

D.G.R. 24 ottobre 2011, n. 1405 (1).

Modifiche ed integrazioni alla *Delib.G.R. 25 luglio 2011, n. 1088* avente per oggetto "Recepimento *Accordo approvato dalla Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010* concernente - Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo - e provvedimenti conseguenti".

(1) Pubblicata nel B.U. Marche 14 novembre 2011, n. 95.

La Giunta regionale

omissis

Delibera

[Testo della deliberazione]

1. Di sostituire integralmente l'*Allegato B della Delib.G.R. 25 luglio 2011, n. 1088*, con l'*Allegato* alla presente delibera di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
2. Di stabilire che la spesa derivante dall'attuazione della presente è a carico dei bilanci degli Enti del SSR, nei limiti del budget assegnato dalla Regione.

Allegato

Sostituzione dell'*allegato B, Delib.G.R. 25 luglio 2011, n. 1088*

La riorganizzazione dei punti nascita rappresenta un elemento del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, prevista dalla *Delib.G.R. 17 gennaio 2011, n. 17*, adottata dalla Giunta Regionale in attuazione del "Patto per la Salute 2010-2012", siglato il 3 dicembre 2009 tra Governo, Regioni e Province Autonome.

La necessità di assicurare livelli di sicurezza e standard qualitativi deve condurre ad una semplificazione della rete dei punti nascita che attualmente sono 17 di cui 15 pubblici e 2 privati e pertanto è indispensabile che sia predisposta una proposta di riorganizzazione, in applicazione dell'*Accordo 16 dicembre 2010*, siglato da Governo, Regioni e Province Autonome, UPI, ANCI e UNCEM, avente per oggetto "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

Come presupposto iniziale è necessario tenere conto che:

a. le attività ostetrico-ginecologiche e neonatologiche/pediatriche sono strettamente correlate e pertanto devono essere individuate nella stessa struttura ospedaliera, dove devono essere previste le relative strutture complesse;

b. i livelli assistenziali individuati sono due, ed il secondo livello, quello più complesso, è riconosciuto solo alla struttura del "Salesi", afferente all'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, fino a diverse determinazioni.

La proposta di riorganizzazione dovrà essere coerente con il seguente percorso:

1. individuazione dei punti nascita, pubblici e privati, che nel 2010 hanno effettuato meno di 500 parti, per l'avvio della procedura di chiusura entro il 2011: da tale momento dovranno essere gestiti i flussi delle pazienti, garantendo nelle sedi soppresse attività ambulatoriali di ostetricia, sotto la responsabilità clinica del punto nascita individuato come riferimento;

2. individuazione dei punti nascita, pubblici e privati, che nel 2010 hanno effettuato un numero di parti inferiore a 1000, ma superiore a 500;

3. individuazione delle aree geografiche con rilevanti difficoltà di attivazione del servizio di trasporto assistito materno (STAM) relative alla viabilità;

4. valutazione della possibilità di accorpamento dei punti nascita, con numero di parti/anno superiore a 500 ed inferiore a 1000, che insistono nelle aree geografiche di cui al punto 3;

5. per i restanti punti nascita, al di fuori di quelli individuati al punto 4, valutazione dei possibili accorpamenti, con riduzione del numero complessivo dei punti nascita, tenendo conto dei seguenti criteri:

a. accorpamenti privilegiando l'Area Vasta, intesa come bacino territoriale di appartenenza;

b. disponibilità di spazi per i posti letto, da individuare in aree di degenza con almeno 20 posti letto (si tenga conto che 1000 parti/anno, con degenza media di 3,5 giorni avrebbero necessità di 12 posti letto al tasso di utilizzo dell'80%);

c. numero di sale travaglio e sale parto sufficienti a garantire il numero minimo di parti (1000/anno);

d. obbligo di assicurare la guardia nelle 24 ore di un medico specialista in ostetricia-ginecologia, con la previsione della pronta disponibilità integrativa al servizio di guardia;

e. obbligo di assicurare nella struttura ospedaliera sede di punto nascita la guardia nelle 24 ore di un medico specialista in anestesia e rianimazione, anche al fine di assicurare il parto senza dolore;

f. rispetto degli standard previsti dall'*Accordo del 16 dicembre 2010* ai fini dell'autorizzazione e dell'accreditamento del punto nascita;

g. accorpamento in area chirurgica, ovvero in altri settori organizzati per intensità di cura, dell'attività ginecologica, lasciando l'assistenza medica allo specialista in ostetricia-ginecologia;

h. nei limiti delle dotazioni organiche complessive esistenti, potenziamento o attivazione nei Consultori familiari delle attività ambulatoriali medico-specialistiche di ostetricia e ginecologia, garantite dai dirigenti medici del punto nascita di riferimento, con presenza settimanale di almeno 36 ore: il Direttore dell'Unità Operativa che gestisce il predetto punto nascita assicura un'equa rotazione dei dirigenti medici nell'effettuazione delle attività ambulatoriali e collabora con il Responsabile del Consultorio, cui competono tutte le funzioni organizzative, per la predisposizione di protocolli operativi che integrino aspetti sanitari, di competenza medica e della professionalità ostetrica, aspetti psicologici e altri aspetti socio-sanitari con la partecipazione di tutti gli operatori sanitari dell'area materno infantile;

6. individuazione delle UO complesse di Ostetricia e ginecologia esclusivamente nelle strutture ospedaliere sede di punto nascita;

7. predisposizione di un protocollo organizzativo per la gestione del percorso nascita che abbia avvio dai Consultori fino all'eventuale attivazione dello STAM, in una logica di rete;
8. predisposizione di un protocollo organizzativo per la gestione del neonato e della puerpera dall'ospedale al territorio;
9. individuazione delle UO complesse di Pediatria con annessa Neonatologia, con assegnazione di medici pediatri con provata competenza nell'assistenza neonatologica; in tali strutture il numero di posti letto complessivi, compresi quelli di assistenza neonatologica, non può essere inferiore a 15 posti letto e deve essere garantita l'assistenza neonatale nelle 24 ore, nonché il Pronto Soccorso pediatrico di I livello;
10. potenziamento del trasporto neonatale d'urgenza (STEN);
11. chiusura delle UO complesse di Pediatria nelle strutture ospedaliere non sede di punti nascita;
12. predisposizione di un protocollo organizzativo per il coordinamento e la collaborazione tra pediatri ospedalieri e pediatri di libera scelta, anche in rapporto alla gestione del post partum previsto al punto 8.

Il piano di riordino dei punti nascita, oltre a quanto previsto nella linea di azione 1, esplicitata negli *allegati 1a-1b-1c dell'Accordo del 16 dicembre 2010* e delineata nel percorso sopra descritto, dovrà anche tenere conto di tutte le linee di azione, di competenza regionale e locale, previste dal suddetto *Accordo* con particolare attenzione a quanto previsto nei suoi *allegati 2, 3, 5, 7, 9 e 10*.

L'intero processo di riorganizzazione dei punti nascita sarà avviato gradualmente in rapporto alle differenti condizioni organizzative e dovrà essere portato a termine entro il 31 dicembre 2012, come previsto dall'*Accordo del 16 dicembre 2010*.