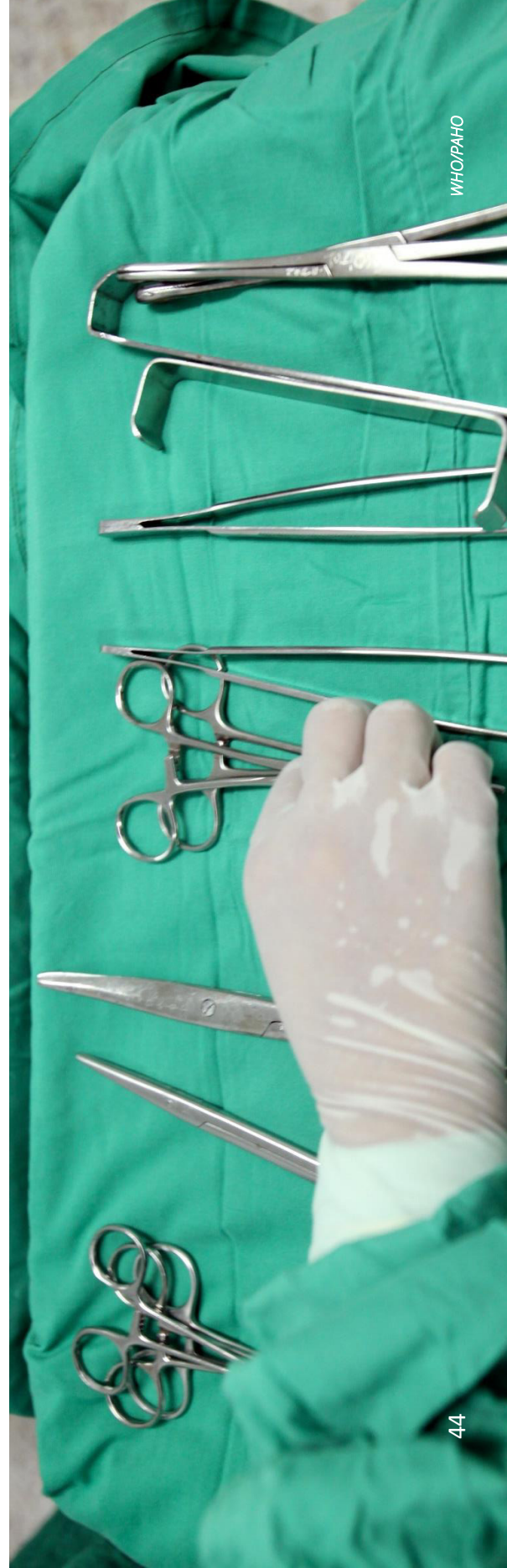
**La popolazione di riferimento MCS è la popolazione del MCS con tassi relativamente bassi di TC e, allo stesso tempo, con buoni esiti del travaglio e del parto.

7.3 Passi per determinare i tassi di TC

Nella prossima pagina presentiamo alcuni suggerimenti sui passaggi da seguire per interpretare i tassi di TC nella Tabella con i 10 Gruppi di Robson.

Si prega di ricordare che i **tassi di TC** nelle prossime pagine **non sono stati validati** rispetto agli esiti e **non dovrebbero essere interpretati come una raccomandazione**. Meramente analizzati rispetto agli altri ospedali, i tassi di TC in ciascun gruppo variano in diversi ospedali e strutture a seconda della capacità/livello di complessità,

le caratteristiche epidemiologiche della popolazione presa in considerazione e delle linee guida locali, tra gli altri fattori. In ultima analisi, l'uso della classificazione nel tempo aiuta ogni ospedale o ambiente a identificare il tasso di TC (o il range dei tassi di TC) associato ai risultati migliori in ciascuno dei 10 gruppi.



Come Interpretare la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson

7.3 Passi per determinare i tassi di TC

Tabella 8: Passi per definire i tassi di TC usando la Tabella con i 10 Gruppi di Robson*

Passi	Interpretazione di Robson	Esempio: popolazione MCS**	Ulteriore Interpretazione
1. Osservare il tasso di TC per il Gruppo 1 (Colonna 5)	Sono raggiungibili tassi inferiori al 10%	9,8%	Questo tasso può essere interpretato accuratamente solo quando è stato considerato il rapporto tra le dimensioni dei Gruppi 1:2. In principio, più alto il rapporto tra le dimensioni dei Gruppi 1 e 2, più alte le probabilità di avere tassi di TC più alti in entrambi i gruppi individualmente. In ogni caso, il tasso di TC complessivo nei gruppi 1 e 2 combinati potrebbe comunque essere basso o simile.
2. Osservare il tasso di TC per il Gruppo 2 (Colonna 5)	In modo costante intorno al 20-30%	39,9%	I tassi di TC nel gruppo 2 riflettono le dimensioni e i tassi dei Gruppi 2a e 2b. Se le dimensioni del gruppo 2b sono elevate, il tasso di TC complessivo nel gruppo 2 sarà altrettanto alto. Se il gruppo 2b è relativamente ristretto, allora alti tassi di TC nel gruppo 2 potrebbero indicare tassi di scarso successo nell'induzione o scelte sbagliate delle donne da sottoporre all'induzione e di conseguenza un alto tasso di TC nel gruppo 2a. Si ricordi il principio generale di non interpretare un singolo sottogruppo senza considerare anche il resto. L'interpretazione del Gruppo 2a richiede la conoscenza delle dimensioni relative dei Gruppi 1 e 2b.

*Il numero delle Colonne è riferito alla Tabella 5

**La popolazione di riferimento MCS è la popolazione del MCS con tassi relativamente bassi di TC e, allo stesso tempo, con buoni esiti del travaglio e del parto.

7.3 Passi per determinare i tassi di TC

Tabella 8 (Continua): Passi per definire i tassi di TC usando la Tabella con i 10 Gruppi di Robson*

Passi	Interpretazione di Robson	Esempio: popolazione MCS**	Ulteriore Interpretazione
3. Osservare il tasso di TC per il Gruppo 3 (Colonna 5)	Normalmente, non più del 3.0%	3.0%	Nelle unità con tassi di TC più alti in questo gruppo, ciò potrebbe essere dovuto ad errori durante la raccolta dati. È possibile che donne con progressi TC (Gruppo 5) siano state classificate erroneamente nel Gruppo 3. Altre possibili ragioni per alti tassi potrebbero per esempio avere a che fare con la legatura delle tube, in condizioni di scarso accesso alla contraccezione, o con la richiesta materna.
4. Osservare il tasso di TC per il Gruppo 4 (Colonna 5)	Raramente sopra il 15%	23.7%	Il tasso di TC nel Gruppo 4 riflette le dimensioni dei tassi nel 4a e 4b. Se le dimensioni del Gruppo 4b sono elevate, il tasso di TC complessivo del Gruppo 4 sarà altrettanto alto. Se il Gruppo 4b è relativamente piccolo, allora i tassi elevati di TC nel gruppo 4 potrebbero indicare tassi di scarso successo nell'induzione al travaglio o una scelta non corretta delle donne da indurre e di conseguenza un alto tasso di TC nel Gruppo 4°. Anche una raccolta dati sbagliata potrebbe essere la ragione dei tassi elevati del Gruppo 4; per esempio, dovuta all'inclusione di donne con precedenti cicatrici uterine in questo gruppo (quando dovrebbero stare nel Gruppo 5). Infine, un alto tasso di TC nel Gruppo 4 potrebbe riflettere un'alta richiesta da parte delle madri di TC anche se queste donne hanno partorito la prima volta per via vaginale. La causa potrebbe essere un travaglio precedente traumatico o troppo prolungato oppure per legatura delle tube in ambienti con scarso accesso alla contraccezione.

Come Interpretare la Tabella con i 10 Gruppi della Classificazione di Robson

Tabella 8 (Continua): Passi per definire i tassi di TC usando la Tabella con i 10 Gruppi di Robson*

Passi	Interpretazione di Robson	Esempio: popolazione MCS**	Ulteriore Interpretazione
5. Osservare il tasso di TC per il Gruppo 5 (Colonna 5)	Tassi del 50-60% sono considerati appropriati se si hanno buoni esiti materni e perinatali	74.4%	Se i tassi sono più alti, potrebbe essere dovuto a un ampio Gruppo 5.2 (donne con 2 o più pregressi TC. Questo potrebbe anche essere dovuto a una politica di programmazione di TC pre-travaglio per tutte le donne con una cicatrice uterina senza tentare il travaglio.
6. Osservare il tasso di TC per il Gruppo 8 (Colonna 5)	Di solito intorno al 60%	57.7%	Le variazioni dipendono dal tipo di gravidanza gemellare e dal rapporto di nullipare/multipare con o senza cicatrici uterine.
7. Osservare il tasso di TC per il Gruppo 10 (Colonna 5)	Nella maggior parte delle popolazioni di solito intorno al 30%	25.1%	Se più alto del 30%, di solito è dovuto a molti casi di gravidanze ad alto rischio (es. restrizione della crescita fetale, pre-eclampsia) che necessitano di TC pre-travaglio pretermine. Se più basso del 30%, suggerisce un tasso relativamente più alto di travaglio spontaneo pretermine e quindi un tasso di TC complessivo più basso.
8. Osservare il contributo relativo dei Gruppi 1, 2 e 5 al tasso complessivo di TC (sommare il contributo di ciascuno di questi gruppi nella Colonna 7)	Questi gruppi riuniti di solito contribuiscono ai 2/3 (66%) di tutti i TC nella maggior parte degli ospedali	Questi tre gruppi insieme hanno contribuito al 63.7% di tutti i TC	Questi tre gruppi dovrebbero essere il punto focale dell'attenzione se l'ospedale sta cercando di ridurre il tasso di TC complessivo. Più alto il tasso complessivo di TC, più grande l'attenzione da prestare al Gruppo 1.
9. Osservare il contributo assoluto del Gruppo 5 al tasso di TC complessivo (Colonna 7)		Questo gruppo ha contribuito al 28% di tutti i TC	Se è molto alto, potrebbe indicare che negli anni precedenti i tassi di TC nei Gruppi 1 e 2 sono stati alti e vale la pena di indagare ulteriormente.

*Il numero delle Colonne è riferito alla Tabella 5

**La popolazione di riferimento MCS è la popolazione del MCS con tassi relativamente bassi di TC e, allo stesso tempo, con buoni esiti del travaglio e del parto.

08. Barriere e fattori favorenti l'implementazione della classificazione

"DESIGNARE UNA PERSONA RESPONSABILE DELLA GESTIONE DELLA RACCOLTA DATI"

Il primo passo nell'implementazione della classificazione è designare una persona se possibile (dottore, infermiera, impiegato, amministratore o altro) come responsabile della gestione della raccolta dati e della produzione della Tabella con i 10 gruppi di Robson a intervalli regolari, settimanali o mensili. Questa persona può quindi lavorare con il personale delle sale travaglio e parto e coordinare gli sforzi per assicurare che per tutte le pazienti appena ricoverate vengano raccolte nelle rispettive cartelle tutte le variabili ostetriche necessarie per permettere la corretta classificazione in uno dei 10 Gruppi di Robson.

Secondo gli utilizzatori la forza principale della classificazione è la sua semplicità, solidità, affidabilità e flessibilità. Comunque, dati mancanti, classificazioni scorrette delle donne, mancanza di definizioni o condivisione sulle variabili essenziali della classificazione potrebbero essere fonte di problemi (11).



La classificazione di Robson non è priva di ostacoli e difficoltà. Le maggiori difficoltà indicate dagli utilizzatori sono:

Mancanza di definizione o consenso nelle variabili fondamentali usate nella classificazione: per esempio, è necessario raggiungere un accordo sull'inizio del travaglio e chiarire le differenze tra accelerazione e induzione del travaglio. È perciò consigliato che ogni ospedale stili una definizione scritta chiara (un glossario) delle variabili che potrebbero essere diverse in diverse strutture (come il travaglio spontaneo o indotto) e aggiungere queste definizioni in una nota a fondo pagina nella Tabella con i 10 Gruppi di Robson (vedi Tabella 5).

Qualità dei dati usati per classificare le donne: se i dati utilizzati non sono affidabili, il valore reale delle raccomandazioni basate sulla classificazione è confutabile.

Assicurare una buona qualità dei dati non dovrebbe essere dato per scontato e può rivelarsi problematico persino in ambienti con alte risorse.

Classificazione erronea delle donne nel gruppo sbagliato: si tratta di una possibilità reale durante la raccolta dei dati. In tutti i casi, chi raccoglie i dati deve essere accuratamente addestrato e periodicamente sottoposto a verifica, per esempio da un'altra persona che revisiona e riclassifica uno stesso campione di donne in ciascuno dei 10 gruppi.

Osservando attentamente la Tabella con i 10 Gruppi e seguendo le **regole di interpretazione**, gli utilizzatori possono trovare importanti indizi riguardanti gli errori nella classificazione di gruppi specifici.

Casi che non possono essere classificati a causa della mancanza di dati: la dimensione della categoria "inclassificabile" è un indicatore importante della qualità dei dati nelle singole cartelle cliniche.

Mancata validazione delle regole di interpretazione: un semplice insieme di regole per l'interpretazione è stato proposto da Robson (14) per aiutare a sfruttare tutte le informazioni fornite dalla classificazione, specialmente quando la si usa per confrontare dati tra diverse situazioni o variazioni nel tempo. In ogni caso, queste regole hanno ancora bisogno di essere validate per assicurare che le proposte (specialmente quelle riguardanti i tassi di TC attesi per gruppo) siano associate a buoni esiti materni e perinatali. Si incoraggiano fortemente gli utilizzatori della classificazione a raccogliere i propri dati sulla morbilità e mortalità materna e perinatale per ciascun gruppo di Robson e analizzare i dati regolarmente.

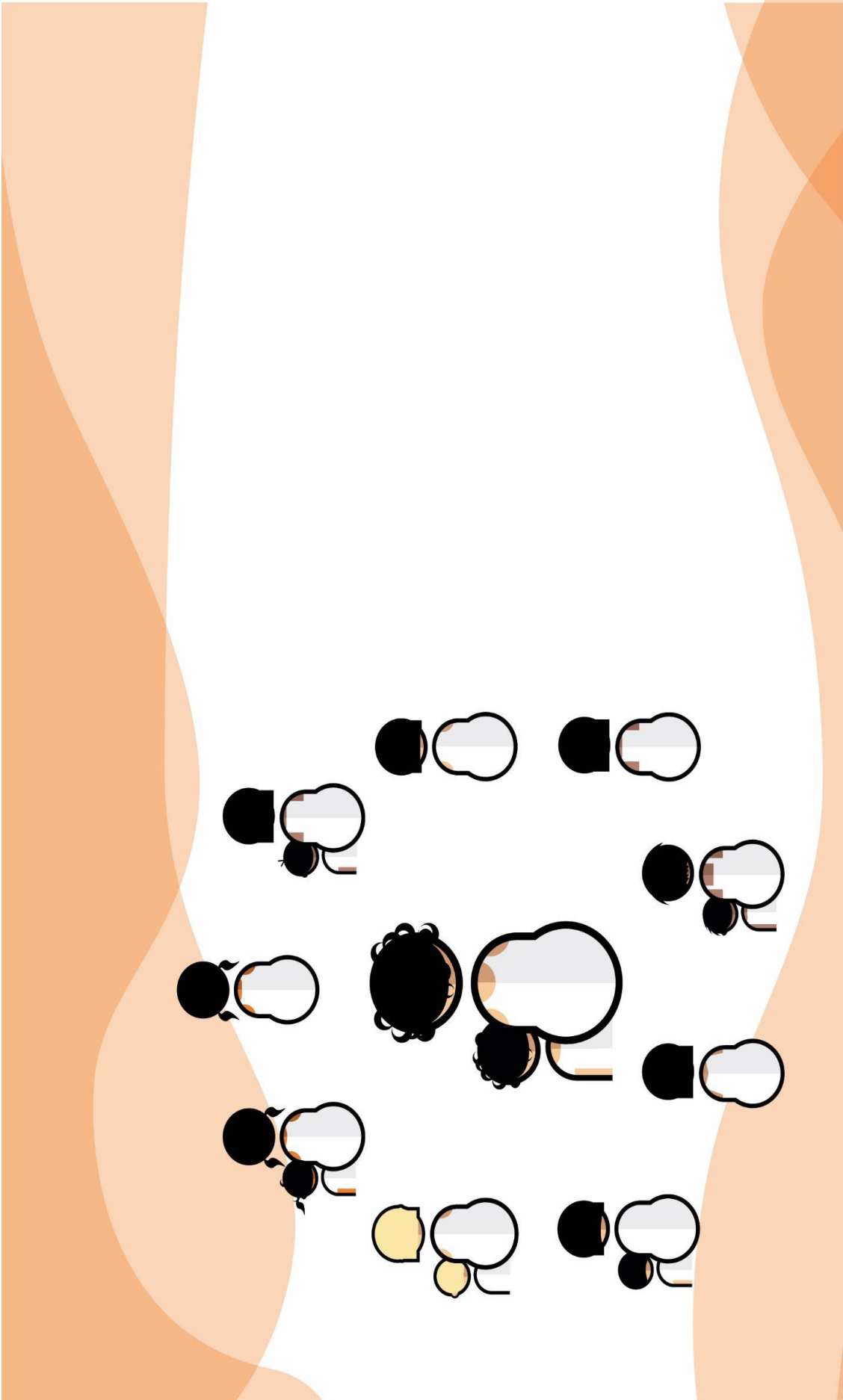


References

09. Bibliografia

09. Bibliografia

1. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS ONE*. 2016;11(2):e0148343.
2. Vogel JP, Betrán AP, Vindeoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson Classification to assess caesarean section trends in 21 countries: A secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *The Lancet Global Health*. 2015;3(5):e260-e70.
3. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).
4. Betrán AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikołajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive Health*. 2015;12:57.
5. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*. 2010;375:490-9.
6. Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine*. 2010;8:71.
7. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(4):331.e1-19.
8. Betrán AP, Torloni MR, Zhang J, Gülmezoglu AM, for the WHO Working Group on Caesarean Section. Commentary: WHO Statement on caesarean section rates. *BIOG*. 2016;123(5):667-70.
9. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001;12(1):23-39.
10. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gülmezoglu M, et al. Classifications for caesarean section: a systematic review. *PLoS ONE*. 2011;6(1):e14566.
11. Betrán AP, Vindeoghel N, Souza JP, Gülmezoglu AM, Torloni MR. A. Systematic review of the Robson Classification for caesarean section: What works, doesn't work and how to improve it. *PLoS ONE*. 2014;9(6).
12. Robson M, Murphy M, Byrne F. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015;131:523-527.
13. FIGO Working Group on Challenges in Care of Mothers and Infants during Labour and Delivery. Best practice advice on the 10-Group Classification System for cesarean deliveries. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2016;135(2):232-3.
14. Robson M, Hartigan L, Murphy M. *Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013;27:297-308.
15. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):179-94.
16. Souza JP, Betrán AP, Dumont A, de Muncio B, Gibbs Pickens C, Deneux-Tharaux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BIOG*. 2016;123:427-436.
17. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet*. 2013;18(38):1747-55.
18. Souza JP, Gülmezoglu AM, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, WHOMCS Research Group. The World Health Organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:286.
19. Robson M. A global reference for CS at health facilities? Yes, but there is work to do. *BIOG*. 2016;123(3):437.



The Manual was translated by Maria Matta, student, Harvey Course of Medicine and Surgery, Pavia University, Italy.
It was revised by Alessandra Meloni, obstetrician and gynaecologist, Department of Obstetrics and Gynecology, Azienda Ospedaliero
Universitaria - Cagliari, Italy. Design and layout: Prodigioso Volcán, Edited by Anna Vasalaki.