

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
C R O T O N E

Delibera n° / 353

ORIGINALE

OGGETTO: Autorizzazione svolgimento a regime attività di "PARTOANALGESIA" in applicazione delle indicazioni e prescrizioni Legislativo - Programmatiche del Progetto - obiettivo "Percorso Nascita" e ricomprensione nei L.EA. di tale linea di attività, con individuazione e ripartizione dei fondi di incentivazione e rimodulazione programmatica.

In data **09 LUG. 2013**, nella Sede dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, via Mario Nicoletta angolo via G. Di Vittorio;
Su conforme proposta, nonché sulla base della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal Direttore del Dipartimento Materno Infantile,

II DIRETTORE GENERALE

PREMESSO CHE il D.M. del 24 aprile 2000 ha adottato il progetto obiettivo Materno - Infantile (P.O.M.I.) relativo al «Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000», obiettivo IV0 con definizione di azioni dirette alla tutela della salute della donna e dei soggetti in età evolutiva, in tutte le fasi della ed ambienti di vita, in quanto ritenuto di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito rivestono sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura, sulla base di convergenti indicazioni dell'OMS, delineando, pertanto, i diversi aspetti strutturali, tecnologici e organizzativi del percorso nascita e dei consultori familiari;
CHE il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 riserva specifico riferimento alla salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza e affronta la questione del ricorso eccessivo al taglio cesareo;
CHE la Raccomandazione del 2007 del Ministero della salute è incentrata sulla prevenzione della morte materna;
CHE il Piano Sanitario Nazionale 2010-2012, fa riferimento alla sicurezza e alla umanizzazione del parto, al ricorso alla partoanalgesia e alla diminuzione dei tagli cesarei, alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno, alla razionalizzazione della rete dei punti nascita e delle unità operative pediatriche - neonatologiche e delle Terapie intensive Neonatali e al trasporto materno e neonatale.
CHE la Regione Calabria con Delibera di Giunta Regionale del 24 maggio 2010, n° 391 ha approvato la procedura di prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto relativa alla Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute e con DPRG del 28 gennaio 2011, n° 8 ha proceduto a regolamentare le richieste di trasferimento, tra ospedali, di pazienti in età neonatale o pediatrica;

CHE l'art. 1, comma 34 della Legge 662/1996, ha previsto l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale al cui perseguimento precisa gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e le apposite risorse vincolate ai sensi dell'art. 34 bis, della stessa legge. Nell'allegato A del suddetto accordo, vengono individuate le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province Autonome delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011, tra cui: "Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita e più specificatamente: a. favorire il parto naturale; b. umanizzare l'evento nascita; e. ridurre la mortalità neonatale e materna; d. trasporto neonatale;

CHE in data 16 dicembre 2010 è stato approvato in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni l'accordo concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo " e il successivo accordo del 20 Aprile 2011 (Repertorio atti n. 84/CSR) stabilisce che debba essere garantita una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali definite negli anni 2009 (Repertorio atti n. 57/CSR) e 2010 (Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome dell'8 luglio 2010 - Repertorio atti n. 76/CSR) ed ha sancito l'assegnazione delle risorse vincolate alle Regioni di rilievo nazionale per l'anno 2011 quantificandole per la Regione Calabria in complessivi € 52,635.904,00;

CHE nell'ambito delle Azioni adottate dal Commissario ad Acta per il Piano di Rientro sono stati promulgati il DPRG del 16 novembre 2010, n° 25 (di individuazione, quale attività ad alto rischio di inappropriatezza, una percentuale di parti cesarei sul totale superiore al 35%) e il DPRG del 16 novembre 2010, n° 26, (primo riassetto della rete dei punti nascita);

CHE la Regione Calabria, con DPGR n° 36 del 6 maggio 2011 avente come oggetto: recepimento Accordo Stato-Regioni unificate 16 dicembre 2010 ha emanato le "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", sancendo così l'obbligatorietà per tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria dell'applicazione di tutto quanto contenuto in tale accordo ed ha istituito il Coordinamento permanente regionale per il percorso nascita;

CHE con successivo DPGR n. 97/2011, ha individuato i componenti di detto Coordinamento il quale ha già definito, in esecuzione al proprio mandato, due specifici elaborati nell'ambito delle dieci azioni previste dalle linee di indirizzo ministeriali 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, attraverso redazione degli allegati Ali. A e B;

CHE la Regione Calabria con D.G.R. n° 582 del 6 settembre 2010 ha provveduto ad approvare le linee progettuali relative all'anno 2010 ed alla ripartizione delle risorse finanziarie ad ogni singola Azienda per gli obiettivi de quo;

CHE la Giunta Regionale con Deliberazione n. 255 del 17 giugno 2011 avente come oggetto: "Obiettivi P.S.N. - Approvazione linee progettuali 2011 (Accordo Stato-Regioni - Repertorio atti n. 84/CSR)", ha determinato le quote di ripartizione alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere all'interno della linea progettuale 8.0 "Tutela della maternità e promozione del percorso nascita", quote destinate a progetti specifici con le seguenti finalità: 8.1 Riorganizzazione percorso nascita: integrazione territorio-ospedale; 8.2 Completamento e messa a regime del trasporto neonatale (STEN) e organizzazione del trasporto assistito materno (STAM);

CHE con gli ex-DPGR 18/2010, DPGR 106/2011, 28 del 21 marzo 2012, 32 del 28 marzo 2012, 138 del 19 luglio 2012 e DPGR 54 del 5.07.2011 è stata rimodulata la

rete ospedaliera ed adottata l'Istituzione dei Dipartimenti Interaziendali Materno Infantili (D.I.M.I.) Area Nord – Centro -Sud quali modelli organizzativi in cui si realizza l'integrazione territorio ospedale, basata sulla complementarietà delle diverse strutture, nel rispetto delle reciproche autonomie e specificità, al fine di perseguire una maggiore efficacia ed efficienza, a cura delle strutture regionali sinergicamente implementate dal Coordinamento permanente Regionale per il percorso nascita di cui al citato DPGR n° 97/11 ;

VISTA E CONDIVISA la relazione (prot. 171/D.M.I./2013) proposta in data 27 giugno 2013 dal Direttore del Dipartimento Materno Infantile Dr. Salvatore Bagalà, che si intende qui richiamata e costituisce parte integrante del presente atto deliberativo;

CONSIDERATO in particolare che l'ASP di Crotone ha: 1) già pienamente recepito ed applicato tutte le normative e atti di indirizzo a carattere Nazionale e regionali di regolamentazione; 2) ottemperato alle azioni, programmatiche, di formazione, informazione/pubblicizzazione per come percentualmente ripartite nel contesto degli obiettivi di piano e specifici capitoli di spesa relativi al "percorso nascita"; 3) positivamente valutato le risultanze in termini di indicatori di processo e risultato e, contestualmente, di target e rendicontazione finanziaria (relazioni dei primi due anni di durata degli obiettivi di piano medesimi a firma del precedente Direttore del Dipartimento materno infantile Dr. Umberto Pio CORAPI);

PRESO ATTO, altresì, che il gruppo operativo preposto alla gestione complessiva dei parti in analgesia perimidollare ha completato l'iter formativo delle figure coinvolte (in modo trasmurale e tra UU.OO.), è dotata di tutta la modulistica necessaria già edita a stampa e delle figure di accoglienza/formazione ed informazione delle coppie candidate dalle quale riceve richieste di tale tipologia di prestazione con trend incrementale e indici qualitativi di gradimento più che soddisfacenti;

CHE sono già stati preventivati, nella rimodulazione progettuale degli obiettivi di piano, ulteriori adeguamenti degli standard di efficienza, sicurezza ed accoglienza sia mediante acquisizione di altre necessarie attrezzature (carrello anestesilogico dedicato e materiale di consumo) che di confort delle sale parto con un impegno di spesa complessivo stimato in ~ € 200.000 (Duecentomila), rispettivamente € 100.000 per capitolo da imputare nel conto e nel bilancio di competenza;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

DELIBERA

Per quanto in premessa, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato:

1. Autorizzare la prosecuzione e la realizzazione a regime dell'attività di "PARTOANALGESIA" in applicazione delle indicazioni e prescrizioni Legislativo -Programmatiche del Progetto - obiettivo "Percorso Nascita" e ricomprensione nei L.E.A. di tale linea di attività, con individuazione e ripartizione dei fondi di incentivazione e rimodulazione programmatica delle esperienze già maturate nel primo biennio come di seguito meglio circostanziate;
2. Ratificare i documenti programmatici redatti dalla D.ssa Cinzia Federici (in concorso con la D.ssa Rosetta Barretta) e sotto la supervisione del Dr. Fulvio Tancioni e del Direttore del Dipartimento Materno- Infantile Dr. Salvatore Bagalà per ciò che concerne le rispettive attribuzioni;

3. Autorizzare l'attività della parto-analgesia nei casi di volta in volta programmati o intercorrenti, con le modalità liberamente e formalmente scelte dalle gestanti e previa acquisizione del loro consenso informato per come stabilito per legge, prassi e regolamenti;
4. Fissare nella quota onnicomprensiva di € 360,00 (Trecentosessanta) per ogni parto effettuato con tali modalità e la cui durata standard è precisata complessivamente in ore 6 (SEI) la remunerazione incentivante prevista per le figure professionali dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione. Tale quota di incentivazione (€360,00) viene mantenuta e corrisposta comunque in un range di flessibilità compreso tra le 3 (TRE) e le 9 (NOVE) ore.
5. Prevedere, nei casi documentati di effettiva necessità di prosecuzione del parto con le modalità descritte oltre il limite di flessibilità previsto delle NOVE ORE (e fino al massimo di 12 ore), una remunerazione pari al DOPPIO della quota prevista (€ 360,00), pari, quindi, ad un Totale di € 720,00 (SETTECENTOVENTI) per il singolo parto che richieda e si protragga imprescindibilmente oltre le 9 ore e fino e non oltre le 12 ore;
6. Delegare, per la definizione della ripartizione delle singole quote pro-capite tra i componenti del gruppo di Anestesisti-Rianimatori impegnati nel progetto, il Direttore dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione Dr. Fulvio Tancioni, previa concertazione condivisa e formalizzazione da comunicare, preventivamente ed obbligatoriamente al ripristino dell'attività de quo, alla Direzione Strategica ed altri Uffici ASP interessati;
7. Prevedere per le finalità di cui sopra, sulla base di disponibilità personale espressa, n. 3 ostetriche (rispettivamente due ospedaliere per un totale di 2 ore settimanali ed una territoriale per un'ora settimanale) la cui individuazione è demandata ai rispettivi Responsabili, cioè al Direttore dell'U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia e al Coordinatore del Consultorio di Crotone;
8. Stabilire una quota oraria di incentivazione delle suddette figure professionali, previo conseguimento dell'indicatore di risultato sul numero minimale prefissato di interventi, di € 12,00 (DODICI), per come parimenti convenuto preventivamente e concertato anche con la posizione funzionale responsabile;
9. Imputare gli oneri di spesa nel periodo compreso tra il 1° luglio ed il 31 Dicembre 2013, cioè nel semestre di ripristino del servizio, sul conto e bilancio di competenza degli obiettivi di piano 2013, la cui quantizzazione è evidentemente conseguente al numero di parti-analgesia effettivamente eseguiti e loro singola durata, secondo la regolamentazione sopra specificamente definita;
10. Prevedere e successivamente reperire i fondi per la prosecuzione dell'attività di continuazione del servizio, inserito a regime nei L.E.A., previa verifica positiva di tutti i necessari indicatori, per come previsti dalla legge, indicazioni degli obiettivi di piano e verifiche Regionali, con cadenza almeno semestrale, da capitoli diversi dagli obiettivi di piano la cui durata triennale è conclusa e non rifinanziabile;
11. Dare alla presente delibera immediata esecutività;
12. Trasmettere copia della presente delibera ai Responsabili coinvolti nel progetto medesimo.

Il Responsabile del Procedimento: Anton Segelè
Direttore del Dipartimento Materno Infantile
Dr. Salvatore Bagalà

Il Direttore Amministrativo : [Signature]
Dr. Giovanni Cozza

Il Direttore Sanitario : Francesco Paravati
Dr. Francesco Paravati

Il Direttore Generale: [Signature]
Prof. Rocco Antonio Nostro

UFFICIO AFFARI GENERALI

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'Azienda in data 09 LUG. 2013 con protocollo della U.O. Segreteria Generale n. 068, ed ivi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

Crotone, lì 09 LUG. 2013

Il Responsabile del procedimento

Valter Cosentino

[Signature]

Il Direttore dell'Ufficio

Il Dirigente Amministrativo Responsabile
(Dr.ssa Anna GIORDANO)

[Signature]

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di CROTONE
DIPARTIMENTO MATERNO – INFANTILE
(Direttore: Dr. Salvatore Bagalà)

OGGETTO: *Proposta di ripristino e svolgimento a regime attività di “PARTOANALGESIA” in applicazione delle indicazioni e prescrizioni Legislativo-Programmatiche del Progetto-obiettivo “Percorso Nascita” e ricomprensione nei L.E.A. di tale linea di attività, con individuazione e ripartizione dei fondi di incentivazione e rimodulazione programmatica (procedure, indicatori e target).*

Prot. N° 171/D.M.I. - 2013

Preg.mo Sig. Direttore Generale ASP
Prof. ROCCO ANTONIO NOSTRO

Preg.mo Sig. Direttore Sanitario
Aziendale Dr. FRANCO PARAVATI

Preg.mo Sig. Direttore Amministrativo
Dr. Giovanni COZZA

Preg.mo Sig. Direttore Ufficio Amministrativo
Dr. Giuseppe FICO

Preg.mo Sig. Direttore U.O. Risorse Umane
Dr. SAVERIO LORIA

L O R O S E D I

A) PREMESSE NORMATIVE

- 1) Il D.M. del 24 aprile 2000 ha adottato il progetto obiettivo Materno-Infantile (P.O.M.I.) relativo al «Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000», obiettivo IV° con definizione di azioni dirette alla tutela della salute della donna e dei soggetti in età evolutiva, in tutte le fasi della ed ambienti di vita, in quanto ritenuto di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito rivestono sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura, sulla base di convergenti indicazioni dell'OMS, delineando, pertanto, i diversi aspetti strutturali, tecnologici e organizzativi del percorso nascita e dei consultori familiari;
- 2) il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, faceva riferimento alla salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza e affrontava la questione del ricorso eccessivo al taglio cesareo;
- 3) la Raccomandazione del 2007 del Ministero della salute è incentrata sulla prevenzione della morte materna;
- 4) il recente Piano Sanitario Nazionale 2010-2012, fa riferimento alla sicurezza e alla umanizzazione del parto, al ricorso alla partoanalgesia e alla diminuzione dei tagli cesarei, alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno, alla razionalizzazione della rete dei

punti nascita e delle unità operative pediatriche-neonatologiche e delle Terapie intensive Neonatali e al trasporto materno e neonatale.

- 5) La Regione Calabria con Delibera di Giunta Regionale del 24 maggio 2010, n° 391 ha approvato la procedura di prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto relativa alla Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute e con DPRG del 28 gennaio 2011, n° 8 ha proceduto a regolamentare le richieste di trasferimento, tra ospedali, di pazienti in età neonatale o pediatrica;
- 6) già l'art. 1, comma 34 della Legge 662/1996, ha previsto l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale al cui perseguimento individua l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e le apposite risorse vincolate ai sensi dell'art. 34 bis, della stessa legge. Nell'allegato A del suddetto accordo, vengono individuate le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province Autonome delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011, tra cui: "Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita e più specificatamente: **a.** favorire il parto naturale; **b.** umanizzare l'evento nascita; **c.** ridurre la mortalità neonatale e materna; **d.** trasporto neonatale;
- 7) In data 16 dicembre 2010 è stato approvato in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni l'accordo concernente *"Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo."* L'accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome del 20 Aprile 2011 (Repertorio atti n. 84/CSR) stabilisce che debba essere garantita una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali definite negli anni 2009 (Repertorio atti n. 57/CSR) e 2010 (Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome dell'8 luglio 2010 - Repertorio atti n. 76/CSR);
- 8) l'intesa del 20 Aprile 2001 (Repertorio atti n. 84/CSR) ha sancito l'assegnazione delle risorse vincolate alle Regioni ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, della Legge 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi prioritari di rilievo nazionale per l'anno 2011 quantificandole per la Regione Calabria in complessivi € 52,635.904,00;
- 9) Nell'ambito delle Azioni adottate dal Commissario ad Acta per il Piano di Rientro è stato promulgato il DPRG del 16 novembre 2010, n° 25 nel quale è stata individuata, quale attività ad alto rischio di inappropriatazza, una percentuale di parti cesarei sul totale superiore al 35% e con il successivo DPRG del 16 novembre 2010, n° 26, si è proceduto al primo riassetto della rete dei punti nascita, disattivando quelli che, nell'anno 2009, avevano effettuato un numero di parti inferiore a 500 e stabilendo un piano triennale di ulteriore razionalizzazione basato, oltre che sul numero dei parti effettuati, anche sull'indicatore di appropriatezza espresso dalla percentuale dei parti cesarei sul totale così definito: 40% per l'anno 2011; 35% per l'anno 2012; 25% per l'anno 2013; prevedendo, quindi, di procedere annualmente alla disattivazione di ulteriori punti nascita che presentano una percentuale di parti cesarei superiore a quella sopraindicata;
- 10) la Regione Calabria, con DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n° 36 del 6 maggio 2011 avente come oggetto: recepimento Accordo Stato-Regioni unificate 16 dicembre 2010 ha emanato le "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", sancendo così l'obbligatorietà per tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria dell'applicazione di tutto quanto contenuto in tale accordo ed ha istituito il Coordinamento permanente regionale per il percorso nascita;

- 11) Con successivo DPGR n. 97/2011, sono stati nominalmente individuati i componenti di detto Coordinamento che ha già definito, in esecuzione al proprio mandato, due specifici elaborati nell'ambito delle dieci azioni previste dalle linee di indirizzo ministeriali 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, attraverso gli allegati All. A e B al citato decreto per costituirne parte integrante e sostanziale, esaustivi ai fini rilevati. Oltre al contenuto descritto di cui all'allegato A (Linee guida per la riorganizzazione del percorso nascita), l'Allegato B ha costituito il "Diario della gravidanza", strumento di accompagnamento della donna durante il percorso nascita finalizzato a: - dare alle donne maggiori informazioni sulla gravidanza e sui servizi che il SSR mette a sua disposizione durante il suo percorso nascita; - facilitare i contatti tra le donne ed i servizi sanitari deputati a seguirla durante la gravidanza ed il parto; - favorire un'assistenza in gravidanza migliore e più completa, consentendo a tutti gli operatori dei servizi sociosanitari, con cui la donna entrerà in contatto durante il "Percorso", di utilizzare uno strumento unico di gestione della gravidanza; - fornire agli operatori dei servizi materno infantili uno strumento di collegamento funzionale e di comunicazione in grado di facilitare il passaggio di informazioni tra un servizio e l'altro. Pertanto la Regione Calabria ha ritenuto l'adozione di entrambi gli elaborati da parte delle Aziende ospedaliere e sanitarie provinciali suscettibile di conferire omogeneità di comportamenti assistenziali in tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, ai fini della maggior garanzia della donna gravida;
- 12) La regione Calabria con D.G.R. n° 582 del 6 settembre 2010 ha provveduto ad approvare le linee progettuali relative all'anno 2010 ed alla ripartizione delle risorse finanziarie ad ogni singola Azienda per gli obiettivi de quo;
- 13) La Giunta Regionale con Deliberazione n. 255 del 17 giugno 2011 avente come oggetto: "Obiettivi P.S.N. – Approvazione linee progettuali 2011 (Accordo Stato-Regioni - Repertorio atti n. 84/CSR)", ha determinato le quote di ripartizione alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere all'interno della linea progettuale 8.0 "Tutela della maternità e promozione del percorso nascita", quote destinate a progetti specifici con le seguenti finalità: 8.1 Riorganizzazione percorso nascita: integrazione territorio-ospedale; 8.2 Completamento e messa a regime del trasporto neonatale (STEN) e organizzazione del trasporto assistito materno (STAM);
- 14) con gli ex-DPGR 18/2010, DPGR 106/2011, 28 del 21 marzo 2012, 32 del 28 marzo 2012, 138 del 19 luglio 2012 e, segnatamente, DPGR 54 del 5.07.2011 è stata adottata l'Istituzione del Dipartimento Interaziendale Materno Infantile (D.I.M.I.) Area Centro comprendente le strutture ospedaliere e territoriali afferenti ai D.M.I. (Dipartimenti Materno Infantili) dell'Azienda Ospedaliera di Catanzaro e delle ASP di Catanzaro, Crotone e Vibo Valentia, ribadita e meglio circostanziata nell'allegato al DPGR n° 54 medesimo del 5.07.2011 che al Punto 39 ter testualmente recita: "Il Dipartimento Materno Infantile, di natura mista ospedaliera e territoriale, è costituito su base interaziendale, in coerenza con quanto definito per la rete ospedaliera e si articola nel 1) Dipartimento Materno Infantile Area Nord, comprendente le strutture ospedaliere e territoriali dell'ASP di Cosenza e dell'azienda ospedaliera che insiste sul suo territorio; 2) Dipartimento Materno- Infantile Area Centro, comprendente le strutture ospedaliere e territoriali dell'A.O. di Catanzaro e quelle delle ASP, di Catanzaro, di Crotone e di Vibo Valentia; 3) Dipartimento Materno Infantile Area Sud, comprendente le strutture ospedaliere e territoriali dell'ASP di Reggio Calabria e dell'Azienda ospedaliera che insiste sul suo territorio. I Dipartimenti, così costituiti sono deputati all'assistenza sul versante sanitario di famiglie, donne, bambini e adolescenti, attraverso interventi di educazione sanitaria, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Vengono contestualmente perseguite ed assicurate: la promozione e tutela della salute della donna e della coppia (assistenza alla coppia nella pianificazione familiare, assistenza alla

donna, con particolare attenzione alla gravidanza, parto e puerperio); la promozione e tutela della salute dei bambini e degli adolescenti (assistenza al neonato sano e al neonato con patologie, assistenza al minore sano e al minore con bisogni speciali o con malattie croniche, riabilitazione dei minori disabili). Conseguentemente è stato ottemperato a quanto disposto con la definizione del relativo documento programmatico redatto e licenziato dal Gruppo Interaziendale precipuamente insediato e preposto, con successiva ratifica Deliberativa dello stesso (ed individuazione nella persona dello scrivente del Direttore pro-tempore in data 29.11.2012) ad opera di ciascuna delle 4 ASP Consorziate e presa d'Atto della Regione;

- 15) Gli effetti del richiamato DPGR n° 97/11 di istituzione del Coordinamento permanente Regionale per il percorso nascita con l'obiettivo di adeguare le strutture regionali deputate al percorso nascita alle linee guida definite dall'accordo Stato-Regioni si implementano sinergicamente con il Dipartimento Materno Infantile Interaziendale che: rappresenta il modello organizzativo in cui si realizza l'integrazione territorio ospedale, basata sulla complementarietà delle diverse strutture, nel rispetto delle reciproche autonomie e specificità, al fine di perseguire una maggiore efficacia ed efficienza. Pertanto, il Dipartimento coordina le funzioni dei vari gangli della rete, promuovendo: - l'elaborazione e l'applicazione di percorsi clinico/diagnostici/terapeutici - la formulazione di supporti per la trasmissione dei dati clinici - la formazione degli operatori - l'audit clinico.

B) ATTUALITA' E CONTINUITA' LEGISLATIVO-SCIENTIFICA DEGLI OBIETTIVI

La perdurante e crescente rilevanza della problematica sul percorso nascita si evince dai numerosi ed ulteriori Riferimenti Normativi, Rapporti Istituzionali (internazionali, Nazionali e Regionali), Scientifici a cura delle Società Cointeressate e di ordine sociale che nel prosieguo vengono prospettati, in primis in virtù della la riproposizione, in continuità con quanto già evidenziato e previsto nella bozza provvisoria del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, attraverso:

- la razionalizzazione dei punti nascita con l'obiettivo di una soglia minima di almeno 500 parti (attualmente i punti nascita con numero di parti inferiori alla soglia sono ancora il 28 % del totale);
- la riduzione del ricorso al taglio cesareo, rispetto alla soglia del 15%, che secondo l'OMS garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e il feto: l'Italia è il paese europeo con la massima incidenza di parti cesarei, con valore del 38,3% del 2008, trend assolutamente inverso (si è passati dall'11,2% del 1980 al 29,8% del 1996) ed estrema variabilità per area geografica. Tra l'altro la percentuale dei parti cesarei tende ad aumentare con progressione lineare dalle strutture con maggior numero di parti a quelle a minor numero, raggiungendo il 50% nelle strutture con parti/anno <500, con valori di gran lunga maggiori presso le strutture private accreditate (61%) e non accreditate (75%) rispetto a quelle pubbliche (34%);
- la riduzione dei tassi di mortalità materna e perinatale in alcuni contesti, spesso coincidono con quelli a più alta incidenza di parti cesarei. La stretta correlazione tra queste due criticità è, infatti, indice di inadeguata/inappropriata assistenza sanitaria nel settore materno infantile;
- il miglioramento delle attività di promozione, sostegno e protezione dell'allattamento materno alla nascita e nel puerperio;
- * il recepimento in toto di quanto previsto nelle linee guida emanate dal Ministero della Salute → Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole.

In definitiva, tutto quanto previsto nei vari atti emanati evidenzia sicuramente delle criticità che affrontate separatamente producono risultati significativamente inferiori alle attese per insufficiente valutazione degli effetti sul resto del sistema. Pertanto la Formazione degli Operatori rappresenta sicuramente uno degli elementi prioritari che devono essere promossi e sviluppati, secondo un programma articolato che renda prioritario, nell'ambito delle attività di formazione continua ECM aziendale e regionale, percorsi di formazione/aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita, con modalità integrate. Conseguentemente si

mantiene imprescindibile la promozione di una effettiva integrazione della funzione universitaria di didattica con gli ospedali di riferimento, il coinvolgimento delle società scientifiche nella formazione continua dei professionisti sanitari, nonché attività formative in tema di partoanalgesia con carattere di multidisciplinarietà (Accordo CU 16/10/2010 – allegato 8).

C) IMPLICAZIONI COMUNICATIVE SOCIO-SANITARIE E CONSEGUENTI AZIONI

E' acclarato incontrovertibilmente come il tema della qualità e della sicurezza dei punti nascita nel nostro Paese e del relativo percorso assistenziale sia riemerso con forza nel dibattito pubblico nel corso del 2010, per effetto di numerosi episodi di errori di diagnosi e ritardi nell'assistenza, con conseguenze anche gravi per la salute della partoriente e del neonato, riportati con molta enfasi dalla stampa e vissuti con enorme preoccupazione dai cittadini. Il clamore, determinato soprattutto da alcuni casi emblematici, ha determinato l'avvio di un dibattito anche al livello parlamentare e governativo, approvato in Conferenza permanente delle Regioni, con l'accordo del 16 dicembre 2010 sulle nuove Linee di indirizzo per il percorso nascita. Oggetto dell'accordo è risultato un programma nazionale di interventi nel triennio 2010-2012, da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale attraverso l'attuazione delle **dieci Linee di azione del programma nazionale di interventi per il triennio 2010-2012 per il Percorso Nascita, di seguito riproposte:**

1. Misure di politica sanitaria;
2. Carta dei servizi per il percorso nascita;
3. Integrazione territorio-ospedale;
4. Sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del SNLG-ISS;
5. Programma di implementazione delle Linee guida;
6. Elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita;
7. Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto;
8. Formazione degli operatori;
9. Monitoraggio e verifica delle attività;
10. Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita.

N.B. - Nel successivo paragrafo si ripropongono le componenti salienti estrapolate dal progetto integrale e s.m.i. redatto dalla D.ssa Cinzia Federici nel quale sono esposti e definiti in modo aggiornato i suddetti dieci punti e la pluralità degli interventi normativi ulteriormente di recente intervenuti e, nella fattispecie, relativamente all'accesso alla partoanalgesia.

L'accesso alla partoanalgesia:

- L'analgesia epidurale è una tecnica di analgesia parziale del corpo che consente di ridurre minimo le sofferenze durante il parto, permettendo alla donna di rimanere cosciente, di respirare autonomamente lasciando vigili tutte le altre sensibilità e la possibilità di muoversi.
- La tecnica risulta essere sicura e indolore.
- Nel 2008 il Governo ha promosso una nuova legge per introdurre il servizio di anestesia epidurale tra le procedure rimborsabili interamente dal SSN e suo inserimento nei LEA con Decreto del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2008 (articolo 37, comma 3). Nonostante questo, non tutte le Regioni dispongono di fondi dedicati per erogare il servizio nelle proprie strutture ospedaliere.
- Un dato emblematico: in Italia solo il 16% delle strutture ospedaliere ha la possibilità di offrire gratuitamente il servizio. Da uno studio di ONDA su 37 strutture ospedaliere premiate con 3 bollini rosa emerge che i problemi riguardano sostanzialmente: l'accessibilità, ossia la facilità con cui la paziente può usufruire del servizio all'interno della struttura ospedaliera (accesso su richiesta della donna o offerta per scelta dell'ospedale); l'equità rispetto ai costi (servizio gratuito o a pagamento); la disponibilità del servizio

(presenza di una anestesista dedicato in sala parto dei casi o servizio offerto 24h/24). I risultati dello studio evidenziano che il servizio è accessibile, è equo ma non è disponibile, poiché solo il 35% delle strutture analizzate è provvista dell'anestesista dedicato esclusivamente alla partoanalgesia.

- **D) Ottemperanza degli OBIETTIVI di PIANO in ESECUZIONE** delle SOPRAESPOSTE LEGGI E REPORT nell'ASP di CROTONE desunti dalla relazione Prot. N° 15/D.M.I. – del 15.01.2013, con oggetto: “Rendicontazione al Direttore Generale dello Stato di avanzamento amministrativo-programmatico inerente gli obiettivi di piano “percorso nascita” fissata per il giorno 16 gennaio 2013 presso la Direzione dell’U.O. di Ostetricia e Ginecologia, in continuità con le precedenti relazioni rese dal Dr. Umberto Pio Corapi, Direttore dell'epoca del D.M.I. e relative rendicontazioni contabili a cura dell'Ufficio Amministrativo preposto (ultimo resoconto, in ordine cronologico, approvato con Delibera n° 436 del 28.08.2012). Nello specifico si è proceduto alla illustrazione degli aggiornamenti e stato di avanzamento delle linea progettuale n° 8 “Tutela della maternità e promozione all'appropriatezza del percorso nascita, anno 2011, comprensiva di: a) azioni atte a favorire il parto naturale; b) l'umanizzazione dell'evento nascita; c) la riduzione della mortalità neonatale e materna; d) il trasporto neonatale. Preliminarmente si è precisato che con comunicazione prot. N° 220/DMI/2012 del 25 Ottobre 2012 inoltrata al Sig. Dirigente Settore Area L.E.A. del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sociali della Regione Calabria Dr. LUIGI RUBENS CURIA è stata riscontrata la nota n° 344374/SIAR del 17.10.2012 relativa ad “Inadempienza – Adempimenti Percorso Nascita”, tempestivamente ottemperati nei termini perentori indicati e segnatamente riguardanti, per l'ASP di Crotone: 1) questionario Audit Regionale in ambito perinatale compilato; 2) Stampa diario della gravida; 3) Report e modulistica relativa alla linea progettuale “Parto-Analgesia” di documentazione dello stato di significativo avanzamento; 4) deliberazione costituzione del Comitato di Coordinamento Aziendale per il percorso nascita. In tempi estremamente rapidi è stata assolta, a cura del Gruppo di Lavoro precipuamente costituito, il “Documento Programmatico” del D.I.M.I. (Dipartimento Interaziendale Materno Infantile) e relativi atti Deliberativi di approvazione e ratifica a cura delle quattro Aziende consorziate nell'area centro ai sensi e per gli effetti del D.P.G.R. 54 del 5.11.2011. Più precisamente tale Documento è stato approvato e licenziato in data 12 Novembre 2012, ratificato con Delibera da ciascuna Azienda Consorziate con insediamento formale del Comitato di Dipartimento Interaziendale e nomina del Coordinatore pro-tempore nella persona del Direttore DMI di Crotone Dr. Salvatore Bagalà. In definitiva i progetti inerenti gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN anno 2009 – D.G.R. N° 250 del 5.5.2009 – ha assolto agli adempimenti previsti che di seguito, succintamente si riassumono: Task Force Aziendale – Amministrativa e Sanitaria Aziendale; Carta dei Servizi; Diario della gravida (con intestazione comune D.I.M.I.); Audit perinatale; Report consultori e Parti-Analgesia; Indicatori allattamento al seno → rapportati a I.S.S.), ulteriori azioni previste per il completamento e funzionamento a regime delle attività quali C.A.N.→ Indicatore di Riferimento 10%; abbattimento della percentuale dei T.C. → Indicatore di Riferimento 35%; Decreto n° 187/2012 “Costituzione rete per attività I.G.V.- complementarità Territorio Ospedale; cronoprogramma, indicatori di processo e di risultato in conformità e continuità con il biennio 2009/2010; STEN e STAM; con relativi capitoli, indizioni ed espletamento gare; Attivazione ed implementazione “Fascicolo sanitario elettronico” (Atto Deliberativo n° 740 del 21.12.'2012)”; potenziamento organici compatibile con le indicazioni del Commissario ad Acta per il Piano di rientro, limitatamente al Dipartimento di Emergenza-Urgenza, 118 e Anestesia/Rianimazione. La rendicontazione integrativa alle progettazioni già prodotte, a cura di ciascun Responsabile delle diverse linee degli Obiettivi di Piano, è stata segnatamente incentrata sulla quantificazione di eventuali oneri di spesa

pregressi, determinazione dei preventivi compatibili con il totale dei fondi disponibili, individuazione delle criticità e proposte di relative soluzioni per il completamento e funzionamento a regime delle diverse linee di attività illustrate e previste dagli obiettivi di piano. Allo stato ed in attesa di ricezione delle schede di rendicontazione intermedia e finale, sia finanziaria che degli indicatori (di processo e risultato) sono state avviate, completate e/o in itinere i capitolati, preventivi e gare come meglio dettagliate nel progetto attuativo distinto predisposto per il Dipartimento preposto dell'Assessorato alla Salute della Regione Calabria.

E) Stato dell'arte nell'ASP di CROTONE tra Ospedale San Giovanni di Dio e Territorio (per come risulta dalle relazioni delle D.sse Rosetta Barretta e Cinzia Federici)

Nell'ambito dell'attività programmata obiettivo di piano 2012 "Obiettivi PSN 2012, linee progettuali tutela della maternità e promozione appropriatezza percorso nascita. Favorire il parto naturale senza dolore e sistema di trasporto neonatale in emergenza" la U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Crotone ha eseguito vari casi di partoanalgesia per via perimidollare in regime di servizio ordinario non dedicato.

Nello specifico ha realizzato i seguenti obiettivi:

- **Formazione del personale dedicato alla struttura:** 2 corsi residenziali presso l'ASP di Crotone tenuti da esperti in materia e multidisciplinari, ovvero rivolti al personale a vario titolo coinvolto nel Percorso nascita: anestesisti, ginecologi, ostetriche, infermieri;
- formazione pratica con frequenza presso centri di riferimento per la partoanalgesia perimidollare di alcuni anestesisti in tal senso motivati.
- **Implementazione della partoanalgesia:** aumentando il numero degli anestesisti formati, sono aumentate le prestazioni di partoanalgesia (ad oggi circa 80 casi effettuati), tuttavia con carattere ancora sporadico ed occasionale ed eseguite sempre in regime di servizio ordinario non dedicato.
- **Informazione dell'utenza:** incontro delle gestanti e/o i loro mariti con l'anestesista ai corsi pre-parto.
- **Visita anestesiológica pre-parto** di donne possibili candidate o espressamente richiedenti la partoanalgesia perimidollare: eseguite sempre in regime di servizio ordinario non dedicato.

La mortalità e morbosità materna correlate a travaglio e/o parto sono fenomeni sempre più rari nei paesi socialmente avanzati. Tuttavia, le indagini confidenziali e i comitati sulla mortalità materna istituiti in diversi paesi europei rilevano un'incidenza del fenomeno maggiore di quanto le notifiche volontarie riportano e stimano che circa la metà delle morti materne rilevate potrebbe essere evitata grazie a migliori standard assistenziali. Infatti, l'assistenza al di sotto dello standard (substandard care) risulta frequentemente associata alla mortalità materna. Inoltre, va considerato che il più frequente ricorso al taglio cesareo in Italia (36% nel 2003) rispetto all'Europa, potrebbe aumentare l'esposizione al rischio di morbosità e mortalità materna per alcune condizioni cliniche. Affrontando il tema del parto senza dolore si ritiene che si entri inevitabilmente in un campo più vasto strettamente correlato con quello della tutela globale della salute della donna e del bambino. Quindi l'introduzione dell'anestesista nel percorso nascita deve essere vista non solo come la possibilità di abolire il dolore, ma come garanzia in caso di emergenza così come accade in tutte le altre specialità chirurgiche. La gravidanza ed il parto sono, infatti, eventi fisiologici che possono talora complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato. L'effettuazione delle procedure anestesiológicas comporta la presenza dell'anestesista-rianimatore nei dipartimenti materno-infantili, il quale collabora e si integra con neonatologi e pediatri oltre che con gli ostetrici-ginecologi e gli ostetrici in tutte le strutture di ricovero. La presenza dell'anestesista è indispensabile in particolar modo nelle gravidanze e nei parti a rischio e, pertanto, si rende necessaria la stesura e l'applicazione di percorsi diagnostico-

terapeutici condivisi, che prevedano un coinvolgimento precoce dell'anestesista-rianimatore. E' utile ricordare che la figura dell'anestesista è comunque coinvolta nei parti cesarei, che nel 2003 erano in Italia pari al 36,9 per cento del totale dei parti. Perché il programma assistenziale alla gravidanza possa avere successo, è necessario promuovere una forte interdisciplinarietà, nonché la codificazione di meccanismi interni di «protezione» degli operatori coinvolti, che vanno garantiti da una scelta coerente delle istituzioni interessate che tenga conto di obiettivi generali di promozione della salute, di umanizzazione dell'assistenza, di contenimento del dolore, come più volte concordato in vari documenti dallo Stato e dalle Regioni, e non esclusivamente di obiettivi economici in senso stretto; soprattutto occorre incoraggiare l'adozione di appropriate misure assistenziali e organizzative per evitare o minimizzare l'insorgenza di eventi avversi nell'assistenza al parto e al post-partum in modo da ridurre la mortalità e morbosità potenzialmente evitabile. Inoltre in considerazione della chiusura definitiva dei punti nascita con un numero di parti inferiori a 500 si è determinato un incremento esponenziale dei parti presso il Presidio Ospedaliero di Crotone. Pertanto è auspicabile che per l'anno 2013 venga incentivata la implementazione della partoanalgesia per garantire una risposta H24 a tutte le gestanti che richiedano il parto indolore presso l'ASP di Crotone attraverso un impegno di spesa destinato all'incentivazione per anestesisti impegnati sempre al di fuori del normale orario di servizio ed estensione formativa ad altre professionalità dell'area di Anestesia ed Ostetrica-Ginecologia.

F) CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E RAZIONALE DELIBERATIVO

a) Dalla circostanziata disamina precedente si evince che l'esperienza al momento maturata nell'ambito dell'ASP di Crotone ha: 1) pienamente recepito ed applicato tutte le normative e atti di indirizzo a carattere Nazionale e regionali di regolamentazione; 2) nel contesto degli obiettivi di piano nelle quali le stesse sono confluite con gli specifici capitoli di spesa relativi al "percorso nascita" sono state regolarmente ottemperate le azioni, programmatiche, di formazione, informazione/pubblicizzazione per come sopra meglio descritte analiticamente e percentualmente ripartite negli obiettivi di piano; 3) le risultanze in termini di indicatori di processo e risultato e, contestualmente, di target e rendicontazione finanziaria sono stati ottemperati nelle precedenti le relazioni (dei primi due anni di durata degli obiettivi di piano medesimi) a firma del precedente Direttore del Dipartimento materno infantile Dr. Umberto Pio CORAPI; 4) le stesse hanno ricompreso congiuntamente, come da prescrizioni degli obiettivi di piano la sinergia tra il Dipartimento Materno-Infantile, in modo trasversale sia nella componente ospedaliera che territoriale, nonché il personale dell'U.O. di Anestesia e Rianimazione, tutti precipuamente formati e, relativamente ai due precedenti anni del piano triennale, con oneri di spesa dedicati a saldo. In proposito, in esito a formali sollecitazioni della Direzione del D.M.I., nessuno dei destinatari delle stesse ha avanzato riserve di spese pregresse e/o ancora in sospeso parimenti evidenziate nella relazione consuntiva preliminare inoltrata alla Spett.le Direzione Strategica Aziendale, comprensiva degli adempimenti suppletivi richiesti dalla Regione Calabria, tutti puntualmente ottemperati e che, di seguito, si ripropongono in breve sintesi:

b) In atto la Task Force Aziendale Amministrativo-Sanitaria preposta alla gestione complessiva degli obiettivi di piano comprendenti l'attività di parto-analgesia ha completato l'iter formativo delle figure coinvolte (in modo trasversale e tra UU.OO.), è dotata di tutta la modulistica necessaria già edita a stampa e delle figure di accoglienza/formazione ed informazione delle coppie candidate dalle quale riceve richieste di tale tipologia di prestazione con trend incrementale e indici qualitativi di gradimento più che soddisfacenti;

c) sono già stati preventivati, nella rimodulazione progettuale degli obiettivi di piano, ulteriori adeguamenti degli standard di efficienza, sicurezza ed accoglienza sia mediante acquisizione di altre necessarie attrezzature (carrello anestesilogico dedicato) che di confort delle sale parto con

una spesa complessiva di ~ € 200.000 (100.000 per capitolo da imputare nel conto e nel bilancio di competenza;

d) Il confronto sia dei dati quantitativi che qualitativi risulta lusinghiero e significativo a fronte delle risorse umane (organici di medici ed altre figure professionali coinvolte), strutturali (sale parto ed operatorie utilizzabili), tempi di applicazione (notoriamente unica risorsa non rigenerabile a fronte della carenza di organico) che si intende, oltremodo, incrementare in termini qualitativi/quantitativi e di stabilizzazione ai fini del loro funzionamento a regime per come previsto dall'inclusione di tale attività nei L.E.A.- Al riguardo non è proponibile il confronto con altre realtà Sanitarie anche Regionali obiettivamente dotate di maggiori mezzi e risorse umane al punto da poterle destinare ed organizzare in una UNITA' OPERATIVE SEMPLICI, esclusivamente e specificamente dedicate alla Parto-Analgesia. Inoltre non risulta legalmente compatibile e dunque impraticabile il ricorso all'impiego di risorse finanziarie a copertura di turni di guardie e reperibilità o consimili per il personale dipendente ovvero per la stipula di convenzione con figure professionali numericamente e qualitativamente deficitarie, altrove realizzato: le possibilità di impiego delle risorse degli obiettivi di piani sono assolutamente chiare ed inderogabili per cui è opportuno qui richiamarle: Formazione, Informazione/pubblicità, Attrezzature, Incentivazioni, missioni, secondo la ripartizione percentuale precipuamente definita. L'esperienza fino ad ora emersa nella Ns. Azienda impone altri due ordini di considerazione: 1) risulta come in altri citati contesti (organizzati in Dipartimento interaziendale Ospedaliero-Hub e territoriale esteso) a fronte del maggior numero di anestesisti complessivi in organico sono percentualmente in minor numero quelli che hanno maturato esperienza formativa rispetto alla Ns. Azienda; 2) oltre alla ricordata impraticabilità di potere attingere ai fondi del progetto del percorso nascita (oltre alle ovvie implicazioni di eccessiva onerosità ed esauribilità delle disponibilità finanziarie ormai limitate al solo anno in corso) è egualmente e, in definitiva, più utilmente praticabile garantire un servizio H 24 con una programmazione mirata di disponibilità (piuttosto che di prospettata strutturazione in turni aggiuntivi pomeridiani e di reperibilità dedicata: cnfr. Comunicazione Direttore UOC di Anestesia e Rianimazione, Dr. Fulvio Tancioni del 15.05.2013). Infatti una organizzazione "a prestazione" risulta sicuramente più consona alla misura degli indicatori di risultato e compatibile con le incentivazioni previste e connesse. In altri termini sono così salvaguardati i criteri di efficacia, efficienza, economicità ed eticità in quanto prevedibili e dimostrabili con report il numero di parti in analgesia che non potrà che risultare incentivato con siffatta strategia di attivo "allerting" e sistema di premialità. E' pacifico che tale modello organizzativo può e deve riguardare solo le professionalità della Anestesia e Rianimazione (+ 3 ostetriche cooptate: di cui due ospedaliere ed una territoriale) in quanto, per ciò che concerne i Ginecologici, l'attività si svolge regolarmente nell'orario di servizio, di guardia attiva e reperibilità e si implementa virtuosamente con i più volte ricordati obiettivi prioritari nazionali e regionali di abbattimento del numero dei T.C., incentivazione del parto naturale, miglioramento delle condizioni di assistenza per le madri e nascituri, riduzione dell'indice di loro mortalità/morbilità, per i quali è stato precipuamente costituito ed è operativo il Comitato Regionale per i punti nascita e quello interaziendale per i progetti di piano del percorso nascita (quindi per altro verso, nella progettazione complessiva degli obiettivi di piano implementati ed eventualmente incentivabili, ma certamente non nell'attuale contesto!)

e) In definitiva, rispetto ai documenti progettuali prodotti e loro pratica realizzazione la stessa è risultata pienamente condivisa per contenuti e relativi indicatori di processo e risultato, assolutamente apprezzabili, fatta eccezione per le soluzioni prospettate per assicurare la praticabilità del servizio H24 attraverso gli istituti della guardia attiva e reperibilità, assolutamente impraticabili in quanto non contemplate ed anzi pros critte, in tale forma, dagli obiettivi di piano. Pertanto la citata richiesta di cui al punto precedente del 15.05.2013 a firma del Dr. Fulvio Tancioni, Direttore dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione, è stata più utilmente

rimodulata a margine della concertazione tra lo Stesso Direttore dell'UOC, il Direttore del Dipartimento Materno-Infantile Dr. Salvatore Bagalà ed il Direttore Sanitario Aziendale Dr. Franco Paravati, per come sopra prospettato e per le ragioni analiticamente argomentate, nel corso della riunione precipuamente convocata dal Sig. Direttore Sanitario Aziendale e svoltasi presso l'Ufficio dello Stesso in data 27.05.2013, della quale è stato redatto verbale. Come risulta da quest'ultimo, si è, infatti, convenuto sulla già ricordata piena ed unanime convergenza di rimodulazione della proposta per come di seguito precisato:

- 1. Le figure professionali previste nei documenti programmatici redatti dalla D.ssa Cinzia Federici sotto la supervisione del Dr. Fulvio Tancioni sarà attivata contestualmente ai casi che di volta in volta sono stati programmati o intercorreranno, con le modalità liberamente e formalmente scelte della parto-analgesia previa acquisizione di consenso informato delle gestanti come per prassi, legge e regolamenti;*
- 2. La remunerazione incentivante complessivamente prevista per le suddette professionalità è fissata nella quota onnicomprensiva di € 360,00 (Trecentosessanta) per ogni parto la cui durata standard è precisata complessivamente in h. 6 (SEI). Tale quota di incentivazione (€ 360,00) viene mantenuta comunque in un range di flessibilità compreso tra le 3 (TRE) e le 9 (NOVE) h.;*
- 3. Nei casi documentati di necessità di sfioramento oltre il limite massimo delle NOVE h (e fino al massimo di 12 h) tale quota è da intendersi automaticamente RADDOPPIATA, per un Totale quindi di € 720,00 (SETTECENTOVENTI) per il singolo parto che richieda e si protragga imprescindibilmente oltre le 9 h. e fino ad un massimo di 12 h.;*
- 4. La definizione della Ripartizione delle singole quote pro-capite tra i componenti del gruppo attivamente impegnato nel progetto e nell'attività spetta al Direttore dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione, previa concertazione e formalizzazione da comunicare alla Direzione Strategica ed altri Uffici ASP cointeressati;*
- 5. Per le finalità di cui sopra sono individuate, sulla base di disponibilità personale espressa ed a cura del Direttore dell'U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia e del Coordinatore del Consultorio di Crotone, 3 ostetriche (rispettivamente due ospedaliere per un totale di 2 h. settimanali ed una territoriale per 1 h. settimanale) da incentivare (previo conseguimento dell'indicatore di risultato sul numero minimale prefissato di interventi) con una quota oraria di € 12,00 (DODICI), per come parimenti convenuto preventivamente e concertato anche con la loro posizione funzionale responsabile;*
- 6. Gli oneri di spesa sono da imputare dal 1° luglio al 31 Dicembre 2013, cioè nel semestre di ripristino del servizio, nel conto e bilancio di competenza degli obiettivi di piano 2013 la cui quantizzazione è evidentemente conseguente al numero di parto-analgesia effettivamente eseguiti e loro singola durata, secondo la regolamentazione sopra specificatamente definita;*
- 7. La previsione, dopo tale semestre 2013, del reperimento dei fondi per la prosecuzione dell'attività di continuazione del servizio, inserito a regime nei L.E.A., previa verifica positiva di tutti i necessari indicatori, per come previsti per legge, indicazioni degli obiettivi di piano e verifiche Regionali, con cadenza almeno semestrale, ricadrà su capitoli di spesa diversi dagli obiettivi di piano la cui durata triennale è conclusa e non rifinanziabile.*

Crotone li, 27 giugno 2013

Il Direttore del Dipartimento Materno Infantile
(Dr. Salvatore Bagalà)

