



REGIONE CAMPANIA

**Delibera del Consiglio dei ministri dell'11/12/2015
per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi del
settore sanitario della Regione Campania**

Il Commissario ad acta

Dr. Joseph Polimeni

Il Sub Commissario ad Acta

Dr. Claudio D'Amario

DECRETO n. 155 del 16.11.2016

OGGETTO : Introduzione classificazione di Robson per il monitoraggio dell'appropriatezza del taglio cesareo.

PREMESSO :

- a) che la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante " Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per lo regioni' interessate l'obbligo di procedere; in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- b) che la Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 460 del 20/03/2007 *ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma ISO, della legge n. 311/2004"*;
- c) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente prò tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art., 4, comma 2, del "DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- d) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il Presidente prò tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191-del 2009;
- e) che con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri in data 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 7,9 ottobre 2013 con le quali è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di subcommissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della Regione Campania;

VISTI

a) i commi n.569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)" con cui - in recepimento delle disposizioni di,0141 all'art. 12 del Patto per' la Salute 2014 - 2016 - è stato previsto che " La nomina a commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84,

della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e' incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento " ;

VISTA

la delibera del Consiglio dei Ministri dell'1 dicembre 2015, notificata in data 8 gennaio 2016, con la quale il dott. Joseph Polimeni è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R campano ;

VISTO

l'incarico prioritario del Commissario ad acta "di adottare ed attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente" ;

RILEVATO, che tra gli acta assegnati alla Scrivente Struttura è prevista la completa attuazione delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (punto ii);

CONSIDERATO :

- che la Regione Campania, rispetto al trend nazionale, si è contraddistinta negli ultimi anni per un ricorso eccessivo ed inappropriato alla pratica del taglio cesareo, al punto da raggiungere un tasso di circa il 60% sul totale delle nascite, con una variabilità tra le diverse strutture che oscilla tra il 23% ed il 90% registrato in alcune case di cura private accreditate;

STABILITO :

- che da uno studio condotto ad hoc non sembra che tale rilievo possa essere ricondotto a condizioni di rischio della gravida o del feto, ma la carenza di un sistema analitico di monitoraggio, non ha consentito fino ad oggi di approntare una casistica specifica per ogni punto nascita, volta a valutare l'appropriatezza degli interventi nel percorso nascita e la effettiva complessità della popolazione afferente al punto nascita stesso;

RILEVATO :

- che occorre garantire tale monitoraggio con la classificazione di "Robson", in modo da consentire il raggruppamento delle gravide sottoposte a taglio cesareo in gruppi omogenei per assicurare l'analisi statistica e l'audit clinico;

CONSIDERATO :

- che questa modalità permette di mettere in atto parametri di classificazione del rischio ostetrico, dell'appropriatezza degli interventi e dell'efficienza assistenziale;

EVIDENZIATO :

- che il parto con taglio cesareo, qualora non sussistono indicazioni appropriate, determina ripercussioni negative sulla salute della donna e del neonato: aumento del rischio ostetrico, maggior durata della degenza, interferenze con l'allattamento al seno, problemi di adattamento neonatale, etc.;

RITENUTO :

- che l'introduzione della classificazione di "Robson" per la valutazione dell'indicazione al taglio cesareo, l'identificazione precoce delle situazioni ad alto rischio con programmazione del parto in un ambiente altamente specialistico secondo protocolli condivisi e una corretta informazione della donna, concorre a rendere appropriato il ricorso al taglio cesareo nei punti nascita regionali;

CONSIDERATO :

- che è necessario che le Aziende sanitarie provvedano ad istituire una apposita Commissione di monitoraggio, composta da tecnici esperti aziendali, con la presenza di almeno uno esterno e che vada ad interfacciare con quella regionale per stilare apposite Linee guida per l'identificazione precoce delle situazioni ad alto rischio con programmazione del parto in ambiente altamente specialistico secondo protocolli condivisi;

DECRETA

per tutto quanto esposto in premessa che qui si intende integralmente riportato :

Di INTRODURRE la classificazione di "Robson" per la valutazione dell'indicazione al taglio cesareo, quale parte integrante della cartella clinica della gestante sottoposta a taglio cesareo in tutti i punti nascita pubblici e privati accreditati della regione. l'identificazione precoce delle situazioni ad alto rischio con programmazione del parto in ambiente altamente specialistico secondo protocolli condivisi e una corretta informazione della donna;

Di APPROVARE la tabella allegata alla presente, di classificazione del rischio clinico

Di ISTITUIRE presso ciascuna azienda sanitaria apposita Commissione di monitoraggio per la valutazione dell'appropriatezza del ricorso al taglio cesareo nei punti nascita , composta da tecnici esperti, con la presenza di almeno uno esterno che si interfacci con il Comitato Regionale Percorso Nascita, anche allo scopo di stilare apposite linee guida per l'identificazione precoce delle situazioni ad alto rischio con programmazione del parto in ambiente altamente specialistico secondo protocolli condivisi;

Di DARE MANDATO alle Aziende Sanitarie di predisporre un piano per una corretta informazione alla donna sulla necessità del ricorso al taglio cesareo nel quadro dell'umanizzazione dell'evento nascita.

Di DARE MANDATO a tutte le strutture pubbliche ed private accreditate di valutare semestralmente le classificazioni di "Robson" allegate alle cartelle cliniche delle gravide sottoposte a taglio cesareo, attraverso la diffusione dell'audit clinico quale strumento per il monitoraggio dell'appropriatezza.

di **TRASMETTERE** copia del presente decreto alle AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU., alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale, al Capo di Gabinetto del Presidente della G.R., al Capo del Dipartimento per la salute, per quanto di competenza, nonché al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Dipendente ASL NA 1 centro
di supporto alla Struttura Comm.le
Dott.ssa Antonella Anginoni

Dirigente Medico ASL NA 3 Sud
di supporto alla Struttura Comm.le
Dott.ssa Eutalia Esposito

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Dott. Joseph Polimeni

Tabella I. Le classi di rischio clinico.

CLASSE	DEFINIZIONE
classe 1	nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio spontaneo
classe 2a	nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio indotto
classe 2b	nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, cesareo elettivo
classe 3	multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso taglio cesareo, travaglio spontaneo
classe 4 a	multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso taglio cesareo, travaglio indotto
classe 4b	multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso taglio cesareo, cesareo elettivo
classe 5	multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, pregresso taglio cesareo
classe 6	nullipara, gravidanza singola, presentazione podalica
classe 7	multipara, gravidanza singola, presentazione podalica, include pregresso taglio cesareo
classe 8	gravidanza multipla (include pregresso taglio cesareo)
classe 9	gravidanza singola, presentazione trasversa, obliqua... (include pregresso taglio cesareo)
classe 10	gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale < 37 settimane, include pregresso taglio cesareo