

2013	Dipartimento per la pianificazione strategica	Area	Serv. 4
------	---	------	---------

D.A. n. 01521/13

Repubblica Italiana  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento per la Pianificazione Strategica  
Servizio 4-Programmazione Ospedaliera

**“Determinazione dotazione organica dei punti nascita”**

**VISTO** lo Statuto della Regione Siciliana;

**VISTA** la Legge Regionale 14 aprile 2009 n.5 “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale” e la Legge Regionale 3 novembre 1993 n. 30 “Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie “ per come ancora applicabile ai sensi dell’art.32 della predetta legge regionale n. 5/09;

**VISTO** il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che individua al punto 5.1 “La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza”, la riduzione del ricorso al taglio cesareo, raggiungendo il valore del 20%, in linea con i valori medi europei, attraverso la definizione di Linee Guida nazionali per una corretta indicazione al taglio cesareo, l’attivazione di idonee politiche tariffarie per scoraggiarne il ricorso improprio;

**VISTO** il D.A. 15 giugno 2009 n. 1150, recante “Indirizzi e criteri per il riordino, la rifunzionalizzazione e la riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale”, con il quale sono stati approvati i criteri per il miglioramento dell’appropriatezza dei ricoveri di cui all’allegato 1 e le regole per il governo del sistema ospedaliero regionale e relative attività di controllo di cui all’allegato 2 dello stesso decreto;

**VISTO** l’art. 2 del medesimo D.A. che, per il perseguimento degli obiettivi del Piano e sulla base delle proposte delle aziende sanitarie della Regione, conferma fra l’altro l’obbligo dei Direttori Generali di avviare la rideterminazione delle piante organiche aziendali in funzione dei processi di ristrutturazione organizzativa, tenendo conto sia degli accorpamenti sia della rifunzionalizzazione dei presidi ospedalieri, anche perseguendo l’integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale;

**VISTO** il piano di riordino della rete ospedaliera declinato a livello delle singole aziende con specifici provvedimenti del 25 maggio 2010;

**VISTO** l’accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 “Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo” nonché quanto previsto nella linea di azione 1 “Misure di politica sanitaria e di accreditamento (Allegati 1a - 1b - 1c)”;

**VISTO** il DA n. 2536 del 2 dicembre 2011 “Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita” e specificatamente quanto previsto all’articolo 18: Eventuali deroghe, in relazione a quanto previsto dal PSR, potranno essere previste in seguito alla presentazione dei piani di riconversione a datare dal 1/10/2012;

**VISTO** il DA n. 470 del 8 marzo 2013 “Modifica e integrazione DA n. 2536/11 riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita”

**VISTO** il Piano Sanitario Regionale 2011/2013 e specificatamente quanto previsto al punto 9.2.1 “Messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell’assistenza al parto e al neonato”. “Il processo di riorganizzazione della rete assistenziale materno-infantile è finalizzato ad attuare progressivamente, nel triennio di validità del presente Piano, le “Linee di indirizzo per la

1

promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" della Conferenza Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

La costruzione della rete si basa sul principio della continuità assistenziale intesa come omogeneità dell'assistenza erogata attraverso percorsi specifici per gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio nonché realizzando un sistema fortemente integrato tra i vari livelli istituzionali sia in ambito sanitario sia sociosanitario e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le diverse strutture che operano in ospedale, nel distretto sanitario/sociosanitario e ospedaliero e gli altri servizi attivi nell'ambito dell'area materno-infantile.

L'obiettivo è di migliorare il livello, dei LEA, gli indicatori di efficacia, di efficienza e di appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate, con particolare riferimento al numero dei parti cesarei garantendo maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini".

**VISTO** ancora il Piano Sanitario Regionale 2011/2013 e specificatamente quanto previsto al punto 9.2.1 "Messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell'assistenza al parto e al neonato" relativo ai criteri generali per la disattivazione/mantenimento dei punti nascita:

Nella prima fase di attuazione delle azioni volte a migliorare in termini di sicurezza, appropriatezza e qualità del percorso nascita per raggiungere gradualmente gli standard previsti dal citato documento tecnico del Ministero della Salute, si è ritenuto di recepire le indicazioni dell'OMS, e le conformi prescrizioni nazionali (cfr. D.M. 24 aprile 2000 relativo all'adozione del progetto obiettivo materno-infantile), che fissano il livello minimo per ciascun punto nascita in almeno 500 parti annui, salve le eccezioni su cui *infra*.



Partendo da tali premesse, il programma di "messa in sicurezza" e di costruzione della rete deve tenere conto non soltanto del numero dei parti/anno ma anche dell'andamento dell'attività ostetrica e ginecologica di tutte le strutture sanitarie pubbliche e private della Regione relativamente agli anni 2005- 2009, come risultante dalle SDO e dalla caratterizzazione quali-quantitativa di quest'ultima, e dovrà essere attuato sulla base delle seguenti direttrici:

1. la disattivazione dei punti nascita con numero di parti inferiore a 500/anno;
2. l'accorpamento delle unità operative sedi di punti nascita ancorchè con numero di parti di 500 o più annui se vicini da realizzarsi nella struttura che presenta le migliori condizioni di sicurezza (Utin, rianimazione etc);
3. la disattivazione dei punti nascita con numero di parti inferiore a 500/anno, con l'eccezione di quelli individuati come punti nascita in zona disagiata di cui al punto seguente;
4. mantenimento dei punti nascita che, in relazione alla peculiarità dei territori montani, alla frammentazione territoriale e alle caratteristiche orografiche, pur al di sotto di 500 parti/anno, rispondono alle caratteristiche di zona montana, e/o disagiata, e/o con notevole distanza dalle strutture di riferimento ostetrico/ginecologiche di livello superiore più vicine;

In questa fase programmatoria, per la quale si terrà conto dei parametri e criteri sopra indicati, sarà fissato tuttavia il numero di almeno 1000 parti/anno quale parametro standard cui tendere progressivamente nel triennio.

**VALUTATA** l'opportunità di contemperare le esigenze delle popolazioni dei comuni in zone disagiate e/o isolate, con le primarie esigenze di sicurezza della erogazione delle prestazioni e di qualità dell'evento parto e del percorso nascita, consentendo sulla scorta delle specifiche valutazioni effettuate in riferimento ai predetti criteri, la permanenza in condizioni di sicurezza di punti nascita con numerosità di parti inferiore a 500/anno, posti in zone disagiate e/o isolate, assicurando tuttavia presso questi ultimi gli standard previsti per i punti nascita di I livello di cui al DA n. 2536 del 2 dicembre 2011 "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita" prevedendo una modifica e integrazione del decreto;

**VISTA** la delibera n.128 del 29/03/2013 che apprezza lo schema di decreto "Modifica ed integrazione del D.A. n. 2536/11 - Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita";

 2 

**VISTO** il parere favorevole esitato dalla VI Commissione dell'Ars nella seduta n. 39 del 26/06/2013 allo schema di decreto "Determinazione dotazione organica dei punti nascita" che prevede gli emendamenti: "il servizio di guardia medica attiva H24 deve essere assicurato in tutti i Punti Nascita operanti in Sicilia" e "la determinazione relativa alle deroghe sulla rete regionale dei Punti Nascita deve essere sottoposta al preventivo parere della VI commissione Legislativa";

**CONSIDERATO** che la dotazione organica individuata nelle schede successive consente l'attivazione del servizio di Guardia Medica H24;

**VISTO** l'iter del Piano di "Ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle piccole isole e in località disagiate" approvata dalla Commissione Salute nel corso della riunione del 10 luglio 2013;



**RITENUTO** di dovere garantire la continuità assistenziale intesa come omogeneità dell'assistenza erogata, perseguendo modelli di continuità assistenziali che consentano la distinzione tra la gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio, attivando in tal senso un sistema fortemente integrato al fine di una collaborazione funzionale tra i vari livelli istituzionali, sinergizzando le attività territoriali e ospedaliere e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative, il distretto territoriale e ospedaliero, i consultori familiari e gli altri servizi attivi nell'area materno - infantile;

**RAVVISATA** la necessità di prevedere, per i punti nascita posti in zone disagiate e/o isolate con numero di parti inferiore a 500/anno, una gestione dipartimentale del personale assegnato, ai fini della crescita e del mantenimento dei livelli di competenza professionale, sia operando una rotazione dello stesso all'interno dei presidi del Dipartimento Materno-Infantile sia prevedendo programmi di formazione e addestramento professionale obbligatorio;

**RAVVISATA** pertanto, la necessità di garantire le condizioni di sicurezza per il funzionamento dei punti nascita di I e di II livello con standard differenziati, mediante la definizione della dotazione organica della rete dei punti nascita di cui al D.A. 2536 del 2 dicembre 2012 e s.m.i. secondo lo schema di seguito riportato:

### I LIVELLO - Standard Personale

N° PARTI	MEDICI	OSTETRICHE
500-750 parti	8 + 1	9+1
750-1000 parti	9 + 1	11 + 1
<b>Attività Assistenziali Collegate</b>		
<b>Accettazione/Consulenze PS Assistenza di degenza (RO e DH)</b>		<b>Accettazione/consulenze ps</b>
		<b>Puerperio</b>
Gravidanza fisiologica (se non garantito dal territorio) Gravidanza a termine/CTG <u><b>Ambulatori specialistici (2500 accessi/anno):</b></u> ad esempio non esaustivo Ecografia Ostetrica/ginecologica Isteroscopia Colposcopia IVG Menopausa (Devono essere garantite 800 ore ambulatoriali l'anno (stimando un tempo medio di 20 min./prestazione) Almeno 18 ore settimanali di sala operatoria elezione / day surgery.		<u><b>Ambulatori specialistici:</b></u> Gravidanza fisiologica (se non garantito dal territorio) Gravidanza a termine/CTG Supporto agli ambulatori specialistici (>= 10 h settimanali)
<b>Attività chirurgica</b>		<b>Unità da aggiungere</b>
Fino a 30 ore/sett. e da 300 e fino a 500 interventi/anno di chirurgia laparotomica/laparoscopica/vaginale.		<b>Medici : 2 unità aggiuntive</b>
> 30 ore/sett. e >500 e fino a 700 interventi/anno di chirurgia laparotomica/laparoscopica/vaginale.		<b>Medici:1 unità aggiuntiva</b>
> 30 ore/sett. e >700 e fino a 900 interventi/anno di chirurgia laparotomica/laparoscopica/vaginale.		<b>Medici:1 unità aggiuntiva</b>
I numeri che caratterizzano i diversi livelli e le dimensione delle prestazioni aggiuntive determinano la diversificazione (in aumento o in riduzione) della numerosità delle risorse con una variabilità del 10% in più o in meno mantenuta per almeno 12 mesi.		


 3
 

## II LIVELLO – Standard Personale

N° PARTI	MEDICI	OSTETRICHE
1000	11 + 1	14+1
1500	12 + 1	18+1
2000 o maggiore	13 + 1	22+1
<b>Attività assistenziali collegate</b>		
Accettazione/Pronto soccorso Ostetrico-Ginecologico		Accettazione/consulenze ps
Attività di degenza: fisiologia patologia ostetrica patologia ginecologica		Puerperio
<b>Ambulatori</b> ad esempio non esaustivo gravidanza a rischio (ad es. diabete, ipertensione, patologia fetale...) gravidanza a termine/CardioTocoGrafia (CTG)  <u>Ambulatori specialistici (3000 accessi/anno):</u> (Devono essere garantite 1000 ore ambulatoriali l'anno (stimando un tempo medio di 20 min./prestazione)		<u>Ambulatori specialistici:</u> Gravidanza fisiologica (se non garantito dal territorio) Gravidanza a termine/CTG Supporto agli ambulatori specialistici (>= 20 h settimanali)
Pronto soccorso Ostetrico/Ginecologico	Pronto soccorso ostetrico ginecologico H 24 (più di 7000 accessi/anno )	Medici + 2 unità Ostetriche + 2 unità
Ambulatori specialistici		1 medico aggiuntivo ogni 1300 ore/anno
<b>Attività chirurgica</b>		<b>Unità da aggiungere</b>
Fino a 30 ore/sett. e da 300 e fino a 500 interventi/anno di chirurgia laparotomica/laparoscopica/vaginale.		Medici : 2 unità aggiuntive
> 30 ore/sett. e >500 e fino a 700 interventi/anno di chirurgia laparotomica/laparoscopica/vaginale.		Medici:1 unità aggiuntiva
> 30 ore/sett. e >700 e fino a 900 interventi/anno di chirurgia laparotomica/laparoscopica/vaginale.		Medici:1 unità aggiuntiva
I numeri che caratterizzano i diversi livelli e le dimensione delle prestazioni determinano la diversificazione (in aumento o in riduzione) della numerosità delle risorse con una variabilità del 10% in più o in meno mantenuta per almeno 12 mesi.		

**RITENUTO** necessario verificare l'adeguamento del personale agli standards indicati nelle suddette tabelle, prevedendo che le aziende sanitarie regionali avviino una ricognizione della dotazione organica afferente ai medesimi punti nascita di I e II livello, comunicando, nel contempo, a questo Assessorato eventuali carenze o esuberi di personale sanitario o non sanitario ivi allocato.

**RITENUTO**, altresì, necessario che le aziende sanitarie trasmettano a questo Assessorato della Salute il piano per il riassorbimento di eventuali esuberi o per la copertura di eventuali carenze rispetto alla suddetta dotazione organica, al fine di autorizzare l'avvio delle procedure per la ricollocazione e/o il reclutamento di detto personale, da effettuarsi prioritariamente mediante il ricorso alla procedura di mobilità infraregionale del personale collocato in disponibilità a seguito dell'avvenuta dismissione di punti nascita già esistenti e, comunque, nel rispetto dei limiti di unità di personale e di spesa, assegnati dal D.A. 1868/2010, come modificato dal successivo D.A. 2322/11, salve deroghe ai predetti limiti che dovranno essere preventivamente richieste ed autorizzate dall'Assessorato;

**RITENUTO**, altresì, di dovere disporre che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie interessate provvedano ad un sistematico monitoraggio delle attività dei punti nascita con riferimento ai criteri di cui all'allegato 1 del D.A. 1150/09, nonché al monitoraggio dei LEA, degli indicatori di efficacia, di efficienza e di appropriatezza, ed economicità delle prestazioni erogate, con particolare riferimento al tasso di cesareo, per individuare possibili modifiche per riqualificare i servizi sanitari, garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini e al tempo stesso assicurare un più adeguato controllo della spesa, adeguando fin da subito i punti nascita, secondo il livello di

complessità assegnato, agli standard infrastrutturali di cui all'allegato 3 del DA n. 2536/11 e della dotazione organica di cui al presente decreto;

**RITENUTO** altresì al fine di salvaguardare l'efficienza del processo assistenziale del controllo della gravidanza e garantire la continuità ospedale territorio devono essere introdotti, da parte delle ASP, elementi di misura e valutazione delle attività effettivamente svolte nei distretti prioritariamente all'utilizzo di risorse aggiuntive (vedi tabella);

**RITENUTO** indispensabile assicurarsi l'attività di verifica, con periodicità annuale, e comunque nel corso del 2014, sugli adempimenti richiesti al Direttore Generale e sui risultati conseguiti, al fine di adottare, ove necessario, le eventuali modifiche alla rete materno - infantile e alla relativa dotazione organica;

## DECRETA

### Art. 1

Al fine di garantire le condizioni di sicurezza necessarie per il funzionamento dei punti nascita di I e di II livello di cui al D.A. 2536 del 2 dicembre 2012 e s.m.i., viste le indicazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente richiamate, la dotazione organica della rete regionale dei suddetti punti nascita è definita secondo lo schema di seguito riportato:

#### I LIVELLO - Standard Personale

N° PARTI	MEDICI	OSTETRICHE
500-750 parti	8 + 1	9+1
750-1000 parti	9 + 1	11 + 1
<b>Attività Assistenziali Collegate</b>		
Accettazione/Consulenze PS Assistenza di degenza (RO e DH)		Accettazione/consulenze ps
		<b>Puerperio</b>
Gravidanza fisiologica (se non garantito dal territorio) Gravidanza a termine/CTG <b>Ambulatori specialistici (2500 accessi/anno):</b> ad esempio non esaustivo Ecografia Ostetrica/ginecologica Isteroscopia Colposcopia IVG Menopausa (Devono essere garantite 800 ore ambulatoriali l'anno (stimando un tempo medio di 20 min./prestazione) Almeno 18 ore settimanali di sala operatoria elezione / day surgery.		<b>Ambulatori specialistici:</b> Gravidanza fisiologica (se non garantito dal territorio) Gravidanza a termine/CTG Supporto agli ambulatori specialistici (>= 10 h settimanali)
<b>Attività chirurgica</b>		<b>Unità da aggiungere</b>
Fino a 30 ore/sett. e da 300 e fino a 500 interventi/anno di chirurgia laparotomica/laparoscopica/vaginale.		<b>Medici : 2 unità aggiuntive</b>
> 30 ore/sett. e >500 e fino a 700 interventi/anno di chirurgia laparotomica/laparoscopica/vaginale.		<b>Medici:1 unità aggiuntiva</b>
> 30 ore/sett. e >700 e fino a 900 interventi/anno di chirurgia laparotomica/laparoscopica/vaginale.		<b>Medici:1 unità aggiuntiva</b>
I numeri che caratterizzano i diversi livelli e le dimensione delle prestazioni aggiuntive determinano la diversificazione (in aumento o in riduzione) della numerosità delle risorse con una variabilità del 10% in più o in meno mantenuta per almeno 12 mesi.		


 5
 

## II LIVELLO – Standard Personale

N° PARTI	MEDICI	OSTETRICHE
1000	11 + 1	14+1
1500	12 + 1	18+1
2000 o maggiore	13 + 1	22+1
<b>Attività assistenziali collegate</b>		
Accettazione/Pronto soccorso Ostetrico-Ginecologico		Accettazione/consulenze ps
Attività di degenza: fisiologia patologia ostetrica patologia ginecologica		Puerperio
<b>Ambulatori</b> ad esempio non esaustivo  gravidanza a rischio (ad es. diabete, ipertensione, patologia fetale...) gravidanza a termine/CardioTocoGrafia (CTG)  <b>Ambulatori specialistici (3000 accessi/anno):</b> (Devono essere garantite 1000 ore ambulatoriali l'anno (stimando un tempo medio di 20 min./prestazione)		<b>Ambulatori specialistici:</b> Gravidanza fisiologica (se non garantito dal territorio) Gravidanza a termine/CTG Supporto agli ambulatori specialistici (>= 20 h settimanali)
Pronto soccorso Ostetrico/Ginecologico	Pronto soccorso ostetrico ginecologico H 24 (più di 7000 accessi/anno )	Medici + 2 unità Ostetriche + 2 unità
Ambulatori specialistici		1 medico aggiuntivo ogni 1300 ore/anno
<b>Attività chirurgica</b>		Unità da aggiungere
Fino a 30 ore/sett. e da 300 e fino a 500 interventi/anno di chirurgia laparotomica/laparoscopica/vaginale.		Medici : 2 unità aggiuntive
> 30 ore/sett. e >500 e fino a 700 interventi/anno di chirurgia laparotomica/laparoscopica/vaginale.		Medici:1 unità aggiuntiva
> 30 ore/sett. e >700 e fino a 900 interventi/anno di chirurgia laparotomica/laparoscopica/vaginale.		Medici:1 unità aggiuntiva
I numeri che caratterizzano i diversi livelli e le dimensione delle prestazioni determinano la diversificazione (in aumento o in riduzione) della numerosità delle risorse con una variabilità del 10% in più o in meno mantenuta per almeno 12 mesi.		

### Art. 2

Al fine di verificare l'adeguamento del personale agli standards indicati nelle tabelle di cui all'art. 1, le aziende sanitarie regionali, devono avviare, tempestivamente, una ricognizione della dotazione organica afferente ai medesimi punti nascita di I e II livello, comunicando a questo Assessorato eventuali carenze o esuberanti di personale sanitario o non sanitario ivi allocato.

### Art. 3

Il piano per il riassorbimento di eventuali esuberanti o per la copertura di eventuali carenze rispetto alla suddetta dotazione organica dovrà essere trasmesso a questo Assessorato della Salute, che autorizzerà l'avvio delle procedure per la ricollocazione e/o il reclutamento di detto personale, da effettuarsi prioritariamente mediante il ricorso alla procedura di mobilità infraregionale del personale collocato in disponibilità a seguito dell'avvenuta dismissione di punti nascita già esistenti e, comunque, nel rispetto dei limiti di unità di personale e di spesa, assegnati dal D.A. 1868/2010, come modificato dal successivo D.A. 2322/11; eventuali deroghe ai predetti limiti dovranno essere preventivamente richieste ed autorizzate dall'Assessorato.


 6
 

#### Art. 4

L'Assessorato alla Salute verificherà, con periodicità semestrale, gli adempimenti richiesti al Direttore Generale e i risultati conseguiti e gli esiti, al fine di adottare, ove necessario nel corso del 2014 le eventuali modifiche della rete materno – infantile ed il rispettivo livello assegnato alle singole strutture sulla scorta e della relativa dotazione organica;

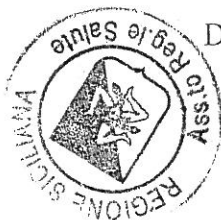
#### Art. 5

Altresì al fine di salvaguardare l'efficienza del processo assistenziale del controllo della gravidanza e garantire la continuità ospedale territorio devono essere introdotti, da parte delle ASP, elementi di misura e valutazione delle attività effettivamente svolte nei distretti prioritariamente all'utilizzo di risorse aggiuntive (vedi tabella)

#### Art. 6

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.

Palermo, - 9 AGO. 2013



L'Assessore  
Dott. Lucia Borsellino

A handwritten signature in black ink, corresponding to the name Dott. Lucia Borsellino.

Il Dirigente Generale

Dott. Salvatore Sammartano

A handwritten signature in black ink, corresponding to the name Dott. Salvatore Sammartano.

Il Dirigente Servizio 4

Dott. Rosalia Murè

A handwritten signature in black ink, corresponding to the name Dott. Rosalia Murè.