

Convegno regionale

LA NASCITA IN EMILIA-ROMAGNA

Presentazione del 15° Rapporto sui dati
del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP)
Anno 2017

29 Novembre 2018

Ore 9 - 12,30



Bologna
Sala 20 maggio 2012 - Regione Emilia-Romagna - viale della Fiera, 8

Sala 20 maggio 2012 - Regione Emilia-Romagna - viale della Fiera, 8
Bologna

Ore 9 - 12,30
29 Novembre 2018

Anno 2017
del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP)
presentazione del 15° rapporto sui dati

EMILIA-ROMAGNA LA NASCITA IN

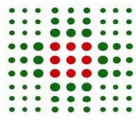
Convegno regionale



Le classi di Robson

Le classi di Robson

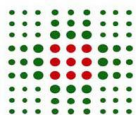
*Dott.ssa Chiara Lanzoni
U.O. Ginecologia e Ostetricia
Ospedale Ramazzini, Carpi
Direttore Dott. Paolo Accorsi*



*La analisi e la elaborazioni dei certificati di assistenza al parto nella nostra Regione, da undici anni, trasformano il flusso informativo CedAP in un ricco e dettagliato **Rapporto sulla nascita***

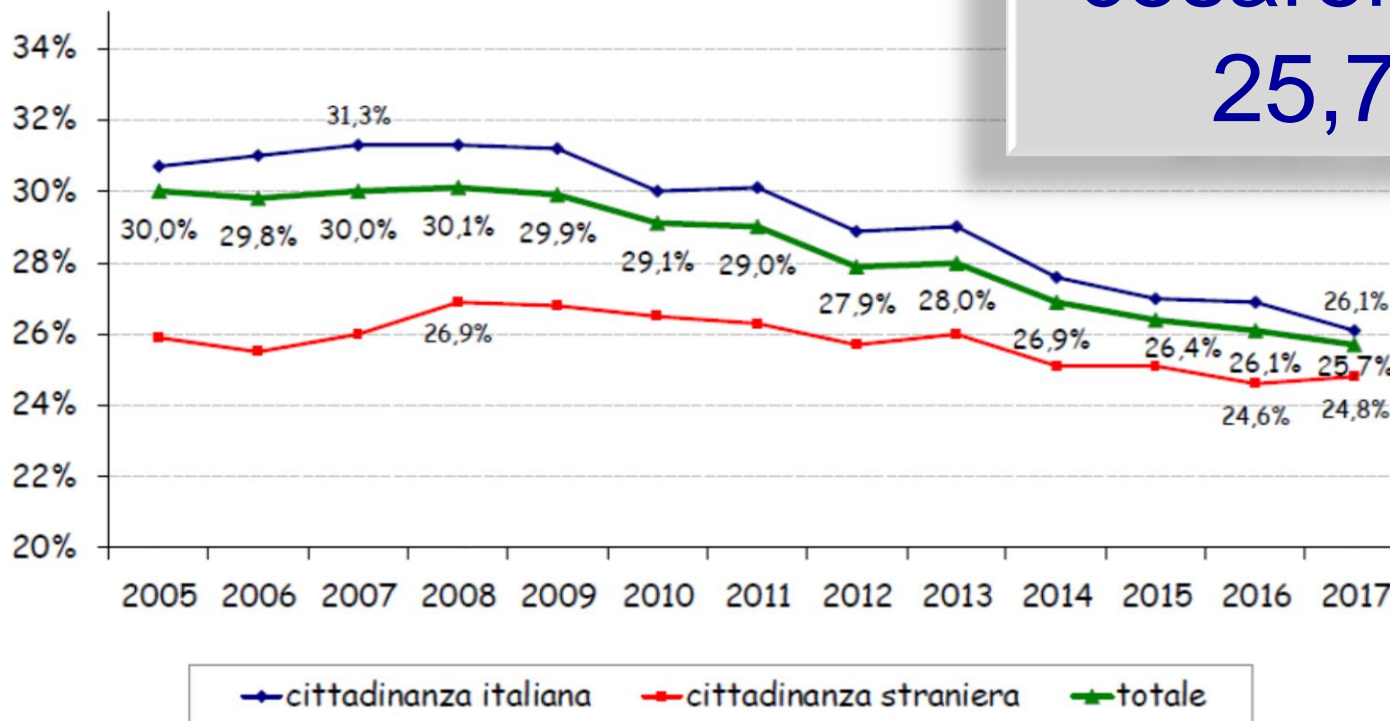
La struttura del Rapporto e l'utilizzo che ne viene fatto - a diversi livelli, nella rete dei servizi per la salute in gravidanza, parto e puerperio e per la salute neonatale - consente:

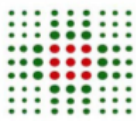
- di monitorare l'efficacia e l'appropriatezza dell'assistenza fornita***
- di utilizzare le informazioni e la loro valutazione critica per innestare processi di miglioramento della qualità.***



Tasso di
cesarei RER
25,7%

Tasso di parti cesarei

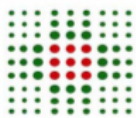




Travaglio e parto in sintesi

- ***69,7% (68,9%) per via vaginale spontanea,
range: 57,8-84,7%, 57,4 -80,5% (esclusi i centri<500 parti)***
- ***28% il tasso di induzioni, 15% parti pilotati (augmentation)***
- ***17,4% dei travagli indotti esita in TC e 7% POV.***
- ***45,6% (44%) sono i parti per i quali non risulta né induzione, né augmentation, né taglio cesareo o parto operativo.***
- ***4,6% (5%) con parto vaginale operativo, di cui 1513 con ventosa (4.6%) e 11 con forcipe (0.1%) range: 1.7 - 8.4 %***

Nota: tra parentesi il valore 2016



■ **25,7%** (26,1%) *con taglio cesareo*
range: 11,4 - 35,4%; 15 – 35,4% (esclusi <500 parti)

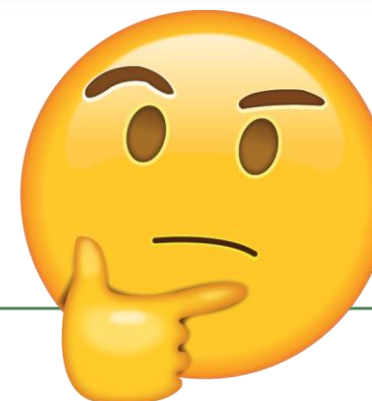
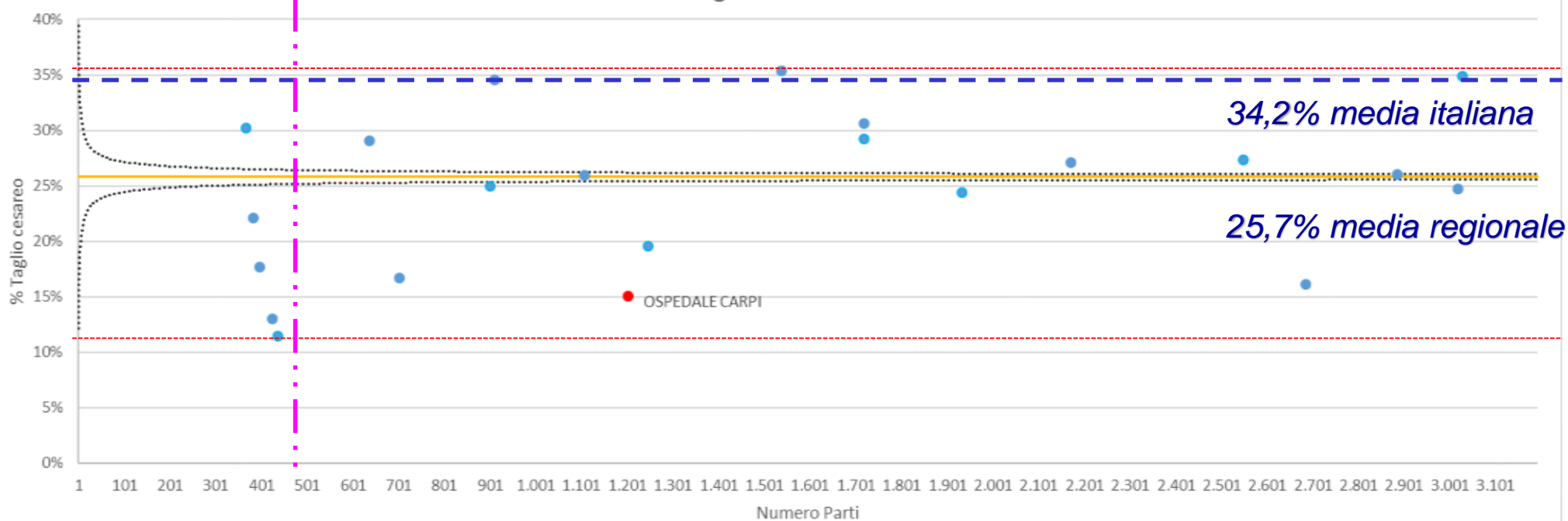
Di cui:

- **50.4%** (50,3%) *dei t. c. classificato come elettivo (vbac? rivolgimento podalico? induzione? ...)*
- **26.4%** (27,4%) *dei t. c. «non elettivi» effettuati in corso di travaglio (distocia? bcf non rass?)*
- **23,1%** (21,9%) *dei t.c. «non elettivi» effettuati prima del travaglio (febbre? patologia materna? fallita induzione?)*

Marcata variabilità tra le UO indipendentemente dal volume di attività...

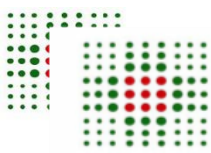


Parti - % tagli cesarei - Anno 2017



Range:
11,4 - 35,4
15,0 - 35,4
(esclusi i centri <500 parti)

Piccinini F. et al. Ost Ev 2018



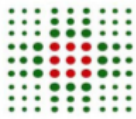
Una attenta analisi delle modalità assistenziali, oltre a far riferimento alla incidenza totale del cesareo, necessita di una più dettagliata valutazione critica.

*L'analisi più completa e riproducibile, che consente il confronto tra strutture con missioni assistenziali diverse, è quella riportata nel Rapporto Nascita ed utilizzata anche dall'Organizzazione Mondiale della Salute, che fa riferimento alle **classi di Robson**.*

L'enorme efficacia di questa classificazione deriva dalla capacità di individuare gruppi di donne con caratteristiche sovrapponibili e ben identificabili (10 classi e 2 sottoclassi), in base a

- 1. Epoca gestazionale*
- 2. Pregressa isterotomia*
- 3. Numero di feti e loro presentazione*
- 4. Modalità di insorgenza del travaglio/assenza di travaglio (tc elettivi o emergenti fuori travaglio)*

Classi mutualmente esclusive → RIPRODUCIBILITA' → Possibilità di confronto tra strutture diverse



Vantaggi della classificazione di Robson

- 1. Permette di capire se le diverse percentuali di TC dipendono dalla diversa composizione della popolazione delle varie strutture*
- 2. Permette di capire in quale classe si abbia la percentuale maggiore di cesarizzazione e come questa classe contribuisca al totale dei parti (ci sono margini di miglioramento?)*
- 3. Permette il confronto fra strutture differenti.*
- 4. E molto altro...*

Gruppo 1



Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, in travaglio spontaneo

Gruppo 2



Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, travaglio indotto o sottoposte a taglio cesareo in assenza di travaglio

Gruppo 3



Multipare, senza precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, in travaglio spontaneo

Gruppo 4



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

Gruppo 5



Multipare, con almeno una precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione

Gruppo 6



Nullipare, gravidanza singola, presentazione podalica

Gruppo 7



Multipare, gravidanza singola, presentazione podalica, incluse le donne con precedenti cicatrici uterine

Gruppo 8



Gravidanze multiple, incluse le donne con precedenti cicatrici uterine

Gruppo 9

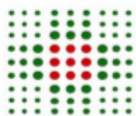


Gravidanza singola, presentazione traversa o obliqua, incluse le donne con precedenti cicatrici uterine

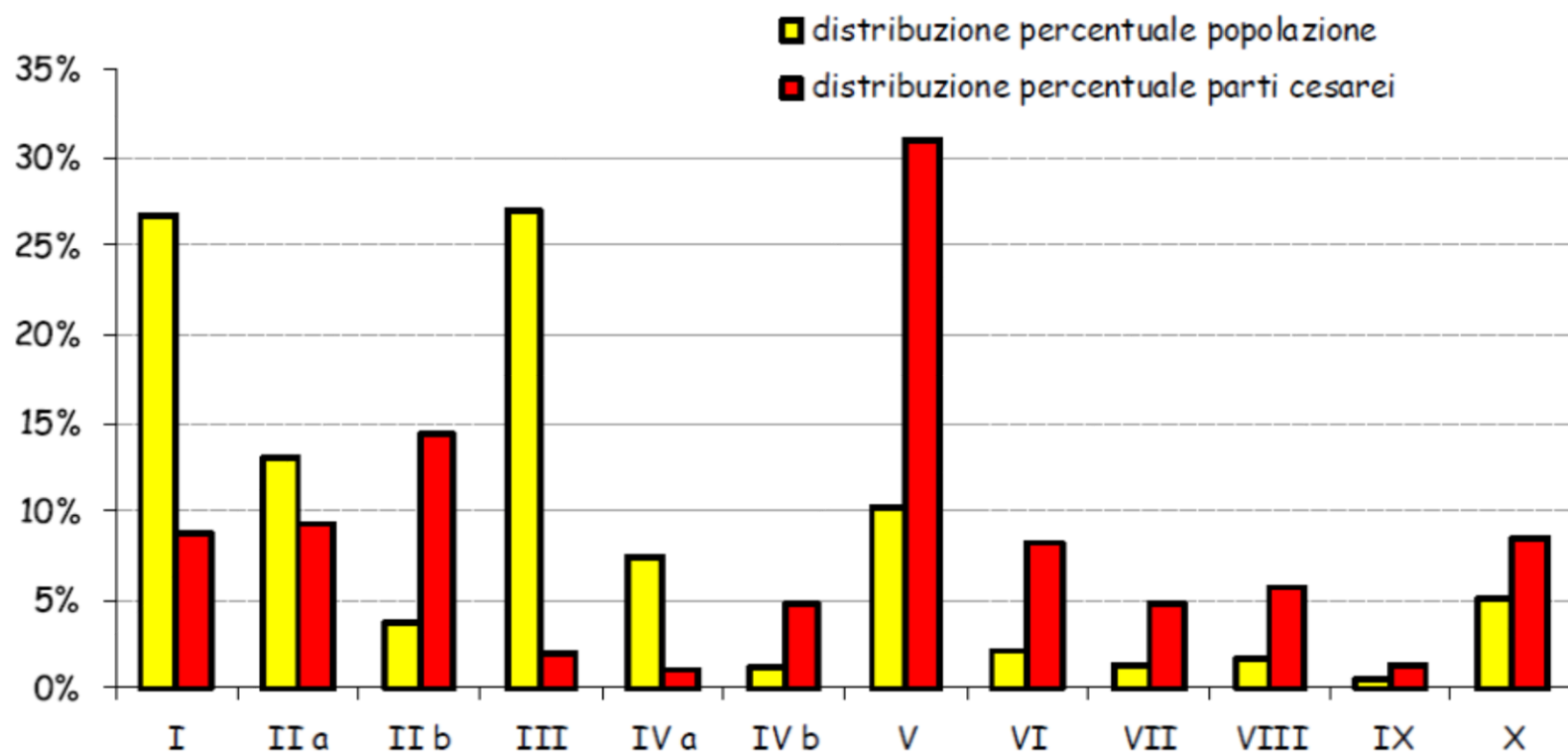
Gruppo 10



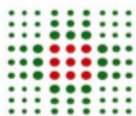
Gravidanza singola, < 37 settimane di gestazione, incluse le donne con precedenti cicatrici uterine



Distribuzione dei tagli cesarei in base alle classi di Robson



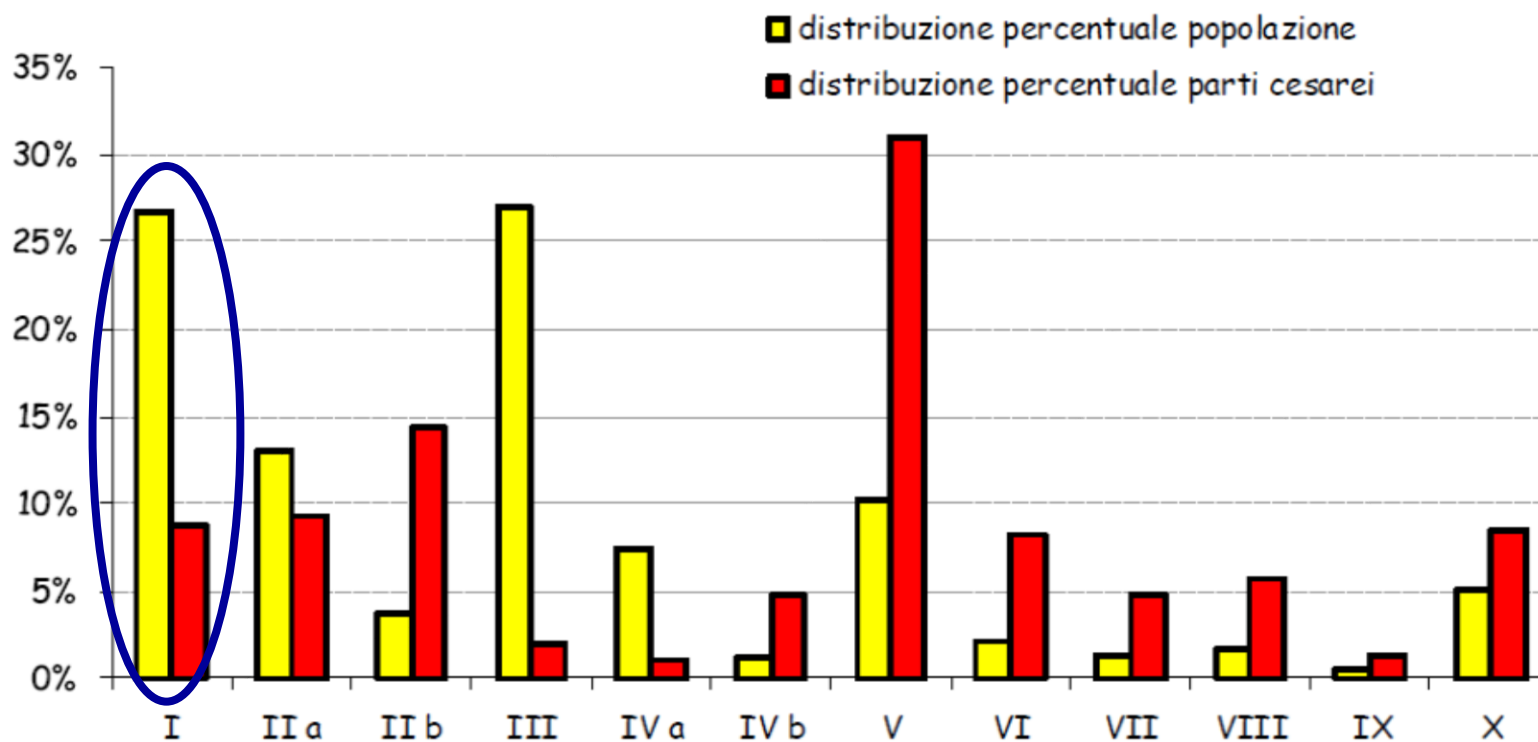
Dati Regione Emilia Romagna 2017



Gruppo 1



Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, in travaglio spontaneo



Un dato con una buona rilevanza clinica è la percentuale delle donne che appartengono a questa classe sul totale dei parti: queste sono le gravidanze che, in assoluto, hanno i migliori risultati di salute. Più **gli operatori della nascita riescono a far rimanere le donne in questa classe e più si “produce salute”**.



Gruppo 1



Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, in travaglio spontaneo



Anno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Contributo % al tot. parti	29,9	28,8	30,0	29,6	29,6	28,8	28,4	26,7
Contributo % al tot. TC	10,1	9,6	10,4	11,3	10,8	9,7	10,3	8,8
Tasso di TC (%)	9,8	9,7	9,6	10,7	9,8	8,9	9,5	8,5

Contributo al totale dei parti in riduzione.

Verosimilmente conseguenza del trend in aumento delle induzioni.

Elemento positivo: progressiva riduzione del tasso di TC in questa classe



Classe I

contributo tot. parti
ragionevolmente più
alto nei centri piccoli
dove prevale la
fisiologia.

Criticità :
- tassi di tc più
elevati negli spoke
<1000 parti.

- Per pari volumi di
attività range troppo
ampi.

Contributo al totale dei parti	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	26	23,2	31,7
Spoke>1000	25,2	21	26,1
Spoke <1000	28,8	13,6	39,6

Tasso di TC	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	8,8	3,4	15,2
Spoke>1000	5,4	1,0	12,8
Spoke<1000	9,9	0,0	21,1

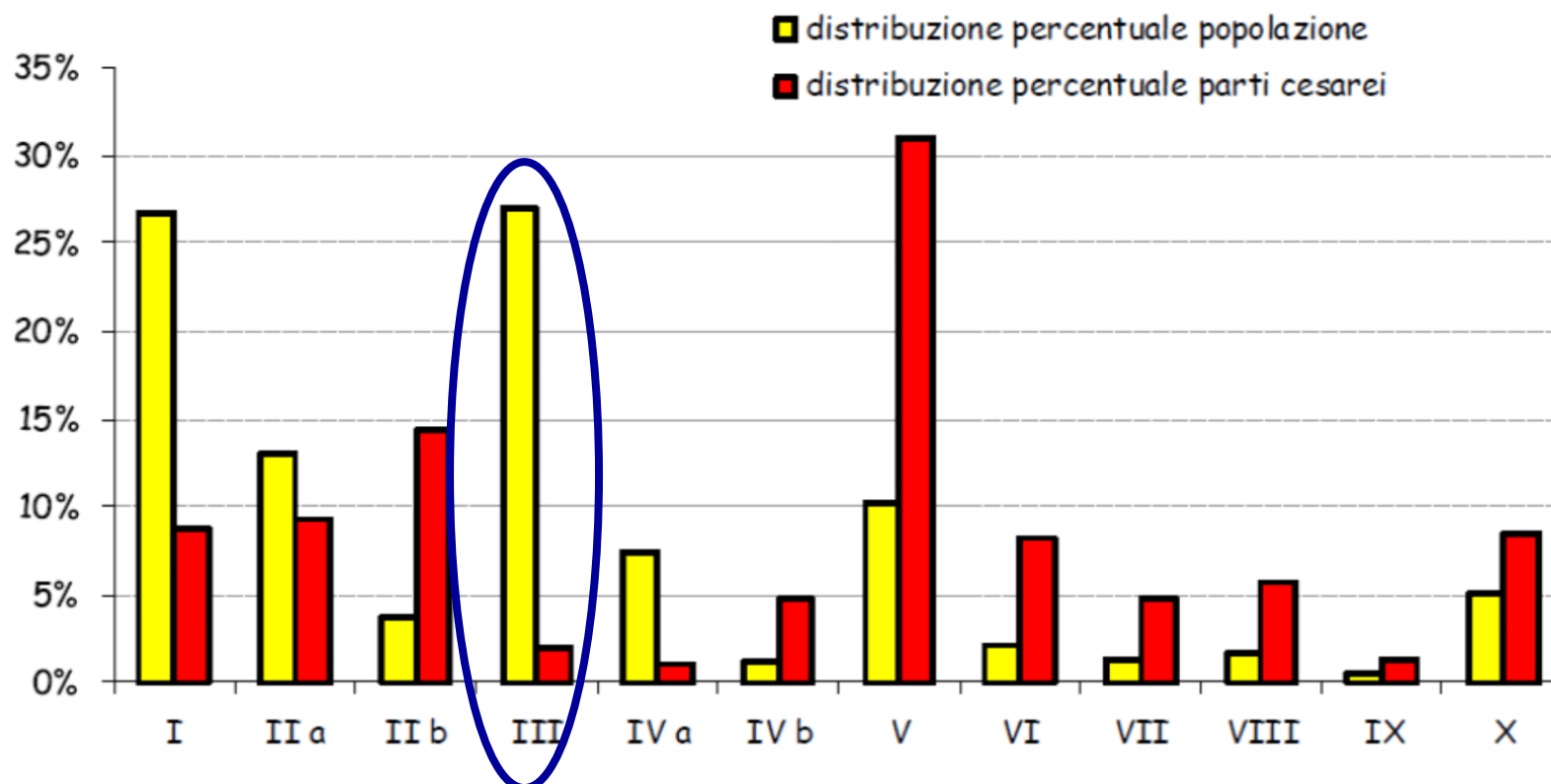
Contr. Totale TC	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	8,5	4,1	11,8
Spoke>1000	5,2	1,7	10,3
Spoke <1000	10	0,0	44

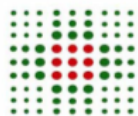


Gruppo 3



Multipare, senza precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, in travaglio spontaneo





Gruppo 3

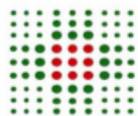


Multipare, senza precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, in travaglio spontaneo



Anno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Contributo % al tot. parti	24,5	25,1	25,5	25,5	26,0	26,2	26,6	27,0
Contributo % al tot. TC	1,5	1,8	1,8	1,8	1,8	1,6	1,9	2,0
Tasso di TC (%)	1,8	2,0	2,0	2,0	1,8	1,6	1,9	1,9

Come per la classe I la prevalenza di gravide in questa classe è indicatore di assistenza ottimale, perché è il risultato di una riduzione delle induzioni e delle cesarizzazione fuori travaglio (IV B e IV A)



Classe III

discorso analogo alla classe I;

- Contributo al totale dei parti maggiore nei centri a basso volume di attività per centralizzazione della patologia

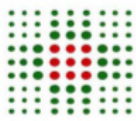
- Negli spoke <1000, tassi di cesarizzazione maggiori (???)

- Risultati migliori spoke >1000 parti

Contributo al totale dei parti	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	23,9	20,7	29
Spoke >1000	28,4	27,4	31,6
Spoke <1000	34,6	24,1	43,2

Tasso di TC	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	2,0	0,5	4
Spoke >1000	0,8	0,0	2,9
Spoke <1000	2,4	0,0	5,7

Contr. Totale TC	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	2,1	0,9	2,8
Spoke >1000	0,9	0,0	2,7
Spoke <1000	3,6	0,0	8,7



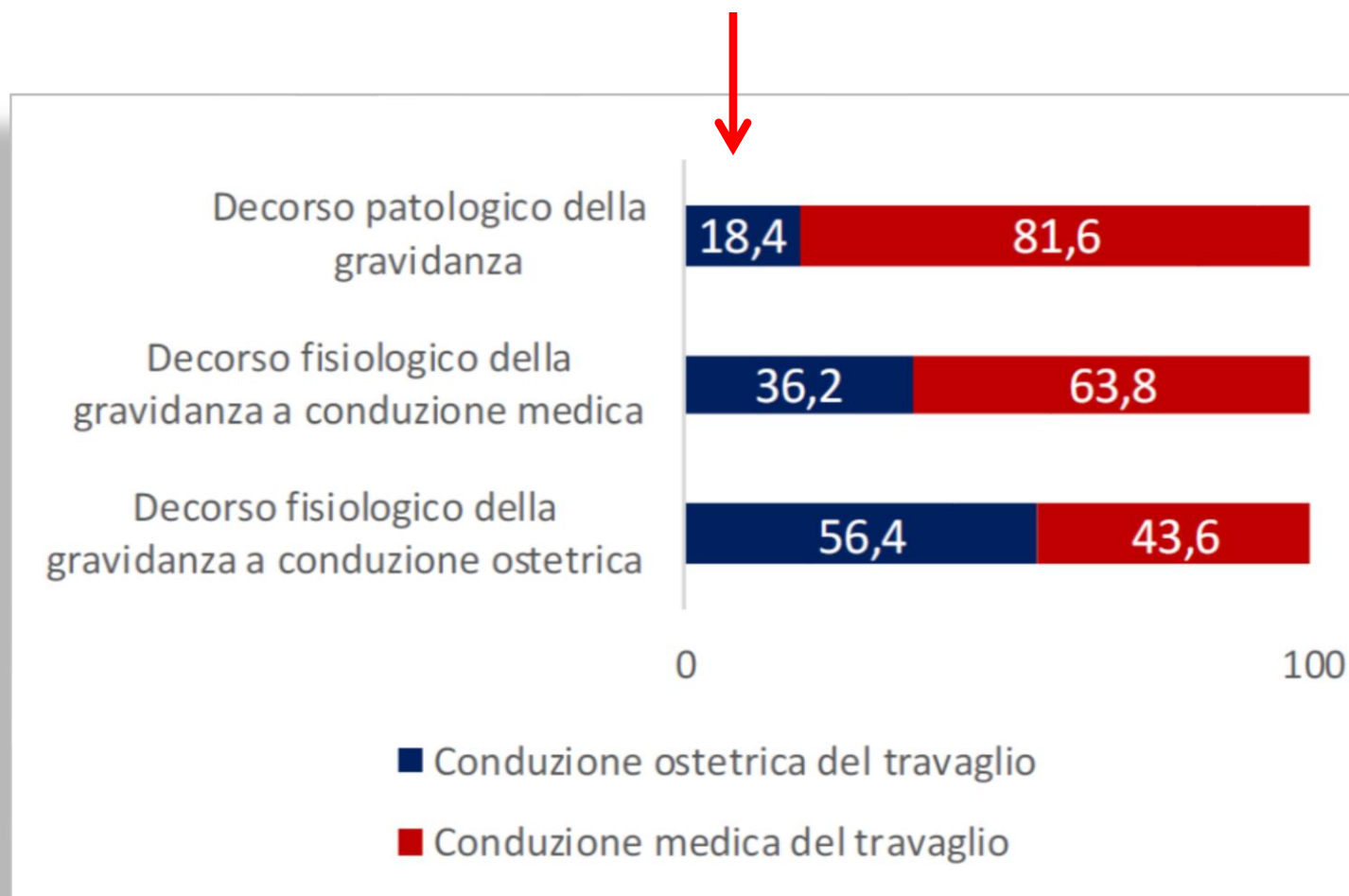
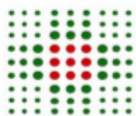
Assistenza al parto fisiologico

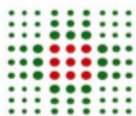
A partire dalla rilevazione 2015 il CedAP regionale comprende un quesito sulla conduzione del travaglio di parto che consente di distinguere tra travaglio a conduzione dell'ostetrica e travaglio a conduzione medica.

La figura professionale che assume la responsabilità della conduzione del travaglio costituisce un indicatore di monitoraggio dei progetti regionali di assistenza alla gravidanza e al parto.

Le prove di efficacia disponibili sono coerenti nel riferire che, nella gravidanza fisiologica, l'assistenza fornita dalle ostetriche all'interno di modelli di continuità è associata a un numero minore di interventi medici, una maggiore soddisfazione e una frequenza di esiti avversi materni o feto-neonatali sovrapponibile o inferiore a quella delle donne che hanno ricevuto altri modelli assistenziali (Sandall J, 2016).

Nei paesi ad alto reddito, la nascita in casa, in casa di maternità (freestanding unit) o in unità funzionalmente dirette da ostetriche all'interno di unità ospedaliere (alongside unit) sono modalità assistenziali condotte da ostetriche e di provata efficacia per donne con gravidanza e parto fisiologici (Shaw D, 2016).






Gruppo 2
A



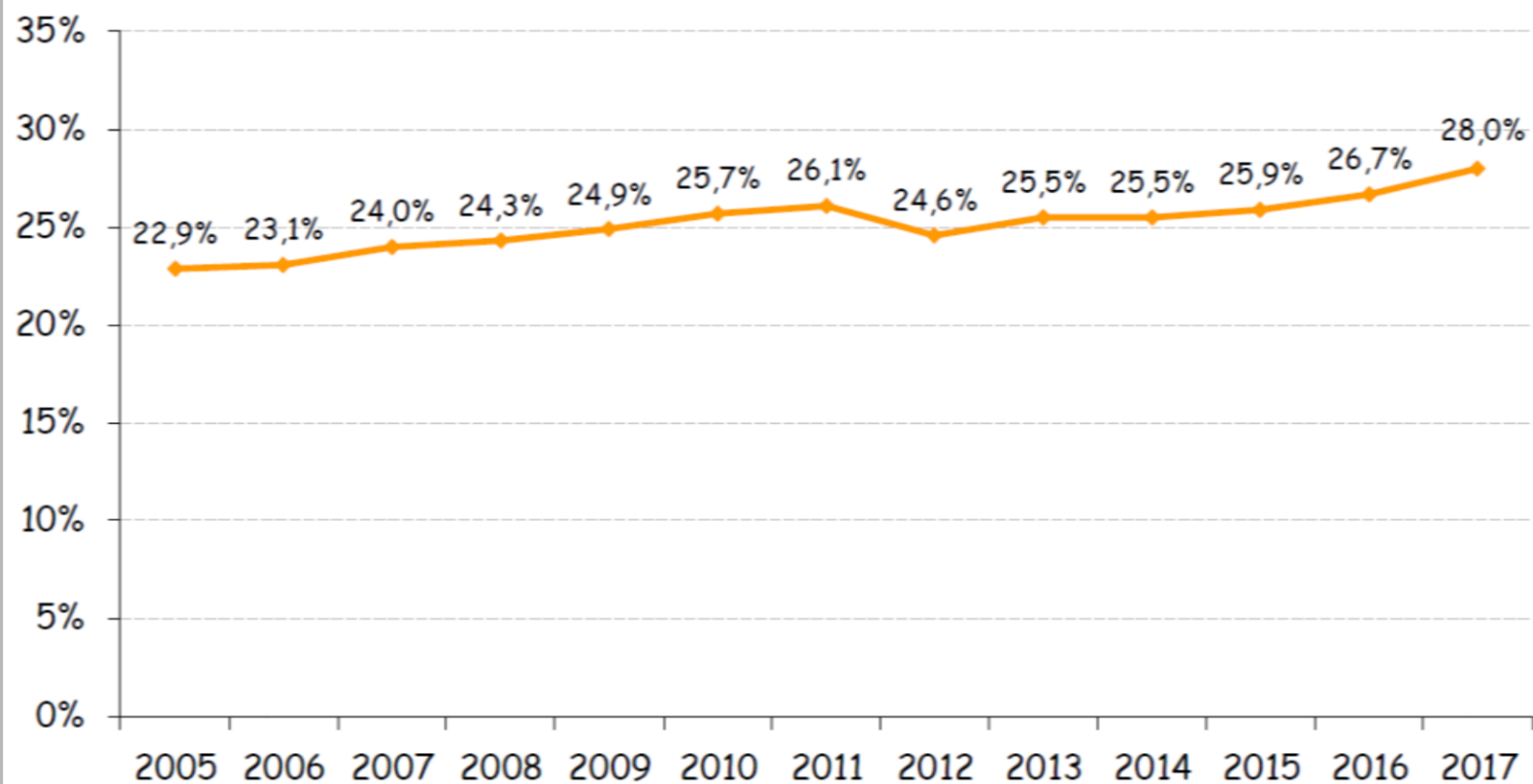
Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, travaglio indotto o sottoposte a taglio cesareo in assenza di travaglio

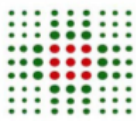
Gruppo 4
A



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

Travagli indotti (su parti con travaglio)





Gruppo 2
A

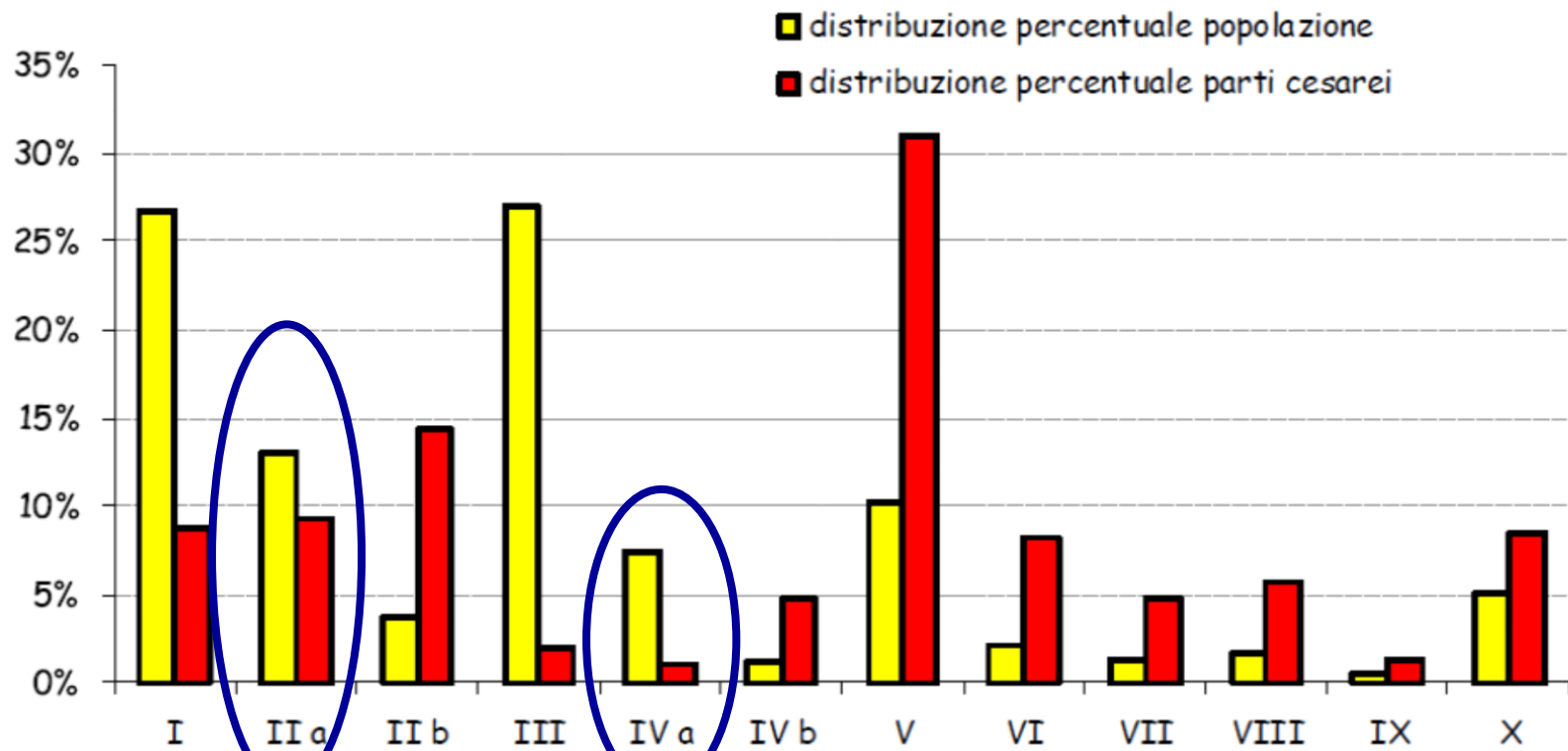


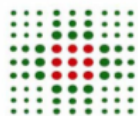
Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, travaglio indotto o sottoposte a taglio cesareo in assenza di travaglio

Gruppo 4




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





Gruppo 2 A



Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, travaglio indotto o sottoposte a taglio cesareo in assenza di travaglio

Gruppo 4 A



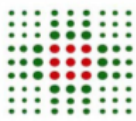
Multipare, senza precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, con induzione del travaglio o sottoposte a taglio cesareo in assenza di travaglio

II A

Anno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Contributo % al tot. parti	12,4	12,5	11,8	12,3	12,5	12,2	12,5	13,0
Contributo % al tot. TC	9,3	9,6	9,5	9,5	10,0	9,3	8,7	9,3
Tasso di TC (%)	21,9	22,3	22,5	21,6	21,6	20,2	18,2	18,4

IV A

Anno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Contributo % al tot. parti	5,8	6,0	5,7	5,9	6,1	6,4	6,8	7,4
Contributo % al tot. TC	1,1	1,0	1,1	1,1	1,1	1,0	1,3	1,1
Tasso di TC (%)	5,7	4,9	5,5	5,1	5,0	4,1	4,9	3,8



Gruppo 2
A



Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, travaglio indotto o sottoposte a taglio cesareo in assenza di travaglio

Gruppo 4
A



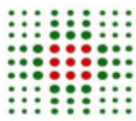
Multipare, senza precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, con induzione del travaglio o sottoposte a taglio cesareo in assenza di travaglio

Dai dati RER il parto è indotto nel 28% dei casi (nel 64,5 % dei quali con prostaglandine); il tasso di induzione è in aumento.

I motivi più frequenti dell'induzione risultano:

- *Rottura prematura delle membrane (29,7%)*
- *patologia materna (28,6%)*
- *gravidanza protratta (22,3%).*

Augmentation 15%



Gruppo 2



A

Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, travaglio indotto o sottoposte a taglio cesareo in assenza di travaglio

Gruppo 4

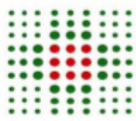


A

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

punto nascita parti/anno	gravidanza protratta	oligodramnios	PROM	patologia materna	patologia fetale	totale
<1000	25,0%	14,9%	31,9%	21,9%	6,3%	100,0%
≥ 1000	30,7%	6,9%	31,0%	22,2%	9,3%	100,0%
Hub	19,5%	7,0%	28,8%	31,8%	12,8%	100,0%
totale	22,3%	8,2%	29,7%	28,6%	11,2%	100,0%

- *Indicazioni all'induzione, induzione per patologia (2° posto, 27.9%), protocolli dissimili, linee guida non chiare*
- *Tempi e modalità induzione (preparazione cervicale ecc...)*
- *Diagnosi di fallimento induzione*



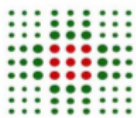
Classe IIA

- Contributo al totale dei parti maggiore nei centri a volumi di attività maggiori per centralizzazione della patologia
- Andamento dei tassi di TC non sovrapponibile con tassi di cesarizzazione maggiori negli spoke <1000 parti

Contributo al totale dei parti IIA	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	13,8	10,5	15,7
Spoke >1000	13,6	13,1	14,4
Spoke <1000	10,5	1,9	15,5

Tasso di TC IIA	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	18,9	11,3	26,8
Spoke >1000	12,5	6,6	27,1
Spoke <1000	14,3	0,0	27,4

Contr. Totale TC IIA	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	9,1	6,7	12,1
Spoke >1000	8,3	4,5	11,6
Spoke <1000	7,9	0,0	18,0



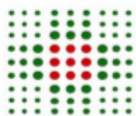
Classe IVA

- Contributo al totale dei parti maggiore nei centri a volumi di attività maggiori per centralizzazione della patologia
- Andamento non congruo del tasso di TC con valori massimi nei centri spoke <1000 parti (???)

Contributo al totale dei parti IVA	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	7,3	4,9	10,2
spoke>1000	7,5	6,6	11,1
Spoke <1000	6,8	2,0	11,4

Tasso di TC IVA	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	4,6	1,5	4,9
Spoke>1000	1,2	0,0	7,0
Spoke<1000	4,2	0,0	50,0

Contr. Totale TC IVA	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	1,2	0,5	1,5
Spoke>1000	0,5	0,0	1,5
Spoke <1000	1,0	0,0	5,9



Gruppo 2 B



Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥37 settimane di gestazione, travaglio indotto o sottoposte a taglio cesareo in assenza di travaglio

Gruppo 4 B



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

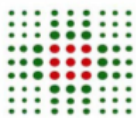
II B

Anno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Contributo % al tot. parti	4,8	4,6	4,3	4,2	3,7	3,7	3,7	3,7
Contributo % al tot. TC	16,4	16,0	15,3	15,1	13,9	13,9	14,3	14,3

IV B

Anno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Contributo % al tot. parti	1,9	1,7	1,5	1,4	1,3	1,3	1,4	1,2
Contributo % al tot. TC	6,6	6,0	5,2	4,9	4,7	4,8	5,5	4,8

- Emergenza ostetrica
- Patologia materna- fetale (EBM???)
- Richiesta materna



Classe IIB – IVB

- Contributo al totale dei parti maggiore nei centri a volumi di attività maggiori per centralizzazione della patologia

- Contributo al totale dei TC > nei centri <1000 parti (nullipare e pluripare)

Contributo al totale dei parti IIB	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	3,5	2,5	7,0
Spoke >1000	3,1	2,5	3,6
Spoke <1000	3,0	1,8	5,4

Contributo al totale dei parti IVB	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	1,1	0,6	2,5
Spoke >1000	1,1	0,4	2,3
Spoke <1000	1,1	0,0	2,7

Contr. Totale TC IIB - IVB	Mediana		Minimo		Massimo	
	IIB	IVB	IIB	IVB	IIB	IVB
HUB	12,7	3,5	10,4	2,0	20,0	9,3
Spoke >1000	14,2	4,3	10,5	2,8	17,6	9,1
Spoke <1000	15,4	5,5	5,9	0,0	27,3	9,0



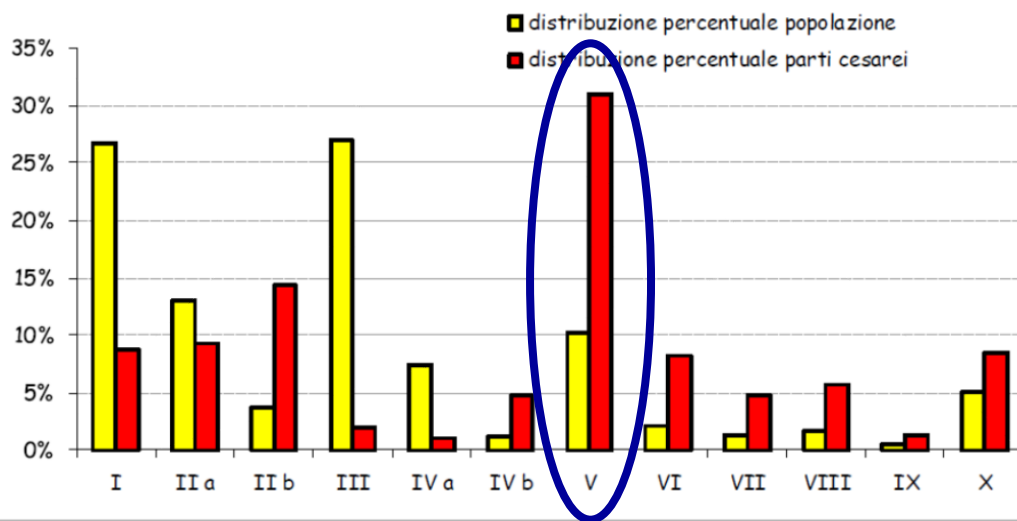
Gruppo 5



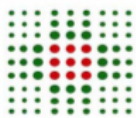
Multipare, con almeno una precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione



Anno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Contributo % al tot. parti	9,3	9,8	10,1	9,9	10,2	10,3	9,8	10,2
Contributo % al tot. TC	27,4	28,9	29,9	28,9	30,7	30,6	29,6	31,0
Tasso di TC (%)	86,2	85,4	82,9	82,2	81,2	78,6	78,8	78,3



A fronte di un lieve aumento della popolazione in questa classe sta riducendosi il tasso di taglio cesareo.



Classe V

- Contributo > al tot dei parti negli Spoke > 1000
- Nei medesimi volumi di attività si evidenziano tassi di cesarizzazione inferiori (migrazione delle pz nei centri dove viene offerto il VBAC?)
- Tassi di TC maggiori negli spoke < 1000 parti per mancanza dei requisiti di sicurezza

Contributo al totale dei parti	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	9,6	8,5	13,8
Spoke > 1000	11,0	9,3	13,7
Spoke < 1000	9,8	0,7	17,3

Tasso di TC	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	80,9	53,5	93,4
Spoke > 1000	70,5	63,4	87,6
Spoke < 1000	95,5	62,5	100

Contr. Totale TC	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	28,2	25,6	31,1
Spoke > 1000	35,8	32,1	44,7
Spoke < 1000	38,5	4,0	45,4



Gruppo 6




Nullipare, gravidanza singola, presentazione podalica

Gruppo 7



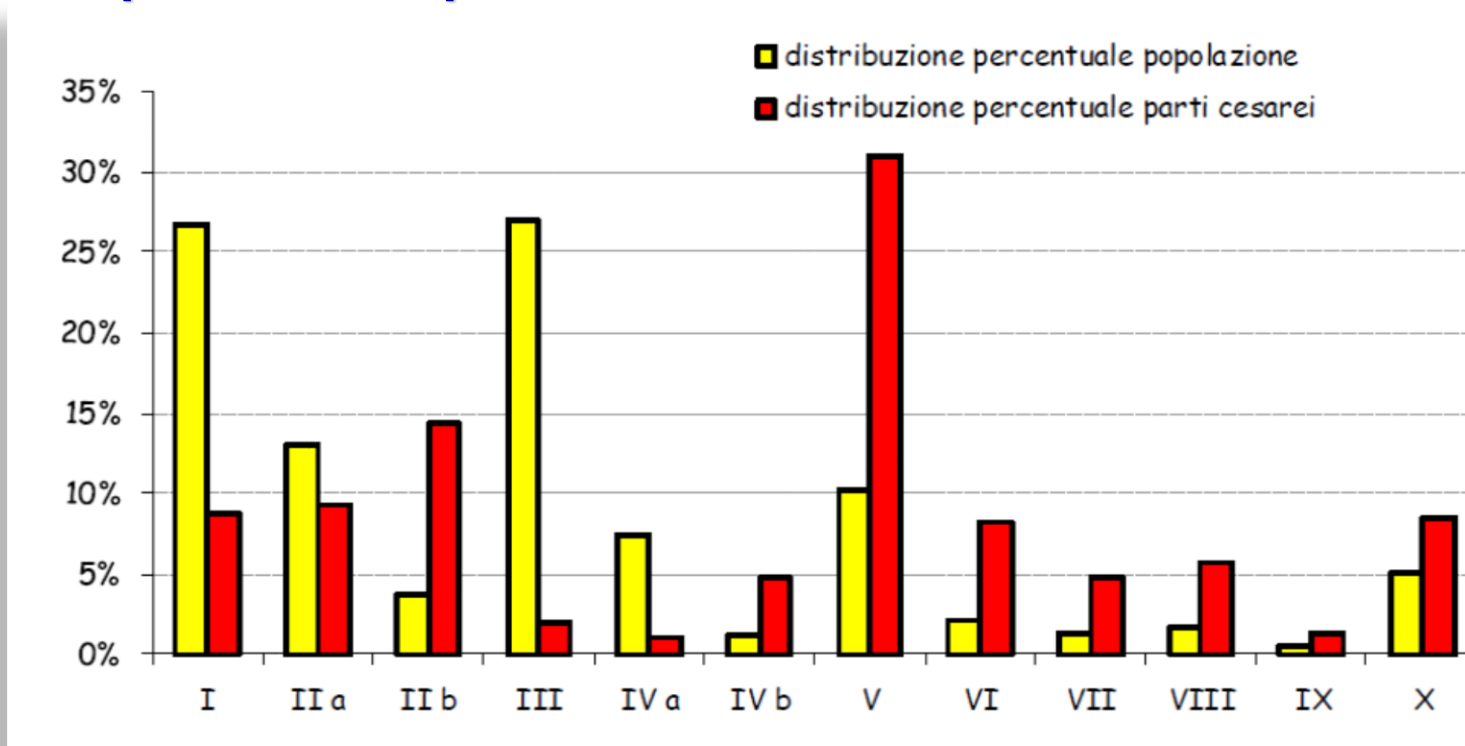
Multipare, gravidanza singola, presentazione podalica, incluse le donne con precedenti cicatrici uterine

Gruppo 9



Gravidanza singola, presentazione traversa o obliqua, incluse le donne con precedenti cicatrici uterine

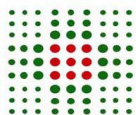
VI, VII e IX : gravide a termine con presentazione diversa dalla cefalica, comprese le pazienti con precedenti cicatrici uterine



Contr. Tot parti	VI		VII		IX	
	mediana	range	mediana	range	Mediana	range
HUB	2,3	1,5 – 3,3	1,4	0,8 – 2,5	0,5	0,2 – 0,9
Spoke >1000	2,1	1,2 – 2,5	1,3	0,8 – 2,3	0,6	0,4 – 0,9
Spoke <1000	1,6	0,5 – 3,8	0,8	0,0 – 1,9	0,8	0,0 – 2,2

Tasso di TC	VI		VII		IX	
	mediana	range	mediana	range	Mediana	range
HUB	97,7	89,7 – 100	94,7	87,8 - 100	63,6	50,0 - 100
Spoke >1000	100	100 – 100	100	96 – 100	79,2	54,5 – 90
Spoke <1000	100	50 – 100	100	66,7- 100	60	0,0 - 100

Contr. Tot TC	VI		VII		IX	
	mediana	range	mediana	range	Mediana	range
HUB	8,3	7,6 – 11,2	5,7	3,0 – 6,9	1,2	0,3 – 2,3
Spoke >1000	9,1	6,5 – 10,7	5,2	4,9 – 8,4	1,9	1,0 – 3,3
Spoke <1000	5,7	2,0 – 17,4	3,5	0,0 – 7,3	1,4	0,0 – 7,7



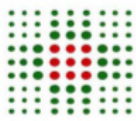
Raccomandazioni

IA In caso di gravidanza senza complicazioni con feto singolo in presentazione podalica deve essere offerta, a partire da 37⁺⁰ settimane di età gestazionale, l'opportunità del rivolgimento per manovre esterne al fine di aumentare le probabilità di una presentazione cefalica e di un parto vaginale.

IA Nel rivolgimento per manovre esterne si raccomanda l'utilizzo di un farmaco tocolitico (beta-mimetici per via endovenosa) in quanto, in assenza di controindicazioni specifiche, aumenta la probabilità di successo della procedura.

IIIB Le manovre di rivolgimento sono controindicate in caso di: travaglio di parto, rottura delle membrane, anomalie cardiocografiche, placenta previa, sanguinamento vaginale, cicatrici e malformazioni uterine e specifiche condizioni cliniche materne e/o fetali.

IIIC In caso di precedente taglio cesareo i dati disponibili circa l'efficacia e la sicurezza del rivolgimento per manovre esterne non sono conclusivi, pertanto la manovra può essere offerta solo dopo avere valutato e discusso con la donna i potenziali benefici e danni.



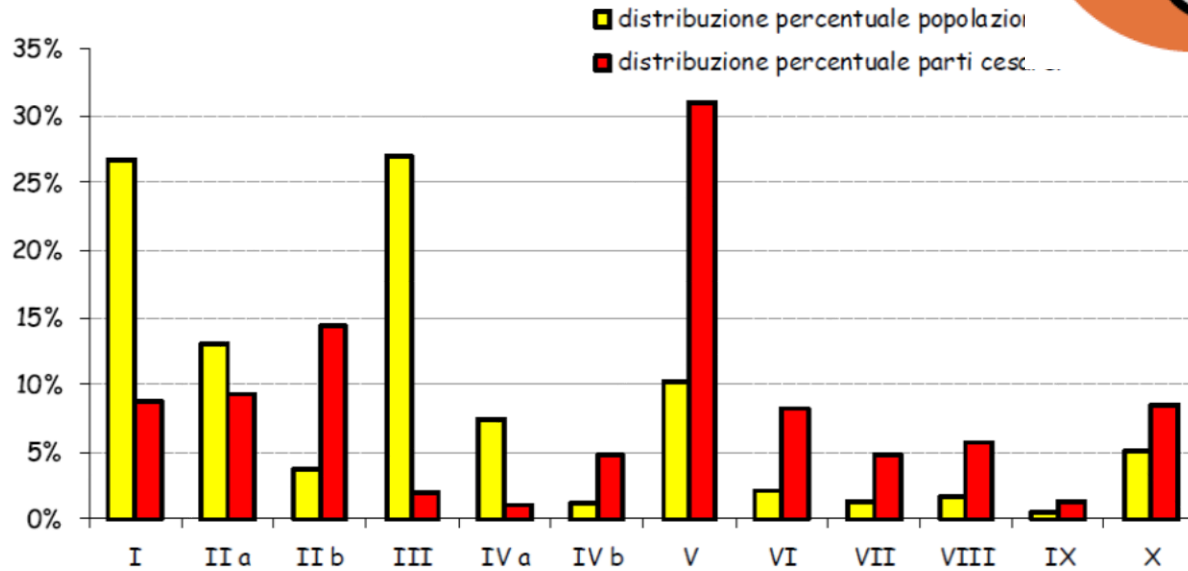
Gruppo 8



Gravidanze multiple,
incluse le donne con
precedenti cicatrici
uterine



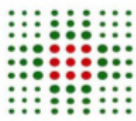
VIII: Gravidanze multiple



Negli anni sta aumentando la percentuale di donne in classe VIII per 2 motivazioni:

- *Aumento dell'età materna*
- *Aumento del ricorso a PMA*

Contributo al tot dei parti RER 1.7%



Classe VIII

- Contributo al tot parti minimo ovviamente maggiore nei centri con maggiore volume di attività

- Tassi di TC alti in tutti i volumi, negli spoke sopra 1000 parti sensibilmente inferiori

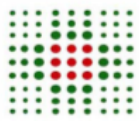
- Range tasso TC piuttosto ampio 55,9 – 100

- Tasso TC 100% negli spoke <1000 con 0,3% cont. parti

Contributo al totale dei parti	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	2,2	1,8	2,6
Spoke >1000	1,1	0,7	1,7
Spoke <1000	0,3	0,0	2,2

Tasso di TC	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	90,7	55,9	100
Spoke >1000	87,1	85,7	94,4
Spoke <1000	100	75	100

Contr. Totale TC	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	7,0	5,7	8,4
Spoke >1000	4,3	2,4	9,9
Spoke <1000	1,6	0,0	7,7



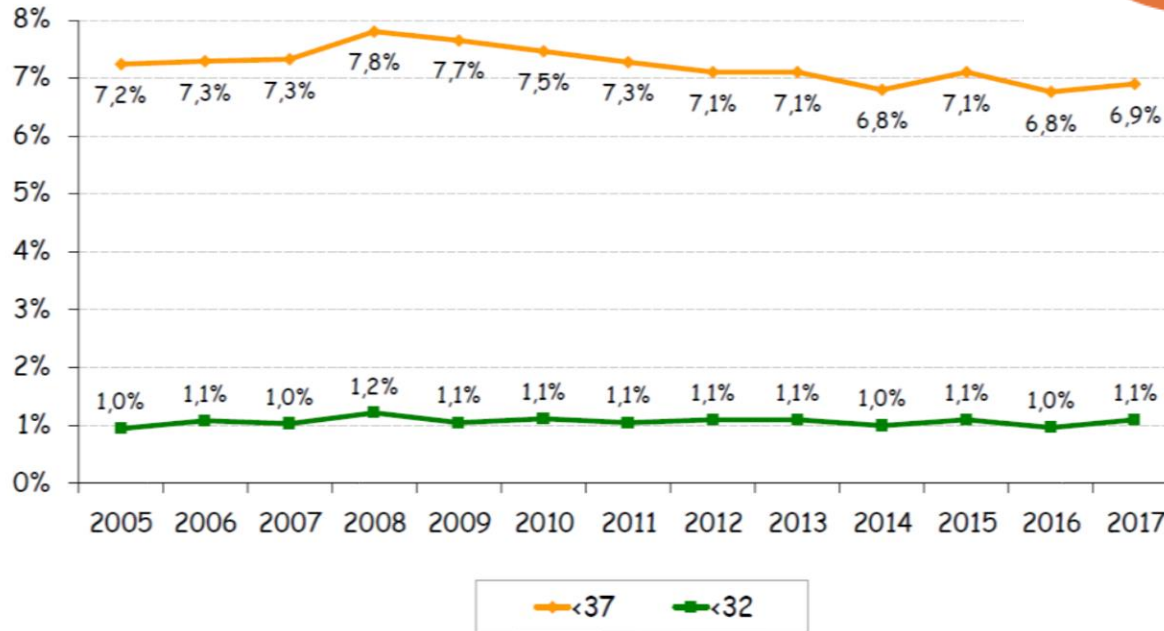
Gruppo 10



Gravidanza singola,
<37 settimane di
gestazione, incluse le
donne con precedenti
cicatrici uterine



Parti pretermine

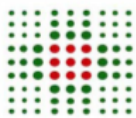


Pretermine < 32 w sono solo 1%!

Contributo al totale dei parti pressochè invariato

Sensibile riduzione del tasso di TC

Anno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Contributo % al tot. parti	5,6	5,4	5,5	5,3	5,0	5,1	5,0	5,1
Contributo % al tot. TC	9,3	8,9	8,8	8,5	8,0	8,5	8,2	8,6
Tasso di TC (%)	48,4	47,5	44,8	45,0	43,0	43,7	43,2	43,2



Classe X

- Contributo al tot parti ovviamente maggiore nei centri con maggiore volume di attività

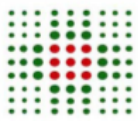
- Early preterm circa 1%; >32 anche in spoke >1000 parti

- Range tasso TC piuttosto ampio 21,3- 56,8

Contributo al totale dei parti	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	6,0	4,7	7,7
Spoke >1000	4,4	2,1	5,7
Spoke <1000	1,6	0,5	4,4

Tasso di TC	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	45,7	28,6	56,8
Spoke >1000	35,4	21,3	44,4
Spoke <1000	26,1	0,0	100

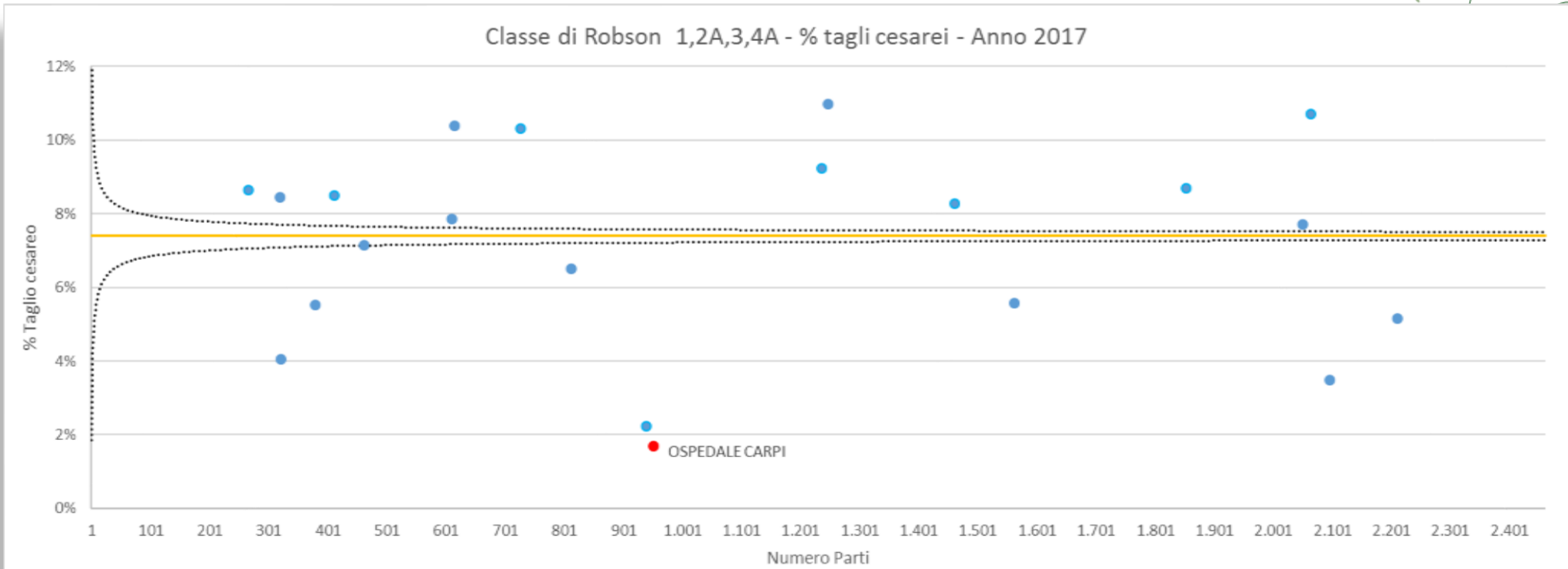
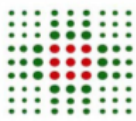
Contr. Totale TC	Mediana	Minimo	Massimo
HUB	10,0	7,7	12,7
Spoke >1000	6,9	2,9	8,4
Spoke <1000	1,7	0,0	5,9



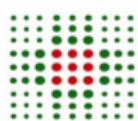
Nel grafico seguente si vuole evidenziare il contributo al totale dei parti nonché il cumulativo tasso di cesarizzazione di gruppi di classi di Robson.

Infatti alcune classi per definizione hanno un alto tasso di cesarizzazione (classe V o VI ecc..).

Altre invece hanno un contributo minimo al totale dei parti uniformemente nei vari punti nascita (classe VIII o X ecc).



*Percentuale di cesarizzazione nelle pazienti (nullipare e pluripare, escluse le pre tc) che entrano in travaglio spontaneamente o vengono indotte, ovvero la tendenza a **consentire il parto vaginale...***

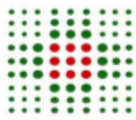


Spoke >1000

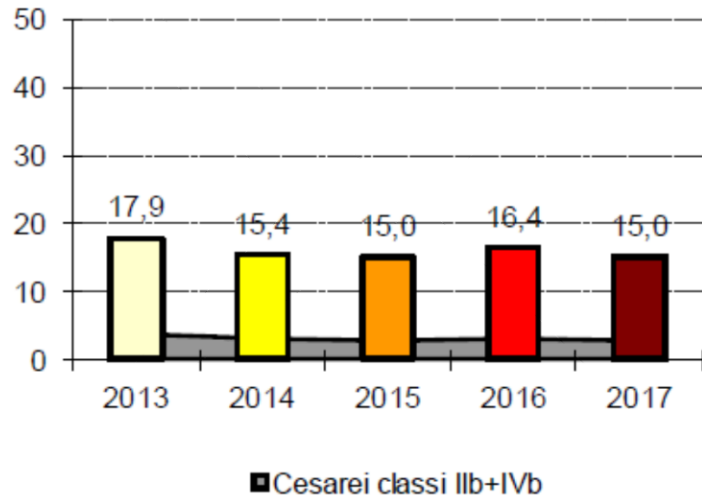


Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke ≥1000		tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke ≥1000		contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke ≥1000	
I	25,7	tra mediana e max	1,0	minimo	1,7	minimo
IIa	14,4	massimo	7,5	tra min e mediana	7,2	tra min e mediana
IIb	2,5	minimo	100	-	16,6	tra mediana e max
III	31,6	massimo	0,0	minimo	0,0	minimo
IVa	7,5	mediana	0,0	minimo	0,0	minimo
IVb	0,4	minimo	100	-	2,8	minimo
V	9,3	minimo	63,4	minimo	39,2	tra mediana e max
VI	1,2	minimo	100,0	mediana	8,3	tra min e mediana
VII	0,8	minimo	100,0	mediana	5,5	tra mediana e max
VIII	1,7	massimo	85,7	minimo	9,9	massimo
IX	0,9	massimo	54,5	minimo	3,3	massimo
X	3,9	tra min e mediana	21,3	minimo	5,5	tra min e mediana
Totale	100		15,0	minimo	100	

Fotografia dell'ultimo anno...

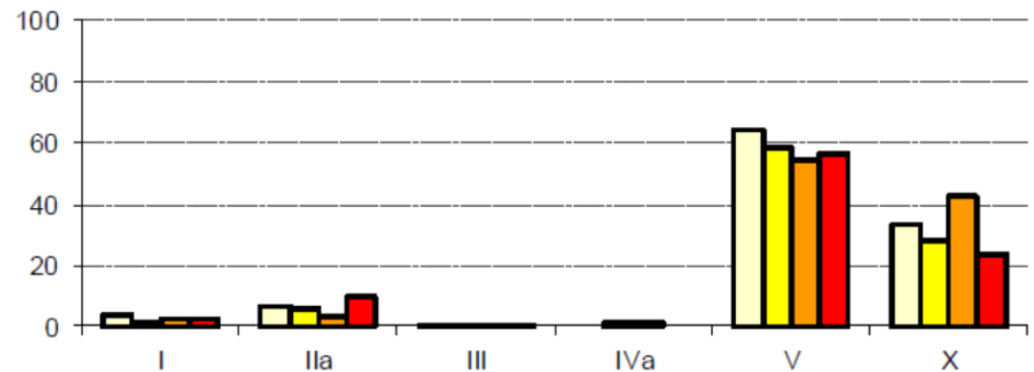


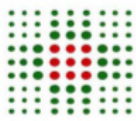
**Tasso totale cesarei
trend ultimi 5 anni**



... andamento nel tempo

**Tasso di cesarei per alcune classi di Robson
trend ultimi 5 anni**





Conclusioni

- *L'ampia discrepanza fra i tassi di TC, in base alle classi di Robson e ai volumi di attività, suggerisce un'assistenza alla nascita non uniforme*
- *Margini di miglioramento in termini di appropriatezza*
- *Aumentare la percentuale di donne in classe I e III, favorire la conduzione ostetrica (non solo nella fisiologia...)*
- *Necessità di protocolli soprattutto per la gestione della patologia ostetrica e le induzioni (classe IIA e IV A)*
- *Centri con meno di 500 parti spesso non hanno i requisiti minimi di sicurezza per la gestione di casi complessi → centralizzazione (vedi classi V, ma non solo...)*
- *Offerta RME (classe VI e VII, IX)*

Grazie....



*Lascio agli altri la convinzione di essere i migliori,
per me tengo la certezza
che nella vita
si può sempre migliorare.*

M.M.