



Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 240/10
di iniziativa del Consigliere M. MIRABELLO, C. GUCCIONE recante:
"Norme per il parto a domicilio"
relatore: M. MIRABELLO;

DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	12/5/2017
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	15/5/2017
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	Il Comm.
NUMERO ARTICOLI	

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 240/X pag. 4
"Norme per il parto a domicilio".

Documentazione citata

Certificato di assistenza al parto (CeDAP) pag. 14
"Analisi dell'evento nascita - Anno 2014"

Normativa comunitaria

Carta dei diritti della partoriente risoluzione A2 - 38-88 pag. 106
"Carta dei diritti della partoriente"

Normativa nazionale

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 pag. 110
"Istituzione del servizio sanitario nazionale"

Normativa comparata

Decreto del Commissario ad Acta 23 dicembre 2016, n. U00395 - Lazio pag. 137
"PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO A DOMICILIO, IN CENTRO NASCITA ED IN CASA MATERNITÀ"

Decreto del Commissario ad Acta 12 maggio 2014, n. U00152 - Lazio pag. 165
"Rete per la Salute della Donna, della Coppia e del Bambino: ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consultori Familiari regionali. Tariffa per il rimborso del Parto a domicilio, ad integrazione del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0029 del 01/04/2011".

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA 1° aprile 2011, n. 29. - Lazio pag. 186
"Parto a domicilio e in case di maternità. Approvazione di «Profilo Assistenziale per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico extraospedaliero in «case di maternità e a domicilio» (All. 1), «Protocollo per il parto a domicilio» (All. 2) , «Protocollo per le case di maternità» (All. 3), «Requisiti minimi per l'autorizzazione CMI» (All. 4), «Requisiti minimi per l'autorizzazione CME» (All. 5), «Modulistica» (All. 6)"

Deliberazione Giunta regionale GPG/2010/765 - Emilia Romagna pag. 225
"MODIFICA DEL PUNTO IV - RIMBORSO - DELLA DELIBERA N. 10/1999 "CRITERI E MODALITA' ATTUATIVE PER IL PARTO IN AMBIENTE EXTRA OSPEDALIERO: DIRETTIVA ALLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA IN APPLICAZIONE DELL'ART. 3, COMMA 2, DELLAL.R. N. 26 DEL 11-8-98"

Deliberazione della Giunta Regionale 7 maggio 2002 n. 80-5989 - Piemonte pag. 232
"Modalità di accesso e rimborsi per le prestazioni accessorie a favore degli uremici cronici, per il parto a domicilio e per l'ossigenoterapia iperbarica"

Legge regionale 27 Luglio 1998, n. 22 - Marche pag. 237

"Diritti della partoriente, del nuovo nato e del bambino speditizzato."

Legge regionale 11 agosto 1998, n. 26 - Emilia Romagna pag. 242

*"NORME PER IL PARTO NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE, NELLE
CASE DI MATERNITÀ E A DOMICILIO"*

Legge regionale 11 aprile 1990, n. 35 - Abruzzo pag. 246

*"Norme per la tutela della salute e del benessere psicofisico della donna
partoriente e del neonato."*



Consiglio regionale della Calabria

SETTORE SEGRETERIA ASSEMBLEA E AFFARI GENERALI

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CALABRIA

III COMMISSIONE

Preso in carico

Il 15-05-2017

Firma

[Handwritten signature]

Reggio di Calabria, 15 maggio 2017

Consiglio Regionale della Calabria
 PROTOCOLLO GENERALE
 Prot. n. 20984 del 15.5.2017
 Classificazione 02.05

Cons. Michelangelo Mirabello
 Presidente III Commissione consiliare
 Sanità, Attività sociali, culturali
 e formative

Cons. Giuseppe Aieta
 Presidente II Commissione consiliare
 Bilancio, Programmazione economica,
 Attività produttive, Affari dell'Unione
 Europea e relazioni con l'estero

e, p.c.

Dott. Maurizio Priolo
 Segretario Generale

Avv. Ugo Massimilla
 Capo Gabinetto Presidenza

Dott. Maurizio Priolo
 Dirigente Area Assistenza Commissioni

Dott. Antonio Cortellaro
 Dirigente Settore Legislativo

ESCLUSIVAMENTE PER MAIL

OGGETTO: Proposta di legge n. 240/10[^] di iniziativa dei Consiglieri regionali M. Mirabello e C. Guccione, recante: "Norme per il parto a domicilio".

Si trasmette la proposta di legge n. 240/10[^], assegnata nel merito a codesta Commissione ed alla II[^] per il parere finanziario.

Di quanto sopra sarà data comunicazione al Consiglio regionale nella prima seduta utile.

Cordiali saluti,

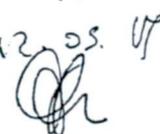
IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO
 (dott. Rocco Siric)

[Handwritten signature of Rocco Siric]

IL DIRIGENTE
 (Avv. Maria Stefania Lauria)

[Handwritten signature of Maria Stefania Lauria]

PROPOSTA DI LEGGE

N.ro 240/10^aSIRIO
12.05.17


Consiglio regionale della Calabria

3^a COMM. CONSILIARE2^a COMM. CONSILIARE

Consiglio Regionale della Calabria

PROTOCOLLO GENERALE

Prot. n. 20818 del 12/5/2017Classificazione 2-5

Al Presidente del Consiglio regionale della Calabria

Sede

Proposta di legge di iniziativa dei Consiglieri Mirabello e Guccione recante:**“Norme per il parto a domicilio”**

Partorire in un ambiente che appartiene alla donna, assistita da ostetriche con cui ha creato un rapporto di fiducia, confortata dal sostegno del compagno e delle persone che le sono più care, può essere un'esperienza unica, profonda e straordinaria. Partorire in un luogo dove sono gli operatori a chiedere il permesso di entrare, e non il contrario, un luogo dove anche il compagno è libero di muoversi a proprio agio, dove gli oggetti, gli odori e le sensazioni sono familiari e lasciano la donna assolutamente libera e tranquilla di vivere attivamente il travaglio e il parto. Queste e tante altre sono le caratteristiche peculiari della nascita presso il proprio domicilio: un'opportunità reale di scelta sui luoghi del parto, per le gravidanze e parti fisiologici, senza rinunciare al controllo clinico e ai criteri di sicurezza. Il parto presso la propria casa è un parto naturale, spontaneo e risponde ai criteri di sicurezza standard in presenza di una gravidanza fisiologica e quando il travaglio e il parto si presentano in modo fisiologico. L'assistenza al parto in casa si svolge all'interno di un rapporto di continuità di assistenza attraverso la gravidanza, il parto, il puerperio e tutta l'esogestazione e prevede l'instaurarsi di una relazione di fiducia tra ostetrica e donna. La conoscenza della donna, della sua gravidanza e la relazione che si instaura con lei, sono requisiti irrinunciabili ai fini di una corretta valutazione clinica e della sicurezza del parto. La conduzione del parto in casa è conservativa, protettiva, rispettosa dei tempi e dei bisogni della donna, senza interventi né farmacologici, né strumentali, né manuali, con la sola eccezione di eventuali emergenze. Il parto a domicilio prevede un approccio globale, olistico alla maternità, all'interno del quale la donna sta al centro ed è punto di riferimento primario. Il parto in casa per la donna è espressione di libertà, intimità, protagonismo suo e del suo partner.

La presente Proposta di Legge ha come prioritario obiettivo quello di riconoscere normativamente la piena libertà di scelta su come partorire in Calabria. Il parto viene sempre più "ospedalizzato" e "medicalizzato" pur essendo un evento assolutamente naturale come, d'altro canto, evidenziato dalla naturale consuetudine delle nostre nonne. Non vi è dubbio che l'ospedalizzazione si sia resa indispensabile in una fase della storia di estensione in Italia del sistema sanitario pubblico e che abbia avuto a cuore la salute delle donne e dei nascituri. Oggi, proprio alla luce delle innovate conoscenze e della più diffusa consapevolezza dell'importanza della gravidanza e del momento del parto relativamente a tutti i potenziali rischi ma anche ai vantaggi di un parto naturale, è giusto che la Regione Calabria si doti di una nuova Legge. E' dimostrabile che l'ospedalizzazione e

soprattutto la medicalizzazione del processo parto-nascita renda sempre più difficile “mettere al mondo” un bambino in modo “spontaneo”. Queste sono le ragioni ed i riferimenti di indirizzo internazionale che inducono ad impegnare la Regione Calabria ad operare per il perseguimento del seguente obiettivo: un riconoscimento normativo e sociale al parto a domicilio, inserendo l'assistenza domiciliare nell'offerta del SSR e prevedendo un rimborso economico per chi ricorre all'assistenza di libero-professionisti. Il beneficio, non quantificabile perché puramente qualitativo ed attestato da chi ha scelto la pratica del parto in casa, è comunque per l'intera famiglia. La pratica del parto a domicilio consente al sistema sanitario regionale, di realizzare notevoli economie di spesa, oltre che ad integrarsi con la politica di razionalizzazione dei punti nascita in Calabria. In Italia il parto domiciliare è previsto dalla normativa vigente e non mancano, in altre Regioni, leggi peraltro anche abbastanza avanzate, che normano il parto extraospedaliero (a domicilio o in case maternità) come legittima scelta della partoriente, individuando proprio in lei l'avente diritto ad assistenza gratuita, nella duplice modalità di erogazione di un servizio pubblico o contributo per spese di assistenza privata.

Reggio cal. 12/05/2017


On.le Michele Mirabello


On.le Carlo Guccione



Consiglio regionale della Calabria

Al Presidente del Consiglio regionale della Calabria

Sede

Proposta di legge di iniziativa dei Consiglieri Mirabello e Guccione recante:

"Norme per il parto a domicilio"

RELAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

1) Finalità della legge in termini finanziari: nuove spese

La presente proposta di legge regionale ha la finalità di tutelare i diritti della donna relativi al parto e favorire il graduale superamento della ospedalizzazione generalizzata. L'articolo 2 stabilisce, infatti, che la donna, debitamente informata sull'evento parto e sulle tecniche da adottare, può liberamente scegliere di partorire a domicilio, oppure nelle strutture ospedaliere, pubbliche e private.

Per quanto concerne il parto a domicilio, l'articolo 4 della proposta di legge prevede che la Regione operi per introdurre nel Servizio Sanitario Regionale le condizioni di assistenza alle gestanti che scelgono di partorire a domicilio. Le Asp garantiscono il servizio di parto a domicilio con il coordinamento di personale ostetrico e le relative spese, comprendenti tutte le prestazioni dalla presa in carico fino al termine del puerperio, coperte con risorse regionali attraverso il rimborso alla donna in caso di assistenza da parte di personale operante in regime libero-professionale oppure attraverso l'erogazione diretta del servizio, anche attraverso forme di convenzionamento. Dall'analisi dei dati disponibili contenuti nei Certificati di Assistenza al Parto (CedAP), pubblicati sul sito del Ministero della Salute, si evince che i parti a domicilio in Calabria sono stati ogni anno, dal 2002 al 2008, circa lo 0,1% del totale.

Le presente proposta di legge regionale, come esplicitato nella relazione di accompagnamento, è finalizzata a disciplinare organicamente la materia avviando in regime sperimentale la procedura finalizzata al parto a domicilio e garantendo ad un numero inizialmente rappresentativo di giovani donne un rimborso pari all'80% delle spese sostenute con un tetto massimo di euro 1000. La Giunta regionale, sentite le ASP territoriali, stabilisce i criteri e le modalità per l'avvio sperimentale e provvede alla loro creazione e mantenimento.

2) Criteri e modalità:

a) finanziamento della spesa

Con riguardo al parto a domicilio (articolo 4) si fa riferimento alle risorse finanziarie trasferite dalla Regione alle ASP per un totale di euro 50.000.

I programmi per la formazione, qualificazione ed aggiornamento del personale socio-sanitario in funzione del parto a domicilio (articolo 4), organizzati dalle ASP, sono finanziati con risorse regionali.

La valutazione delle spese a carico del bilancio della regione Calabria è stata quantificata in via sperimentale per un importo di euro 50.000 attraverso le varie stime parametriche con varie regioni italiane che hanno normato il parto a domicilio, vedi la regione Piemonte, la regione Lazio, la regione Puglia. Inoltre la stima è stata anche determinata attraverso l'analisi dei dati del Ministero della Salute relativi ai Cedap (Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) il quale fornisce informazioni di carattere sanitario, epidemiologico e socio-demografico attraverso la rilevazione degli eventi di nascita, di nati-mortalità e di nati affetti da malformazioni, dati rilevanti ai fini della sanità pubblica, necessari per la programmazione sanitaria nazionale e regionale). Per il finanziamento delle spese previste si procede attingendo dal Fondo Speciale di Parte Corrente relativo all'anno 2017 e si provvede con le risorse allocate al programma 20.03 cap. U0700110101 che viene ridotto del medesimo importo collocando la medesima spesa ad un capitolo di nuova istituzione nel bilancio regionale.

Reggio Cal. 12/05/2017


On.le Michele Mirabello


On.le Carlo Guccione

Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria
(allegato a margine della relazione tecnico finanziaria art. 39 Statuto Regione Calabria)

Titolo : Proposta di legge di iniziativa dei Consiglieri Mirabello e Guccione recante:
“Norme per il parto a domicilio”

La tabella 1 è utilizzata per individuare e classificare la spesa indotte dall'attuazione del provvedimento.
Nella colonna 1 va indicato l'articolo del testo che produce un impatto finanziario in termini di spesa o minore entrata
Nella colonna 2 si descrive con precisione la spesa
Nella colonna 3 si specifica la natura economica della spesa: C “spesa corrente”, I “spesa d'investimento”
Nella Colonna 4 si individua il carattere temporale della spesa: A “annuale, P “Pluriennale”.
Nella colonna 5 si indica l'ammontare previsto della spesa corrispondente.

Tab. 1 - Oneri finanziari:

Articolo	Descrizione spese	Tipologia I o C	Carattere Temporale A o P	Importo
4/5	Spese connesse al parto al proprio domicilio in via sperimentale; Formazione del personale.	c	a	50.000.00

Criteri di quantificazione degli oneri finanziari

La valutazione delle spese a carico del bilancio della regione Calabria è stata quantificata in via sperimentale per un importo di euro 50.000 attraverso le varie stime parametriche con varie regioni italiane che hanno normato il parto a domicilio, vedi la regione Piemonte, la regione Lazio, la regione Puglia. Inoltre la stima è stata anche determinata attraverso l'analisi dei dati del Ministero della Salute relativi ai Cedap (Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) il quale fornisce informazioni di carattere sanitario, epidemiologico e socio-demografico attraverso la rilevazione degli eventi di nascita, di nati-mortalità e di nati affetti da malformazioni, dati rilevanti ai fini della sanità pubblica, necessari per la programmazione sanitaria nazionale e regionale). Per il finanziamento delle spese previste si procede attingendo dal Fondo Speciale di Parte Corrente relativo all'anno 2017 e si provvede con le risorse allocate al programma 20.03 cap. U0700110101 che viene ridotto del medesimo importo collocando la medesima spesa ad un capitolo di nuova istituzione nel bilancio regionale

Tab. 2 Copertura finanziaria:

Indicare nella Tabella 2 la U.P.B. e/ Capitolo di copertura degli oneri finanziari indicate nella tabella 1.

- A titolo esemplificativo e non esaustivo si individuano come possibili coperture:
- l'utilizzo di accantonamenti a fondi speciali di parte corrente (8.1.01.01.) di parte capitale (8.1.01.02);
 - riduzione di precedenti autorizzazioni legislative di spesa;
 - nuovi o maggiori entrate;

- imputazione esatta ad U.P.B. inerente e coerente con la spesa prevista
- altre forme di copertura

n. programma /Capitolo	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Totale
Programma 20.03/ capitolo U070010101	50.000,00	100.000,00		150.000,00
Totale				



Consiglio regionale della Calabria

Proposta di legge di iniziativa dei Consiglieri Mirabello e Guccione recante:
“Norme per il parto a domicilio”

Art. 1
(Finalità)

1) La presente legge ha la finalità di favorire il benessere psicofisico della donna e del nascituro durante la gravidanza, il parto e il puerperio;

A tal fine la legge si propone di:

- a) Promuovere l'informazione e la conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche sanitarie attive presso le strutture del Servizio Sanitario Regionale;
- b) Assicurare la libertà di scelta circa i luoghi dove partorire, ferme restando le esigenze primarie della sicurezza;
- c) Garantire le esigenze primarie della sicurezza e della riduzione dei fattori di rischio ambientali, personali e sanitari incidenti sui tassi di morbilità e mortalità materna e neonatale;
- d) Assicurare la continuità del rapporto familiare-affettivo dello sviluppo psicofisico e di quello cognitivo del minore durante il periodo di ospedalizzazione.

Art. 2
(preparazione alla nascita)

- 1) Le Aziende Sanitarie Provinciali, nell'ambito delle attività consultoriali, organizzano corsi di preparazione alla nascita e di cura del neonato, volti anche a fornire alla donna le necessarie conoscenze della gravidanza, delle condizioni del feto, del parto e delle tecniche da adottare per il suo migliore svolgimento, dell'allattamento naturale e artificiale;
- 2) Le Aziende Sanitarie Provinciali informano la donna sulla possibilità di partorire anche a domicilio nonché sui servizi di assistenza al parto che assicurano nelle strutture ospedaliere al domicilio della stessa.

Art. 3
(Scelta del luogo del parto)

- 1) Nell'ambito delle finalità di cui all'art. 2, la donna, debitamente informata sull'evento del parto e sulle tecniche da adottare può con libertà optare di partorire:
 - a) nelle strutture ospedaliere;
 - b) A domicilio.

Art. 4
(Parto a domicilio)

- 1) La Regione opera per introdurre nel Servizio Sanitario Regionale le condizioni di assistenza alle gestanti che scelgono di partorire a domicilio.
- 2) Sulla base del provvedimento di cui al comma 1, le Aziende Sanitarie Provinciali garantiscono il servizio di parto a domicilio, con il coordinamento di personale ostetrico anche in regime di convenzione.
- 3) Le spese connesse al parto a domicilio, comprendenti tutte le prestazioni ad esso correlate dalla presa in carico fino al termine del puerperio, sono coperte, con risorse regionali, attraverso:
 - a) il rimborso alla donna, pari all'ottanta per cento della spesa documentata, per un importo massimo non superiore a 1000,00 euro.
- 4) Le Aziende assicurano comunque l'adeguata assistenza per gli interventi di emergenza al momento del parto a domicilio, anche ai fini di un eventuale pronto intervento;
- 5) L'ostetrica o il medico ginecologo-ostetrico che ha in carico la gestante deve prontamente informare i servizi di emergenza-urgenza della struttura ospedaliera di riferimento.

Art. 5
(Formazione, riqualificazione
aggiornamento del personale)

1. Il personale operante nel settore materno infantile, comprese le attività territoriali, è formato, aggiornato e riqualificato ai fini dell'attuazione della presente legge. La Regione finanzia i corsi secondo i criteri e le modalità stabiliti nel programma degli interventi di cui all'articolo 1.

Art. 6
(Partecipazione)

1. Le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere assicurano la più ampia consultazione in merito all'organizzazione dei servizi previsti dalla presente legge sia delle associazioni femminili, interessate al settore dell'assistenza alla nascita, sia delle associazioni dei genitori e delle famiglie.

Art. 7
(Programma degli interventi)

1. La Regione finanzia annualmente gli interventi previsti dalla presente legge su richiesta delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere da trasmettere al servizio competente in materia di sanità.

Art. 8
(Disposizioni finanziarie)

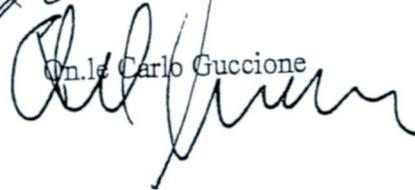
1. Per l'attuazione degli interventi previsti dalla presente legge, relativi alla spesa di parte corrente, è autorizzata in via sperimentale per gli anni 2017/2018 la spesa annuale di euro 50.000 per gli anni successivi l'entità della spesa sarà stabilita con la legge di approvazione dei rispettivi bilanci.

2. Alla copertura della spesa autorizzata dal comma 1 si provvede, per l'anno 2017 mediante impiego delle somme iscritte a carico del Fondo Speciale di Parte Corrente con le risorse allocate nel programma 20.03 del capitolo U 0700110101 che viene ridotto del medesimo importo allocando la corrispondente spesa ad un capitolo di nuova istituzione nel bilancio regionale.

Art. 9
(Entrata in vigore)

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.


On.le Michele Mirabello


On.le Carlo Guccione

Certificato di assistenza al parto (CeDAP)

Analisi dell'evento nascita - Anno 2014



Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica
Ufficio di Statistica

La presente pubblicazione è stata curata da:

Fulvio Basili, Anita Di Rosa, Valerio Montorio e Cristina Tamburini
Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica – Ufficio di statistica

La pubblicazione è inoltre disponibile per la consultazione sul sito web del Ministero della salute, all'indirizzo:

www.salute.gov.it/statistiche

nella sezione Pubblicazioni principali del Sistema statistico sanitario

Per informazioni rivolgersi a:

Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica

Ufficio di Statistica

Via Ribotta, 5 – 00144 ROMA

Tel. 0659942964

Email: statistica@sanita.it

Sommario



<i>Presentazione</i>	pag. 4
1. Completezza e qualità della rilevazione	pag. 8
2. Contesto demografico	pag. 11
3. Il luogo del parto	pag. 15
4. Caratteristiche delle madri	pag. 22
5. La gravidanza	pag. 35
5.1. Indagini diagnostiche in gravidanza	pag. 36
6. Il parto	pag. 43
6.1. Durata della gestazione	pag. 44
6.2. Evento parto	pag. 46
6.2.1. Parti plurimi	pag. 51
6.2.2. Parti vaginali	pag. 53
6.2.3. Taglio cesareo	pag. 55
7. Il neonato	pag. 59
8. Tecniche di procreazione medicalmente assistita	pag. 69
9. I parti secondo la classificazione Robson	pag. 76
<i>Quadro normativo e modalità di rilevazione dei dati</i>	pag. 84
<i>Schema esemplificativo di base del certificato di assistenza al parto</i>	pag. 86

Presentazione

Il presente Rapporto annuale sull'evento nascita in Italia, a cura dell'Ufficio di Statistica, illustra le analisi dei dati rilevati per l'anno 2014 dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP).

La rilevazione – istituita dal Decreto del Ministro della sanità 16 luglio 2001, n.349 Regolamento recante “Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla natimortalità ed ai nati affetti da malformazioni” – costituisce a livello nazionale la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all'evento nascita, rappresentando uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Come per la precedente edizione del Rapporto è stato analizzato il fenomeno del ricorso al taglio cesareo attraverso lo studio dei parti nelle Regioni italiane in base alla classificazione Robson, raccomandata dall'Organizzazione mondiale della sanità come standard globale per la valutazione, il monitoraggio e il *benchmarking* longitudinale e trasversale sul ricorso al taglio cesareo. Le analisi dei dati sono state effettuate grazie alle specifiche informazioni rilevate nella fonte informativa del CeDAP.

La classificazione Robson permette di analizzare e descrivere in maniera clinicamente rilevante, standard, analitica e riproducibile nel tempo e nello spazio, la frequenza dei tagli cesarei. Mediante questo strumento i parti sono classificati in dieci gruppi sulla base dei principali parametri ostetrici: parità, genere del parto, presentazione fetale, età gestazionale, modalità del travaglio e del parto e pregresso taglio cesareo. Le classi che si ottengono sono mutuamente esclusive, completamente inclusive, ripetibili nel futuro, e consentono quindi di monitorare e analizzare in un'ottica operativa i tassi di taglio cesareo tanto a livello locale che nazionale.

Attraverso la predetta metodologia, la suddivisione in classi di rischio clinico consente di individuare quelle teoricamente a minor rischio, che includono in tutte le Regioni una percentuale molto elevata delle nascite. In tali classi (parti nelle classi di Robson 1 e 3) si osserva una forte variabilità regionale del ricorso al TC. Tale variabilità si ripercuote nella diversa frequenza del cesareo pregresso nelle Regioni (parti nella classe di Robson 5). Si osserva anche una forte variabilità regionale del tasso di TC, dopo un precedente parto cesareo.

In sintesi i dati mostrano i seguenti risultati:

1. La rilevazione 2014, con un totale di 513 punti nascita, presenta un elevato livello di completezza. Si registra un numero di parti pari al 100,8% di quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) ed un numero di nati vivi pari al 99,9% di quelli registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno. La qualità dei dati risulta buona per gran parte delle variabili, in termini sia di correttezza sia di completezza.

2. L'88,8% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici ed equiparati, l'11,2% nelle case di cura private (accreditate o non accreditate) e solo lo 0,1% altrove. Naturalmente nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche, le percentuali sono sostanzialmente diverse. Il 62,5% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Tali strutture, in numero di 179, rappresentano il 34,9% dei punti nascita totali. Il 7,5% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.
3. Nel 2014, il 20% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso al Centro-Nord dove oltre il 25% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna e Lombardia, il 30% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono quella dell'Africa (25,2%) e dell'Unione Europea (26,4%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana costituiscono rispettivamente il 18,5% e il 7,9% delle madri straniere.
4. L'età media della madre è di 32,7 anni per le italiane mentre scende a 29,9 anni per le cittadine straniere. I valori mediani sono invece di 33 anni per le italiane e 30 anni per le straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane quasi in tutte le Regioni superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 28,2 anni.
5. Delle donne che hanno partorito nell'anno 2014 il 43,7% ha una scolarità medio alta, il 29,4% medio bassa ed il 26,9% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (47,5%).
6. L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 56,2% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 29,7% sono casalinghe e il 11,9% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2014 è per il 52,8% quella di casalinga, mentre il 63,1% delle madri italiane ha invece un'occupazione lavorativa.
7. Nell'87% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel 73,3% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre al primo trimestre di gravidanza è pari al 2,6% mentre tale percentuale sale al 11,5% per le donne straniere. Le donne con scolarità bassa effettuano la prima visita più tardivamente rispetto alle donne con scolarità medio-alta: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dopo l'11° settimana di gestazione è pari al 10,6% mentre per le donne con scolarità alta la percentuale è del 2,6%. Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli assenti (3,2%) o tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 12,6% dei casi). Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, sono state effettuate in media 9,2

amniocentesi ogni 100 parti. A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 28,31% dei casi.

8. La donna ha accanto a sé al momento del parto (esclusi i cesarei) nel 91,83% dei casi il padre del bambino, nel 6,74% un familiare e nell'1,42% un'altra persona di fiducia. La presenza di una persona di fiducia piuttosto che di un'altra risulta essere influenzata dall'area geografica.
9. Si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. In media, nel 2014 il 35% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. Rispetto al luogo del parto si registra un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate in cui si registra tale procedura in circa il 53,6% dei parti contro il 32,6% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 28% dei parti di madri straniere e nel 36,8% nei parti di madri italiane.
10. L'1,1% dei nati ha un peso inferiore a 1.500 grammi ed il 6,3% tra 1.500 e 2.500 grammi. Nei test di valutazione della vitalità del neonato tramite indice di Apgar, il 99,4% dei nati ha riportato un punteggio a 5 minuti dalla nascita compreso tra 7 e 10.
11. Sono stati rilevati 1.377 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,74 nati morti ogni 1.000 nati, e registrati 4.492 casi di malformazioni diagnostiche alla nascita. L'indicazione della causa è presente rispettivamente solo nel 21,6% dei casi di natimortalità e nel 79,9% di nati con malformazioni.
12. Il ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA) risulta effettuato in media 1,71 gravidanze ogni 100. La tecnica più utilizzata è stata la fecondazione in vitro con successivo trasferimento di embrioni nell'utero (FIVET), seguita dal metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI).
13. I parti classificabili secondo Robson sono complessivamente pari a livello nazionale a 473.184, corrispondenti al 96,1% del totale dei parti avvenuti nei punti nascita pubblici, equiparati e privati accreditati. Le classi più rappresentate sono quelle delle madri primipare a termine, con presentazione cefalica (classe 1) e delle madri pluripare a termine, con presentazione cefalica e che non hanno avuto cesarei precedenti (classe 3); queste due classi corrispondono complessivamente a circa il 54% dei parti classificati che si sono verificati a livello nazionale nell'anno 2014.
Si evidenzia inoltre che i parti nella classe 5, relativa alle madri con pregresso parto cesareo, rappresentano il 10,6% dei parti totali classificati a livello nazionale. L'analisi del ricorso al taglio cesareo nelle classi di Robson evidenzia un'ampia variabilità regionale nelle classi a minor rischio, che includono in tutte le Regioni una percentuale

molto elevata delle nascite, confermando la possibilità di significativi miglioramenti delle prassi organizzative e cliniche adottate nelle diverse realtà.

Il Rapporto nazionale CeDAP evidenzia che la disponibilità di dati attendibili e accurati risulta essenziale per supportare le politiche di sanità pubblica.

Si auspica che le informazioni presentate nel Rapporto possano costituire sempre più un prezioso strumento conoscitivo per i diversi soggetti istituzionali responsabili della definizione ed attuazione delle politiche sanitarie del settore materno-infantile, per gli operatori e per i cittadini utenti del Servizio Sanitario Nazionale.

IL DIRETTORE GENERALE

Capitolo 1

Completezza e qualità della rilevazione



Ministero della Salute
 Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

In questa pubblicazione viene presentato il Rapporto sull'evento nascita in Italia per l'anno 2014.

La rilevazione del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) ha interessato per tale anno un totale di 467 strutture ospedaliere, registrando un numero di parti pari al 100,8% di quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) ed un numero di nati vivi pari al 99,9% di quelli registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno.

Tabella 1 – Stato della rilevazione CeDAP - Anni 2002-2014

	Regioni e Provincie autonome con flusso attivato	Strutture ospedaliere che hanno inviato i dati CeDAP	Schede CeDAP pervenute	Nati totali
2002	17	482	367.932	372.218
2003	18	541	452.984	458.748
2004	18	527	474.893	480.820
2005	19	560	504.770	511.436
2006	20	554	517.135	524.290
2007	20	541	520.369	526.729
2008	21	551	544.718	552.725
2009	21	549	548.570	557.300
2010	21	531	545.493	554.428
2011	21	516	532.280	541.206
2012	21	498	526.567	535.428
2013	21	482	503.272	512.327
2014	21	467	493.682	502.446

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 2 – Confronto fra numero di schede CeDAP pervenute e numero di parti rilevati attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Regione	Schede CEDAP			Copertura rilevazione (% schede CEDAP su totale schede SDO)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Piemonte	34.764	33.147	32.090	98,2	98,7	98,6
Valle d'Aosta	1.229	1.127	1.132	100,0	99,7	100,4
Lombardia	91.509	87.771	85.708	99,9	100,8	100,6
Prov. Auton. Bolzano	5.550	5.452	5.594	100,4	100,7	100,8
Prov. Auton. Trento	4.838	4.631	4.527	105,0	100,7	101,1
Veneto	43.395	40.906	39.617	101,2	101,6	100,9
Friuli Venezia Giulia	9.769	9.320	9.137	103,5	103,8	106,9
Liguria	11.081	10.543	10.238	99,6	98,6	99,8
Emilia Romagna	38.781	37.323	36.194	100,3	100,2	100,1
Toscana	31.234	29.316	29.015	99,9	99,8	100,0
Umbria	8.276	7.484	7.310	101,3	97,8	98,1
Marche	12.999	12.253	11.966	99,3	101,6	103,7
Lazio	53.317	50.132	49.299	101,7	101,4	104,4
Abruzzo	10.372	10.055	10.008	99,2	98,6	106,7
Molise	1.944	1.791	1.921	93,1	87,8	99,3
Campania	54.582	53.340	52.093	99,1	99,2	99,7
Puglia	34.637	33.758	32.654	99,4	101,3	100,9
Basilicata	4.327	4.074	4.098	98,3	99,0	99,5
Calabria	16.592	15.969	15.914	99,7	101,2	100,0
Sicilia	45.383	43.526	44.320	98,1	99,0	99,7
Sardegna	11.988	11.354	10.847	102,2	104,9	99,9
Totale	526.567	503.272	493.682	99,9	100,3	100,8

Capitolo 2

Contesto demografico



Nel 2014 prosegue la diminuzione della fecondità avviata dal 2010: nel 2014 il numero medio di figli per donna scende a 1,37 (rispetto a 1,46 del 2010). I dati per il 2014 danno livelli più elevati di fecondità al Nord nelle Province Autonome di Trento e Bolzano e nel Mezzogiorno in Campania e Sicilia. Le regioni in assoluto meno prolifiche sono invece Sardegna, Basilicata e Molise.

Per la natalità, a partire dal 2009, in tutte le aree del Paese si registra un calo. Il fenomeno è in parte riconducibile ad un effetto “strutturale”: infatti, stanno via via uscendo dall’esperienza riproduttiva le generazioni di donne nate a metà degli anni ’60, molto più numerose delle generazioni più giovani che via via raggiungono le età feconde. Le cittadine straniere hanno finora compensato questo squilibrio strutturale; negli ultimi anni si nota, tuttavia, una diminuzione della fecondità delle donne straniere. Il tasso di natalità varia da 6,8 nati per mille in Liguria a 10,7 nella Provincia Autonoma di Bolzano rispetto ad una media nazionale di 8,3 per mille. Le Regioni del Centro presentano tutte, tranne il Lazio, un tasso di natalità con valori inferiori alla media nazionale. Nelle Regioni del Sud, i tassi di natalità più elevati sono quelli di Campania e Sicilia entrambi superiori alla media nazionale mentre la Sardegna ha un valore pari al 6,9 per mille.

Il tasso di mortalità infantile, che misura la mortalità nel primo anno di vita, ammonta nel 2014 a 2,96 bambini ogni mille nati vivi. Negli ultimi 10 anni tale tasso ha continuato a diminuire su tutto il territorio italiano, anche se negli anni più recenti si assiste ad un rallentamento di questo trend. Permangono, inoltre, notevoli differenze territoriali.

Il tasso di mortalità neonatale rappresenta la mortalità entro il primo mese di vita e contribuisce per oltre l’80% alla mortalità infantile.

I decessi nel primo mese di vita sono dovuti principalmente a cause cosiddette endogene, legate alle condizioni della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino.

La mortalità nel periodo postneonatale è invece generalmente dovuta a fattori di tipo esogeno legati alla qualità dell’ambiente igienico, sociale ed economico in cui vivono la madre e il bambino.

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 3 - Alcuni indicatori di demografici

Regione	Anno 2014			Anno 2013			
	Tasso fecondità totale	Tasso natalità	Tasso mortalità infantile	Tasso mortalità neonatale			Tasso mortalità infantile
				<1 giorno	1-6gg	1-29gg	
Piemonte	1,40	7,8	2,38	0,73	0,53	1,01	0,65
Valle d'Aosta	1,54	8,7	1,89	0,00	0,00	0,00	1,89
Lombardia	1,46	8,6	2,48	0,60	0,63	1,06	0,81
Trentino Alto Adige	1,64	9,8	2,60	0,87	0,77	1,35	0,39
Bolzano	1,74	10,7	0,00	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Trento	1,54	9,1	0,00	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	1,41	8,2	2,24	0,76	0,41	0,83	0,64
Friuli V.G.	1,38	7,5	3,30	0,96	0,85	1,38	0,96
Liguria	1,33	6,8	2,37	1,37	0,46	0,55	0,46
Emilia Romagna	1,42	8,2	2,79	0,60	0,60	1,37	0,82
Toscana	1,35	7,8	1,87	0,31	0,48	1,12	0,44
Umbria	1,32	7,8	2,31	0,95	0,27	0,81	0,54
Marche	1,35	8,0	2,14	0,71	0,08	0,55	0,87
Lazio	1,35	8,6	3,20	1,02	0,88	1,63	0,56
Abruzzo	1,29	7,9	2,87	0,93	0,74	1,30	0,65
Molise	1,16	7,0	3,97	1,76	0,88	1,32	0,88
Campania	1,32	8,7	3,98	0,99	1,18	2,01	0,99
Puglia	1,28	8,1	2,91	0,53	0,59	1,43	0,95
Basilicata	1,15	7,1	3,66	0,98	0,73	1,95	0,73
Calabria	1,27	8,3	4,73	1,56	1,44	1,98	1,20
Sicilia	1,38	8,8	4,14	1,06	1,10	1,98	1,10
Sardegna	1,10	6,9	3,45	1,35	1,01	1,77	0,34
ITALIA	1,37	8,3	2,96	0,82	0,74	1,37	0,78

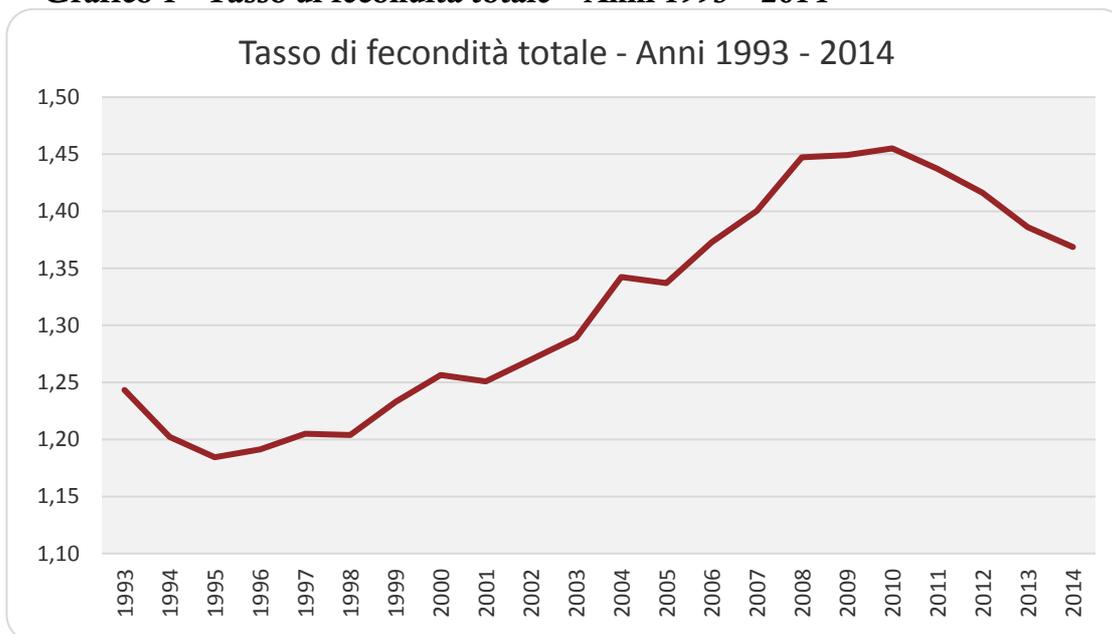
Fonte: ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica

Tasso di fecondità totale: è la somma dei tassi specifici di fecondità, dove il tasso specifico di fecondità all'età X è il rapporto tra numero di nati vivi da donne di età X e l'ammontare della popolazione residente femminile (in età feconda 15-49) della stessa età per 1.000. Esprime, in un dato anno, il numero medio di figli per donna.

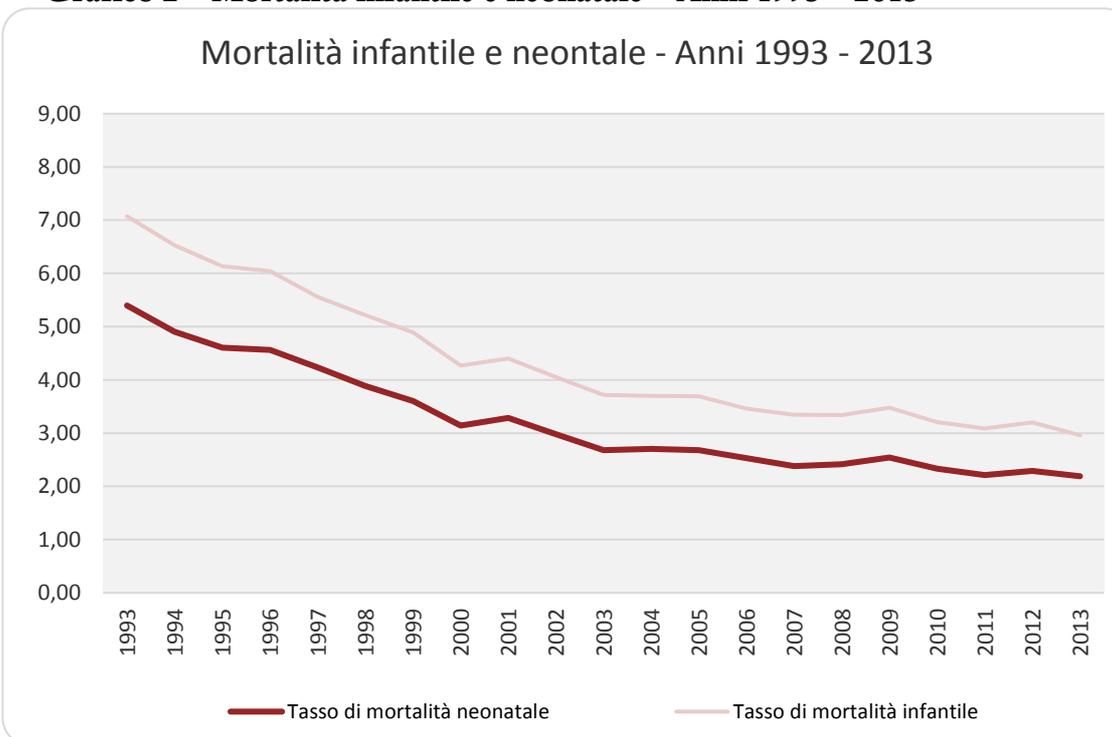
Tasso di natalità: numero di nati vivi ogni 1.000 residenti

Tasso di mortalità infantile: numero di decessi entro il primo anno di vita ogni 1.000 nati vivi

Tasso di mortalità neonatale: numero di decessi entro il primo mese di vita ogni 1.000 nati vivi

Grafico 1 - Tasso di fecondità totale – Anni 1993 – 2014

Fonte: ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica

Grafico 2 – Mortalità infantile e neonatale – Anni 1993 – 2013

Fonte: ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica

Capitolo 3

Il luogo del parto



Ministero della Salute

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

I dati rilevati per l'anno 2014 evidenziano che, a livello nazionale, l'88,8% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici, il 11,2% nelle case di cura e solo lo 0,1% altrove (altra struttura di assistenza, domicilio, etc.). Naturalmente nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche, le percentuali sono sostanzialmente diverse.

Nell'ambito del processo di riorganizzazione delle reti ospedaliere, 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" (Accordo del 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano) hanno fissato la soglia di almeno 1.000 parti/anno quale parametro standard cui tendere per il mantenimento/attivazione dei punti nascita, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali definiti dal Progetto Materno-infantile - D.M. 24 aprile 2000.

Al fine di caratterizzare i punti nascita sul territorio nazionale, in funzione della numerosità di parti annui, viene effettuata l'analisi congiunta dei dati rilevati attraverso le fonti informative del Certificato di Assistenza al parto e dell'Anagrafica delle strutture di ricovero.

Nel presente Rapporto, le analisi della rete dei punti nascita sono state effettuate, nel caso di strutture ospedaliere articolate su più sedi (stabilimenti ospedalieri), prendendo in esame il volume di parti annui effettuati da ciascun stabilimento.

L'analisi della rete di offerta dove hanno avuto luogo i parti dell'anno 2014 ha interessato 467 strutture ospedaliere; di queste 433 sono punti nascita mono-presidio e 34 sono punti nascita articolati su più presidi ospedalieri (a cui corrispondono 80 punti nascita). A livello nazionale il numero complessivo dei singoli punti nascita è pari a 513.

Sono state prese in considerazione 5 classi di ampiezza dei punti nascita, in funzione della seguente numerosità di parti annui:

- meno di 500 parti annui
- almeno 500 e fino a 799 parti annui
- almeno 800 e fino a 999 parti annui
- almeno 1000 e fino a 2499 parti annui
- 2500 e più parti annui.

Il 62,5% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Tali strutture, in numero di 179, rappresentano il 34,9% dei punti nascita totali.

Il 7,5% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.

Le distribuzioni regionali per classi dei parti e per classi dei punti nascita evidenziano situazioni diversificate a livello regionale.

Più precisamente, tra le Regioni del nord, quali Valle d'Aosta, Piemonte, Emilia Romagna e Lombardia oltre il 70% dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni (almeno 1000 parti annui). Tali strutture rappresentano in ciascuna regione oltre il 40% dei punti nascita.

Un'organizzazione opposta della rete di offerta si registra nelle Regioni del Sud dove oltre il 40% dei parti si svolge in punti nascita con meno di 1000 parti annui. In particolare in Molise tutti i punti nascita hanno effettuato nel 2014 meno di 1000 parti annui.

Per quanto attiene alle Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) e alle Unità Operative di Neonatologia (UON), la presenza di dette unità è rilevata attraverso l'anagrafica nazionale delle strutture di ricovero e dei reparti ospedalieri.

L'Unità di Terapia Intensiva Neonatale è presente in 128 dei 513 punti nascita analizzati; 107 Unità TIN sono collocate nell'ambito dei 179 punti nascita dove hanno luogo almeno 1.000 parti

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

annui. Delle restanti 21 UOTIN, 11 sono collocate in punti nascita che effettuano meno di 800 parti annui.

Le Unità Operative di Neonatologia sono presenti in 204 punti nascita di cui 127 svolgono più di 1.000 parti annui.

L'accesso alla terapia intensiva per i neonati estremamente pre-termine e molto pre-termine è determinante per la sopravvivenza e la futura qualità della vita del bambino, risulta pertanto essenziale analizzare la presenza di UOTIN nei punti nascita, in relazione all'età gestazionale.

Si evidenzia che la percentuale dei parti estremamente e molto pre-termine che hanno luogo in punti nascita privi di Terapia Intensiva Neonatale è tra gli indicatori raccomandati dalla Commissione europea ai fini del monitoraggio della salute perinatale (indicatori PERISTAT) ed è inoltre inserito, nella cosiddetta Griglia LEA, tra gli indicatori di monitoraggio dell'assistenza ospedaliera nelle Regioni italiane.

I punti nascita sono stati analizzati in relazione alle classi di età gestazionale dei parti, previste dalle definizioni dello European Perinatal Health Report 2013:

- parti pre-termine (tra 22 e 36 settimane di gestazione)
- parti estremamente pre-termine (tra 22 e 27 settimane di gestazione)
- parti molto pre-termine (tra 28 e 31 settimane di gestazione).

Ogni 100 parti si registrano 6,71 parti pre-termine.

Nei punti nascita con meno di 500 parti all'anno, la frequenza dei parti pre-termine raggiunge il 3,36%, di questi il 4,35% è costituito da parti molto pre-termine e l'1,21% è costituito da parti estremamente pre-termine. Nei punti nascita con meno di 500 parti e senza la presenza di Unità Operativa di Neonatologia e/o Terapia intensiva neonatale tali percentuali sono, rispettivamente 3,12%, 4,11% e 1,21%.

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 4 - Distribuzione regionale dei parti secondo il luogo dove essi avvengono

Regione	Punto nascita			Domicilio	Altro	Totale	% Non indicato errato	Parti
	Pubblico	Accreditato	Privato					
Piemonte	99,9	-	-	0,12	0,03	100,0	0,01	32.090
Valle d'Aosta	100,0	-	-	-	-	100,0	-	1.132
Lombardia	89,7	10,2	0,1	0,02	0,01	100,0	0,01	85.708
P.A. Bolzano	100,0	-	-	-	-	100,0	-	5.594
P.A. Trento	99,3	-	-	0,62	0,04	100,0	-	4.527
Veneto	99,8	-	-	0,21	0,04	100,0	-	39.617
Friuli Venezia Giulia	91,4	8,3	-	0,32	0,01	100,0	-	9.137
Liguria	99,9	-	0,1	-	-	100,0	0,01	10.238
Emilia Romagna	99,0	0,7	-	0,18	0,09	100,0	-	36.194
Toscana	99,8	-	0,1	0,02	0,01	100,0	-	29.015
Umbria	100,0	-	-	-	-	100,0	-	7.310
Marche	100,0	-	-	0,04	-	100,0	-	11.966
Lazio	84,9	13,8	1,3	-	-	100,0	-	49.299
Abruzzo	100,0	-	-	-	-	100,0	-	10.008
Molise	100,0	-	-	-	-	100,0	-	1.921
Campania	55,5	44,2	0,3	-	-	100,0	-	52.093
Puglia	88,9	11,1	-	0,01	0,01	100,0	-	32.654
Basilicata	100,0	-	-	-	-	100,0	-	4.098
Calabria	83,5	16,5	-	-	-	100,0	0,03	15.914
Sicilia	83,9	16,1	-	-	-	100,0	-	44.320
Sardegna	89,2	10,8	-	-	-	100,0	-	10.847
Totale	88,8	11,0	0,2	0,06	0,02	100,0	0,00	493.682

Tabella 5 - Distribuzione per classi di parto del numero di parti e del numero di punti nascita secondo la tipologia di struttura

CLASSE DI PARTI	Pubblica			Privata accreditata			Privata non accreditata			Totale		
	Punti	Parti		Punti	Parti		Punti	Parti		Punti	Parti	
		v.a.	%		v.a.	%		v.a.	%		v.a.	%
0-499	107	32.203	7,35	16	3.975	7,34	10	991	100	133	37.169	7,53
500-799	114	75.370	17,20	23	14.842	27,42				137	90.212	18,29
800-999	56	50.435	11,51	8	7.387	13,65				64	57.822	11,72
1000-2499	139	205.821	46,97	17	22.561	41,69				156	228.382	46,30
2500+	21	74.364	16,97	2	5.357	9,90				23	79.721	16,16
Totale	437	438.193	100,00	66	54.122	100,00	10	991	100	513	493.306	100,00

Grafico 3 - Distribuzione percentuale dei punti nascita per classe di parto

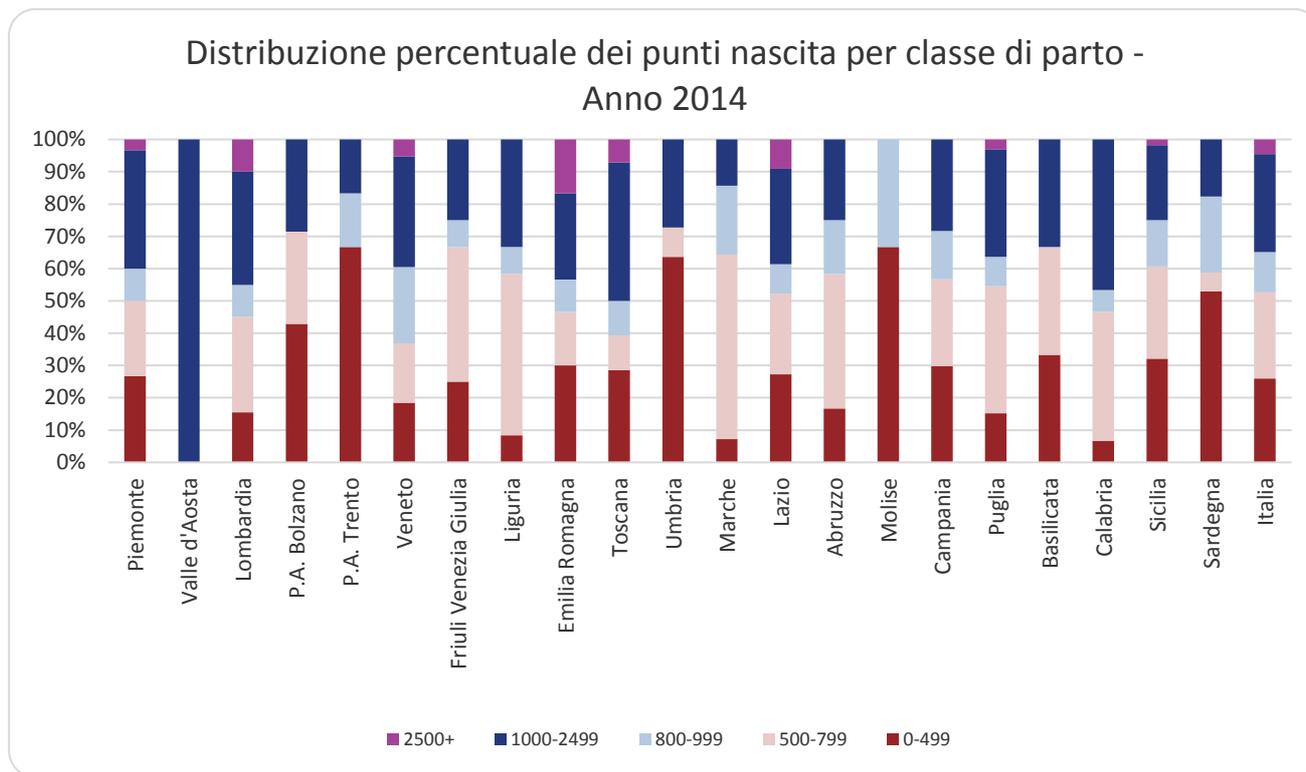
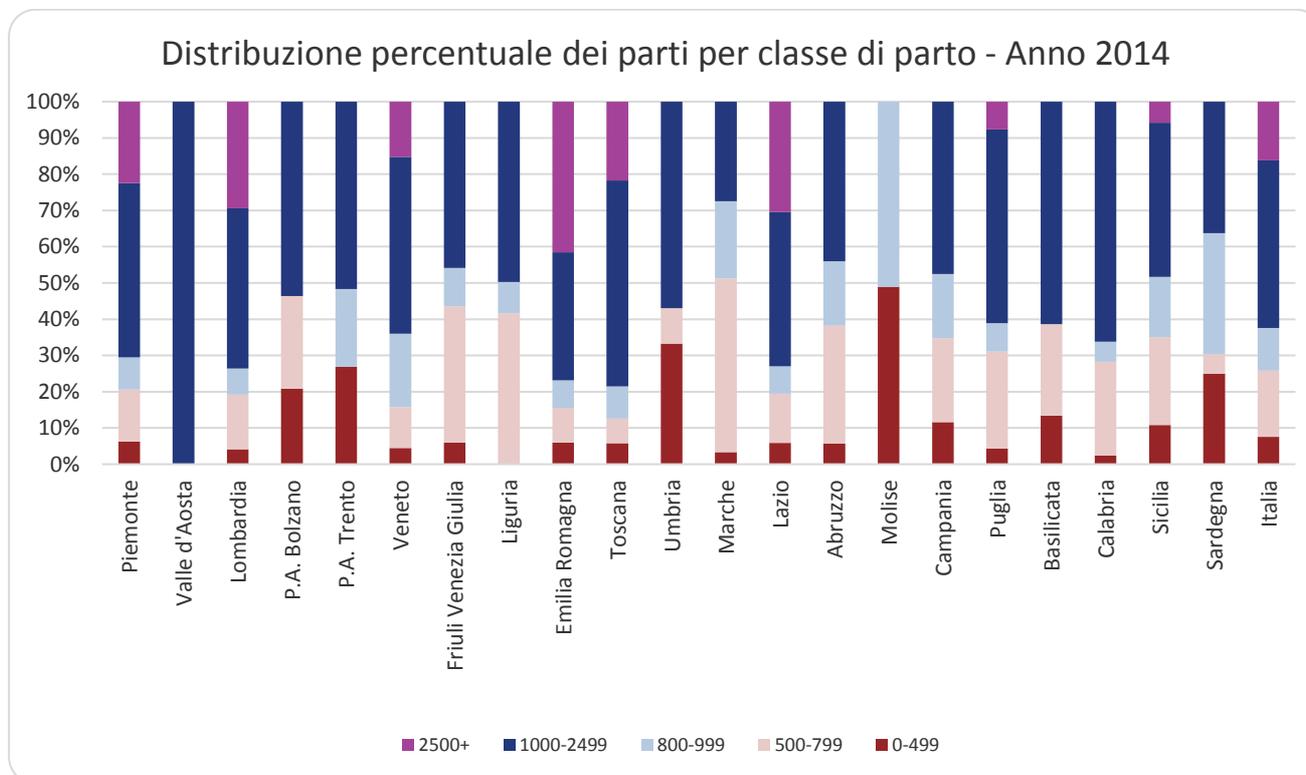


Grafico 4 - Distribuzione percentuale dei parti per classe di parto



Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 6 - Unità operative di Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.) e di Neonatologia (U.O.N)

Classi di parti	Presenza dell'unità di neonatologia		Presenza dell'unità di terapia intensiva neonatale		Totale Punti Nascita	Totale Parti		Numero medio di parti per punto nascita
	V.A.	%	V.A.	%		v.a.	%	
0-499	11	8,3	2	1,5	133	37.169	7,5	279
500-799	39	28,5	9	6,6	137	90.212	18,3	658
800-999	27	42,2	10	15,6	64	57.822	11,7	903
1000-2499	107	68,6	85	54,5	156	228.382	46,3	1.463
2500 e più	20	87,0	22	95,7	23	79.721	16,2	3.466
Totale	204	39,8	128	25,0	513	493.306	100,0	961

Tabella 7 - Presenza di neonatologia per classi di parti

Classi di parti	Pubblici				Privati Accreditati				Privati			
	Punti nascita		Parti		Punti nascita		Parti		Punti nascita		Parti	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
0-499	11	10,3	2.842	8,8								
500-799	36	31,6	24.516	32,5	3	13,0	2.143	14,4				
800-999	27	48,2	24.215	48,0								
1000-2499	102	73,4	153.349	74,5	5	29,4	8.073	35,8				
2500 e più	19	90,5	68.267	91,8	1	50,0	2.642	49,3				
Totale	195	44,6	273.189	62,3	9	13,6	12.858	23,8				

Tabella 8 - Presenza di terapia intensiva neonatale per classi di parti

Classi di parti	Pubblici				Privati Accreditati				Privati			
	Punti nascita		Parti		Punti nascita		Parti		Punti nascita		Parti	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
0-499	2	1,9	76	0,2								
500-799	9	7,9	6.532	8,7								
800-999	9	16,1	8.447	16,7	1	12,5	955	12,9				
1000-2499	83	59,7	129.221	62,8	2	11,8	2.745	12,2				
2500 e più	20	95,2	70.858	95,3	2	100,0	5.357	100,0				
Totale	123	28,1	215.134	49,1	5	7,6	9.057	16,7				

Ministero della Salute
 Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 9 - Parti pre-termine e fortemente pre-termine secondo la numerosità dei parti per punto nascita

Numero parti per punto nascita	% Pre-termine (<37 sett.)		% Molto pre-termine (28-31 sett.) sul totale pre-termine		% Estremamente pre-termine (22-27 sett.) sul totale pre-termine	
	<i>In punti nascita senza TIN e/o UON</i>		<i>In punti nascita senza TIN e/o UON</i>		<i>In punti nascita senza TIN e/o UON</i>	
0-499	3,36	3,12	4,35	4,11	1,21	0,81
500-799	4,03	2,40	4,09	2,16	1,41	0,64
800-999	5,57	2,39	6,18	1,52	2,85	0,73
1000-2499	7,64	0,76	10,60	0,47	5,04	0,18
2500+	9,47	0,47	11,79	0,58	6,34	0,25
Totale	6,71	1,38	9,50	0,92	4,58	0,32

Capitolo 4

Caratteristiche delle madri



Ministero della Salute

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Nel 2014, il 20% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana.

Tale fenomeno è più diffuso nelle aree del Paese con maggiore presenza straniera regolare, ovvero al Centro-Nord, dove più del 25% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna e Lombardia, il 30% delle nascite è riferito a madri straniere.

Le aree geografiche di provenienza più rappresentate, sono quella dell'Africa (25,2%) e dell'Unione Europea (26,4%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana costituiscono rispettivamente il 18,5 % ed il 7,9% delle madri straniere.

Per quanto riguarda l'età, i dati 2014 indicano per le italiane una percentuale di quasi il 63% dei parti nella classe di età tra 30-39 anni; mentre per le altre aree geografiche è l'incidenza delle madri di età compresa tra 20 e 29 anni che risulta prevalente (Altri Paesi Europei 56,32%, Asia 51,47%) o rilevante (Unione Europea 44,81, Africa 43,85%).

L'età media della madre è di 32,7 anni per le italiane mentre scende a 29,9 anni per le cittadine straniere. I valori mediani sono invece di 33 anni per le italiane e 30 anni per le straniere. La distribuzione per età della frequenza dei parti risulta diversa nei due gruppi, in particolare nel gruppo delle straniere si osserva una distribuzione più dispersa attorno al valore medio dovuta ad una maggiore frequenza di parti nelle fasce di età giovanili.

L'età media al primo figlio è per le donne italiane, quasi in tutte le Regioni, superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 28,2 anni.

Il livello di istruzione della madre può influenzare sia l'accesso ai servizi sia le strategie di assistenza verso il feto ed il neonato. Delle donne che hanno partorito nell'anno 2014 il 43,7% ha una scolarità medio alta, il 29,4% medio bassa ed il 26,9% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (47,5%). Il livello di scolarità aumenta con l'aumentare dell'età al parto; in particolare il 80,4% delle donne con meno di 20 anni hanno al massimo conseguito un diploma di licenza media inferiore.

La frequenza di madri coniugate risulta pari al 67,9%, mentre il 29,6% sono nubili e il 2,5% separate, divorziate o vedove. Con riferimento all'età, le madri con meno di 20 anni sono nubili nel 81,5% dei casi e la percentuale di coniugate diminuisce drasticamente fra le partorienti con meno di 20 anni, rappresentando in questo gruppo solo il 18,4% dei casi.

L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 56,2% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 29,7% sono casalinghe e l'11,9% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2014 è per il 52,8% quella di casalinga a fronte del 63,1% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

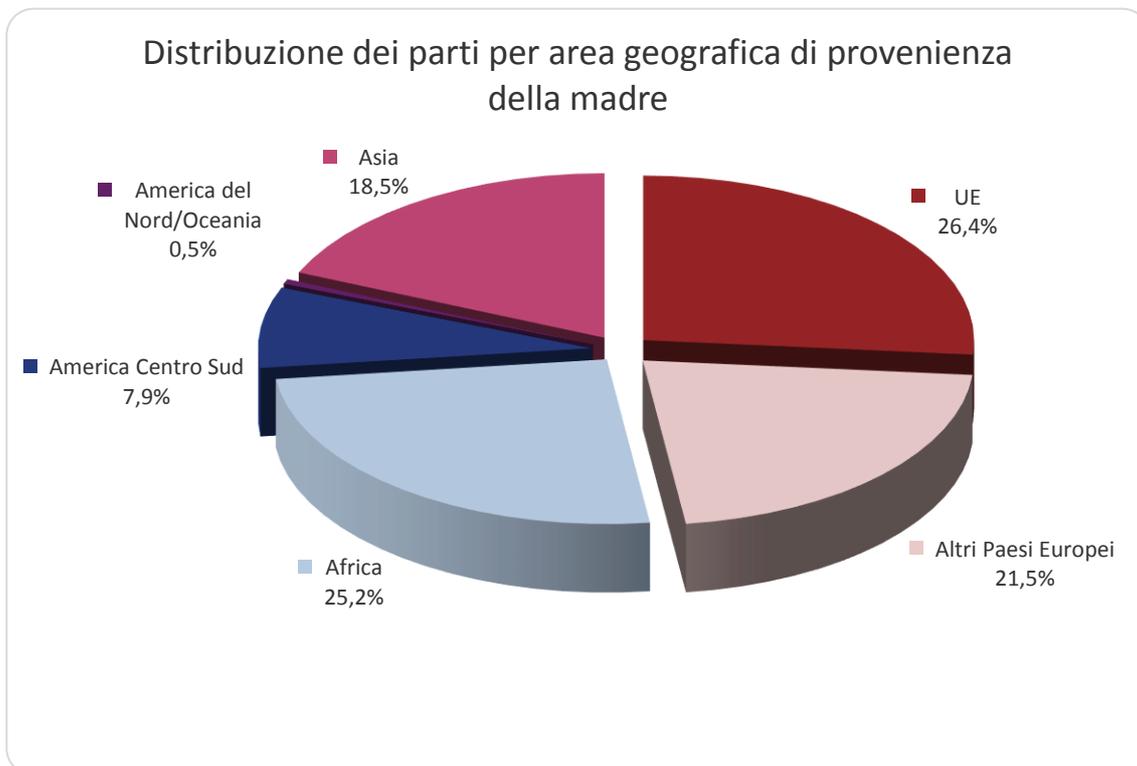
Nella tabella 17 è descritta, a livello regionale, la distribuzione dei parti secondo il numero degli aborti spontanei avuti dalle partorienti in gravidanze precedenti.

In media, a livello nazionale, ogni donna che ha partorito nel 2014 ha avuto 0,20 aborti in concepimenti precedenti, nell'84,73% dei casi le madri non hanno mai avuto in precedenza aborti spontanei, il 14,32% hanno avuto 1 o 2 aborti spontanei e nello 0,94% più di 2 aborti spontanei.

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 10 - Distribuzione regionale dei parti per area geografica di provenienza della madre (Valori percentuali)

Regione	Italia	UE	Altri Paesi europei	Africa	America Centro Sud	America del Nord	Asia	Oceania	Apolide o Non indicato/ errato	Totale
Piemonte	72,67	8,99	5,09	8,80	2,12	0,04	2,28	0,02	0,78	32.090
Valle d'Aosta	78,80	6,54	3,00	8,39	1,77	0,09	1,41	-	-	1.132
Lombardia	70,23	5,10	5,54	8,99	3,49	0,07	6,57	0,01	0,10	85.708
Prov. Auton. Bolzano	81,03	4,85	5,62	3,26	1,01	0,04	4,19	0,02	2,27	5.594
Prov. Auton. Trento	74,29	6,68	8,71	5,97	1,57	0,02	2,76	-	0,09	4.527
Veneto	71,57	6,56	6,86	7,98	1,13	0,25	5,64	0,01	1,19	39.617
Friuli Venezia Giulia	74,84	6,79	8,44	4,99	1,10	0,15	3,69	-	0,13	9.137
Liguria	73,35	4,90	6,54	5,96	6,54	0,09	2,61	-	0,43	10.238
Emilia Romagna	69,79	5,42	7,65	10,08	1,29	0,04	5,74	-	0,09	36.194
Toscana	72,62	6,20	7,30	4,93	1,85	0,15	6,91	0,04	0,20	29.015
Umbria	75,11	7,84	6,83	6,22	1,81	0,03	2,16	-	10,10	7.310
Marche	76,04	4,21	6,73	6,34	1,33	0,04	5,31	0,01	13,40	11.966
Lazio	79,04	9,05	3,23	2,27	1,85	0,17	4,36	0,03	0,02	49.299
Abruzzo	84,20	6,17	4,19	2,89	1,04	0,07	1,44	0,01	0,72	10.008
Molise	95,78	2,08	0,63	0,78	0,16	-	0,57	-	0,05	1.921
Campania	92,60	2,50	1,73	1,20	0,50	0,06	1,40	-	0,36	52.093
Puglia	93,34	2,61	1,83	1,05	0,29	0,02	0,85	-	1,06	32.654
Basilicata	99,78	0,10	0,02	0,05	-	-	0,05	-	0,24	4.098
Calabria	89,13	5,85	1,35	2,18	0,26	0,05	1,16	0,02	0,08	15.914
Sicilia	93,59	3,11	0,55	1,54	0,24	0,05	0,92	0,01	0,09	44.320
Sardegna	93,97	2,74	0,75	1,12	0,42	-	1,00	0,01	0,02	10.847
Totale	79,79	5,34	4,35	5,08	1,60	0,09	3,74	0,01	0,83	493.682

Grafico 5 - Distribuzione dei parti per area geografica di provenienza della madre

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 11 - Distribuzione regionale dei parti secondo l'età della madre

Regione	Classe d'età della madre				Totale parti	% Non indicato / errato
	< 20	20 - 29	30 - 39	40 +		
Piemonte	0,95	29,57	59,85	9,63	32.090	0,01
Valle d'Aosta	0,62	30,30	57,42	11,66	1.132	0,00
Lombardia	0,94	27,86	61,29	9,90	85.708	0,01
P.A. Bolzano	0,64	31,10	60,03	8,22	5.594	0,00
P.A. Trento	0,66	29,57	60,57	9,19	4.527	0,04
Veneto	0,78	28,04	61,74	9,44	39.617	0,00
Friuli Venezia Giulia	0,76	28,60	60,25	10,39	9.137	0,05
Liguria	1,19	28,04	58,70	12,06	10.238	0,10
Emilia Romagna	0,89	29,10	59,83	10,18	36.194	0,11
Toscana	0,90	27,83	60,29	10,98	29.015	0,00
Umbria	0,85	29,19	60,71	9,25	7.310	0,63
Marche	0,83	27,93	61,77	9,47	11.966	0,39
Lazio	1,07	26,27	60,80	11,86	49.299	0,04
Abruzzo	0,93	28,18	61,13	9,77	10.008	0,17
Molise	1,15	29,57	61,37	7,91	1.921	0,00
Campania	2,34	34,87	56,02	6,77	52.093	0,27
Puglia	2,10	30,56	59,55	7,79	32.654	0,00
Basilicata	1,03	27,64	62,61	8,72	4.098	0,07
Calabria	1,70	34,52	56,16	7,62	15.914	0,09
Sicilia	3,06	35,62	54,22	7,11	44.320	0,17
Sardegna	0,93	24,62	61,14	13,31	10.847	0,00
Totale	1,37	29,78	59,45	9,40	493.682	0,09

Tabella 12 - Distribuzione dei parti per area geografica di provenienza ed età della madre

Classe d'età	Area geografica di provenienza della madre (valore %)							Totale	
	Italia	UE (Unione Europea)	Altri Paesi europei	Africa	America Centro Sud	America del Nord	Asia		Oceania
12 - 14	0,01	0,05	0,02	-	0,04	-	0,01	-	0,01
15 - 19	1,21	2,73	2,27	1,11	3,20	0,24	0,86	-	1,35
20 - 29	25,30	44,81	56,32	43,85	33,95	24,94	51,47	5,36	29,75
30 - 39	62,95	47,88	38,26	48,64	53,80	60,57	43,95	69,64	59,48
40 - 49	10,47	4,49	3,11	6,37	8,99	13,78	3,68	25,00	9,35
50 - 65	0,07	0,04	0,03	0,03	0,01	0,48	0,02	-	0,06
Totale	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Grafico 6 - Distribuzione dei parti per area geografica di provenienza ed età della madre

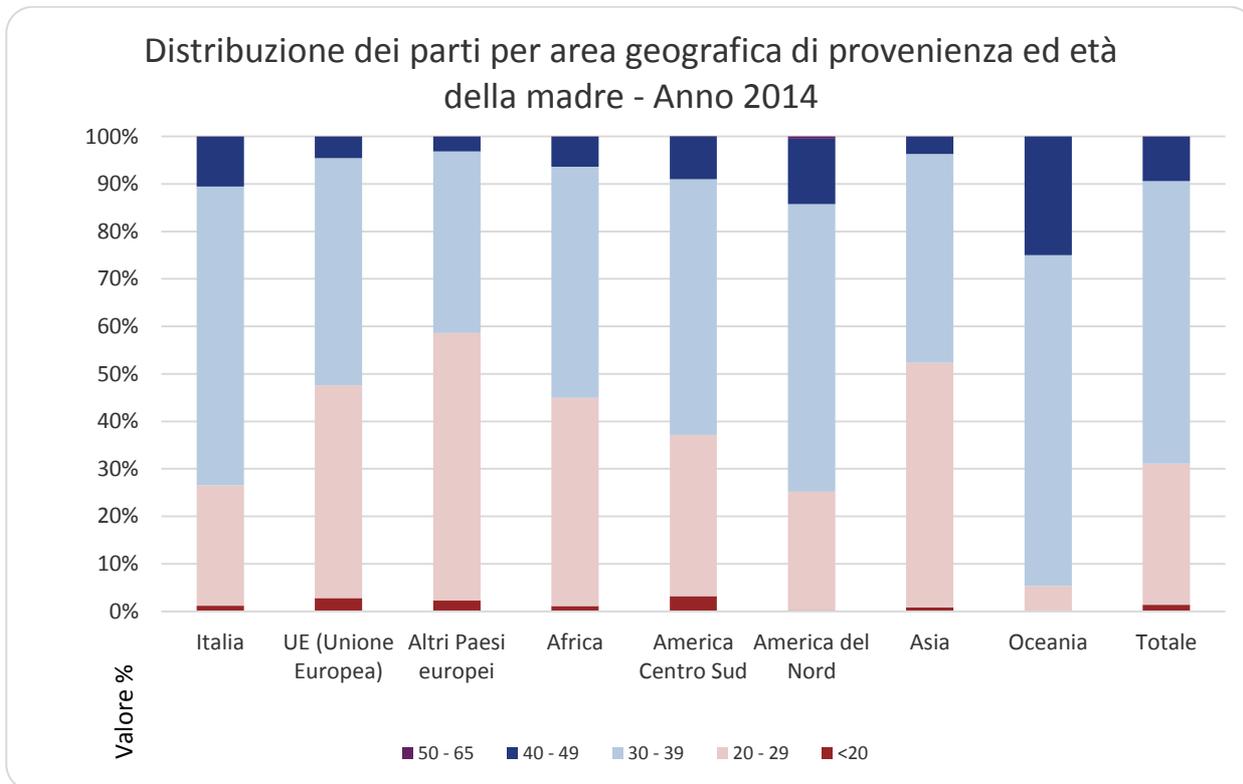
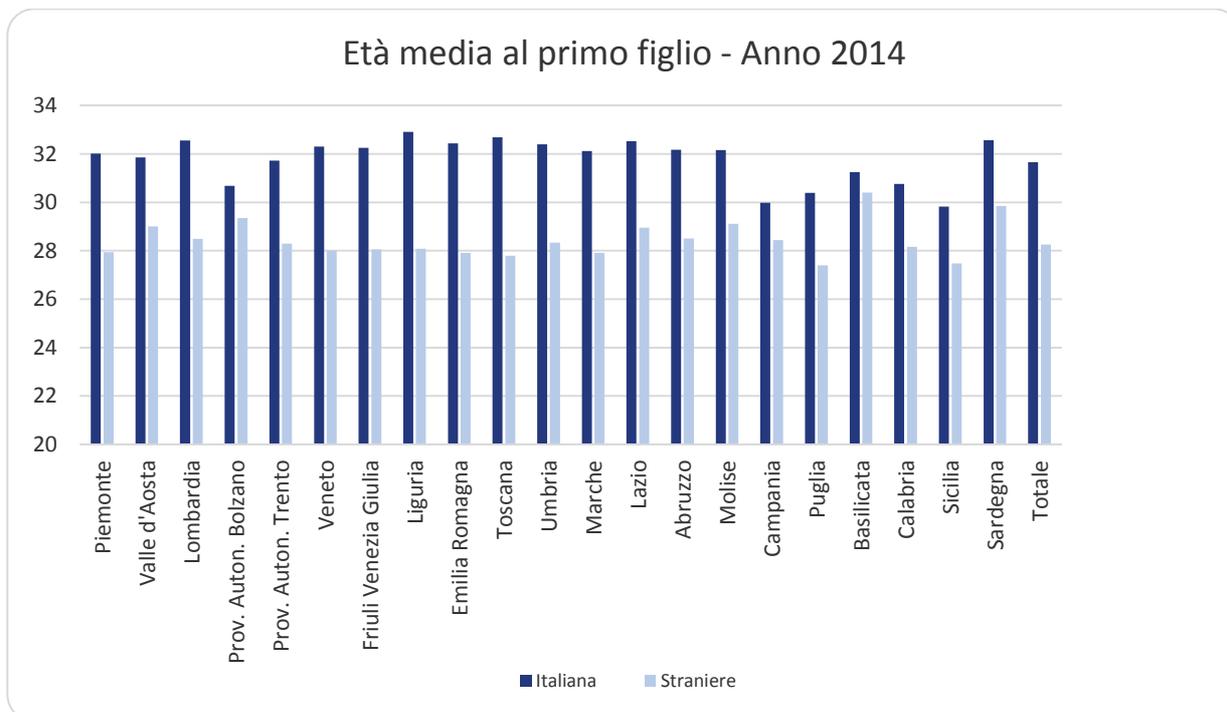


Grafico 7 - Distribuzione regionale dell'età media al primo figlio secondo la cittadinanza della madre



Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Grafico 8 - Distribuzione dei parti secondo l'età e la cittadinanza della madre

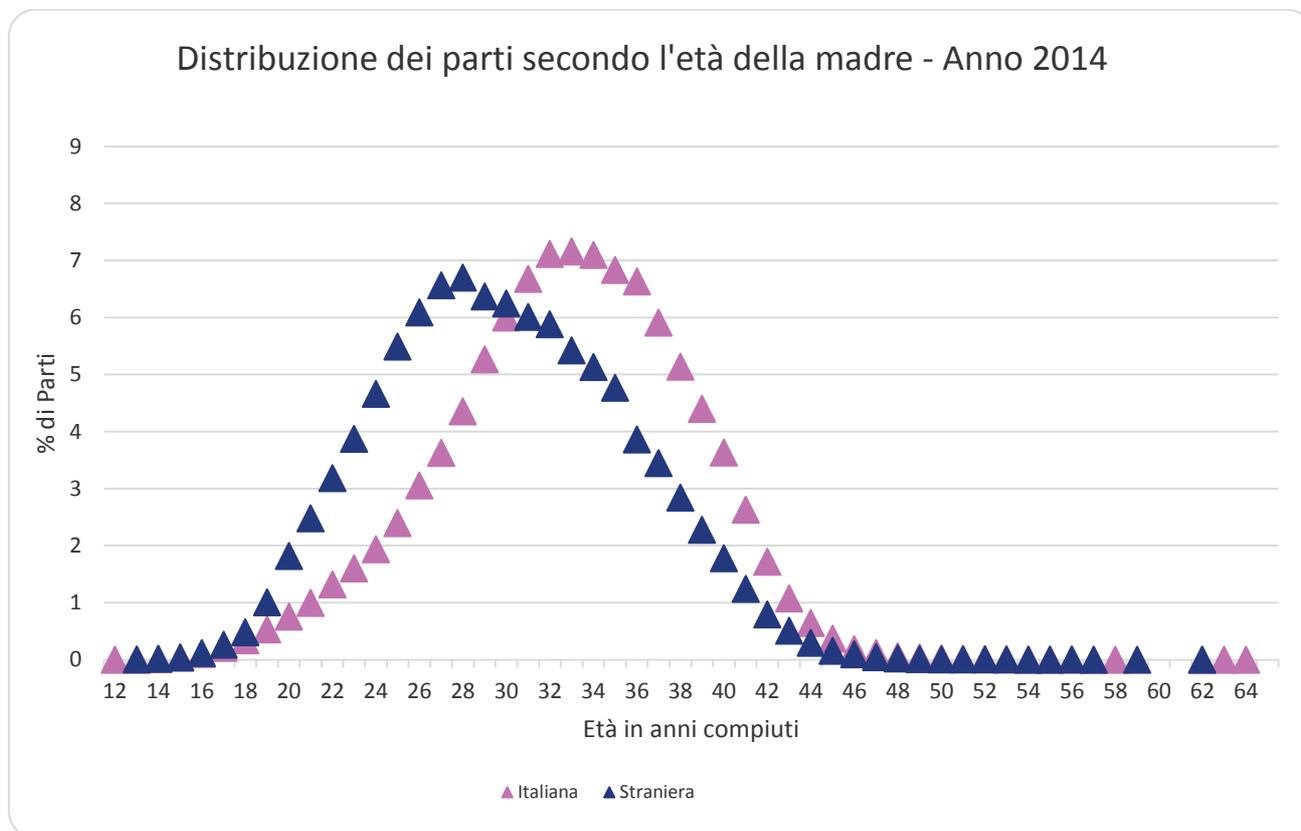


Tabella 13 - Distribuzione dei parti secondo il titolo di studio, la cittadinanza e l'età della madre

Titolo di studio	Classe d'età				Totale
	< 20	20 - 29	30 - 39	40 +	
Elementare/media inferiore	80,4	40,8	23,4	24,1	29,4
Diploma superiore	18,0	46,6	43,3	40,2	43,7
Laurea	1,6	12,5	33,2	35,7	26,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Titolo di studio	Cittadinanza		Totale
	Italiana	Straniera	
Elementare/media inferiore	24,8	47,5	29,4
Diploma superiore	45,3	37,4	43,7
Laurea	29,9	15,1	26,9
Totale	100,0	100,0	100,0

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Grafico 9 - Distribuzione dei parti secondo il titolo di studio e la cittadinanza della madre

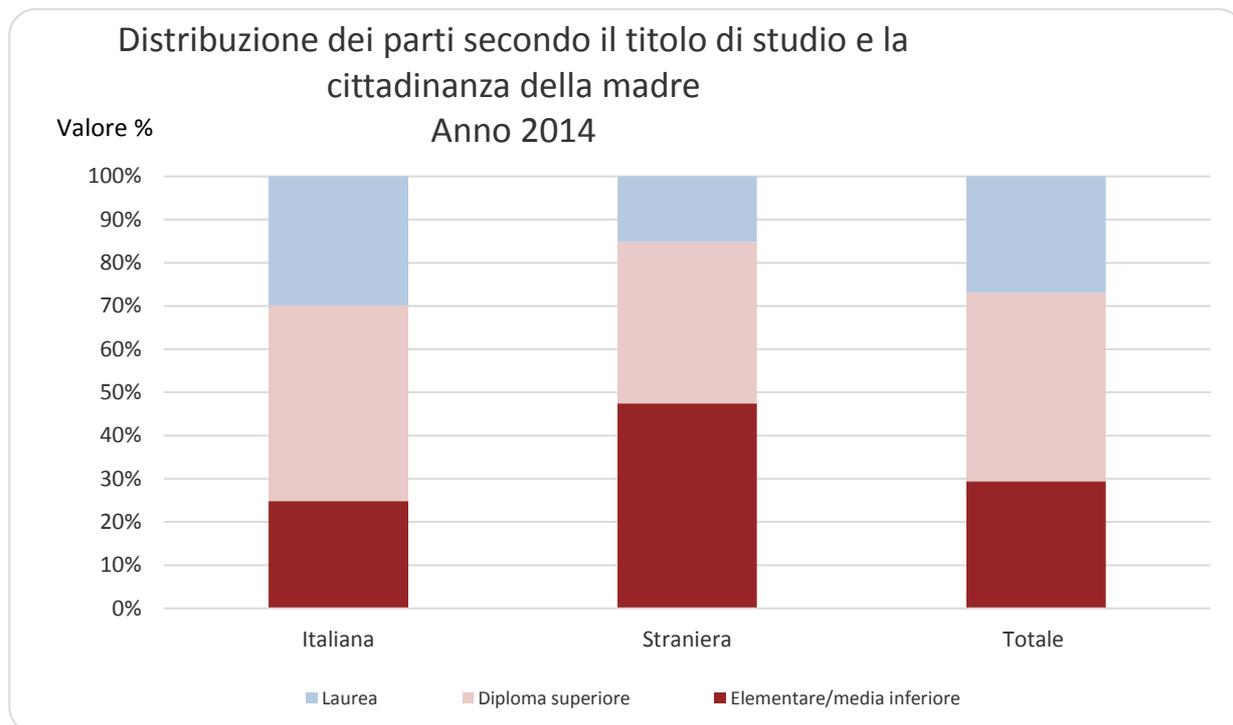


Tabella 14 - Distribuzione dei parti secondo lo stato civile, la cittadinanza e l'età della madre

Stato civile	Classe d'età				Totale
	< 20	20 - 29	30 - 39	40 +	
Nubile	81,5	37,0	25,0	26,8	29,6
Coniugata	18,4	62,1	72,3	66,4	67,9
Separata	0,1	0,6	1,7	3,5	1,5
Divorziata	0,1	0,2	0,9	3,0	0,9
Vedova	0,0	0,0	0,1	0,4	0,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Stato civile	Cittadinanza		Totale
	Italiana	Straniera	
Nubile	31,0	24,0	29,5
Coniugata	66,5	73,8	67,9
Separata	1,6	1,0	1,5
Divorziata	0,8	1,1	0,9
Vedova	0,1	0,1	0,1
Totale	100,0	100,0	100,0

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Grafico 10 - Distribuzione dei parti secondo lo stato civile e la cittadinanza della madre

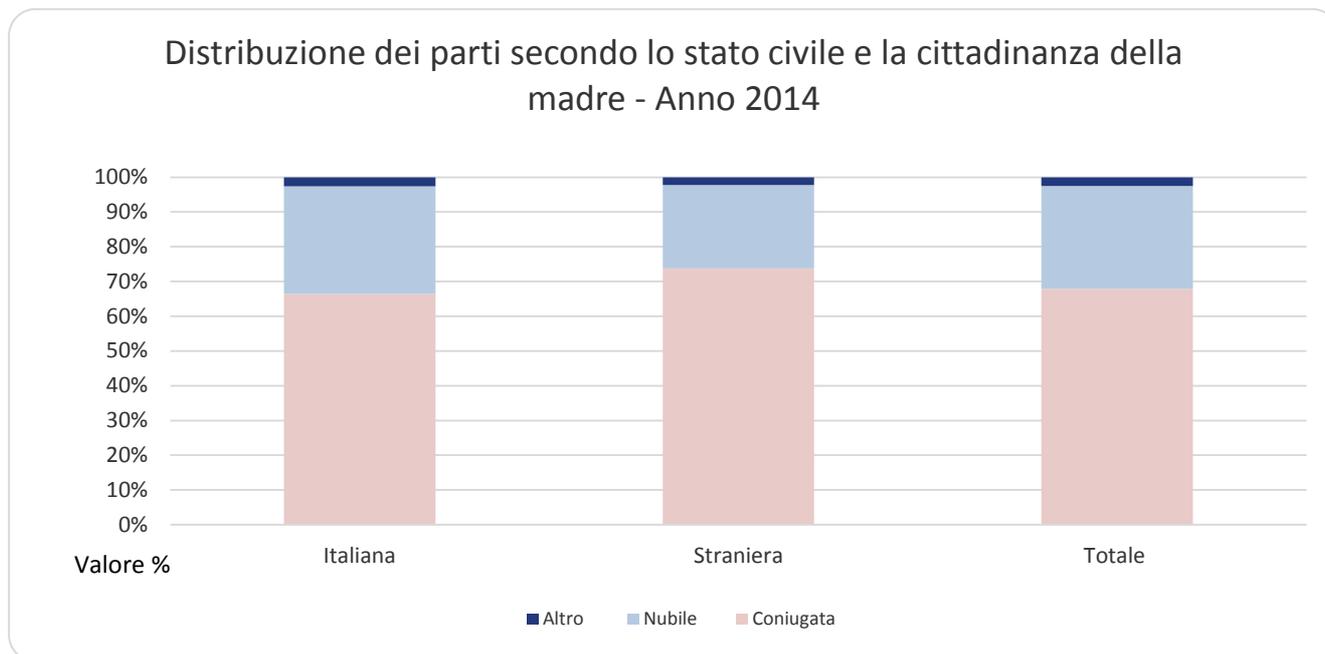


Tabella 15 - Distribuzione dei parti secondo la condizione professionale, la cittadinanza e l'età della madre

Stato professionale	Classe d'età				Totale
	< 20	20 - 29	30 - 39	40 +	
Occupata	4,3	36,7	64,7	71,5	56,2
Disoccupata	21,4	16,8	10,0	7,5	11,9
Casalinga	51,7	43,4	24,0	19,7	29,7
Studentessa	21,6	2,6	0,9	0,7	1,7
Altro	0,9	0,5	0,5	0,5	0,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Stato professionale	Cittadinanza		Totale
	Italiana	Straniera	
Occupata	63,1	30,2	56,2
Disoccupata	11,1	15,1	11,9
Casalinga	23,6	52,8	29,7
Studentessa	1,8	1,2	1,7
Altro	0,4	0,7	0,5
Totale	100,0	100,0	100,0

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Grafico 11 - Distribuzione dei parti secondo la condizione professionale e la cittadinanza della madre

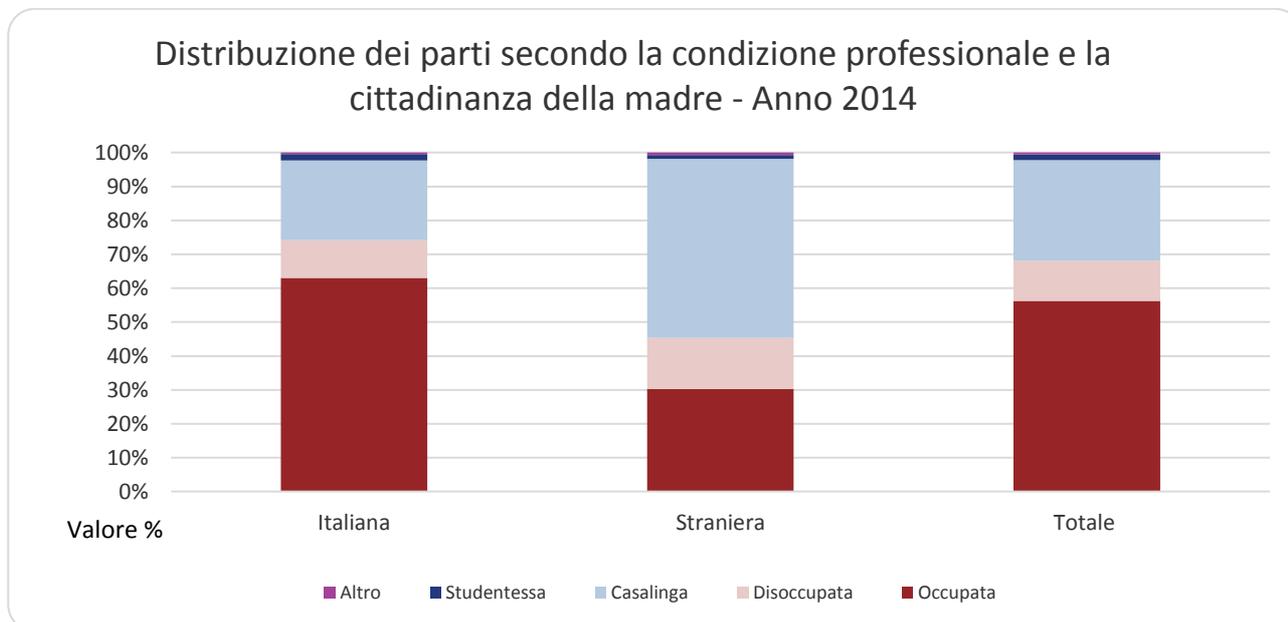
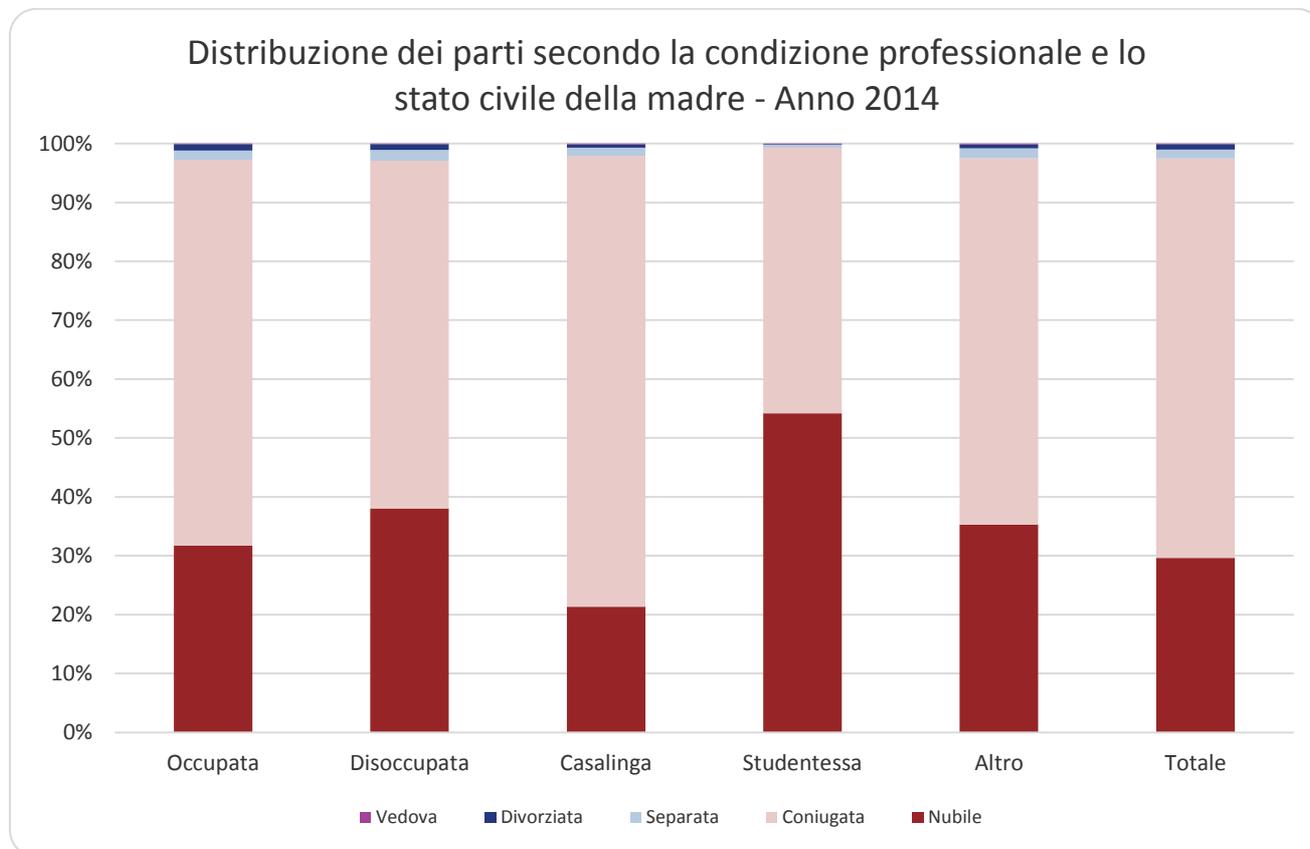


Tabella 16 - Distribuzione dei parti secondo la condizione professionale e lo stato civile della madre

Stato civile	Condizione professionale					Totale
	Occupata	Disoccupata	Casalinga	Studentessa	Altro	
Nubile	31,8	38,0	21,3	54,2	35,3	29,6
Coniugata	65,5	59,0	76,6	45,1	62,3	67,9
Separata	1,6	1,8	1,4	0,5	1,7	1,5
Divorziata	1,1	1,0	0,6	0,2	0,6	0,9
Vedova	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Grafico 12 - Distribuzione dei parti secondo la condizione professionale e lo stato civile della madre



Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 17 - Distribuzione regionale del numero di aborti spontanei avuti in gravidanze precedenti

Regione	Aborti spontanei pregressi per parto	Aborti spontanei pregressi (valore %)			Totale parti
		Nessuno	1 - 2	>2	
Piemonte	0,22	83,55	15,46	0,99	32.090
Valle d'Aosta	0,24	81,54	17,31	1,15	1.132
Lombardia	0,25	81,60	17,21	1,19	85.708
Prov. Auton. Bolzano	0,26	80,39	18,47	1,14	5.594
Prov. Auton. Trento	0,25	81,25	17,56	1,19	4.527
Veneto	0,27	79,79	19,01	1,20	39.617
Friuli Venezia Giulia	0,23	83,18	15,53	1,29	9.137
Liguria	0,23	82,38	16,53	1,09	10.238
Emilia Romagna	0,24	81,59	17,30	1,11	36.194
Toscana	0,24	81,36	17,55	1,09	29.015
Umbria	0,24	82,28	16,55	1,16	7.310
Marche	0,24	81,84	17,11	1,05	11.966
Lazio	0,00	100,00	0,00	0,00	49.299
Abruzzo	0,19	85,66	13,53	0,81	10.008
Molise	0,12	90,68	8,95	0,36	1.921
Campania	0,20	85,30	13,75	0,95	52.093
Puglia	0,20	85,74	13,33	0,92	32.654
Basilicata	0,21	83,14	16,35	0,51	4.098
Calabria	0,18	86,60	12,55	0,85	15.914
Sicilia	0,21	83,95	15,05	1,00	44.320
Sardegna	0,17	86,95	12,34	0,70	10.847
Totale	0,20	84,73	14,32	0,94	493.682

Tabella 18 - Distribuzione degli aborti spontanei avuti in gravidanze precedenti per numero di parti precedenti

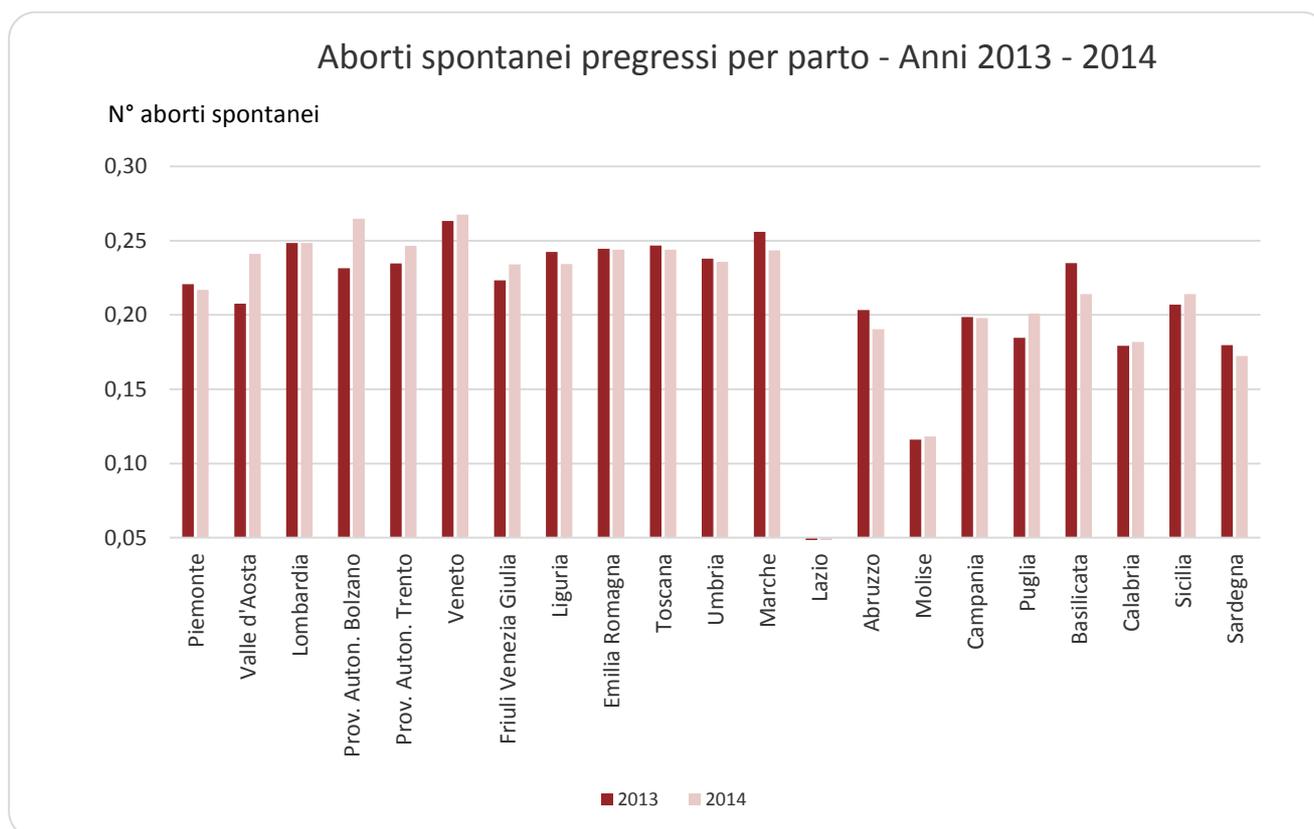
Parti precedenti	Aborti spontanei (valore %)			Totale parti	
	Nessuno	1-2	>2	%	v.a.
Nessuno	88,68	10,72	0,60	100,00	266.401
1-2	80,75	18,05	1,20	100,00	213.691
3-4	70,34	26,42	3,24	100,00	12.351
>4	65,46	26,39	8,15	100,00	1.239
Totale	84,73	14,32	0,94	100,00	493.682

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 19 - Distribuzione degli aborti spontanei avuti in gravidanze precedenti per età della madre

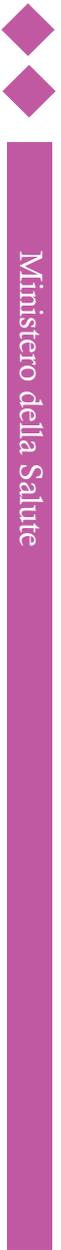
Classe d'età	Aborti spontanei (valore %)			Totale parti	
	Nessuno	1-2	>2	%	v.a.
12-14	100,00	0,00	0,00	100,00	59
15-19	95,55	4,40	0,04	100,00	6.676
20-29	89,92	9,76	0,32	100,00	146.894
30-39	83,71	15,35	0,95	100,00	293.256
40-49	73,14	23,81	3,06	100,00	46.068
50-65	76,59	19,73	3,68	100,00	299
Errata	90,00	9,77	0,23	100,00	430
Totale	84,73	14,32	0,94	100,00	493.682

Grafico 13 - Distribuzione regionale del numero di aborti spontanei pregressi per parto



Capitolo 5

La gravidanza



Ministero della Salute

Ministero della Salute

Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

5.1. Indagini diagnostiche in gravidanza

Per quanto riguarda le visite di controllo in gravidanza, a livello nazionale, escludendo le schede con codifica errata o non presente, in oltre l'87% delle gravidanze sono state effettuate più di 4 visite, mentre la percentuale di gravidanze in cui non è stata effettuata alcuna visita è l'1%.

Il *timing* della prima visita rappresenta un indicatore utilizzato in sede internazionale (indicatori PERISTAT) e in ambito nazionale (indicatori dell'Addendum alla cosiddetta Griglia LEA) per la valutazione dell'accesso alle cure prenatali.

Analizzando la percentuale di gravidanze in cui viene effettuata la prima visita dopo l'11° settimana di gestazione si evidenziano alcune correlazioni significative con le caratteristiche socio-demografiche delle madri, quali: la cittadinanza, il titolo di studio e l'età.

Le donne con cittadinanza straniera non si sottopongono ad alcun controllo nell'1,7% dei casi, rispetto ad una percentuale dello 0,9% per le donne italiane, e si sottopongono alla prima visita di controllo dopo l'undicesima settimana di gestazione nell'11,5% dei casi, rispetto al 2,6% delle donne italiane.

Le donne con scolarità medio-bassa effettuano la prima visita più tardivamente: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dopo l'11° settimana di gestazione è pari al 10,6% mentre per le donne con scolarità alta, la percentuale è del 2,6%.

Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli assenti (3,2%) o tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 12,6% dei casi).

Non si evidenziano variazioni significative in relazione allo stato civile della madre.

L'analisi del decorso della gravidanza mostra che il decorso della gravidanza non influenza la numerosità delle visite di controllo effettuate.

Per quanto concerne le ecografie, nel 2014 a livello nazionale, sono state effettuate in media 5,4 ecografie per ogni parto, con valori regionali variabili tra 3,8 ecografie per parto nella Regione Piemonte e 7 ecografie per parto nella Regione Basilicata.

Per il 73,3% delle gravidanze, si registra un numero di ecografie superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute. I dati rilevati evidenziano ancora il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza.

Il numero di ecografie effettuate non appare correlato al decorso della gravidanza.

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'amniocentesi è quella più usata, seguita dall'esame dei villi coriali (nel 4% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nello 0,4%). In media ogni 100 parti sono state effettuate 9,2 amniocentesi.

L'utilizzo di tale indagine prenatale è diversificato a livello regionale, nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto dell'11% (ad eccezione della Sardegna) mentre i valori più alti si hanno in Umbria (23%), in Liguria (18,3%) e in Valle d'Aosta (18,8%).

A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 28,31% dei parti.

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 20 - Distribuzione regionale delle visite di controllo effettuate in gravidanza

Regione	Visite di controllo in gravidanza (valori %)					Totale
	<i>nessuna</i>	<i><= 4</i>	<i>oltre 4</i>	<i>Totale</i>	<i>non indicato</i>	
Piemonte	0,4	10,0	89,7	100,0	-	32.090
Valle d'Aosta	0,1	3,7	96,2	100,0	-	1.132
Lombardia	1,3	9,2	89,5	100,0	-	85.708
Prov. Auton. Bolzano	0,1	6,0	94,0	100,0	-	5.594
Prov. Auton. Trento	-	21,9	78,1	100,0	-	4.527
Veneto	0,3	14,0	85,7	100,0	0,3	39.617
Friuli Venezia Giulia	5,4	8,7	85,9	100,0	-	9.137
Liguria	0,8	5,7	93,5	100,0	4,7	10.238
Emilia Romagna	0,2	8,2	91,6	100,0	-	36.194
Toscana	0,6	12,9	86,5	100,0	1,4	29.015
Umbria	0,8	4,2	95,1	100,0	0,2	7.310
Marche	0,4	9,8	89,9	100,0	0,5	11.966
Lazio	-	-	-	-	100,0	49.299
Abruzzo	0,4	11,4	76,9	88,6	0,7	10.008
Molise	-	7,3	92,7	100,0	-	1.921
Campania	1,7	13,6	84,7	100,0	2,1	52.093
Puglia	0,2	14,1	85,7	100,0	-	32.654
Basilicata	1,3	10,1	88,6	100,0	0,5	4.098
Calabria	0,4	13,3	86,3	100,0	0,2	15.914
Sicilia	0,7	15,7	83,6	100,0	-	44.320
Sardegna	8,3	5,3	86,4	100,0	-	10.847
Totale	1,0	11,4	87,3	99,7	10,5	493.682

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 21 - Visite di controllo in gravidanza secondo la cittadinanza, il titolo di studio, l'età e lo stato civile della madre

		<i>nessuna visita (%)</i>	<i>Visita dalla 12° settimana (%)</i>
Cittadinanza	Non indicato/errato:	11,4	3,0
	Italiana	0,9	2,6
	Straniera	1,7	11,5
Titolo di studio della madre	Non indicato/errato:	12,6	4,1
	Laurea/Diploma Univ.	0,9	2,6
	Diploma Superiore	0,7	3,7
	Media Inferiore	1,2	6,5
	Elementare o Nessun Titolo	4,5	10,6
Età della madre	Non indicato/errato:	10,8	2,3
	< 20	3,2	12,6
	20 – 29	1,2	6,3
	30 – 39	0,9	3,4
	40 +	1,9	6,9
Stato civile della madre	Non indicato/errato:	13,6	14,7
	Coniugata	0,8	4,4
	Nubile	1,3	4,9
	Separata	1,1	5,1
	Divorziata	0,9	4,3
	Vedova	1,2	4,8

Tabella 22 - Distribuzione delle visite di controllo effettuate per decorso della gravidanza

Visite di controllo in gravidanza	Decorso della gravidanza		Totale parti
	Fisiologico	Patologico	
nessuna	1,0	1,2	1,0
<= 4	11,5	10,6	11,4
oltre 4	87,6	88,2	87,6
Totale	100,0	100,0	100,0

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 23 - Distribuzione regionale delle ecografie effettuate in gravidanza

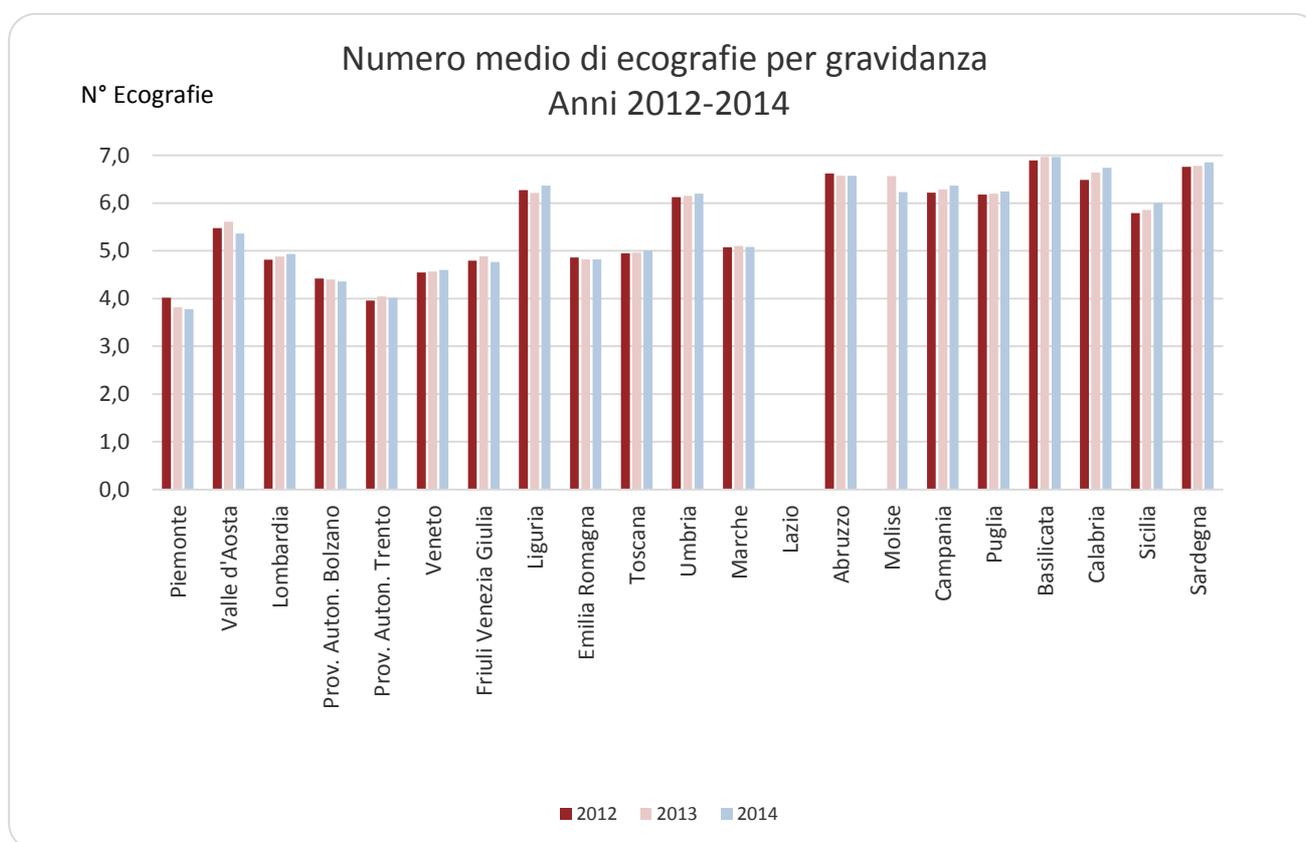
Regione	Ecografie per parto	Numero di ecografie (valore %)				% Nessuna/non indicato
		1-3	4-6	7 e più	Totale	
Piemonte	3,8	56,8	31,8	11,4	100,0	1,7
Valle d'Aosta	5,4	25,1	42,4	32,4	100,0	0,1
Lombardia	4,9	37,6	37,4	24,9	100,0	0,8
Prov. Auton. Bolzano	4,4	30,9	59,1	10,1	100,0	1,6
Prov. Auton. Trento	4,0	44,4	49,0	6,6	100,0	0,7
Veneto	4,6	40,1	41,3	18,6	100,0	0,9
Friuli Venezia Giulia	4,8	22,0	61,5	16,5	100,0	3,3
Liguria	6,4	17,5	30,0	52,5	100,0	5,4
Emilia Romagna	4,8	37,8	39,4	22,8	100,0	0,7
Toscana	5,0	37,0	36,1	26,9	100,0	3,5
Umbria	6,2	10,6	44,9	44,5	100,0	2,8
Marche	5,1	27,5	46,9	25,6	100,0	0,3
Lazio		-	-	-		100,0
Abruzzo	6,6	4,7	44,3	51,1	100,0	2,8
Molise	6,2	6,0	47,1	46,9	100,0	3,9
Campania	6,4	9,9	41,9	48,2	100,0	8,1
Puglia	6,2	4,4	51,9	43,8	100,0	0,6
Basilicata	7,0	2,6	31,1	66,3	100,0	1,0
Calabria	6,7	9,5	35,7	54,9	100,0	0,5
Sicilia	6,0	13,3	47,1	39,6	100,0	1,1
Sardegna	6,9	6,5	33,4	60,1	100,0	6,7
Totale	5,4	26,7	41,1	32,2	100,0	12,0

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 24 - Distribuzione delle ecografie effettuate per decorso della gravidanza

Decorso della gravidanza	Ecografie per gravidanza		
	2012	2013	2014
Fisiologica	5,30	5,34	5,39
Patologica	5,36	5,38	5,40
non indicato	5,15	5,15	5,03
Totale	5,31	5,34	5,39

Grafico 14 - Numero medio di ecografie per gravidanza – Anni 2012-2014



Ministero della Salute
 Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 25 - Distribuzione regionale degli esami prenatali effettuati in gravidanza

Regione	% Esami effettuati			Totale parti
	<i>Villi Coriali</i>	<i>Amniocentesi</i>	<i>Fetoscopia/ Funicolocentesi</i>	
Piemonte	4,2	7,6	0,1	32.090
Valle d'Aosta	1,8	18,8	0,5	1.132
Lombardia	6,2	7,4	0,5	85.708
Prov. Auton. Bolzano	1,7	2,4	1,5	5.594
Prov. Auton. Trento	6,2	2,5	0,4	4.527
Veneto	8,2	8,1	0,2	39.617
Friuli Venezia Giulia	5,7	9,2	0,3	9.137
Liguria	2,7	18,3	0,5	10.238
Emilia Romagna	10,0	10,2	0,6	36.194
Toscana	6,4	8,0	0,5	29.015
Umbria	1,1	23,0	0,3	7.310
Marche	9,1	6,0	0,2	11.966
Lazio	0,9	16,5		49.299
Abruzzo	1,3	5,8	0,2	10.008
Molise				1.921
Campania	0,5	10,4	0,5	52.093
Puglia	0,9	7,0	0,3	32.654
Basilicata				4.098
Calabria	0,3	8,7	0,2	15.914
Sicilia	0,8	5,3	0,4	44.320
Sardegna	2,4	11,3	0,2	10.847
Totale	4,0	9,2	0,4	493.682

Nota: La percentuale è calcolata sul totale dei parti per i quali è stato indicato in modo corretto l'effettuazione o meno dell'esame

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 26 - Distribuzione regionale delle amniocentesi secondo l'età della madre

Regione	Amniocentesi (Valori %)						Totale	% Non indicato/errato
	< 25	25 - 29	30 - 34	35 - 37	38 - 40	> 40		
Piemonte	1,36	1,48	2,59	10,31	23,38	27,46	32.090	0,02
Valle d'Aosta	1,23	2,23	6,76	31,00	50,36	56,82	1.132	-
Lombardia	0,82	1,32	2,27	11,17	21,59	23,58	85.708	0,03
Prov. Auton. Bolzano	0,60	0,39	0,66	3,02	8,19	11,72	5.594	-
Prov. Auton. Trento	0,81	0,80	1,43	2,07	7,74	9,09	4.527	0,07
Veneto	1,85	2,33	3,46	12,37	20,39	22,68	39.617	2,63
Friuli Venezia Giulia	0,90	1,26	3,05	12,74	25,38	33,73	9.137	0,05
Liguria	2,23	2,72	4,50	27,68	52,68	52,93	10.238	1,32
Emilia Romagna	1,54	2,49	5,13	16,94	24,89	25,04	36.194	0,73
Toscana	1,22	2,39	4,17	11,35	17,70	21,60	29.015	2,17
Umbria	3,51	6,34	15,06	36,12	48,92	60,95	7.310	1,52
Marche	0,60	1,52	2,06	9,18	15,64	18,98	11.966	0,40
Lazio	2,75	5,30	10,26	23,39	34,04	36,58	49.299	0,08
Abruzzo	0,67	1,00	2,38	8,05	14,27	23,32	10.008	0,90
Molise	-	-	-	-	-	-	1.921	100,00
Campania	3,12	3,98	6,92	17,99	27,16	32,98	52.093	6,80
Puglia	1,03	1,54	2,20	11,19	21,41	29,64	32.654	-
Basilicata	-	-	-	-	-	-	4.098	100,00
Calabria	1,53	1,60	3,38	16,09	26,42	34,91	15.914	5,33
Sicilia	1,30	1,54	2,33	8,85	16,87	22,29	44.320	0,17
Sardegna	0,80	2,11	3,68	14,22	25,83	32,82	10.847	-
Totale	1,63	2,37	4,28	14,16	24,08	28,31	493.682	2,61

Capitolo 6

Il parto



Ministero della Salute

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

6.1. Durata della gestazione

I dati relativi alla durata della gestazione sono stati analizzati suddividendo le settimane di gestazione, secondo le cinque classi utilizzate per i confronti utilizzati in ambito internazionale europeo (European Perinatal Health Report 2013): 22-27 settimane di gestazione (parti estremamente pre-termine); 28-31 (parti molto pre-termine); 32-36 (parti moderatamente pre-termine); 37-42 (parti a termine); oltre 42 settimane di gestazione (parti post termine).

A livello nazionale, escludendo i valori non indicati o errati, la percentuale dei parti pre-termine è pari al 6,7%, i parti estremamente pre-termine e molto pre-termine corrispondono complessivamente all'0,9% mentre il 93,2% delle nascite avviene tra la 37° e la 42° settimana.

Tabella 27 - Distribuzione regionale dei parti per durata della gestazione

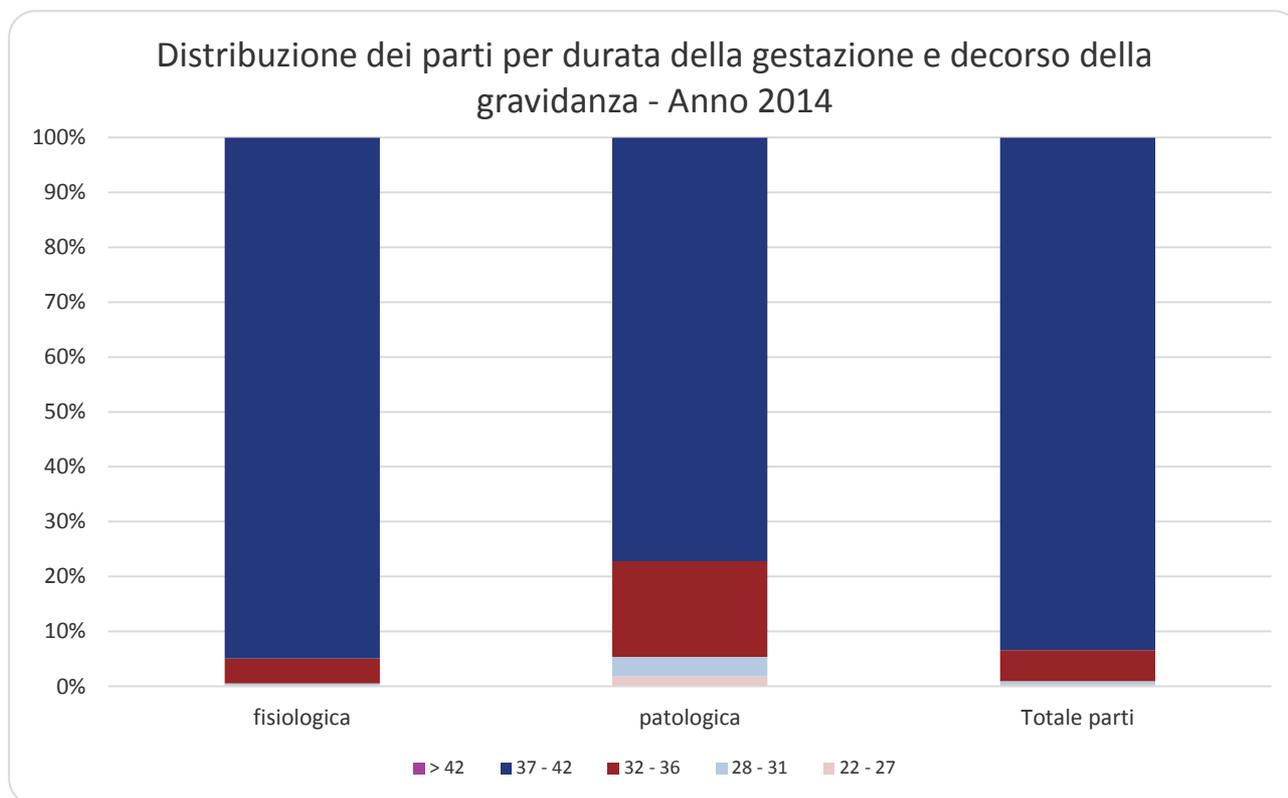
Regione	Età gestazionale (classi)					Totale parti	% Non indicato/errato
	22 - 27	28 - 31	32 - 36	37 - 42	> 42		
Piemonte	0,3	0,7	6,7	91,9	0,4	32.090	0,3
Valle d'Aosta	0,1	0,5	7,3	92,0	-	1.132	-
Lombardia	0,3	0,6	5,9	93,1	0,1	85.708	0,1
Prov. Auton. Bolzano	0,2	0,9	5,5	93,4	0,0	5.594	0,1
Prov. Auton. Trento	0,2	0,8	5,7	93,2	-	4.527	-
Veneto	0,3	0,6	5,2	93,9	0,0	39.617	0,0
Friuli Venezia Giulia	0,4	0,8	5,8	93,1	0,0	9.137	-
Liguria	0,3	0,9	5,8	92,9	0,0	10.238	2,5
Emilia Romagna	0,4	0,7	5,7	93,1	0,1	36.194	0,1
Toscana	0,2	0,5	5,2	93,8	0,2	29.015	0,2
Umbria	0,2	0,6	5,3	93,9	-	7.310	0,8
Marche	0,3	0,5	5,4	93,7	0,0	11.966	0,2
Lazio	0,3	0,6	6,7	92,1	0,2	49.299	0,1
Abruzzo	0,2	0,6	5,2	94,0	0,0	10.008	2,9
Molise	0,4	1,0	6,2	92,4	0,0	1.921	0,2
Campania	0,3	0,5	5,2	94,0	0,0	52.093	0,6
Puglia	0,3	0,7	5,6	93,3	0,0	32.654	0,0
Basilicata	0,3	0,5	5,3	93,9	0,0	4.098	1,9
Calabria	0,3	0,6	5,8	93,3	0,0	15.914	0,2
Sicilia	0,3	0,6	5,5	93,6	0,0	44.320	2,6
Sardegna	0,2	0,7	6,9	92,2	0,0	10.847	0,1
Totale	0,3	0,6	5,8	93,2	0,1	493.682	0,5

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 28 - Distribuzione dei parti per durata della gestazione e decorso della gravidanza

Età gestazionale classi	Decorso gravidanza		Totale parti
	<i>fisiologica</i>	<i>patologica</i>	
22 - 27	0,2	1,8	0,3
28 - 31	0,4	3,5	0,6
32 - 36	4,5	17,5	5,6
37 - 42	94,9	77,1	93,3
> 42	0,1	0,0	0,1
Totale	100,0	100,0	100,0

Grafico 15 - Distribuzione dei parti per durata della gestazione e decorso della gravidanza



Ministero della Salute

Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

6.2. Evento parto

L'analisi delle modalità di espletamento del parto è stata effettuata sia rispetto al luogo dove esso avviene sia rispetto alla modalità di presentazione del feto.

Confermando la tendenza degli anni precedenti, nell'anno 2014 il 60,63% dei parti avviene in modo spontaneo, il 35,01% con taglio cesareo.

L'associazione delle modalità del parto con la presentazione del feto indica, anche per il 2014, che il ricorso al taglio cesareo è maggiore quando il feto non si presenta di vertice.

Il 31,95% dei parti in cui il feto si presenta di vertice avviene comunque con il taglio cesareo.

Rispetto al luogo del parto si registra un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate in cui si registra tale procedura nel 53,6% dei parti contro il 32,6% negli ospedali pubblici.

Nei punti nascita con meno di 800 parti annui, l'incidenza di parti cesarei è significativamente maggiore di quella che si osserva mediamente a livello nazionale (35,01%): nelle strutture dove hanno luogo meno di 500 parti annui si ricorre al taglio cesareo nel 41,60% dei casi; in quelle dove hanno luogo fra 500 e 800 parti annui nel 37,05% dei casi. Il fenomeno è correlato anche alla maggiore concentrazione di strutture private nelle classi dei punti nascita di dimensioni ridotte.

L'analisi relativa ai professionisti sanitari presenti al momento del parto non esclude i parti cesarei. Oltre all'ostetrica (95,96%) al momento del parto sono presenti: nel 88,65% dei casi il ginecologo, nel 44,62% l'anestesista e nel 68,36% il pediatra/neonatologo.

Tabella 29 - Distribuzione dei parti secondo la presentazione del feto e la modalità del parto

Presentazione feto	Modalità Parto					Totale parti in ospedale
	spontaneo	cesareo	forcipe	ventosa	altro	
vertice	63,62	31,95	0,07	3,52	0,85	467.557
faccia	18,17	78,53	0,73	1,10	1,47	546
fronte	13,77	80,44	0,55	3,58	1,65	363
podice	4,05	93,63	0,02	0,07	2,23	20.109
spalla	6,82	88,77	0,00	0,70	3,71	1.007
bregma	36,19	50,69	0,25	11,48	1,39	795
Totale	60,63	35,01	0,07	3,37	0,93	493.306

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Grafico 16 - Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la presentazione del feto

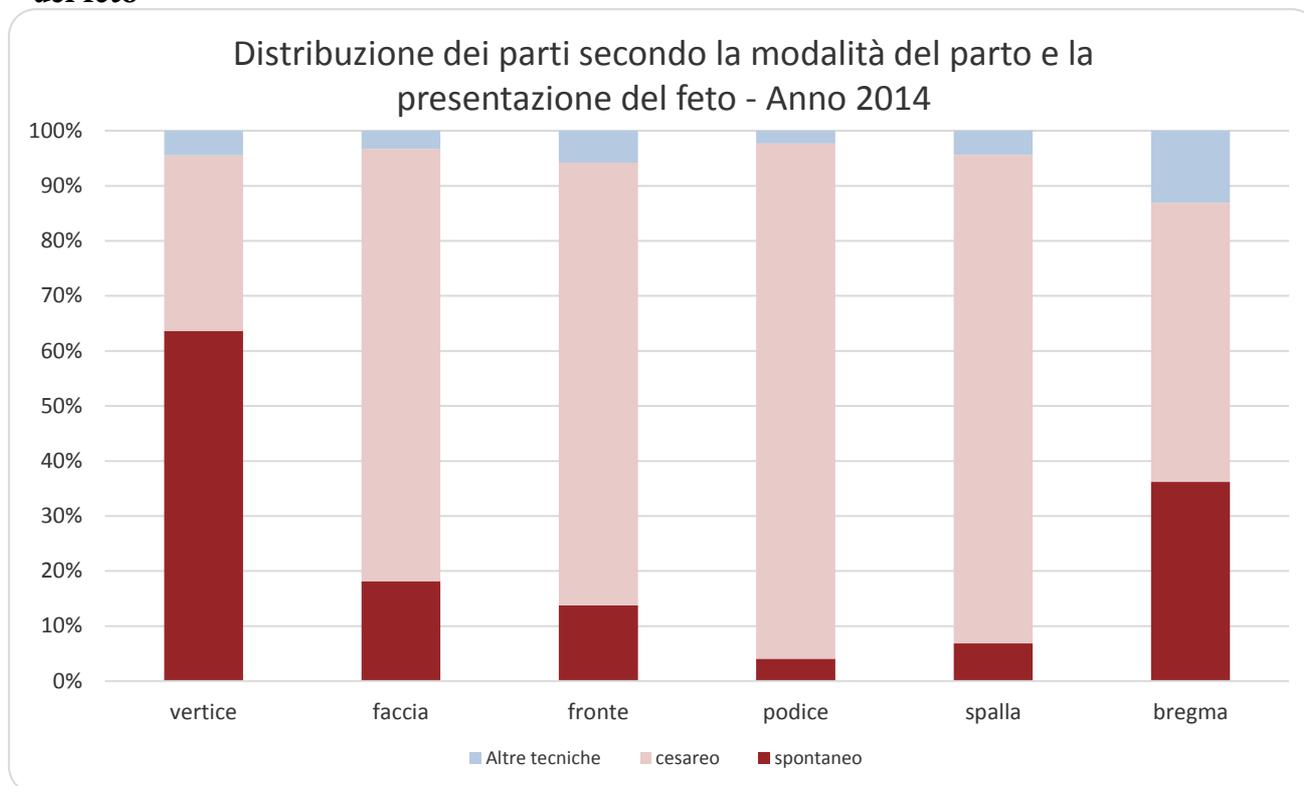


Tabella 30 - Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono

Modalità del parto	Pubblico	Casa di cura		Totale parti in ospedale
		Accreditata	Privata	
Spontaneo	62,9	43,2	17,3	297.752
Cesareo	32,6	53,6	81,9	171.935
Altro	4,5	3,2	0,8	21.420
Totale	100,0	100,0	100,0	493.306

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Grafico 17 - Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la struttura dove esso avviene

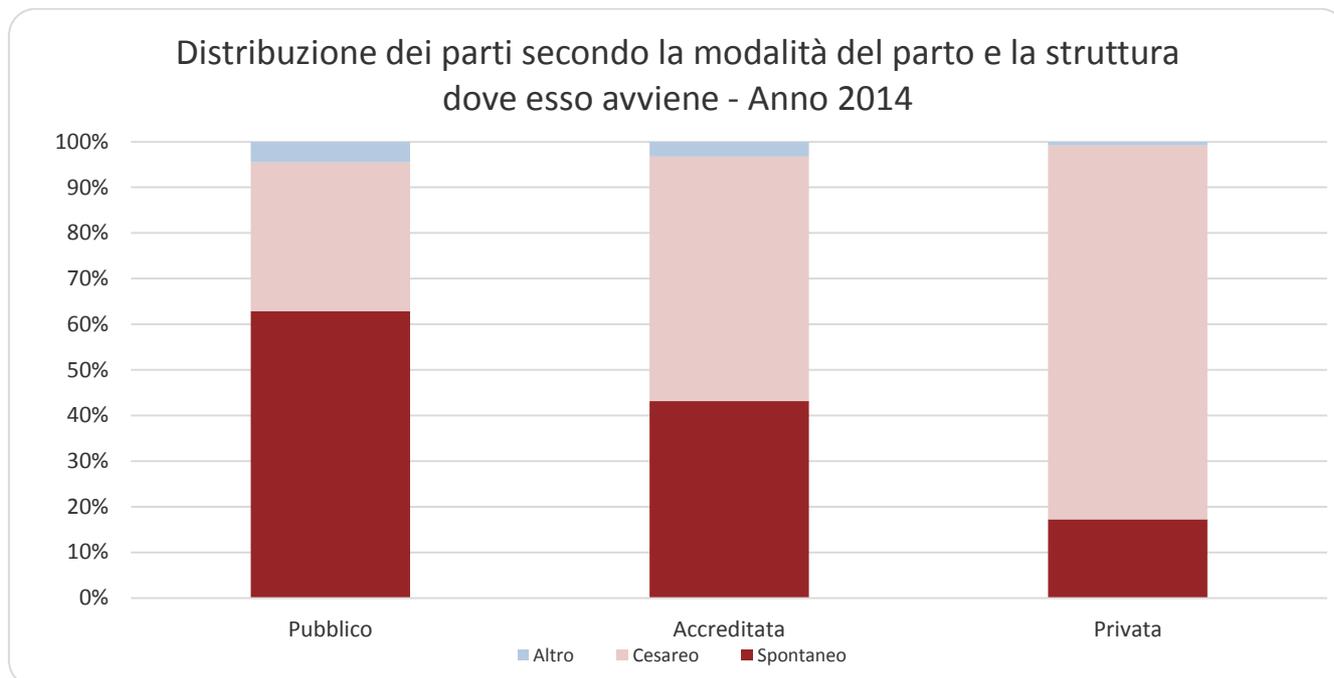


Tabella 31 - Percentuale di parti cesarei secondo la tipologia e la dimensione dei punti nascita

Classe di parti	% Parti con Taglio Cesareo			Totale
	<i>Pubblica</i>	<i>Privata accreditata</i>	<i>Privata non accreditata</i>	
0 - 499	37,51	64,65	81,92	41,60
500 - 799	34,53	49,87		37,05
800 - 999	33,00	62,05		36,71
1000 - 2499	31,37	58,70		34,10
2500 +	31,58	22,68		30,98
Totale	32,59	53,61	81,92	35,01

Ministero della Salute
 Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 32 - Distribuzione regionale dei parti secondo i professionisti sanitari presenti al momento del parto

Regione	Ginecologo	Anestesista	Pediatra e/o neonatologo	Ostetrica
Piemonte	69,07	32,39	47,49	91,69
Valle d'Aosta	99,03	50,00	99,29	98,06
Lombardia	84,08	35,09	58,04	97,80
Prov. Auton. Bolzano	89,36	31,21	32,77	99,64
Prov. Auton. Trento	71,70	100,00	100,00	100,00
Veneto	88,87	30,92	34,67	99,34
Friuli Venezia Giulia	95,06	30,23	82,41	98,57
Liguria	93,00	49,76	81,06	93,78
Emilia Romagna	78,52	36,69	39,11	99,40
Toscana	89,15	33,89	64,91	98,11
Umbria	99,23	44,44	97,76	99,73
Marche	96,46	39,18	53,21	96,87
Lazio				
Abruzzo	98,43	45,27	81,56	99,20
Molise	99,43	75,71	99,37	99,43
Campania	98,29	88,31	99,35	97,88
Puglia	96,23	53,20	90,18	86,14
Basilicata	100,00	100,00	100,00	100,00
Calabria	98,28	40,39	97,90	96,11
Sicilia	94,19	52,59	89,20	95,05
Sardegna	77,91	49,98	60,81	77,06
Totale	88,65	44,62	68,36	95,96

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 33 - Distribuzione regionale dei parti secondo la modalità del travaglio

Regione	Modalità del travaglio				Totale parti senza cesareo d'elezione	% non indicato/errato
	<i>Spontaneo</i>		<i>Indotto</i>			
	<i>v.a.</i>	<i>%</i>	<i>v.a.</i>	<i>%</i>		
Piemonte	17.997	70,3	7.600	29,7	25.599	0,0
Valle d'Aosta	684	76,3	212	23,7	980	8,6
Lombardia	52.935	74,6	18.002	25,4	71.760	1,1
Prov. Auton. Bolzano	4.001	79,9	1004	20,1	5.005	0,0
Prov. Auton. Trento	2.904	78,9	777	21,1	3.682	0,0
Veneto	23.154	69,4	10.219	30,6	33.948	1,7
Friuli Venezia Giulia	5.548	77,0	1.658	23,0	8.208	12,2
Liguria	6.051	78,6	1.646	21,4	8.019	4,0
Emilia Romagna	22.043	74,3	7.630	25,7	31.242	5,0
Toscana	18.274	77,1	5.440	22,9	25.022	5,2
Umbria	4.550	77,5	1.324	22,5	6.044	2,8
Marche	5.981	69,8	2.584	30,2	9.113	6,0
Lazio	26.261	95,1	1.351	4,9	39.080	29,3
Abruzzo	5.917	77,7	1.700	22,3	7.815	2,5
Molise	1.394	95,4	67	4,6	1.461	0,0
Campania	25.975	94,1	1.625	5,9	30.267	8,8
Puglia	19.094	85,1	3.347	14,9	23.360	3,9
Basilicata	2.286	75,7	733	24,3	3.135	3,7
Calabria	10.508	86,7	1.614	13,3	12.176	0,4
Sicilia	25.328	80,9	5.968	19,1	31.303	0,0
Sardegna	5.843	71,4	2.346	28,6	8.189	0,0
Totale	286.728	78,9	76.847	21,1	385.408	5,7

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

6.2.1. Parti plurimi

Il numero di parti plurimi nel 2014 è pari a 8.493 che rappresenta l'1,7% del totale dei parti. Non si registrano differenze regionali significative: il range di variazione va dallo 0,2% del Molise al 2,1% della Liguria.

L'incidenza di parti plurimi è considerevolmente maggiore nelle gravidanze con procreazione medicalmente assistita, con un valore nazionale pari al 21,36%.

La frequenza dei parti plurimi risulta più elevata fra le madri con più di 40 anni.

Tabella 34 - Distribuzione regionale dei parti plurimi

Codice Regione	% parti plurimi	Totale parti plurimi
Piemonte	1,8	571
Valle d'Aosta	1,7	19
Lombardia	1,8	1.560
Prov. Auton. Bolzano	1,9	105
Prov. Auton. Trento	1,8	82
Veneto	1,6	634
Friuli Venezia Giulia	2,0	180
Liguria	2,1	210
Emilia Romagna	1,8	643
Toscana	1,8	512
Umbria	1,5	110
Marche	1,4	162
Lazio	2,0	981
Abruzzo	1,2	122
Molise	0,2	4
Campania	1,8	944
Puglia	1,8	598
Basilicata	1,4	57
Calabria	0,8	130
Sicilia	1,6	698
Sardegna	1,6	171
Totale	1,7	8.493

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 35 - Distribuzione regionale dei parti plurimi secondo l'età della madre

Regione	% Parti plurimi sul totale dei parti					Totale Parti	% non indicato/errato
	< 20	20 - 29	30 - 39	40 +	totale		
Piemonte	0,33	1,11	1,91	3,17	1,78	32.090	0,01
Valle d'Aosta	0,00	1,17	2,00	1,52	1,68	1.132	0,00
Lombardia	0,62	1,08	1,88	3,66	1,82	85.708	0,01
Prov. Auton. Bolzano	0,00	1,03	2,20	2,83	1,88	5.594	0,00
Prov. Auton. Trento	0,00	0,90	2,08	3,13	1,81	4.527	0,04
Veneto	0,97	1,02	1,66	3,00	1,60	39.617	0,00
Friuli Venezia Giulia	0,00	1,34	2,02	3,48	1,97	9.137	0,05
Liguria	0,00	1,22	2,18	3,57	2,05	10.238	0,10
Emilia Romagna	0,93	1,11	1,84	3,37	1,78	36.194	0,11
Toscana	1,15	1,07	1,82	3,30	1,76	29.015	0,00
Umbria	0,00	0,71	1,68	3,13	1,50	7.310	0,63
Marche	1,01	0,90	1,25	3,19	1,35	11.966	0,39
Lazio	0,57	1,10	1,85	4,81	1,99	49.299	0,04
Abruzzo	0,00	0,85	1,29	1,95	1,22	10.008	0,17
Molise	0,00	0,18	0,25	0,00	0,21	1.921	0,00
Campania	0,58	1,35	1,90	3,81	1,81	52.093	0,27
Puglia	1,02	1,38	1,88	3,42	1,83	32.654	0,00
Basilicata	0,00	0,88	1,40	3,08	1,39	4.098	0,07
Calabria	0,37	0,64	0,95	0,74	0,82	15.914	0,09
Sicilia	1,04	1,00	1,83	2,73	1,57	44.320	0,17
Sardegna	0,99	0,75	1,67	2,70	1,58	10.847	0,00
Totale	0,73	1,09	1,79	3,40	1,72	493.682	0,09

Tabella 36 - Distribuzione dei parti plurimi secondo l'età della madre e tipologia di procreazione

PMA	Classe d'età				Totale
	< 20	20 - 29	30 - 39	40 +	
NO	0,71	1,01	1,40	1,85	1,31
SI	12,50	16,67	21,72	21,87	21,36
Totale	0,74	1,09	1,79	3,21	1,70

Ministero della Salute

Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

6.2.2. Parti vaginali

Nel 2014 il numero dei parti vaginali ammonta a 319.543; il 22,3% è relativo a madri straniere.

La distribuzione per classi di età e cittadinanza evidenzia che il 71,6% delle madri italiane che hanno avuto nel 2014 il parto vaginale ha più di 30 anni; per le madri straniere tale percentuale risulta invece essere il 47,2%.

Nel 91,83% dei casi la donna ha accanto a sé al momento del parto il padre del bambino, nel 6,74% un familiare e nell'1,42% un'altra persona di fiducia.

La presenza di una persona di fiducia piuttosto che di un'altra risulta essere influenzata dall'area geografica.

Tabella 37 - Parti vaginali secondo la cittadinanza e l'età della madre

Classe d'età della madre	Parti vaginali				Totale parti vaginali	
	Madre italiana		Madre straniera		V.A	%
	V.A	%	V.A	%		
< 20	3.369	1,4	1.594	2,2	5.010	1,6
20 - 29	66.315	27,0	36.044	50,5	103.338	32,4
30 - 39	154.753	63,1	30.825	43,2	186.935	58,5
40 +	20.971	8,5	2.868	4,0	24.009	7,5
<i>Non indicato/errato</i>	155	0,0	54	0,0	251	0,0
Totale	245.563	100,0	71.385	100,0	319.543	100,0

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 38 - Distribuzione regionale dei parti vaginali secondo la persona di fiducia della donna presente in sala parto

Regione	Padre	Altro familiare	Persona di fiducia	Totale	% Non indicato errato
Piemonte	94,13	4,76	1,11	100,00	6,51
Valle d'Aosta	85,84	14,16	0,00	100,00	0,00
Lombardia	95,77	3,47	0,76	100,00	8,89
Prov. Auton. Bolzano	97,92	1,82	0,26	100,00	9,28
Prov. Auton. Trento	96,34	2,74	0,92	100,00	12,96
Veneto	96,78	2,44	0,78	100,00	12,13
Friuli Venezia Giulia	96,31	2,71	0,98	100,00	9,99
Liguria	93,65	5,73	0,62	100,00	10,91
Emilia Romagna	93,30	5,33	1,37	100,00	9,05
Toscana	94,24	4,29	1,47	100,00	12,99
Umbria	93,27	5,73	1,01	100,00	8,92
Marche	93,22	5,52	1,25	100,00	16,86
Lazio	-	-	-	-	100,00
Abruzzo	74,83	8,47	16,69	100,00	16,20
Molise	100,00	-	-	100,00	99,82
Campania	57,69	40,21	2,10	100,00	67,35
Puglia	89,29	8,63	2,08	100,00	50,44
Basilicata	88,59	10,30	1,12	100,00	36,11
Calabria	81,54	17,01	1,45	100,00	45,76
Sicilia	88,82	9,95	1,23	100,00	30,10
Sardegna	73,90	26,10	0,00	100,00	0,00
Totale	91,83	6,74	1,42	100,00	27,34

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

6.2.3. Taglio cesareo

Confermando la tendenza degli anni precedenti, nell'anno 2014 il 35% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica.

Rispetto al luogo del parto si registra un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate, in cui si registra tale procedura in circa il 53,6% dei parti contro il 32,6% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 28% dei parti di madri straniere e nel 36,8% dei parti di madri italiane.

Prendendo in esame i parti vaginali dopo un precedente taglio cesareo, si registra nel 2014, a livello nazionale una percentuale pari al 12,7%; tale fenomeno si verifica quasi esclusivamente nei punti nascita pubblici dove circa il 13,8% dei parti con precedente cesareo avviene in modo spontaneo contro il 7,9% nelle case di cura private accreditate e il 3,1% delle case di cura private non accreditate.

Tabella 39 - Distribuzione dei parti cesarei secondo la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono

Regione	Pubblico	Casa di cura		Totale
		Accreditata	Privata	
Piemonte	28,1			28,1
Valle d'Aosta	22,6			22,6
Lombardia	26,7	27,3	89,9	26,8
Prov. Auton. Bolzano	24,3			24,3
Prov. Auton. Trento	26,0			26,0
Veneto	25,5			25,5
Friuli Venezia Giulia	23,1	20,9		23,0
Liguria	33,8		92,3	33,9
Emilia Romagna	26,6	62,8		26,9
Toscana	21,6		61,0	21,7
Umbria	30,9			30,9
Marche	30,9			30,9
Lazio	39,5	43,1	79,9	40,5
Abruzzo	35,3			35,3
Molise	40,6			40,6
Campania	52,0	70,4	88,3	60,5
Puglia	43,1	49,1		43,8
Basilicata	38,4			38,4
Calabria	36,1	32,0		35,4
Sicilia	40,9	57,2		43,5
Sardegna	38,0	41,0		38,3
Totale	32,6	53,6	81,9	35,0

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 40 - Distribuzione regionale della percentuale dei parti cesarei secondo la cittadinanza della madre

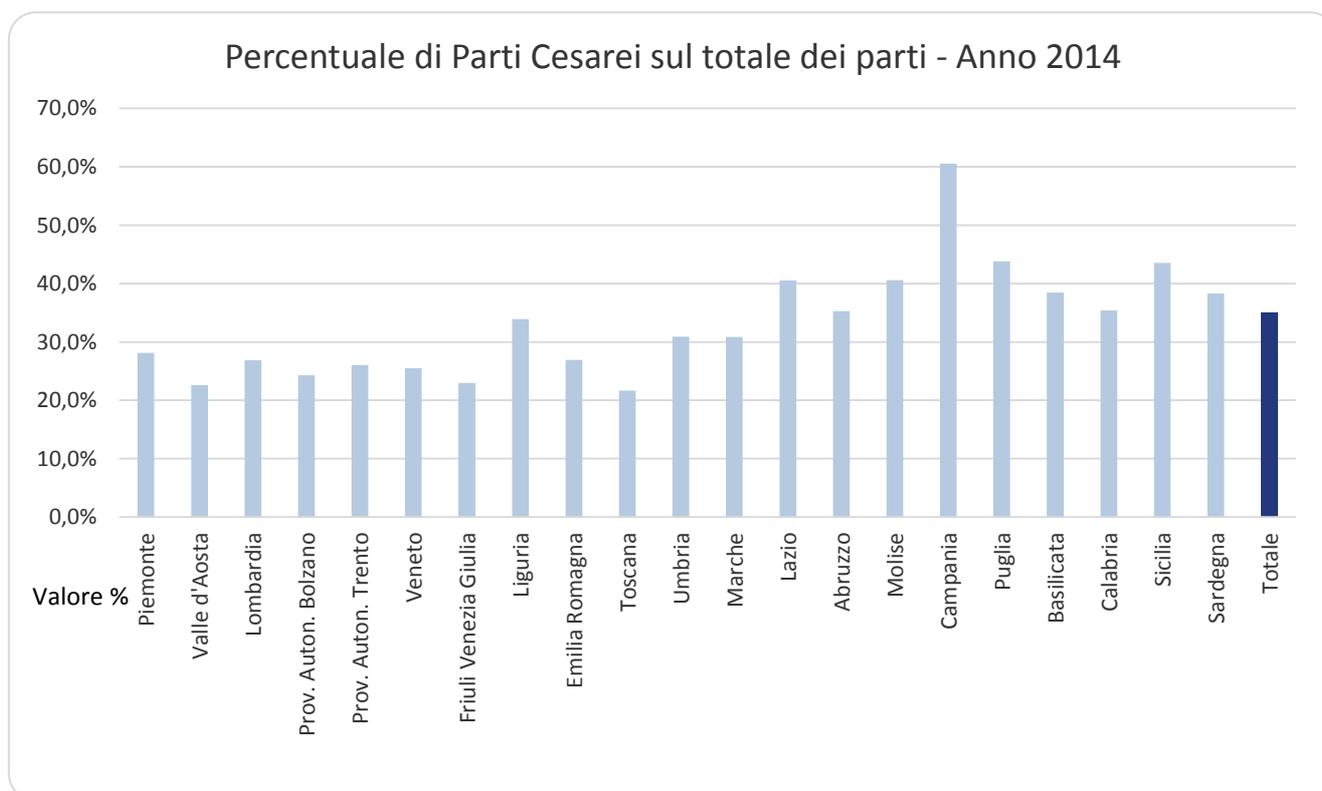
Regione	Cittadinanza		Totale parti	% Non indicato/errato
	<i>Italiana</i>	<i>Straniera</i>		
Piemonte	28,9	26,0	32.090	0,8
Valle d'Aosta	22,0	25,0	1.132	0,0
Lombardia	27,3	25,8	85.708	0,1
Prov. Auton. Bolzano	24,6	23,7	5.594	2,3
Prov. Auton. Trento	26,3	24,7	4.527	0,1
Veneto	25,6	25,3	39.617	1,2
Friuli Venezia Giulia	22,6	23,6	9.137	0,1
Liguria	35,2	30,4	10.238	0,4
Emilia Romagna	27,6	25,0	36.194	0,0
Toscana	22,5	19,5	29.015	0,2
Umbria	32,5	28,0	7.310	10,2
Marche	30,7	29,7	11.966	13,4
Lazio	41,7	36,1	49.299	0,0
Abruzzo	36,3	30,3	10.008	0,7
Molise	40,5	42,0	1.921	0,1
Campania	61,6	47,4	52.093	0,4
Puglia	44,4	36,7	32.654	0,1
Basilicata	38,4	33,3	4.098	0,2
Calabria	36,1	29,4	15.914	0,0
Sicilia	44,2	34,7	44.320	0,0
Sardegna	38,5	35,6	10.847	0,0
Totale	36,8	28,0	493.682	0,8

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 41 - Distribuzione dei parti cesarei secondo la cittadinanza e l'età della madre

Classe d'età della madre	Tagli cesarei				Totale tagli cesarei	
	Madre italiana		Madre straniera		V.A	%
	V.A	%	V.A	%		
< 20	1.376	1,0	315	1,1	1.700	1,0
20 - 29	31.930	22,3	10.719	38,7	42.942	25,0
30 - 39	89.754	62,8	14.579	52,7	104.966	61,1
40 +	19.962	14,0	2.059	7,4	22.155	12,9
Non indicato/errato	124		25		176	
Totale	143.146	100,0	27.697	100,0	171.939	100,0

Grafico 18 - Distribuzione regionale della percentuale dei parti cesarei sul totale dei parti



Ministero della Salute
 Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 42 - Distribuzione regionale dei parti vaginali dopo un precedente parto cesareo per tipo di struttura in cui avviene il parto

Regione	Parti vaginali dopo precedente parto cesareo			Totale
	Pubblico	Casa di cura		
		accreditata	non accreditata	
Piemonte	17,7			17,7
Valle d'Aosta	26,6			26,6
Lombardia	20,7	28,4	6,0	21,4
Prov. Auton. Bolzano	41,6			41,6
Prov. Auton. Trento	22,8			22,8
Veneto	23,2			23,3
Friuli Venezia Giulia	26,5	29,0		26,7
Liguria	9,4		-	9,4
Emilia Romagna	17,9	1,7		17,7
Toscana	25,4		-	25,4
Umbria	13,0			13,0
Marche	10,6			10,6
Lazio				
Abruzzo	9,3			9,3
Molise	22,7			22,7
Campania	6,0	6,7	1,5	6,4
Puglia	4,4	4,4		4,4
Basilicata	2,0			2,0
Calabria	7,4	11,9		8,3
Sicilia	4,8	2,0		4,1
Sardegna	11,1	2,7		10,5
Totale	13,8	7,9	3,1	12,7

Capitolo 7

Il neonato



Ministero della Salute

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

I nati totali registrati nel 2014 dalle anagrafi comunali sono 502.596, quelli rilevati attraverso il CeDAP sono 502.446 (il 99,9% del totale dei nati). Dalla fonte CeDAP si ha un tasso di natimortalità di 2,74 nati morti ogni 1.000 nati.

Per la distribuzione regionale dei nati secondo il peso alla nascita sono state considerate le seguenti classi di peso: minore di 1500 grammi, tra 1500 e 2499 grammi, tra 2500 e 3299, tra 3300 e 3999 grammi ed oltre 3999.

La distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è pressoché invariata rispetto a quella registrata nell'anno precedente. Pesì inferiori ai 1500 grammi si osservano nell'1,1% dei nati, il 6,3% ha un peso compreso tra 1500 e 2499 grammi, l'87,4% ha un peso tra 2500 e 3999 ed il 5,2% supera i 4000 grammi di peso alla nascita; per il 2014 i nati a termine con peso inferiore ai 2500 grammi rappresentano circa il 2,96% dei casi.

Il 99,4% dei nati ha riportato, a livello nazionale, un punteggio Apgar da 7 a 10 e solo lo 0,6% dei neonati è risultato gravemente o moderatamente depresso.

L'analisi del punteggio Apgar in relazione al peso alla nascita, evidenzia che sono soprattutto i neonati con un peso inferiore ai 1500 grammi a far registrare un punteggio Apgar più sfavorevole.

La codifica della causa che ha determinato la natimortalità sembra essere molto difficoltosa anche perché quasi sempre il referto dell'esame autoptico viene reso noto dopo i 10 giorni previsti per la compilazione del CeDAP.

Nel 2014 solo per il 21,6% dei 1.377 bambini nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 47,9% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 30,5% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile per sesso e/o età.

Nel 2014 attraverso il CeDAP sono state segnalati 4.492 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita e per il 79,9% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione.

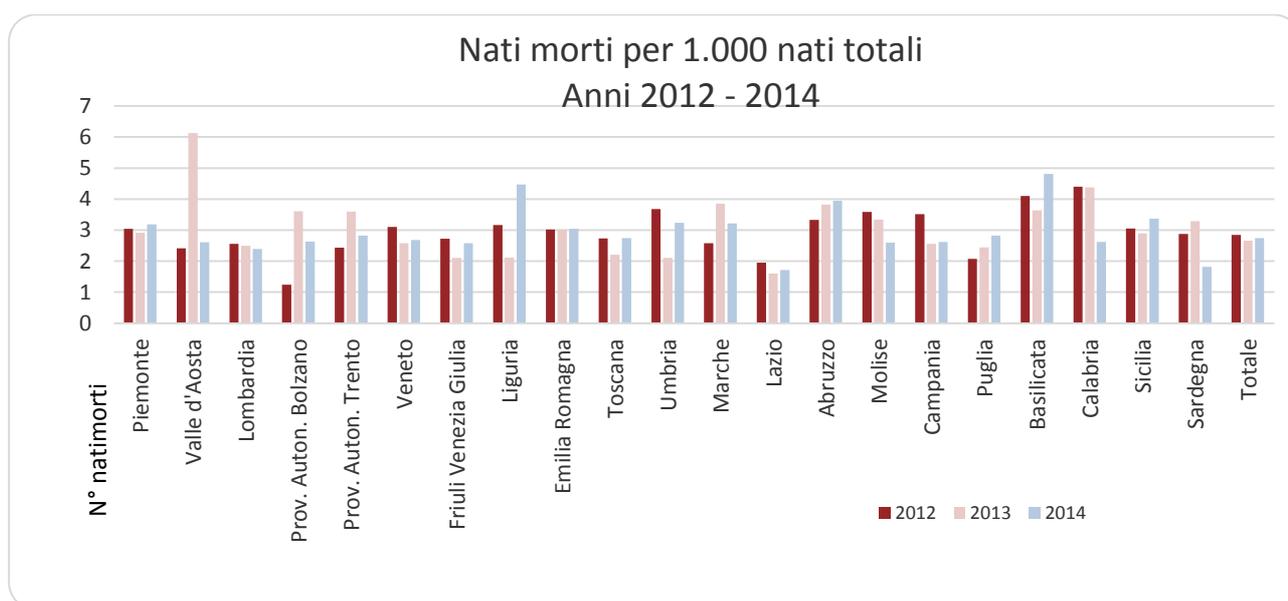
Nella tabella 50 sono prospettate le prime 30 malformazioni per frequenza dei casi, che rappresentano il 98,2% delle malformazioni diagnosticate.

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 43 - Distribuzione regionale dei nati totali, vivi e nati morti

Regione	Nati totali	Nati vivi	Nati morti per 1000 nati
Piemonte	32.664	32.560	3,18
Valle d'Aosta	1.151	1.148	2,61
Lombardia	87.293	87.084	2,39
Prov. Auton. Bolzano	5.701	5.686	2,63
Prov. Auton. Trento	4.610	4.597	2,82
Veneto	40.256	40.148	2,68
Friuli Venezia Giulia	9.320	9.296	2,58
Liguria	10.520	10.426	4,47
Emilia Romagna	36.852	36.740	3,04
Toscana	29.535	29.454	2,74
Umbria	7.424	7.331	3,23
Marche	12.132	12.093	3,21
Lazio	50.308	50.222	1,71
Abruzzo	10.133	10.077	3,95
Molise	1.925	1.920	2,60
Campania	53.075	52.915	2,62
Puglia	33.276	33.182	2,82
Basilicata	4.156	4.136	4,81
Calabria	16.046	15.983	2,62
Sicilia	45.046	44.894	3,37
Sardegna	11.023	11.003	1,81
Totale	502.446	500.895	2,74

Grafico 19 - Distribuzione regionale dei nati morti per 1.000 nati



Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 44 - Distribuzione regionale dei nati secondo il peso alla nascita

Regione	Peso alla nascita					Totale	Non indicato/errato
	< 1500	1500 - 2499	2500 - 3299	3300 - 3999	> 4000		
Piemonte	1,0	6,7	46,4	41,1	4,9	100,0	0,06
Valle d'Aosta	0,9	7,5	45,3	42,3	4,0	100,0	0,09
Lombardia	1,1	6,6	45,9	41,3	5,1	100,0	0,06
Prov. Auton. Bolzano	1,2	6,0	44,1	42,4	6,2	100,0	0,00
Prov. Auton. Trento	1,2	6,1	43,0	43,8	6,0	100,0	0,00
Veneto	1,0	5,4	41,6	45,1	6,8	100,0	0,03
Friuli Venezia Giulia	1,2	5,9	43,0	43,2	6,8	100,0	0,03
Liguria	1,2	6,3	45,9	40,9	5,6	100,0	2,10
Emilia Romagna	1,2	5,8	42,4	44,0	6,6	100,0	0,04
Toscana	0,9	5,9	45,0	42,6	5,7	100,0	0,07
Umbria	0,8	5,4	43,1	44,2	6,4	100,0	0,67
Marche	0,9	5,3	44,3	43,7	5,8	100,0	0,07
Lazio	1,1	6,7	47,0	40,0	5,1	100,0	0,03
Abruzzo	0,8	5,1	44,7	43,3	6,1	100,0	0,18
Molise	1,3	5,0	47,0	41,7	5,0	100,0	0,36
Campania	0,9	7,0	53,0	35,5	3,6	100,0	0,30
Puglia	1,1	6,1	46,7	40,6	5,5	100,0	0,08
Basilicata	0,9	5,8	48,8	39,6	4,9	100,0	0,14
Calabria	1,1	6,4	50,8	37,5	4,2	100,0	0,11
Sicilia	1,1	6,6	49,8	38,0	4,5	100,0	0,18
Sardegna	1,1	7,2	51,7	36,3	3,6	100,0	0,00
Totale	1,1	6,3	46,6	40,8	5,2	100,0	0,14

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 45 - Distribuzione regionale dei nati a termine (tra la 37^a e la 42^a settimana di gestazione) secondo il peso alla nascita

Regione	Peso alla nascita di neonati con età gestazionale tra 37 e 42 settimane						% Non indicato/errato
	400-1499	1500-2499	2500-3299	3300-3999	4000-6000	Totale	
Piemonte	0,01	3,09	47,32	44,36	5,22	100,0	0,35
Valle d'Aosta	0,00	3,53	46,42	45,65	4,39	100,0	0,09
Lombardia	0,05	2,91	47,02	44,48	5,55	100,0	0,16
Prov. Auton. Bolzano	0,02	2,57	44,87	45,86	6,68	100,0	0,12
Prov. Auton. Trento	0,00	2,40	43,78	47,27	6,55	100,0	0,09
Veneto	0,01	2,33	42,08	48,25	7,33	100,0	0,06
Friuli Venezia Giulia	0,02	2,25	43,76	46,63	7,33	100,0	0,06
Liguria	0,00	2,79	47,06	44,15	6,00	100,0	4,43
Emilia Romagna	0,01	2,46	43,08	47,35	7,11	100,0	0,17
Toscana	0,01	2,65	45,77	45,47	6,10	100,0	0,26
Umbria	0,01	2,16	43,68	47,22	6,93	100,0	1,52
Marche	0,02	2,07	44,84	46,84	6,22	100,0	0,28
Lazio	0,02	2,94	48,07	43,42	5,55	100,0	0,15
Abruzzo	0,01	2,35	45,05	46,09	6,50	100,0	2,94
Molise	0,11	2,15	47,73	44,73	5,27	100,0	0,57
Campania	0,06	4,03	54,30	37,77	3,84	100,0	0,95
Puglia	0,03	2,89	47,60	43,60	5,88	100,0	0,17
Basilicata	0,03	2,98	49,33	42,48	5,19	100,0	2,05
Calabria	0,03	3,40	52,07	40,04	4,45	100,0	0,34
Sicilia	0,06	3,26	50,92	40,87	4,89	100,0	2,77
Sardegna	0,00	3,16	53,40	39,55	3,90	100,0	0,08
Totale	0,03	2,93	47,60	43,79	5,64	100,0	0,68

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 46 - Distribuzione regionale dei nati secondo il punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita

Codice Regione	Punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita				Non indicato/errato
	1 - 3	4 - 6	7 - 10	Totale	
Piemonte	0,10	0,84	99,05	100,00	2,20
Valle d'Aosta	0,09	1,05	98,86	100,00	0,70
Lombardia	0,16	0,50	99,34	100,00	0,26
Prov. Auton. Bolzano	0,12	0,62	99,26	100,00	0,70
Prov. Auton. Trento	0,09	1,09	98,83	100,00	0,30
Veneto	0,07	0,50	99,43	100,00	1,98
Friuli Venezia Giulia	0,11	0,76	99,13	100,00	0,29
Liguria	0,08	0,61	99,31	100,00	5,17
Emilia Romagna	0,11	0,60	99,28	100,00	0,33
Toscana	0,11	0,43	99,46	100,00	0,37
Umbria	0,16	0,19	99,64	100,00	1,39
Marche	0,08	0,41	99,51	100,00	0,32
Lazio	0,19	0,34	99,47	100,00	0,32
Abruzzo	0,08	0,31	99,61	100,00	0,55
Molise	0,05	0,94	99,01	100,00	0,78
Campania	0,20	0,35	99,46	100,00	1,19
Puglia	0,08	0,43	99,48	100,00	0,30
Basilicata	0,30	0,57	99,13	100,00	3,06
Calabria	0,18	0,47	99,35	100,00	0,51
Sicilia	0,16	0,39	99,45	100,00	7,50
Sardegna	0,21	0,81	98,98	100,00	0,18
Totale	0,14	0,49	99,37	100,00	1,46

Tabella 47 - Distribuzione dei nati secondo il peso alla nascita ed il punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita

Peso alla nascita	Punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita			
	1 - 3	4 - 6	7 - 10	Totale nati
< 1500	5,5	14,7	79,8	100,0
1500 - 2499	0,3	1,4	98,4	100,0
2500 - 3299	0,1	0,3	99,6	100,0
3300 - 3999	0,1	0,3	99,7	100,0
> 4000	0,1	0,4	99,5	100,0
Totale	0,1	0,5	99,4	100,0

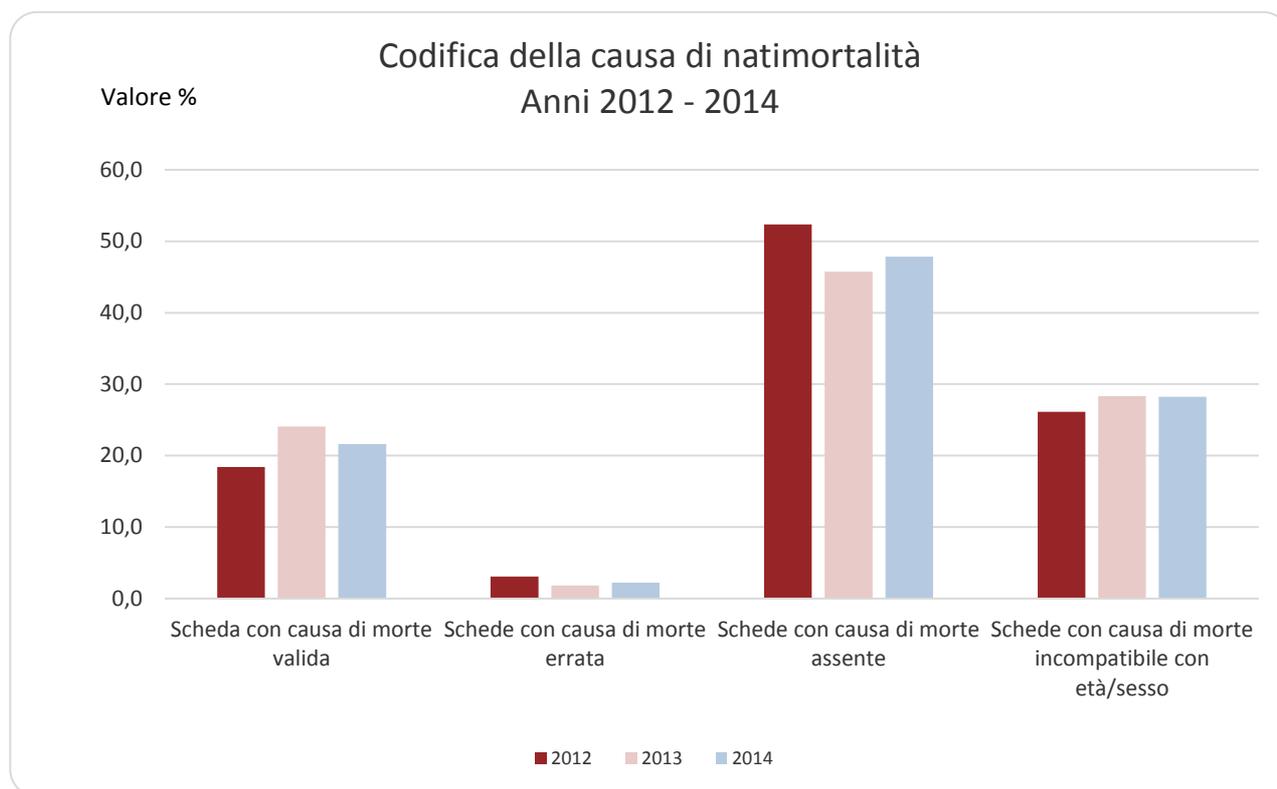
Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 48 - Distribuzione regionale dei nati morti secondo la codifica della causa di natimortalità

Regione	Nati morti	Codifica della causa di natimortalità (valore %)			
		Schede con causa di morte valida	Schede con causa di morte assente	Schede con causa di morte errata	Schede con causa di morte incompatibile con età/sexo
Piemonte	104	1,9	95,2	0,0	2,9
Valle d'Aosta	3	0,0	100,0	0,0	0,0
Lombardia	209	30,6	0,0	5,3	64,1
Prov. Auton. Bolzano	15	93,3	0,0	6,7	0,0
Prov. Auton. Trento	13	15,4	0,0	15,4	69,2
Veneto	108	6,5	77,8	5,6	10,2
Friuli Venezia Giulia	24	70,8	25,0	0,0	4,2
Liguria	47	4,3	83,0	2,1	10,6
Emilia Romagna	112	27,7	42,0	1,8	28,6
Toscana	81	8,6	56,8	1,2	33,3
Umbria	24	0,0	75,0	20,8	4,2
Marche	39	0,0	94,9	5,1	0,0
Lazio	86	18,6	59,3	0,0	22,1
Abruzzo	40	2,5	97,5	0,0	0,0
Molise	5	80,0	0,0	0,0	20,0
Campania	139	0,0	98,6	0,0	1,4
Puglia	94	77,7	0,0	0,0	22,3
Basilicata	20	0,0	100,0	0,0	0,0
Calabria	42	16,7	40,5	0,0	42,9
Sicilia	152	30,9	10,5	0,0	58,6
Sardegna	20	20,0	0,0	0,0	80,0
Totale	1.377	21,6	47,9	2,3	28,2

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Grafico 20 - Codifica della causa di natimortalità



Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 49 - Distribuzione dei nati morti secondo le prime 30 cause di natimortalità per frequenza di codifica

Prime 30 cause di natimortalità	Nati morti (valore %)
Altri problemi fetali e placentari che interferiscono con il trattamento della madre	19,7
Ipossia intrauterina e asfissia alla nascita	17,7
Altre e mal definite manifestazioni morbose ad insorgenza perinatale	15,3
Esito del parto	8,3
Feto o neonato affetto da complicazioni della placenta, del cordone ombelicale e delle membrane	7,5
Aritmie cardiache	4,7
Problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita	3,0
Manifestazioni morbose del feto o del neonato derivanti da patologia materna anche non correlata alla gravidanza attuale	2,4
Complicazioni del cordone ombelicale	2,0
Altre cause mal definite e sconosciute di morbosità e mortalità	1,7
Perdita ematica antepartum, abrupcio placentae e placenta previa	1,6
Ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale	1,6
Anomalia fetale, conosciuta o sospetta che influenza il trattamento della madre	1,3
Emorragia postpartum	1,1
Feto o neonato affetto da complicazioni materne della gravidanza	1,1
Malaria	0,8
Morte improvvisa da causa sconosciuta	0,8
Altre anomalie congenite del cuore	0,6
Altre anomalie congenite del sistema nervoso	0,6
Nato singolo	0,4
Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)	0,4
Manifestazioni morbose interessanti la cute e la regolazione termica del feto e del neonato	0,4
Pinta	0,4
Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione materno fetale	0,4
Feto o neonato affetto da altre complicazioni del travaglio e del parto	0,4
Anomalie cromosomiche	0,4
Emorragia fetale e neonatale	0,3
Disturbo delle emozioni specifico dell'infanzia e dell'adolescenza	0,3
Altri problemi collegati alla cavità amniotica e alle membrane	0,3
Polidramnios	0,3
Totale prime 30 cause di natimortalità	95,8

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 50 - Distribuzione delle prime 30 cause di malformazione per frequenza di codifica

Prime 30 malformazioni	Neonati malformati	
	V.A.	%
Anomalie del bulbo cardiaco e anomalie della chiusura del setto cardiaco	715	19,9
Anomalie congenite degli organi genitali	356	9,9
Altre anomalie congenite degli arti	291	8,1
Alcune malformazioni congenite del sistema muscoloscheletrico	291	8,1
Altre anomalie congenite del sistema circolatorio	266	7,4
Anomalie congenite del sistema urinario	221	6,2
Palatoschisi e labioschisi	184	5,1
Complicazioni del cordone ombelicale	160	4,5
Anomalie cromosomiche	151	4,2
Altre anomalie congenite del tratto alimentare superiore	151	4,2
Altre anomalie muscoloscheletriche congenite	141	3,9
Altre anomalie congenite del sistema nervoso	134	3,7
Altre anomalie congenite del cuore	90	2,5
Altre anomalie congenite del sistema digestivo	63	1,8
Anomalie congenite del tegumento	56	1,6
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie	49	1,4
Anomalie congenite dell'orecchio, della faccia e del collo	44	1,2
Altre anomalie congenite non specificate	42	1,2
Anomalie congenite dell'apparato respiratorio	36	1,0
Anomalie congenite dell'occhio	12	0,3
Spina bifida	11	0,3
Altre patologie del rene e dell'uretere	10	0,3
Emangioma e linfangioma, ogni sede	10	0,3
Anencefalia e anomalie simili	9	0,3
Manifestazioni morbose interessanti la cute e la regolazione termica del feto e del neonato	9	0,3
Anomalia fetale, conosciuta o sospetta che influenza il trattamento della madre	7	0,2
Nato singolo	5	0,1
Altra ernia della cavita' addominale senza menzione di ostruzione o gangrena	4	0,1
Altre deformazioni acquisite degli arti	3	0,1
Sintomi relativi al sistema cardiovascolare	3	0,1
Totale prime 30 malformazioni	3.524	98,2
Non indicata/errata	902	20,1
Totale nati malformati	4.492	

Capitolo 8

Tecniche di procreazione medicalmente assistita



Ministero della Salute

Ministero della Salute

Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Nel 2014 delle 493.682 schede pervenute, 8.491 sono relative a gravidanze in cui è stata effettuata una tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA), in media 1,71 per ogni 100 gravidanze. A livello nazionale circa il 6,4% dei parti con procreazione medicalmente assistita ha utilizzato trattamento farmacologico. La fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero riguarda il 39,2% dei casi mentre la fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma riguarda il 35,5% dei casi e il 9,8% il trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina. L'utilizzo delle varie metodiche è molto variabile dal punto di vista territoriale. Nelle gravidanze con PMA il ricorso al taglio cesareo nel 2014 si è verificato nel 54,7% di casi. La percentuale di parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite (21,4%) è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze (1,7%).

Si osserva una maggiore frequenza di parti con procreazione medicalmente assistita tra le donne con scolarità medio alta (2,3%) rispetto a quelle con scolarità medio bassa (1,1%) e tra le donne con età superiore ai 35 anni. La percentuale di parti con PMA aumenta al crescere dell'età, in particolare è pari al 8,3% per le madri con età maggiore di 40 anni.

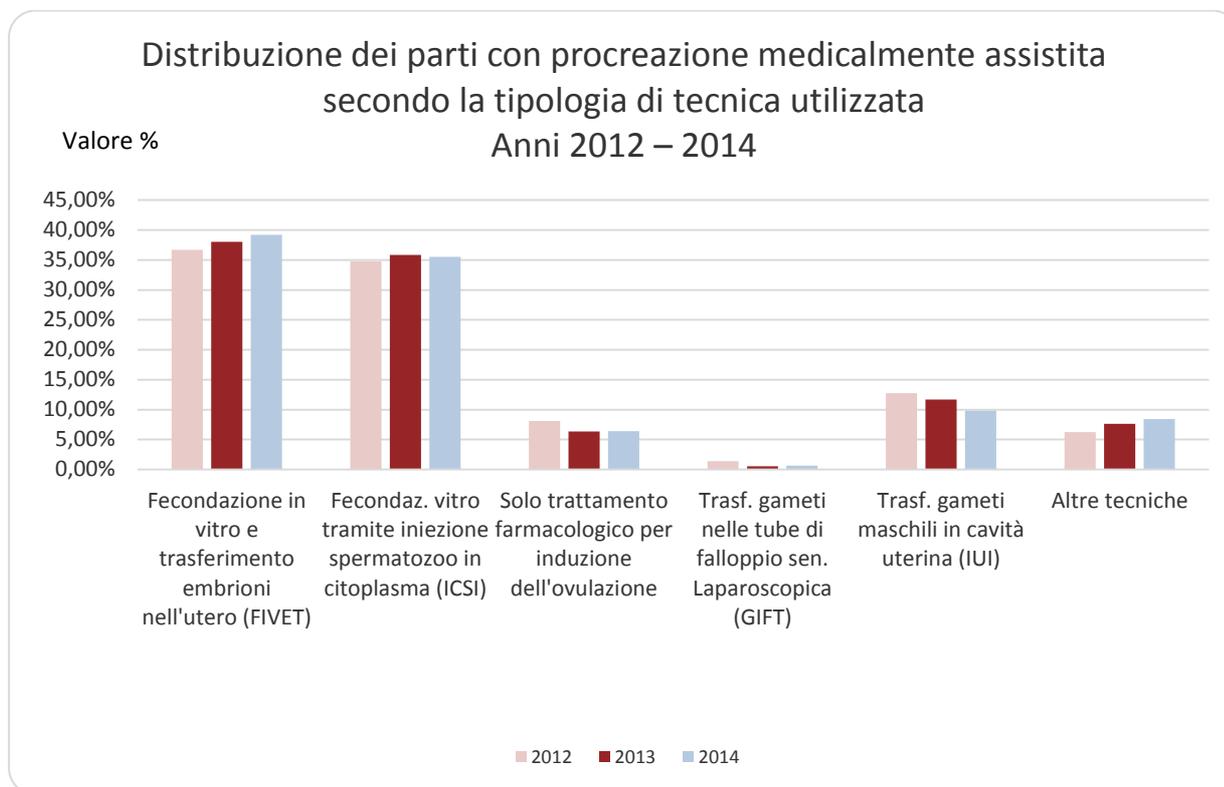
Tabella 51 - Distribuzione regionale dei parti con procreazione medicalmente assistita (PMA)

Regione	Tecniche di procreazione medicalmente assistita (valore %)						Totale parti con PMA
	Fecondaz. vitro e trasfer. embrioni nell'utero (FIVET)	Fecondaz. vitro tramite iniezione spermatoz. in citoplasma (ICSI)	Solo tratt. farmacolog. per induzione ovulazione	Trasf. gameti nelle tube di Falloppio gen. laparosc. (GIFT)	Trasf. gameti maschili in cavità uterina (IUI)	altre tecniche	
Piemonte	43,6	37,5	4,8	0,5	8,8	4,8	793
Valle d'Aosta	44,1	47,1	0,0	0,0	5,9	2,9	34
Lombardia	33,4	40,9	5,3	0,9	8,0	11,4	2.452
Prov. Auton. Bolzano	39,8	36,1	2,3	0,8	11,3	9,8	133
Prov. Auton. Trento	28,1	53,9	3,9	0,8	10,2	3,1	128
Veneto	40,0	35,9	7,5	0,1	11,3	5,2	832
Friuli Venezia Giulia	21,7	48,1	9,5	0,5	13,8	6,3	189
Liguria	40,1	30,6	5,7	0,7	7,7	15,2	297
Emilia Romagna	52,7	33,0	2,6	0,3	6,8	4,6	799
Toscana	44,8	34,9	6,1	0,3	9,2	4,8	753
Umbria	49,0	38,5	2,8	0,0	7,0	2,8	143
Marche	54,5	29,2	4,3	0,5	5,7	5,7	209
Lazio	Non indicato						
Abruzzo	29,6	39,7	11,1	1,1	16,9	1,6	189
Molise	Non indicato						
Campania	40,2	18,5	13,1	1,1	4,1	23,0	610
Puglia	59,4	25,7	7,2	0,8	3,2	3,6	249
Basilicata	34,5	48,3	0,0	0,0	13,8	3,4	29
Calabria	48,8	35,0	3,8	1,3	6,3	5,0	80
Sicilia	19,1	29,1	12,2	1,1	31,9	6,5	539
Sardegna	69,7	15,2	3,0	0,0	12,1	0,0	33
Italia	39,2	35,5	6,4	0,7	9,8	8,4	8.491

Ministero della Salute

Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Grafico 21 - Distribuzione dei parti con procreazione medicalmente assistita secondo la tipologia di tecnica utilizzata. Anni 2012 – 2014



Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 52 - Distribuzione regionale dei parti con procreazione medicalmente assistita (PMA) secondo la modalità del parto

Regione	Modalità del parto per gravidanze medicalmente assistite				non indicata/errata
	<i>spontaneo</i>	<i>cesareo</i>	<i>altro</i>	<i>Totale parti con PMA</i>	
Piemonte	44,64	49,68	5,67	793	-
Valle d'Aosta	26,47	50,00	23,53	34	-
Lombardia	39,56	51,92	8,52	2452	-
Prov. Auton. Bolzano	33,83	60,90	5,26	133	-
Prov. Auton. Trento	40,63	56,25	3,13	128	-
Veneto	42,82	50,18	7,00	832	0,36
Friuli Venezia Giulia	41,27	46,56	12,17	189	-
Liguria	23,81	67,01	9,18	297	1,01
Emilia Romagna	39,17	55,69	5,13	799	-
Toscana	36,92	42,50	20,58	753	-
Umbria	36,62	62,68	0,70	143	0,70
Marche	30,14	59,81	10,05	209	-
Lazio	Non indicato				
Abruzzo	37,43	62,03	0,53	189	1,06
Molise	Non indicato				
Campania	24,25	72,92	2,82	610	1,31
Puglia	24,50	73,49	2,01	249	-
Basilicata	55,17	44,83	0,00	29	-
Calabria	25,00	73,75	1,25	80	-
Sicilia	44,71	54,36	0,93	539	-
Sardegna	36,36	60,61	3,03	33	-
Italia	37,82	54,76	7,42	8.491	0,20

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 53 - Distribuzione regionale dei parti plurimi totali e con procreazione medicalmente assistita

Regione	% parti plurimi	% parti plurimi in gravidanze con PMA	Totale parti plurimi
Piemonte	1,8	18,3	571
Valle d'Aosta	1,7	20,6	19
Lombardia	1,8	21,0	1560
Prov. Auton. Bolzano	1,9	27,1	105
Prov. Auton. Trento	1,8	26,6	82
Veneto	1,6	19,8	634
Friuli Venezia Giulia	2,0	23,8	180
Liguria	2,1	24,2	210
Emilia Romagna	1,8	22,5	643
Toscana	1,8	22,6	512
Umbria	1,5	22,4	110
Marche	1,4	20,6	162
Lazio	2,0	Non indicato	981
Abruzzo	1,2	13,2	122
Molise	0,2	Non indicato	4
Campania	1,8	25,9	944
Puglia	1,8	29,7	598
Basilicata	1,4	20,7	57
Calabria	0,8	11,3	130
Sicilia	1,6	17,3	698
Sardegna	1,6	15,2	171
Italia	1,7	21,4	8.493

Tabella 54 - Distribuzione dei parti secondo il titolo di studio della madre e il tipo di procreazione

PMA	Titolo di studio della madre				Totale
	<i>Elementare o nessun titolo</i>	<i>Media inferiore</i>	<i>Diploma superiore</i>	<i>Laurea o diploma Univ.</i>	
NO	99,38	98,88	98,11	97,06	98,06
SI	0,62	1,12	1,89	2,94	1,94
Totale	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 55 - Distribuzione regionale della percentuale di parti con procreazione medicalmente assistita secondo il titolo di studio della madre

Regione	% di gravidanze con PMA sul totale delle gravidanze				Totale	% Non indicato/errato
	<i>Elementare o nessun titolo</i>	<i>Media inferiore</i>	<i>Diploma superiore</i>	<i>Laurea o diploma Univ.</i>		
Piemonte	0,95	1,42	2,58	3,57	2,47	3,22
Valle d'Aosta	-	2,04	2,91	4,01	3,00	-
Lombardia	0,72	1,58	2,71	4,22	2,86	0,17
Prov. Auton. Bolzano	-	1,64	2,29	3,32	2,38	3,70
Prov. Auton. Trento	-	1,90	2,93	3,24	2,83	0,04
Veneto	0,35	1,31	2,06	2,84	2,10	0,22
Friuli Venezia Giulia	0,68	1,33	1,95	2,75	2,07	0,05
Liguria	1,04	1,73	3,07	3,63	2,90	1,69
Emilia Romagna	0,49	1,44	2,12	2,99	2,21	-
Toscana	0,84	1,42	2,41	3,99	2,60	1,47
Umbria	-	1,60	1,63	2,71	1,96	0,52
Marche	-	0,98	1,63	2,47	1,75	0,39
Lazio	Non indicato					
Abruzzo	0,55	0,67	1,84	2,91	1,89	0,96
Molise	Non indicato					
Campania	0,99	0,86	1,21	1,98	1,17	12,77
Puglia	0,13	0,52	0,76	1,17	0,76	
Basilicata	0,35	0,46	1,10	1,30	0,71	19,89
Calabria	0,86	0,68	0,50	0,29	0,50	0,07
Sicilia	0,42	0,79	1,20	2,21	1,22	0,04
Sardegna	-	0,16	0,32	0,48	0,30	-
Italia	0,62	1,12	1,89	2,94	1,92	2,21

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 56 - Distribuzione dei parti con procreazione medicalmente assistita secondo l'età della madre

Regione	% di gravidanze con procreazione medicalmente assistita per età della madre						Totale
	< 25	25 - 29	30 - 34	35 - 37	38 - 40	> 40	
Piemonte	0,20	0,54	1,76	3,31	4,98	9,12	2,47
Valle d'Aosta	-	0,74	2,82	2,50	5,04	11,36	3,00
Lombardia	0,11	0,74	1,96	3,48	4,81	12,16	2,86
Prov. Auton. Bolzano	0,20	0,78	2,24	3,13	3,94	8,28	2,38
Prov. Auton. Trento	-	0,60	1,88	4,74	5,09	10,23	2,83
Veneto	0,09	0,59	1,50	2,33	4,15	8,27	2,10
Friuli Venezia Giulia	0,51	0,58	1,07	2,96	3,61	8,31	2,07
Liguria	0,10	0,55	1,58	3,04	4,40	14,42	2,90
Emilia Romagna	0,13	0,60	1,36	2,80	3,89	9,34	2,21
Toscana	0,12	0,57	1,57	2,88	4,38	11,63	2,60
Umbria	0,15	0,26	1,53	2,92	2,48	8,95	1,96
Marche	0,10	0,41	1,12	1,90	2,92	8,73	1,75
Lazio	Non indicato						
Abruzzo	0,55	0,75	1,25	2,46	4,21	4,60	1,89
Molise	Non indicato						
Campania	0,56	0,78	0,97	1,43	1,95	4,10	1,17
Puglia	0,08	0,26	0,59	0,90	1,05	4,55	0,76
Basilicata	-	0,24	0,27	1,01	1,65	3,45	0,71
Calabria	0,06	0,25	0,35	0,58	0,89	2,74	0,50
Sicilia	0,58	0,74	1,02	1,59	1,98	4,38	1,22
Sardegna	-	0,16	0,09	0,32	0,72	0,82	0,30
Italia	0,26	0,60	1,33	2,39	3,46	8,31	1,92

Capitolo 9

I parti secondo la classificazione Robson



Ministero della Salute

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Attraverso le informazioni rilevate nella fonte informativa del CeDAP è possibile analizzare i parti secondo la Classificazione proposta da Robson.

Tale classificazione consente di suddividere la popolazione delle partorienti in 10 gruppi mutuamente esclusivi a diversa complessità assistenziale.

I 10 gruppi sono definiti attraverso i principali parametri utilizzati in ostetricia, rilevati al momento del parto:

- la parità (parti precedenti)
- il genere del parto (singolo/plurimo);
- la presentazione fetale (cefalica, podalica, etc.)
- l'età gestazionale
- la modalità del travaglio e del parto (spontaneo, indotto, taglio cesareo prima del travaglio)
- pregresso taglio cesareo.

L'Organizzazione mondiale della sanità ha recentemente proposto l'utilizzo di tale classificazione come standard globale per la valutazione, il monitoraggio e il benchmarking longitudinale nel tempo e trasversale tra i punti nascita, sul ricorso al taglio cesareo.

Rispetto alla classificazione proposta originariamente da Robson, le classi 2 e 4 sono state ulteriormente suddivise in due sottoclassi (classi 2a e 2b; classi 4a e 4b), al fine di distinguere i parti in cui ha avuto luogo l'induzione del travaglio e i parti avvenuti con taglio cesareo prima del travaglio (di elezione o urgente). Le 12 classi sono così definite:

Classe	Descrizione
1	madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio spontaneo.
2a	madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio indotto.
2b	madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, taglio cesareo TC di elezione ¹ .
3	madri multipare (non precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio spontaneo.
4a	madri multipare (non precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio indotto.
4b	madri multipare (non precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, taglio cesareo TC di elezione ¹ .
5	precedente parto cesareo, feto singolo, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane.
6	madri nullipare, presentazione podalica
7	madri multipare (incluse donne con precedente cesareo), presentazione podalica
8	gravidanze multiple (incluse donne con precedente cesareo)
9	presentazioni anomale (incluse donne con precedente cesareo)
10	nati pretermine (≤ 36 settimane), feto singolo, presentazione cefalica (incluse donne con precedente cesareo).

¹ La variabile "modalità del parto" del flusso informativo nazionale del CEDAP permette di identificare specificamente i parti che avvengono con taglio cesareo di elezione ma non i tagli cesarei d'urgenza fuori travaglio.

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Nell'analisi sono stati considerati i parti avvenuti nell'anno 2014 in punti nascita pubblici, equiparati e privati accreditati, per i quali risultano compilate correttamente nel flusso CeDAP tutte le variabili prese in esame dalla classificazione.

I parti classificabili secondo Robson sono complessivamente a livello nazionale pari a 473.184, corrispondenti al 96,1% del totale dei parti avvenuti nei punti nascita pubblici, equiparati e privati accreditati (pari a 492.204 parti).

La distribuzione dei parti che hanno avuto luogo nel 2014 in punti nascita pubblici, equiparati e privati accreditati, secondo le 12 classi di Robson modificate, è rappresentata nella seguente tabella.

Tabella 57 - Distribuzione dei parti secondo la classificazione Robson

Classe	Parti precedenti		Genere parto		Presentazione neonato			Età gestazionale		Modalità del travaglio e del parto			Pregresso taglio cesareo		Parti per Classi di Robson
	0	≥1	Singolo	Plurimo	Cefalico	Podalico	Altro	A termine	Pre-termine	Spontaneo	Indotto	TC elezione	SI	NO	
1	✓		✓		✓			✓		✓					140.136 29,6%
2a	✓		✓		✓			✓			✓				50.798 10,7%
2b	✓		✓		✓			✓				✓			29.049 6,1%
3		✓	✓		✓			✓		✓				✓	114.826 24,3%
4a		✓	✓		✓			✓			✓			✓	23.407 4,9%
4b		✓	✓		✓			✓				✓		✓	11.495 2,4%
5		✓	✓		✓			✓					✓		50.008 10,6%
6	✓		✓			✓									11.743 2,5%
7		✓	✓			✓									6.328 1,3%
8				✓											8.478 1,8%
9			✓				✓								2.477 0,5%
10			✓		✓				✓						24.439 5,2%
Totale															473.184 100,0%

Le classi più rappresentate sono quelle delle madri primipare a termine, con presentazione cefalica (classe 1) e delle madri pluripare a termine, con presentazione cefalica e che non hanno avuto cesarei precedenti (classe 3); queste due classi corrispondono complessivamente a circa il 54% dei parti classificati che si sono verificati a livello nazionale nell'anno 2014.

Si evidenzia inoltre che i parti nella classe 5, relativa alle madri con pregresso parto cesareo, rappresentano il 10,6% dei parti totali classificati a livello nazionale.

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Nella tabella seguente è riportata la distribuzione regionale dei parti secondo le 12 classi di Robson modificate, con l'evidenza, per ciascuna Regione, della percentuale di parti classificati rispetto ai parti rilevati.

Tabella 58 - Distribuzione regionale dei parti secondo le 12 classi di Robson modificate

Regione	Classe 1	Classe 2a	Classe 2b	Classe 3	Classe 4a	Classe 4b	Classe 5	Classe 6	Classe 7	Classe 8	Classe 9	Classe 10	Totale Parti classificati	Percentuale parti in ospedale classificati
Piemonte	25,2	15,2	4,2	24,8	7,1	1,4	9,8	2,5	1,5	1,8	0,6	5,8	31.920	99,7
Valle d'Aosta	28,5	12,6	2,2	28,1	4,5	1,0	11,1	2,3	1,3	1,7	0,4	6,3	1.100	97,2
Lombardia	29,3	13,1	4,8	25,9	6,9	1,3	7,9	2,3	1,2	1,8	0,4	5,1	85.213	99,6
P.A. Bolzano	29,3	9,3	1,3	30,4	5,7	1,0	10,7	2,6	1,7	1,9	1,3	4,6	5.588	99,9
P.A. Trento	27,6	11,7	2,3	30,7	5,9	0,9	10,0	2,5	1,3	1,8	0,5	4,8	4.497	100,0
Veneto	25,7	16,5	2,2	26,1	8,0	1,1	10,2	2,3	1,3	1,6	0,4	4,5	38.916	98,5
Friuli Venezia Giulia	28,8	12,5	1,3	29,5	6,3	0,9	8,3	3,2	1,6	2,1	0,3	5,2	8.433	92,6
Liguria	31,7	12,5	8,7	23,6	4,1	1,8	5,9	2,8	1,2	2,1	0,5	5,1	9.783	95,7
Emilia Romagna	29,9	13,4	2,0	26,3	6,3	0,9	10,3	2,3	1,2	1,8	0,6	5,1	35.531	98,5
Toscana	31,8	12,1	2,5	27,1	5,8	0,9	8,8	2,5	1,4	1,8	0,8	4,4	28.311	97,8
Umbria	34,4	12,6	7,0	24,3	5,1	2,0	3,9	2,9	1,3	1,6	0,4	4,5	7.074	96,8
Marche	25,1	15,2	6,0	23,3	7,7	1,6	10,8	2,5	1,3	1,4	0,6	4,7	11.673	97,6
Lazio	36,0	2,2	6,7	26,7	1,0	12,8	0,0	3,3	1,5	2,5	0,5	6,9	39.506	81,3
Abruzzo	31,3	12,6	10,7	22,9	4,9	1,6	6,1	2,8	0,8	1,3	0,4	4,6	9.601	95,9
Molise	51,2	2,6	18,8	15,1	0,8	0,5	0,4	2,8	0,4	0,2	0,4	6,8	1.917	99,8
Campania	26,0	2,3	16,3	19,0	1,0	2,9	21,9	2,0	1,2	2,0	0,7	4,8	48.166	92,8
Puglia	30,5	7,1	6,3	22,4	3,1	1,5	17,9	2,2	1,4	1,9	0,5	5,2	32.152	98,5
Basilicata	27,1	13,2	8,0	24,6	4,4	1,8	11,1	2,4	1,0	1,5	0,4	4,6	3.908	95,4
Calabria	35,3	7,1	9,0	23,7	2,9	1,6	10,1	2,3	1,3	0,8	0,3	5,6	15.804	99,3
Sicilia	29,4	10,0	7,6	21,1	4,0	1,8	14,3	2,8	1,9	1,6	0,5	5,0	43.252	97,6
Sardegna	33,0	24,3	0,3	16,3	6,7	0,2	8,0	2,2	1,0	1,6	0,5	5,8	10.839	99,9
Italia	29,6	10,7	6,1	24,3	4,9	2,4	10,6	2,5	1,3	1,8	0,5	5,2	473.184	96,1

Come rappresentato nella Tabella 58, la percentuale di parti non classificati a causa di incompleta o errata compilazione delle variabili utilizzate per la classificazione Robson, risulta essere pari al 3,9% a livello nazionale, con alcune differenze regionali.

In particolare, per la Regione Lazio, la variabile "Tagli cesarei precedenti" risulta, nell'anno 2014, ancora compilata con il valore 0 per tutti gli eventi nascita. L'assenza dell'informazione riferita ai cesarei precedenti non consente di attribuire alcun parto alla classe 5 e determina la sovrassistita dei parti contenuti nelle classi 3, 4a e 4b.

L'analisi del ricorso al taglio cesareo nelle classi di Robson evidenzia che, escludendo le classi 2b e 4b, dove per definizione la percentuale di parti cesarei è pari al 100%, il tasso più elevato di parti cesarei si riscontra nella classe 5 con un valore pari a 85,9%, e nelle classi 6, 7, 8 e 9 che hanno maggiore complessità della casistica.

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

In particolare la classe 5 ha un peso rilevante in quanto contribuisce maggiormente, in valore assoluto (42.981), al totale dei parti cesarei classificati (158.498).

Per tale classe la percentuale minima di parti cesarei si verifica nella Provincia Autonoma di Bolzano (55,1%) mentre la percentuale massima si verifica nella Regione Basilicata (98,9%).

Per quanto riguarda la classe 1 si osserva una forte variabilità regionale del ricorso al TC. In particolare si evidenzia come, a fronte di un valore nazionale pari al 12,9% di parti cesarei, alcune Regioni (Piemonte, Friuli, Toscana) presentano valori significativamente al di sotto del 10% mentre altre Regioni (Molise, Campania, Puglia) registrano valori ben oltre il 20%.

Nella classe 3 le Regioni del Sud presentano, eccettuata la Regione Basilicata, un'incidenza di parti cesarei superiore alla media nazionale (2,9%), in modo particolare si evidenzia per la Regione Campania un valore del 9,2%.

Per i parti cesarei avvenuti nella Regione Lazio, nell'anno 2014 circa il 40% non è attribuibile ad alcuna classe, a causa di incompleta o errata compilazione delle variabili utilizzate nella classificazione Robson. In particolare per i parti attribuiti alle classi 1, 2a, 3, 4a e 5 l'incidenza dei tagli cesarei risulta pari a zero.

L'analisi delle classi di Robson pone in luce l'importanza di monitorare il ricorso al taglio cesareo, in particolare nelle seguenti classi:

- nella classe 1, che è la classe più numerosa, in quanto costituita dalle donne al primo parto con gravidanza a basso rischio. E' essenziale monitorare i parti cesarei in tale classe, in quanto le donne sottoposte a taglio cesareo al primo parto, nel caso di future gravidanze, sono fortemente esposte al rischio di ripetere il cesareo. Peraltro un elevato tasso di cesarei in questa classe si ripercuote sulla numerosità della casistica della classe 5.
- nella classe 5 che, pur non essendo la classe più consistente in termini di numero di parti, è la classe che maggiormente contribuisce al numero complessivo di tagli cesarei. E' essenziale monitorare nel tempo l'evoluzione della percentuale dei parti cesarei in tale classe.

L'ampia variabilità del ricorso al cesareo rilevata nelle Regioni per tutte le classi di Robson, conferma la possibilità di significativi miglioramenti delle prassi organizzative e cliniche adottate nelle diverse realtà, ai fini dell'appropriatezza del parto mediante taglio cesareo.

Grafico 22 - Distribuzione dei parti e incidenza dei cesarei per classe di Robson - Anno 2014

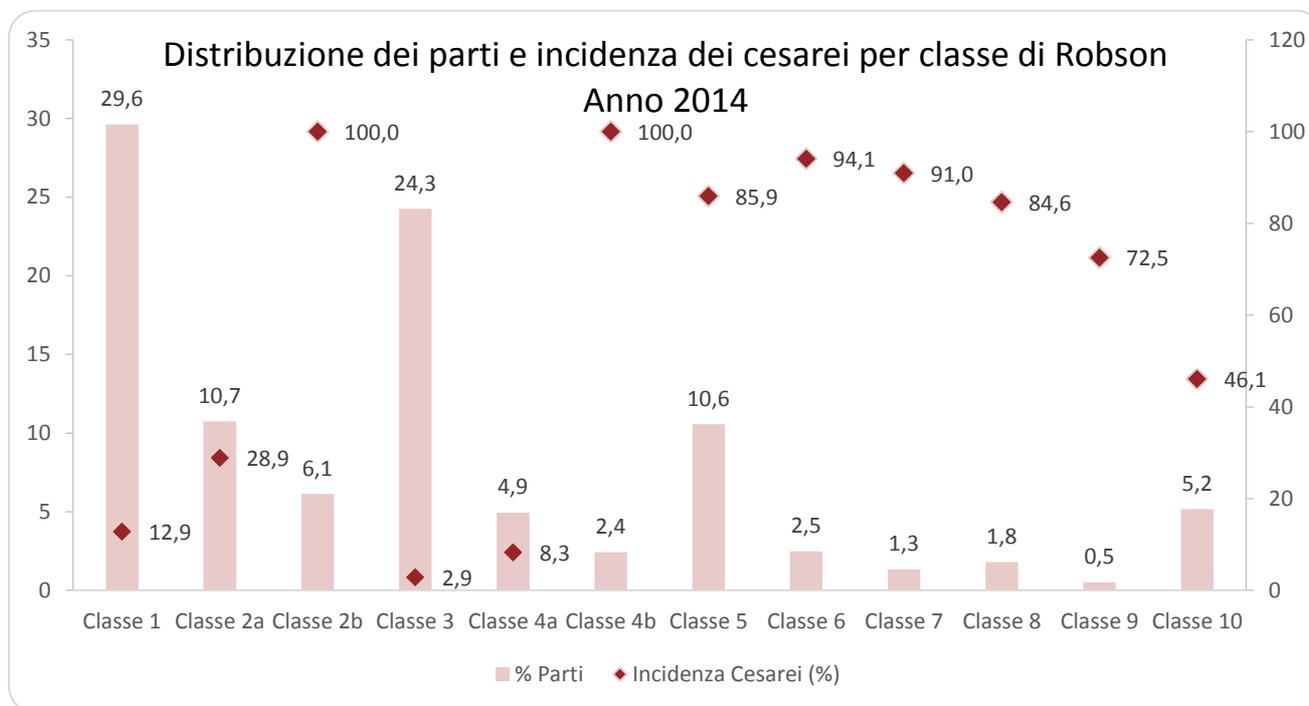
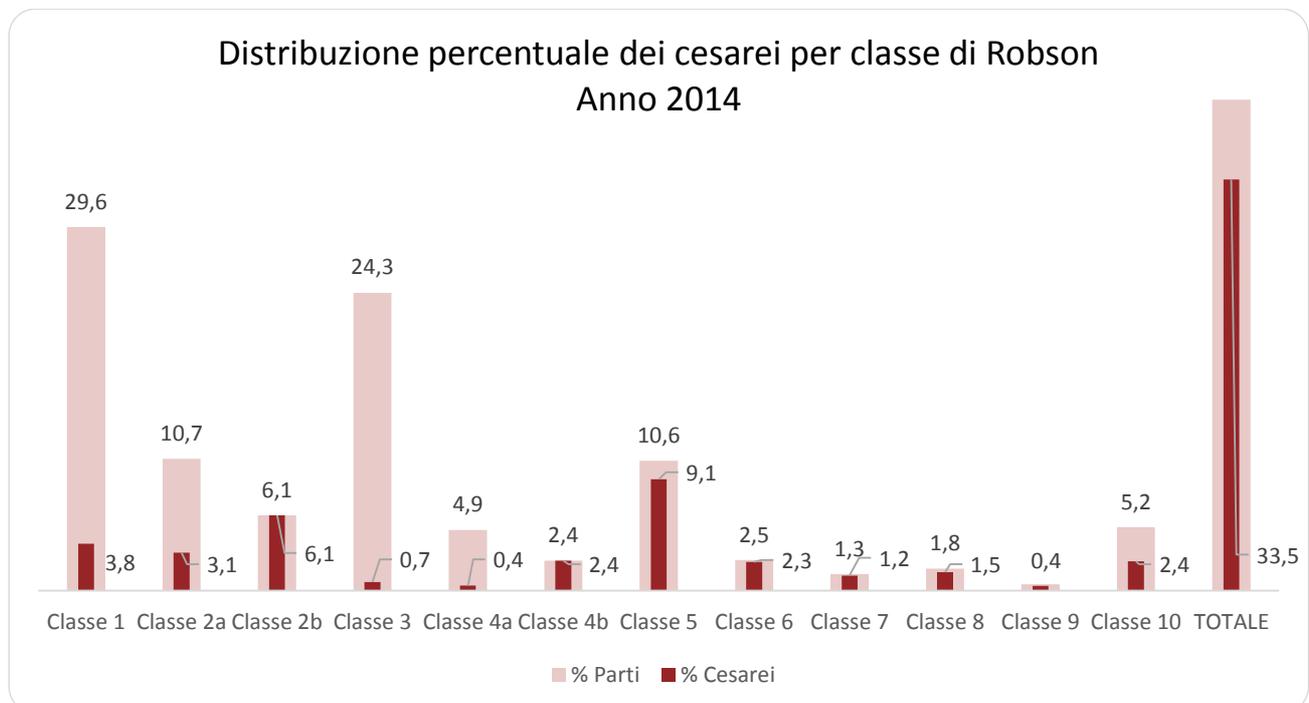


Grafico 23 - Distribuzione percentuale dei cesarei per classe di Robson - Anno 2014



Ministero della Salute

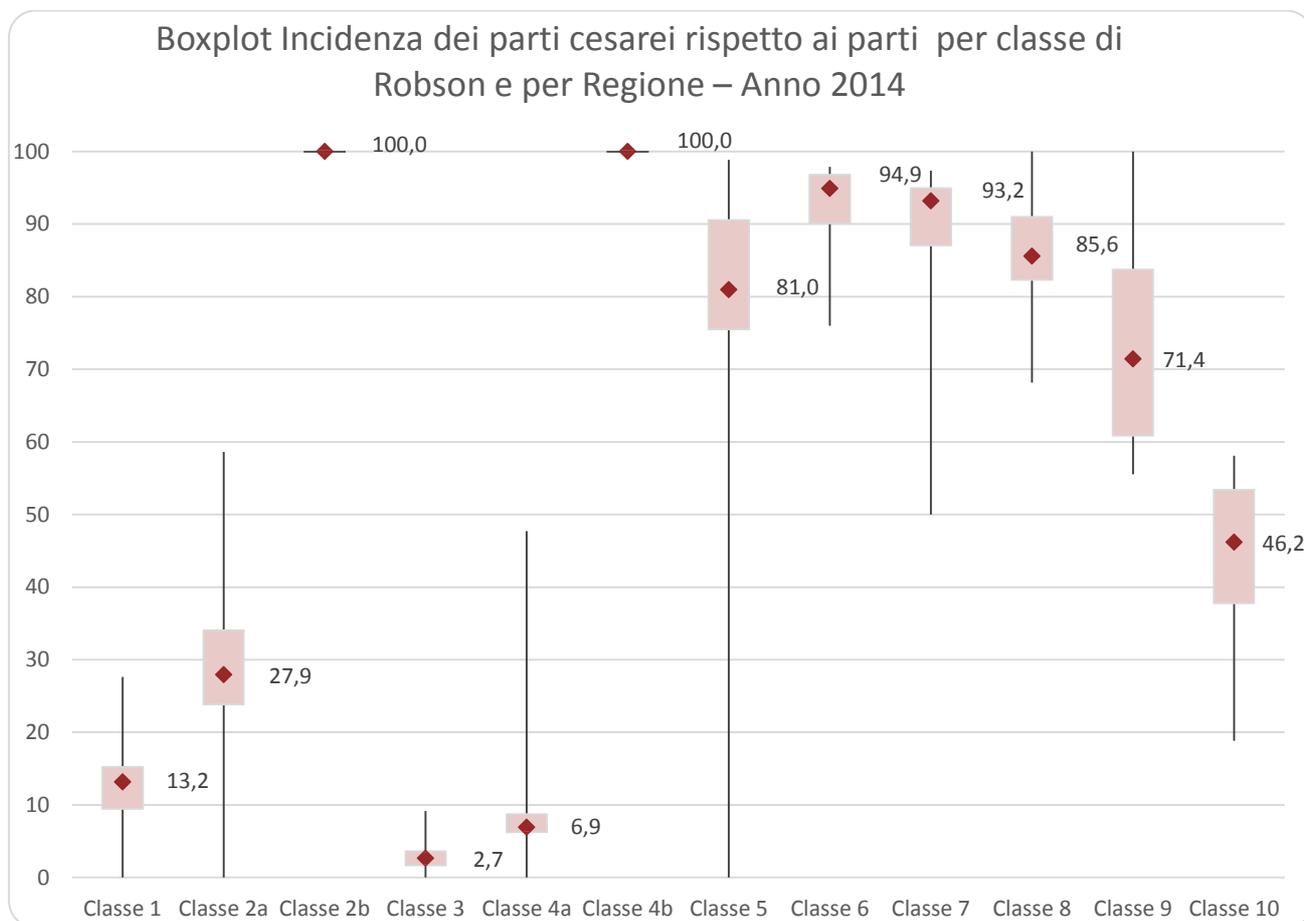
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Tabella 59 - Distribuzione regionale della percentuale di parti cesarei secondo le classi di Robson modificate

Regione	Classe 1	Classe 2a	Classe 2b	Classe 3	Classe 4a	Classe 4b	Classe 5	Classe 6	Classe 7	Classe 8	Classe 9	Classe 10	Totale parti Cesarei classificati
Piemonte	9,1	22,5	100,0	1,7	5,6	100,0	80,8	96,8	92,2	83,0	60,1	41,0	8.988
Valle d'Aosta	11,1	19,4	100,0	1,9	6,0	100,0	77,9	76,0	50,0	68,4	75,0	18,8	256
Lombardia	11,3	26,2	100,0	2,3	7,1	100,0	75,6	94,9	91,1	82,3	59,6	37,8	22.876
P.A. Bolzano	13,2	31,9	100,0	2,4	6,3	100,0	55,1	97,3	92,7	83,8	71,4	33,3	1.360
P.A. Trento	10,5	30,1	100,0	1,7	6,7	100,0	75,5	97,3	96,5	91,5	60,9	48,6	1.170
Veneto	9,4	23,8	100,0	2,7	6,8	100,0	75,0	97,9	93,2	81,9	60,6	43,3	9.943
Friuli Venezia Giulia	7,0	26,3	100,0	1,6	7,0	100,0	72,0	89,8	77,9	85,6	55,6	37,5	1.896
Liguria	13,6	34,2	100,0	2,8	8,7	100,0	89,7	90,1	92,4	78,1	62,2	46,2	3.265
Emilia Romagna	9,5	25,9	100,0	1,7	6,4	100,0	81,2	96,5	94,9	84,1	60,2	42,9	9.159
Toscana	7,5	21,4	100,0	1,7	6,0	100,0	75,8	85,0	76,0	68,2	70,6	24,3	6.225
Umbria	13,5	32,2	100,0	4,7	9,1	100,0	81,0	97,1	96,7	79,1	80,0	46,5	2.134
Marche	9,6	27,9	100,0	1,6	6,9	100,0	90,5	90,0	76,4	85,8	60,9	36,3	3.657
Lazio	-	-	100,0	-	-	100,0	-	95,1	93,2	91,8	77,3	54,1	12.013
Abruzzo	15,2	33,1	100,0	3,5	7,7	100,0	85,7	94,8	96,3	91,0	79,1	51,1	3.358
Molise	24,7	18,4	100,0	4,1	-	100,0	75,0	94,3	71,4	100,0	100,0	55,4	779
Campania	27,6	36,2	100,0	9,2	16,8	100,0	92,4	89,3	87,1	87,6	89,6	58,1	27.592
Puglia	21,3	35,3	100,0	3,6	6,5	100,0	95,7	96,1	95,7	87,5	90,0	57,5	13.994
Basilicata	15,2	34,0	100,0	2,7	9,4	100,0	98,9	97,9	97,4	98,2	88,2	45,8	1.473
Calabria	15,5	27,5	100,0	3,0	7,8	100,0	91,5	94,9	93,3	82,3	83,7	49,2	5.581
Sicilia	19,9	39,5	100,0	4,1	9,4	100,0	95,5	94,6	94,7	87,5	86,2	53,4	18.626
Sardegna	13,3	58,6	100,0	3,7	47,7	100,0	89,0	95,9	94,7	94,7	67,8	56,5	4.153
Italia	12,9	28,9	100,0	2,9	8,3	100,0	85,9	94,1	91,0	84,6	72,5	46,1	158.498

Ministero della Salute
 Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Grafico 24 - Boxplot Incidenza dei parti cesarei rispetto ai parti per classe di Robson e per Regione – Anno 2014



Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Quadro normativo e modalità di rilevazione dei dati

L'attuale rilevazione dati del Certificato di assistenza al parto (CeDAP) ha avuto inizio il 1° gennaio 2002, in attuazione del Decreto del Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n.349.

Il Decreto ministeriale ha colmato il vuoto informativo venutosi a creare a seguito dell'emanazione della Legge sulla semplificazione delle certificazioni amministrative 15 maggio 1997, n. 127 e del successivo Regolamento di attuazione D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403 ed ha individuato uno strumento omogeneo per la rilevazione delle informazioni di base relative agli eventi di nascita, al fenomeno della nati-mortalità, ai nati vivi con malformazioni, nonché alle caratteristiche socio-demografiche dei genitori.

La fonte informativa del CeDAP fornisce informazioni di carattere sanitario, epidemiologico e socio-demografico, molto importanti ai fini della sanità pubblica e della statistica sanitaria ed essenziali per la programmazione sanitaria nazionale e regionale nell'area materno-infantile.

Il certificato viene redatto, non oltre il decimo giorno dalla nascita, a cura dell'ostetrica/o o del medico che ha assistito il parto o del medico responsabile dell'unità operativa in cui è avvenuta la nascita. Nel caso di nati morti e/o in presenza di malformazioni del feto, nel certificato sono rilevate specifiche informazioni a cura del medico accertatore.

L'originale del certificato viene conservato presso la Direzione sanitaria degli Istituti di cura pubblici e privati in cui è avvenuto il parto. Nei casi di nascita avvenuta a domicilio o in struttura diversa da istituto di cura pubblico o privato, il certificato deve essere consegnato dall'ostetrica/o o dal medico che ha assistito il parto alla Azienda sanitaria di evento, non oltre il decimo giorno dall'evento.

Le Aziende sanitarie ricevono anche i dati relativi agli eventi di nascita che hanno luogo presso gli ospedali a gestione diretta, classificati e gli istituti di ricovero privati.

I certificati relativi agli eventi di nascita che hanno luogo presso le Aziende Ospedaliere, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ed i Policlinici universitari, sono invece trasmessi da queste strutture direttamente alle Regioni.

Le Regioni trasmettono i dati semestralmente al Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica, secondo le seguenti tempistiche:

- entro il 30 settembre di ogni anno, i dati relativi ai parti del primo semestre dell'anno
- entro il 31 marzo di ogni anno, i dati relativi ai parti del secondo semestre dell'anno precedente ed eventuali correzioni ed integrazioni riguardanti il primo semestre.

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Il D.M. 349/2001 prevede inoltre che il Ministero della Salute trasmetta annualmente all'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), copia dell'archivio nazionale privo degli elementi identificativi diretti.

Ministero della Salute
 Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Schema esemplificativo di base del Certificato di Assistenza al Parto

Sezione Generale

REGIONE

Istituto / Azienda Ospedaliera

Azienda USL

Comune di evento

COGNOME della puerpera

NOME della puerpera

CODICE SANITARIO INDIVIDUALE della puerpera

Sezione A *informazioni socio-demografiche sul/i genitore/i*

MADRE: **Data di nascita**

Cittadinanza

Comune di nascita

Comune di residenza

Regione e Azienda USL di residenza

Titolo di studio

Condizione professionale/non professionale

Stato civile

se Coniugata: data del matrimonio (mese ed anno)

Precedenti concepimenti

Ministero della Salute
 Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Se si	Num. Parti precedenti	<input type="checkbox"/>
	Num. nati vivi	<input type="checkbox"/>
	Num. nati morti	<input type="checkbox"/>
	Num. aborti spontanei	<input type="checkbox"/>
	Num. IVG	<input type="checkbox"/>
	Num. tagli cesarei precedenti	<input type="checkbox"/>
	Data ultimo parto precedente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PADRE : **Data di nascita**

Cittadinanza

Comune di nascita

Titolo di studio

Condizione professionale/non professionale

Consanguineità tra madre e padre **Grado**

Sezione B *informazioni sulla gravidanza*

Accertamenti in gravidanza:

Visite di controllo in gravidanza	<input type="checkbox"/>
Prima visita di controllo in gravidanza a settimane	<input type="checkbox"/>
Numero di ecografie	<input type="checkbox"/>
Indagini prenatali:	
amniocentesi	<input type="checkbox"/>
villi coriali	<input type="checkbox"/>
fetoscopia/funicolocentesi	<input type="checkbox"/>
ecografia > 22 settimane	<input type="checkbox"/>
Decorso della gravidanza	<input type="checkbox"/>
Difetto di accrescimento fetale	<input type="checkbox"/>
Concepimento con tecniche di procreazione medico-assistita	<input type="checkbox"/>
Se si: Metodo di procreazione medico-assistita	<input type="checkbox"/>

Età gestazionale (settimane compiute)

Ministero della Salute
 Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Necessità di rianimazione

Presenza di malformazione

Se si compilare la sezione E

Sezione D informazioni sulle cause di nati-mortalità

Malattia o condizione morbosa principale del feto

□□□□□

Altra malattia o condizione morbosa del feto

□□□□□

Malattia o condizione morbosa principale della madre interessante il feto

□□□□□

Altra malattia o condizione morbosa della madre interessanti il feto

□□□□□

Altra circostanza rilevante

□□□□□

Momento della morte

Esecuzione esami strumentali in caso di malformazioni

Esecuzione fotografie in caso di malformazioni

Riscontro autoptico

Sezione E informazioni sulla presenza di malformazioni

Malformazioni diagnosticate 1) □□□□□

□□□□□

□□□□□

Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita)

Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimane compiute) □□

Età neonatale alla diagnosi di malformazione (in giorni compiuti) □□

Ministero della Salute
Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica

Eventuali malformazioni in famiglia

- Fratelli
- Madre
- Padre
- Genitori madre
- Genitori padre
- Altri parenti madre (fratelli/cugini/zii)
- Altri parenti padre (fratelli/cugini/zii)

Malattie insorte in gravidanza 1)

.....□□□□□

.....□□□□□

Firma dell'ostetrica/o

.....

Firma del medico

.....

Emesso
nel mese di dicembre 2016



La pubblicazione, di cui il Ministero della Salute è proprietario di tutti i diritti di riproduzione, è posta sotto tutela delle Leggi internazionali sulla stampa. L'eventuale riproduzione anche parziale o ad uso interno o didattico, dovrà essere autorizzata dal Ministero della Salute.

Carta dei diritti della partoriente

Il Parlamento europeo

- A.** consapevole delle iniziative della Commissione volte a contribuire a far sì che la vita della donna si svolga nelle condizioni migliori
- B.** considerando che in molti Stati membri si discute circa i metodi di parto e la relativa preparazione
- C.** considerando che l'esperienza della maternità dovrebbe essere affrontata su una base di libera scelta
- D.** considerando che il calo della mortalità perinatale di neonati e partoorienti in Europa si spiega in gran parte, e tra le altre ragioni, con l'assistenza pre e post natale, con il tipo di assistenza al parto e le terapie neonatologiche, grazie specialmente ai progressi della medicina, alla crescente specializzazione dei medici e a una formazione adeguata delle ostetriche
- E.** preoccupato, tuttavia, che l'elevata incidenza, che in taluni Stati membri è in aumento, della Sindrome di Morte Infantile Improvvisa (S.I.D.S.), particolarmente tra bambini di età compresa tra 2 e 6 mesi, è una considerevole causa di ansietà, non ultimo poiché le sue cause sono tuttora poco note ai medici e poiché la maggior parte dei genitori ne sono completamente all'oscuro, anche se essa costituisce la causa principale della mortalità infantile post natale
- F.** ritenendo che i fattori psicologici costituiscano parte importante della metodologia del parto, suscettibile di creare un clima di particolare tensione, diversa a seconda dei paesi, della situazione professionale, sociale ed economica della donna e della sua famiglia
- G.** considerando che i fattori culturali hanno un'importanza notevole all'atto del parto, soprattutto in quanto le varie forme di parto rispecchiano il modo in cui la società accoglie il neonato quale nuovo membro
- H.** esigendo che venga dispensato un trattamento adeguato alla donna durante la gravidanza e al momento del parto in funzione dei suoi bisogni e delle sue caratteristiche personali
- I.** considerando che, sebbene la società abbia compiuto sforzi notevoli per ridurre l'ansia al momento del parto, sembra persistere un certo stato psicologico di timore ancestrale che trova la sua giustificazione nella persistenza parallela di pericoli durante la gravidanza e al momento del parto
- J.** considerando inoltre che è nell'interesse sia della donna che della società in generale risolvere i problemi relativi alla gravidanza e al parto e fornire alla donna un'informazione completa e adeguata che le consenta di prendere le decisioni che la riguardano direttamente in tutte le situazioni di fronte alle quali viene a trovarsi
- K.** considerando che non deve essere praticato alcun intervento chirurgico (parto cesareo) al momento del parto in ambiente ospedaliero, salvo in caso di assoluta necessità

1. ritiene che il parto possa svolgersi in un clima di serenità soltanto quando la donna gode di assistenza adeguata da parte di personale specializzato, sia che abbia scelto di partorire in ambiente ospedaliero o a domicilio, e quando padri e madri futuri dispongono di informazioni adeguate e tutti possono accedere gratuitamente a un'assistenza prenatale sul piano preventivo, medico, psicologico e sociale;
2. auspica che nei consultori medici e nei centri ospedalieri venga ampiamente diffusa un'adeguata e completa informazione sull'assistenza sociale di cui possono beneficiare le future madri in difficoltà;
3. chiede alla Commissione di adottare nuove iniziative in vista di una direttiva che allinei, per quanto possibile, le disposizioni legislative nazionali relative ai servizi previsti nel corso della gravidanza, al momento del parto e per i genitori a livello delle normative e delle disposizioni dello Stato membro più progredito in materia;
4. ritiene indispensabile che gli Stati membri procedano anche a una profonda revisione e riordino di tutta la legislazione relativa alla donna in gravidanza e al momento del parto, sia per quanto concerne i servizi sociali sia per l'allestimento dei centri sanitari e neonatologici;
5. ritiene insufficiente l'iniziativa della Commissione di elaborare un Codice di comportamento in materia di protezione sociale della maternità e chiede l'elaborazione di una direttiva in materia;
6. deplora l'incessante aumento del numero di tagli cesarei praticati nella Comunità;
7. deplora che sia tanto esiguo il tasso di allattamento al seno in taluni Stati membri della Comunità;
8. sottolinea la necessità di creare centri sanitari per la donna (sul modello dei «*Well Women Centres*», per esempio) affinché le donne possano avere accesso alla consulenza e a una buona assistenza medica preventiva;
9. chiede alla Commissione di elaborare una proposta di Carta dei diritti della partoriente, applicabile in tutti gli Stati della Comunità, che consenta a qualsiasi donna incinta di ottenere una cartella sanitaria nonché di poter scegliere il paese, il luogo geografico e il centro in cui desidera essere assistita; detta cartella, che riporterà i diritti della partoriente, dovrà anche garantire alla donna le prestazioni, i servizi e i diritti seguenti:
 - una cartella ostetrica con i dati relativi alla gravidanza, che sia a disposizione della donna e delle persone che l'assisteranno durante e dopo la gravidanza,
 - esami diagnostici prenatali tra cui un test di flocculazione, un'ecografia e una amniocentesi gratuita e pratica su base volontaria, con l'accordo della donna e in conformità del parere fornito dal medico,
 - la frequenza, assieme al partner, di corsi di preparazione al parto per conoscere lo svolgimento della gravidanza e del parto dal punto di vista fisico e psichico, nonché le relative tecniche e metodologie in uso,

- l'informazione, prima della maternità, circa i rischi, i sintomi, le precauzioni e i rimedi, in particolare quelli ottenibili gratuitamente dai servizi sanitari, nonché circa le cause più importanti di mortalità infantile post-natale e, in particolare, la Sindrome di Morte Infantile Improvvisa (S.I.D.S.);
- la libera scelta dell'ospedale e delle modalità (posizione) del parto nonché del modo di allattare e di allevare il neonato;
- l'assistenza adeguata qualora venga scelto il parto a domicilio, compatibilmente con le condizioni psicofisiche della partoriente e del nascituro e con le condizioni ambientali;
- il parto naturale, senza che ne sia accelerato o ritardato il momento per ragioni che non siano assolutamente imperative e giustificate dallo stato della partoriente e del nascituro;
- il ricorso al taglio cesareo solo nei casi di assoluta necessità;
- qualora la partoriente lo desideri, la presenza di una persona che sia il partner o altra, scelta tra i parenti o gli amici, prima, durante e dopo il parto;
- il diritto della partoriente di decidere con il medico, dopo essere stata minuziosamente informata in proposito, su terapie e trattamenti;
- la possibilità per la madre di tenere durante il periodo di allattamento il neonato accanto a sé e di nutrirlo secondo le proprie esigenze piuttosto che in funzione degli orari ospedalieri;
- la libera scelta per la puerpera di far beneficiare altri neonati del proprio latte;
- la possibilità per i familiari di visitare la puerpera ed il neonato senza tuttavia compromettere l'assistenza da fornire al neonato;
- il diritto a congruo periodo di astensione dal lavoro della donna durante l'allattamento e l'istituzione generalizzata di un orario flessibile;
- allestimento di sale pediatriche adeguatamente attrezzate e dotate di personale competente per i prematuri, all'interno delle maternità stesse;
- una tessera sanitaria che consenta alla donna in gravidanza di essere assistita in qualunque paese della Comunità;
- taluni servizi, per esempio di interpretariato, per partorienti non autoctone per estendere anche a queste ultime le agevolazioni sopra previste;

10. chiede agli Stati membri di offrire alla partoriente la possibilità di partorire anonimamente e, se necessario, di registrare il neonato all'anagrafe senza menzionare l'ascendenza, o mantenendola segreta;
11. chiede agli Stati membri di tutelare la partoriente dichiarando irricevibile qualsiasi sequestro o altre misure di esecuzione relative all'abitazione, ai mobili e ai beni personali nelle otto settimane precedenti e successive al parto;
12. chiede inoltre agli Stati membri:
 - a) di adottare le opportune misure per favorire la nomina di donne medico e la formazione di personale ostetrico in grado di seguire la donna nel corso della gravidanza, al momento del parto e nel periodo del puerperio;
 - b) di favorire e finanziare le ricerche sulle cause della sterilità femminile e maschile, comprese le cause ambientali e industriali;
 - c) di organizzare campagne d'informazione per richiamare l'attenzione sul rischio dell'uso di medicinali durante la gravidanza;
 - d) di attuare il programma A.I.M. (Informatica avanzata nel settore della medicina nella Comunità), in base al quale occorre consultare le organizzazioni di medici e di pazienti quali utilizzatori e consumatori;
 - e) di divulgare tutta la normativa esistente a livello comunitario, nonché tutte le proposte emananti dalle Istituzioni comunitarie, e più in particolare le risoluzioni approvate dal Parlamento europeo in materia di armonizzazione delle legislazioni degli Stati membri relative alle preparazioni per lattanti e ai latti di sostituzione;
 - f) di fare in modo che le parti sociali rilevino la necessità di rispettare rigidamente la Convenzione OIL 103 concernente la protezione della maternità nell'ambito del lavoro, in particolare per quanto riguarda il divieto di licenziamento e l'assegnazione di un lavoro adeguato per le lavoratrici incinte e che allattano;
13. chiede alla Commissione di svolgere uno studio approfondito sulle cause di mortalità infantile e puerperale nella Comunità, tra cui in particolare l'indigenza, cattive condizioni di salute e alloggi inadeguati; chiede, a tale riguardo, di prestare particolare attenzione all'incidenza della Sindrome di Morte Infantile Improvvisa (S.I.D.S.) e alle ricerche che vengono attualmente condotte sulle sue cause e di riferirgli in merito ai risultati di tali ricerche e, in particolare, alle sue proposte sul modo migliore in cui essa può sostenere tali ricerche;
14. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione alla Commissione e al Consiglio, all'O.M.S., al Consiglio d'Europa e ai governi degli Stati membri.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833

Istituzione del servizio sanitario nazionale”

Publicata in G. U. 28 dicembre 1978, n. 360, S.O.

TITOLO I

Il servizio sanitario nazionale

Capo I - Principi ed obiettivi

1. (I principi). - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

2. (Gli obiettivi). - Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante:

1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;

2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;

3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;

4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;

5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;

6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;

7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;

8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.

Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:

a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;

b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;

c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;

d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;

e) la tutela sanitaria delle attività sportive;

f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;

g) la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici;

[h) la identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo] (1).

(1) Si ricorda che il D.P.R. 5 giugno 1993, n. 177 (G.U. 5 giugno 1993, n. 130), in seguito al referendum indetto con D.P.R. 25 febbraio 1993, ha abrogato dell'art. 2, secondo comma, lett. h), di questa legge.

Capo II - Competenze e strutture

3. (Programmazione di obiettivi e di prestazioni sanitarie). - Lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina, con il concorso delle regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale.

La legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini.

4. (Uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale). - Con legge dello Stato sono dettate norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale e stabilite le relative sanzioni penali, particolarmente in materia di:

- 1) inquinamento dell'atmosfera, delle acque e del suolo;
- 2) igiene e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro;
- 3) omologazione, per fini prevenzionali, di macchine, di impianti, di attrezzature e di mezzi personali di protezione;
- 4) tutela igienica degli alimenti e delle bevande;
- 5) ricerca e sperimentazione clinica e sperimentazione sugli animali;
- 6) raccolta, frazionamento, conservazione e distribuzione del sangue umano.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono fissati e periodicamente sottoposti a revisione i limiti massimi di accettabilità delle concentrazioni e i limiti massimi di esposizione relativi ad inquinamenti di natura chimica, fisica e biologica e delle emissioni sonore negli ambienti di lavoro, abitativi e nell'ambiente esterno.

5. (Indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali). - La funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle regioni in materia sanitaria, attinente ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale, ad esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria nonché agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali e comunitari, spetta allo Stato e viene esercitata, fuori dei casi in cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, mediante deliberazioni del Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del Consiglio, d'intesa con il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Fuori dei casi in cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, l'esercizio della funzione di cui al precedente comma può essere delegato di volta in volta dal Consiglio dei Ministri al Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), per la determinazione dei criteri operativi nelle materie di sua competenza, oppure al Presidente del Consiglio dei ministri, d'intesa con il Ministro della sanità quando si tratti di affari particolari.

Il Ministro della sanità esercita le competenze attribuitegli dalla presente legge ed emana le direttive concernenti le attività delegate alle regioni.

In caso di persistente inattività degli organi regionali nell'esercizio delle funzioni delegate, qualora l'inattività relativa alle materie delegate riguardi adempimenti da svolgersi entro termini perentori previsti dalla legge o risultanti dalla natura degli interventi, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, dispone il compimento degli atti relativi in sostituzione dell'amministrazione regionale.

Il Ministro della sanità e le amministrazioni regionali sono tenuti a fornirsi reciprocamente ed a richiesta ogni notizia utile allo svolgimento delle proprie funzioni.

6. (Competenze dello Stato). - Sono di competenza dello Stato le funzioni amministrative concernenti:

- a) i rapporti internazionali e la profilassi internazionale, marittima, aerea e di frontiera, anche in materia veterinaria; l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero e l'assistenza in Italia agli stranieri ed agli apolidi, nei limiti ed alle condizioni previste da impegni internazionali, avvalendosi dei presidi sanitari esistenti;
- b) la profilassi delle malattie infettive e diffuse, per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie, nonché gli interventi contro le epidemie e le epizootie;
- c) la produzione, la registrazione, la ricerca, la sperimentazione, il commercio e l'informazione concernenti i prodotti chimici usati in medicina, i preparati farmaceutici, i preparati galenici, le specialità medicinali, i vaccini, gli immunomodulatori cellulari e virali, i sieri, le anatossine e i prodotti assimilati, gli emoderivati, i presidi sanitari e medico-chirurgici ed i prodotti assimilati anche per uso veterinario;
- d) la coltivazione, la produzione, la fabbricazione, l'impiego, il commercio all'ingrosso, l'esportazione, l'importazione, il transito, l'acquisto, la vendita e la detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, salvo che per le attribuzioni già conferite alle regioni dalla legge 22 dicembre 1975, n. 685;
- e) la produzione, la registrazione e il commercio dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi;
- f) l'elencazione e la determinazione delle modalità di impiego degli additivi e dei coloranti permessi nella lavorazione degli alimenti e delle bevande e nella produzione degli oggetti d'uso personale e domestico; la determinazione delle caratteristiche igienico-sanitarie dei materiali e dei recipienti destinati a contenere e conservare sostanze alimentari e bevande, nonché degli oggetti destinati comunque a venire a contatto con sostanze alimentari;
- g) gli standard dei prodotti industriali;
- h) la determinazione di indici di qualità e di salubrità degli alimenti e delle bevande alimentari;

- i) la produzione, la registrazione, il commercio e l'impiego delle sostanze chimiche e delle forme di energia capaci di alterare l'equilibrio biologico ed ecologico;
- k) i controlli sanitari sulla produzione dell'energia termoelettrica e nucleare e sulla produzione, il commercio e l'impiego delle sostanze radioattive;
- l) il prelievo di parti di cadavere, la loro utilizzazione e il trapianto di organi limitatamente alle funzioni di cui alla legge 2 dicembre 1975, n. 644;
- m) la disciplina generale del lavoro e della produzione ai fini della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- n) l'omologazione di macchine, di impianti e di mezzi personali di protezione;
- o) l'Istituto superiore di sanità, secondo le norme di cui alla legge 7 agosto 1973, n. 519, ed alla presente legge;
- p) l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro secondo le norme previste dalla presente legge;
- q) la fissazione dei requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sanitari; le disposizioni generali per la durata e la conclusione dei corsi; la determinazione dei requisiti necessari per l'ammissione alle scuole, nonché dei requisiti per l'esercizio delle professioni mediche e sanitarie ausiliarie;
- r) il riconoscimento e la equiparazione dei servizi sanitari prestati in Italia e all'estero dagli operatori sanitari ai fini dell'ammissione ai concorsi e come titolo nei concorsi stessi;
- s) gli ordini e i collegi professionali;
- t) il riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque minerali e termali e la pubblicità relativa alla loro utilizzazione a scopo sanitario;
- u) la individuazione delle malattie infettive e diffusive del bestiame per le quali, in tutto il territorio nazionale, sono disposti l'obbligo di abbattimento e, se del caso, la distruzione degli animali infetti o sospetti di infezione o di contaminazione; la determinazione degli interventi obbligatori in materia di zooprofilassi; le prescrizioni inerenti all'impiego dei principi attivi, degli additivi e delle sostanze minerali e chimico-industriali nei prodotti destinati all'alimentazione zootecnica, nonché quelle relative alla produzione e la commercializzazione di questi ultimi prodotti;
- v) l'organizzazione sanitaria militare;
- z) i servizi sanitari istituiti per le Forze armate ed i Corpi di polizia, per il Corpo degli agenti di custodia e per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco, nonché i servizi dell'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato relativi all'accertamento tecnico-sanitario delle condizioni del personale dipendente.

7. (Funzioni delegate alle regioni). - E' delegato alle regioni l'esercizio delle funzioni amministrative concernenti:

- a) la profilassi delle malattie infettive e diffusive, di cui al precedente articolo 6 lettera b);
- b) l'attuazione degli adempimenti disposti dall'autorità sanitaria statale ai sensi della lettera u) del precedente articolo 6;
- c) i controlli della produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici e delle altre sostanze pericolose;
- d) il controllo dell'idoneità dei locali ed attrezzature per il commercio e il deposito delle sostanze radioattive naturali ed artificiali e di apparecchi generatori di radiazioni ionizzanti; il controllo sulla radioattività ambientale;
- e) i controlli sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi.

Le regioni provvedono all'approvvigionamento di sieri e vaccini necessari per le vaccinazioni obbligate e in base ad un programma concordato con il Ministero della sanità.

Il Ministero della sanità provvede, se necessario, alla costituzione ed alla conservazione di scorte di sieri, di vaccini, di presidi profilattici e di medicinali di uso non ricorrente, da destinare alle regioni per esigenze particolari di profilassi e cura delle malattie infettive, diffusive e parassitarie.

Le regioni esercitano le funzioni delegate di cui al presente articolo mediante sub-delega ai comuni.

In relazione alle funzioni esercitate dagli uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera e dagli uffici veterinari di confine, di porto e di aeroporto, il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti per ristrutturare e potenziare i relativi uffici nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) si procederà ad una nuova distribuzione degli uffici nel territorio, anche attraverso la costituzione di nuovi uffici, in modo da attuare il più efficiente ed ampio decentramento delle funzioni;
- b) in conseguenza, saranno rideterminate le dotazioni organiche dei posti previsti dalla Tabella XIX, quadri B, C e D, allegata al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1972, n. 748, nonché le dotazioni organiche dei ruoli delle carriere direttive, di concetto, esecutive, ausiliarie e degli operatori, prevedendo, per la copertura dei posti vacanti, concorsi a base regionale.

L'esercizio della delega alle regioni, per le funzioni indicate nel quarto comma, in deroga all'articolo 34 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, si attua a partire dal 1° gennaio 1981.

8. (Consiglio sanitario nazionale). - E' istituito il Consiglio sanitario nazionale con funzioni di consulenza e di proposta nei confronti del Governo per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e per l'elaborazione e l'attuazione del piano sanitario nazionale.

Il Consiglio è sentito obbligatoriamente in ordine ai programmi globali di prevenzione anche primaria, alla determinazione dei livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3 e alla ripartizione degli stanziamenti di cui all'articolo 51, nonché alle fasi di attuazione del servizio sanitario

nazionale e alla programmazione del fabbisogno di personale sanitario necessaria alle esigenze del servizio sanitario nazionale.

Esso predispose una relazione annuale sullo stato sanitario del paese, sulla quale il Ministro della sanità riferisce al Parlamento entro il 31 marzo di ogni anno.

Il Consiglio sanitario nazionale, nominato con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, per la durata di un quinquennio, è presieduto dal Ministro della sanità ed è composto:

- a) da un rappresentante per ciascuna regione e, per quanto concerne la regione Trentino-Alto Adige, da un rappresentante della provincia di Trento e da un rappresentante della provincia di Bolzano;
- b) da tre rappresentanti del Ministero della sanità e da un rappresentante per ciascuno dei seguenti Ministeri: lavoro e previdenza sociale; pubblica istruzione; interno; difesa; tesoro; bilancio e programmazione economica; agricoltura e foreste; industria, commercio e artigianato; marina mercantile; da un rappresentante designato dal Ministro per il coordinamento delle iniziative per la ricerca scientifica e tecnologica;
- c) dal direttore dell'Istituto superiore di sanità, dal direttore dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, da un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche e da dieci esperti in materia sanitaria designati dal CNEL, tenendo presenti i criteri di rappresentatività e competenze funzionali al servizio sanitario nazionale.

Per ogni membro effettivo deve essere nominato, con le stesse modalità sopra previste, un membro supplente che subentra in caso di assenza o impedimento del titolare.

Il Consiglio elegge tra i suoi componenti un vicepresidente.

L'articolazione in sezioni, le modalità di funzionamento e le funzioni di segreteria del Consiglio sono disciplinate con regolamento emanato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio stesso.

9. (Istituto superiore di sanità). - L'Istituto superiore di sanità è organo tecnico-scientifico del servizio sanitario nazionale dotato di strutture e ordinamenti particolari e di autonomia scientifica. Esso dipende dal Ministro della sanità e collabora con le unità sanitarie locali, tramite le regioni, e con le regioni stesse, su richiesta di queste ultime, fornendo nell'ambito dei propri compiti istituzionali le informazioni e le consulenze eventualmente necessarie. Esso esplica attività di consulenza nelle materie di competenza dello Stato, di cui al precedente articolo 6 della presente legge, ad eccezione di quelle previste dalle lettere g), k), m) e n). Le modalità della collaborazione delle regioni con l'Istituto superiore di sanità sono disciplinate nell'ambito dell'attività governativa di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 5.

L'Istituto per l'assolvimento dei propri compiti istituzionali, ha facoltà di accedere agli impianti produttivi nonché ai presidi e servizi sanitari per compiere gli accertamenti e i controlli previsti dall'articolo 1 della legge 7 agosto 1973, n. 519. Tale facoltà è inoltre consentita all'Istituto su richiesta delle regioni.

L'Istituto, in attuazione di un programma predisposto dal Ministro della sanità, organizza, in collaborazione con le regioni, le università e le altre istituzioni pubbliche a carattere scientifico, corsi di specializzazione ed aggiornamento in materia di sanità pubblica per gli operatori sanitari con esclusione del personale tecnico-infermieristico; esso inoltre appronta ed aggiorna periodicamente l'Inventario nazionale delle sostanze chimiche corredato dalle caratteristiche chimico-fisiche e tossicologiche necessarie per la valutazione del rischio sanitario connesso alla loro presenza nell'ambiente; predispose i propri programmi di ricerca tenendo conto degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e delle proposte avanzate dalle regioni. Tali programmi sono approvati dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

L'Istituto svolge l'attività di ricerca avvalendosi degli istituti pubblici a carattere scientifico e delle altre istituzioni pubbliche operanti nel settore; possono inoltre esser chiamati a collaborare istituti privati di riconosciuto valore scientifico.

[Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, verranno determinati gli organici e i contingenti dell'Istituto superiore di sanità] (2).

(omissis)

(2) *Si ricorda che questo comma è stato abrogato dall'art. 24-bis del D.L. 30 dicembre 1979, n. 663.*

10. (L'organizzazione territoriale). - Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali.

L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge.

Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i comuni, singoli o associati, o le comunità montane articolano le unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

11. (Competenze regionali). - Le regioni esercitano le funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato ed esercitano le funzioni amministrative proprie o loro delegate.

Le leggi regionali devono in particolare conformarsi ai seguenti principi:

- a) coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle regioni;
- b) unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali;
- c) assicurare la corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici.

Le regioni svolgono la loro attività secondo il metodo della programmazione pluriennale e della più ampia partecipazione democratica, in armonia con le rispettive norme statutarie. A tal fine, nell'ambito dei programmi regionali di sviluppo, predispongono piani sanitari regionali, previa consultazione degli enti locali, delle università presenti nel territorio regionale, delle organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori della sanità, nonché degli organi della sanità militare territoriale competenti.

Con questi ultimi le regioni possono concordare:

- a) l'uso delle strutture ospedaliere militari in favore delle popolazioni civili nei casi di calamità, epidemie e per altri scopi che si ritengano necessari;
- b) l'uso dei servizi di prevenzione delle unità sanitarie locali al fine di contribuire al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie dei militari.

Le regioni, sentiti i comuni interessati, determinano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, che debbono coincidere con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali.

All'atto della determinazione degli ambiti di cui al comma precedente, le regioni provvedono altresì ad adeguare la delimitazione dei distretti scolastici e di altre unità di servizio in modo che essi, di regola, coincidano.

12. (Attribuzione delle province). - Fino all'entrata in vigore della legge di riforma delle autonomie locali spetta alle province approvare, nell'ambito dei piani sanitari regionali, la localizzazione dei presidi e servizi sanitari ed esprimere parere sulle delimitazioni territoriali di cui al quinto comma del precedente articolo 11.

13. (Attribuzione dei comuni). - Sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle regioni.

I comuni esercitano le funzioni di cui alla presente legge in forma singola o associata mediante le unità sanitarie locali, ferme restando le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale.

I comuni, singoli o associati, assicurano, anche con riferimento alla L. 8 aprile 1976, n. 278, e alle leggi regionali, la più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio, dei rappresentanti degli interessi originari definiti ai sensi della L. 12 febbraio 1968, n. 132, e dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni di cui all'art. 55. Disciplinano inoltre, anche ai fini dei compiti di educazione sanitaria propri dell'unità sanitaria locale, la partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi.

14. (Unità sanitarie locali). - L'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona.

Nel caso di aree a popolazione particolarmente concentrata o sparsa e anche al fine di consentire la coincidenza con un territorio comunale adeguato, sono consentiti limiti più elevati o, in casi particolari, più ristretti.

Nell'ambito delle proprie competenze, l'unità sanitaria locale provvede in particolare:

- a) all'educazione sanitaria;
- b) [all'igiene dell'ambiente] (3);
- c) alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
- d) alla protezione sanitaria materno-infantile, all'assistenza pediatrica e alla tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile;
- e) all'igiene e medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;
- f) all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- g) alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive;
- h) all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;
- i) all'assistenza medico-specialistica e infermieristica, ambulatoriale e domiciliare, per le malattie fisiche e psichiche;
- l) all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;
- m) alla riabilitazione;
- n) all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie;
- o) all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;
- p) alla profilassi e alla polizia veterinaria; alla ispezione e alla vigilanza veterinaria sugli animali destinati ad alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, sulla riproduzione, allevamento e sanità animale, sui farmaci di uso veterinario;

q) agli accertamenti, alle certificazioni ed a ogni altra prestazione medico-legale spettanti al servizio sanitario nazionale, con esclusione di quelle relative ai servizi di cui alla lettera z) dell'articolo 6.

(3) Si ricorda che il D.P.R. 5 giugno 1993, n. 177 (G.U. 5 giugno 1993, n. 130), in seguito al referendum indetto con D.P.R. 25 febbraio 1993, ha abrogato dell'art. 2, secondo comma, lett. h), di questa legge

15. (Struttura e funzionamento delle unità sanitarie locali. - L'unità sanitaria locale, di cui all'articolo 10, secondo comma, della presente legge, è una struttura operativa dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane.

Organi della unità sanitaria locale sono:

- 1) l'assemblea generale;
- 2) il comitato di gestione e il suo presidente;
- 3) il collegio dei revisori, composto di tre membri, uno dei quali designato dal Ministro del tesoro e uno dalla regione (4).

La legge regionale disciplina i compiti e le modalità di funzionamento del collegio (4).

Il collegio dei revisori è tenuto a sottoscrivere i rendiconti di cui all'art. 50, secondo comma, e a redigere una relazione trimestrale sulla gestione amministrativo-contabile delle unità sanitarie locali da trasmettere alla regione e ai Ministeri della sanità e del tesoro (4).

L'assemblea generale è costituita:

- a) dal consiglio comunale se l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale coincide con quello del comune o di parte di esso;
- b) dall'assemblea generale dell'associazione dei comuni, costituita ai sensi dell'art. 25 del D.P.R. 27 luglio 1977, n. 616, se l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale corrisponde a quello complessivo dei comuni associati;
- c) dall'assemblea generale della comunità montana se il suo ambito territoriale coincide con quello dell'unità sanitaria locale. Qualora il territorio dell'unità sanitaria locale comprenda anche comuni non facenti parte della comunità montana, l'assemblea sarà integrata da rappresentanti di tali comuni.

In armonia con la legge 8 aprile 1976, n. 278, il comune può stabilire forme di partecipazione dei consigli circoscrizionali dell'attività delle unità sanitarie locali e quando il territorio di queste coincide con quello delle circoscrizioni può attribuire ai consigli circoscrizionali poteri che gli sono conferiti dalla presente legge.

L'assemblea generale dell'associazione dei comuni di cui alla lettera b) del presente articolo è formata da rappresentanti dei comuni associati, eletti con criteri di proporzionalità. Il numero dei rappresentanti viene determinato con legge regionale.

La legge regionale detta norme per assicurare forme di preventiva consultazione dei singoli comuni sulle decisioni di particolare rilievo dell'associazione dei comuni.

L'assemblea generale elegge, con voto limitato, il comitato di gestione, il quale nomina il proprio presidente.

Il comitato di gestione compie tutti gli atti di amministrazione dell'unità sanitaria locale. Gli atti relativi all'approvazione dei bilanci e dei conti consuntivi, dei piani e programmi che impegnino più esercizi, della pianta organica del personale, dei regolamenti, delle convenzioni, sono predisposti dal comitato di gestione e vengono approvati dalle competenti assemblee generali.

Le competenze del comitato di gestione e del suo presidente sono attribuite rispettivamente, alla giunta e al presidente della comunità montana, quando il territorio di questa coincide con l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale. La legge regionale detta norme per l'organizzazione, la gestione e il funzionamento delle unità sanitarie locali e loro servizi e, in particolare per:

- 1) assicurare l'autonomia tecnico-funzionale dei servizi dell'unità sanitaria locale, il loro coordinamento e la partecipazione degli operatori, anche mediante l'istituzione di specifici organi di consultazione tecnica;
- 2) prevedere un ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale, articolato distintamente per le responsabilità sanitaria ed amministrativa e collegiale preposto all'organizzazione, al coordinamento e al funzionamento di tutti i servizi e alla direzione del personale. Per il personale preposto all'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale le norme delegate di cui al terzo comma del successivo articolo 47, devono prevedere specifici requisiti di professionalità e di esperienza in materia di tutela della salute e di organizzazione sanitaria;
- 3) predisporre bilanci e conti consuntivi da parte delle unità sanitarie locali, secondo quanto previsto dal primo comma dell'articolo 50;
- 4) emanare il regolamento organico del personale dell'unità sanitaria locale e le piante organiche dei diversi presidi e servizi, anche con riferimento alle norme di cui all'articolo 47;
- 5) predisporre l'organizzazione e la gestione dei presidi e dei servizi multizonali di cui al successivo articolo 18, fermo il principio dell'intesa con i comuni interessati. Il segretario della comunità montana assolve anche alle funzioni di segretario per gli atti svolti dalla comunità montana in funzione di unità sanitaria locale ai sensi del terzo comma, punto c), del presente articolo (5).

La legge regionale stabilisce altresì norme per la gestione coordinata ed integrata dei servizi dell'unità sanitaria locale con i servizi sociali esistenti nel territorio.

(4) L'originario secondo comma è stato sostituito con gli attuali commi secondo e terzo per effetto dell'articolo 13 della legge 26 aprile 1982.

(5) Frase aggiunta dall'art. 8, della Legge 23 marzo 1981, n. 93.

16. (Servizi veterinari). - La legge regionale stabilisce norme per il riordino dei servizi veterinari a livello regionale nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale o in un ambito territoriale più ampio, tenendo conto della distribuzione e delle attitudini produttive del patrimonio zootecnico, della riproduzione animale, della dislocazione e del potenziale degli impianti di macellazione, di lavorazione e di conservazione delle carni e degli altri prodotti di origine animale, della produzione dei mangimi e degli integratori, delle esigenze della zooprofilassi, della lotta contro le zoonosi e della vigilanza sugli alimenti di origine animale. La legge regionale individua anche le relative strutture multizonali e ne regola il funzionamento ai sensi dell'articolo 18.

17. (Requisiti e struttura interna degli ospedali). - Gli stabilimenti ospedalieri sono strutture delle unità sanitarie locali, dotate dei requisiti minimi di cui all'articolo 19, primo comma, della L. 12 febbraio 1968, n. 132.

Le Regioni nell'ambito della programmazione sanitaria disciplinano con legge l'articolazione dell'ordinamento degli ospedali in dipartimenti, in base al principio dell'integrazione tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, a quello del collegamento tra servizi ospedalieri ed extra ospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali, nonché a quello della gestione dei dipartimenti stessi sulla base della integrazione delle competenze in modo da valorizzare anche il lavoro di gruppo. Tale disciplina tiene conto di quanto previsto all'articolo 34 della presente legge.

18. (Presidi e servizi multizonali). - La legge regionale individua, nell'ambito della programmazione sanitaria, i presidi e i servizi sanitari ospedalieri ed extra-ospedalieri che, per le finalità specifiche perseguite e per le caratteristiche tecniche e specialistiche, svolgono attività prevalentemente rivolte a territori la cui estensione includa più di una unità sanitaria locale e ne disciplina l'organizzazione.

La stessa legge attribuisce la gestione dei presidi e dei servizi di cui al precedente comma alla unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati e stabilisce norme particolari per definire:

- a) il collocamento funzionale ed il coordinamento di tali presidi e servizi con quelli delle unità sanitarie locali interessate, attraverso idonee forme di consultazione dei rispettivi organi di gestione;
- b) gli indirizzi di gestione dei predetti presidi e servizi e le procedure per l'acquisizione degli elementi idonei ad accertarne l'efficienza operativa;
- c) la tenuta di uno specifico conto di gestione allegato al conto di gestione generale dell'unità sanitaria locale competente per territorio;
- d) la composizione dell'organo di gestione dell'unità sanitaria locale competente per territorio e la sua eventuale articolazione in riferimento alle specifiche esigenze della gestione.

Capo III - Prestazioni e funzioni

19. (Prestazioni delle unità sanitarie locali). - Le unità sanitarie locali provvedono ad erogare le prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale, assicurando a tutta la popolazione i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti ai sensi del secondo comma dell'art. 3.

Ai cittadini è assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Gli utenti del servizio sanitario nazionale sono iscritti in appositi elenchi periodicamente aggiornati presso l'unità sanitaria locale nel cui territorio hanno la residenza.

Gli utenti hanno diritto di accedere, per motivate ragioni o in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi unità sanitaria locale.

I militari hanno diritto di accedere ai servizi di assistenza delle località ove prestano servizio con le modalità stabilite nei regolamenti di sanità militare.

Gli emigrati, che rientrano temporaneamente in patria, hanno diritto di accedere ai servizi di assistenza della località in cui si trovano.

20. (Attività di prevenzione). - Le attività di prevenzione comprendono:

- a) la individuazione, l'accertamento ed il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti [di vita e] di lavoro, in applicazione delle norme di legge vigenti in materia e al fine di garantire il rispetto dei limiti massimi inderogabili di cui all'ultimo comma dell'articolo 4, nonché al fine della tenuta dei registri di cui al penultimo comma dell'articolo 27; i predetti compiti sono realizzati anche mediante collaudi e verifiche di macchine, impianti e mezzi di protezione prodotti, installati o utilizzati nel territorio dell'unità sanitaria locale in attuazione delle funzioni definite dall'articolo 14 (6);
- b) la comunicazione dei dati accertati e la diffusione della loro conoscenza, anche a livello di luogo di lavoro e di ambiente di residenza, sia direttamente che tramite gli organi del decentramento comunale, ai fini anche di una corretta gestione degli strumenti informativi di cui al successivo articolo 27, e le rappresentanze sindacali;
- c) l'indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento di ambienti [di vita e] di lavoro, in applicazione delle norme di legge vigenti in materia, e l'esercizio delle attività delegate ai sensi del primo comma, lettere a), b), c), d) ed e) dell'articolo 7 (6);
- d) la formulazione di mappe di rischio con l'obbligo per le aziende di comunicare le sostanze presenti nel ciclo produttivo e le loro caratteristiche tossicologiche ed i possibili effetti sull'uomo e sull'ambiente;

e) la profilassi degli eventi morbosi, attraverso l'adozione delle misure idonee a prevenirne l'insorgenza;
 f) la verifica, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti, della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamenti industriali e di attività produttive in genere con le esigenze di tutela dell'ambiente sotto il profilo igienico-sanitario e di difesa della salute della popolazione e dei lavoratori interessati.

Nell'esercizio delle funzioni ad esse attribuite per l'attività di prevenzione le unità sanitarie locali, garantendo per quanto alla lettera d) del precedente comma la tutela del segreto industriale, si avvalgono degli operatori sia dei propri servizi di igiene sia dei presidi specialistici multizonali di cui al successivo articolo 22, sia degli operatori che, nell'ambito delle loro competenze tecniche e funzionali, erogano le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione.

Gli interventi di prevenzione all'interno degli ambienti di lavoro, concernenti la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di misure necessarie ed idonee a tutelare la salute e l'integrità fisica dei lavoratori, connesse alla particolarità del lavoro e non previste da specifiche norme di legge, sono effettuati sulla base di esigenze verificate congiuntamente con le rappresentanze sindacali ed il datore di lavoro, secondo le modalità previste dai contratti o accordi collettivi applicati nell'unità produttiva.

(6) Si ricorda che il D.P.R. 5 giugno 1993, n. 177 (G.U. 5 giugno 1993, n. 130), in seguito al referendum indetto con D.P.R. 25 febbraio 1993, ha abrogato l'articolo 20 primo comma, della presente legge, alla lettera a) e c) limitatamente ai termini "di vita e".

21. (Organizzazione dei servizi di prevenzione). - In relazione agli standards fissati in sede nazionale, all'unità sanitaria locale sono attribuiti, con decorrenza 1° gennaio 1980, i compiti attualmente svolti dall'Ispettorato del lavoro in materia di prevenzione, di igiene e di controllo sullo stato di salute dei lavoratori, in applicazione di quanto disposto dall'art. 27, D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616.

Per la tutela della salute dei lavoratori [e la salvaguardia dell'ambiente] le unità sanitarie locali organizzano propri servizi [di igiene ambientale e] di medicina del lavoro anche prevedendo, ove essi non esistano, presidi all'interno delle unità produttive (7).

In applicazione di quanto disposto nell'ultimo comma dell'art. 27, D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, spetta al prefetto stabilire su proposta del presidente della regione, quali addetti ai servizi di ciascuna unità sanitaria locale, nonché ai presidi e servizi di cui al successivo articolo 22 assumano ai sensi delle leggi vigenti la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria, in relazione alle funzioni ispettive e di controllo da essi esercitate relativamente all'applicazione della legislazione sulla sicurezza del lavoro.

Al personale di cui al comma precedente è esteso il potere d'accesso attribuito agli ispettori del lavoro dall'art. 8, secondo comma, nonché la facoltà di diffida prevista dall'art. 9, D.P.R. 19 marzo 1955, n. 520.

Contro i provvedimenti adottati dal personale ispettivo, nell'esercizio delle funzioni di cui al terzo comma, è ammesso ricorso al presidente della giunta regionale che decide, sentite le organizzazioni dei lavoratori e dei datori di lavoro.

Il presidente della giunta può sospendere l'esecuzione dell'atto impugnato.

(7) Si ricorda che il D.P.R. 5 giugno 1993, n. 177 (G. U. 5 giugno 1993, n. 130), in seguito al referendum indetto con D.P.R. 25 febbraio 1993, ha abrogato l'art. 21, secondo comma, della presente legge, limitatamente alle parole "e la salvaguardia dell'ambiente", e alle parole "di igiene ambientale e".

22. (Presidi e servizi multizonali di prevenzione). - La legge regionale, in relazione alla ubicazione ed alla consistenza degli impianti industriali ed alle peculiarità dei processi produttivi agricoli, artigianali e di lavoro a domicilio:

- a) individua le unità sanitarie locali in cui sono istituiti presidi e servizi multizonali per il controllo e la tutela dell'igiene ambientale e per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- b) definisce le caratteristiche funzionali e interdisciplinari di tali presidi e servizi multizonali;
- c) prevede le forme di coordinamento degli stessi con i servizi di igiene ambientale e di igiene e medicina del lavoro di ciascuna unità sanitaria locale.

I presidi e i servizi multizonali di cui al comma precedente sono gestiti dall'unità sanitaria locale nel territorio sono ubicati, secondo le modalità di cui all'articolo 18.

23. (Delega per la istituzione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro). - Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1979, su proposta del Ministero della sanità, di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale, dell'industria, commercio e artigianato e dell'agricoltura e foreste, un decreto avente valore di legge ordinaria per la istituzione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, da porre alle dipendenze del Ministro della sanità. Nel suo organo di amministrazione, sono rappresentati i Ministeri del lavoro e della previdenza sociale, dell'industria, commercio e artigianato e dell'agricoltura e foreste ed i suoi programmi di attività sono approvati dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

L'esercizio della delega deve uniformarsi ai seguenti principi e criteri direttivi:

- a) assicurare la collocazione dell'Istituto nel servizio sanitario nazionale per tutte le attività tecnico-scientifiche e tutte le funzioni consultive che riguardano la prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro;

b) prevedere le attività di consulenza tecnico-scientifica che competono all'Istituto nei confronti degli organi centrali dello Stato preposti ai settori del lavoro e della produzione.

All'Istituto sono affidati compiti di ricerca, di studio, di sperimentazione e di elaborazione delle tecniche per la prevenzione e la sicurezza del lavoro in stretta connessione con l'evoluzione tecnologica degli impianti, dei materiali, delle attrezzature e dei processi produttivi, nonché di determinazione dei criteri di sicurezza e dei relativi metodi di rilevazione ai fini della omologazione di macchine, di impianti, di apparecchi, di strumenti e di mezzi personali di protezione e dei prototipi.

L'Istituto svolge, nell'ambito delle proprie attribuzioni istituzionali, attività di consulenza nelle materie di competenza dello Stato di cui all'art. 6, lettere g), i), k), m), n), della presente legge, e in tutte le materie di competenza dello Stato e collabora con le unità sanitarie locali tramite le regioni e con le regioni stesse, su richieste di queste ultime, fornendo, le informazioni e le consulenze necessarie per l'attività dei servizi di cui agli articoli 21 e 22.

Le modalità della collaborazione delle regioni con l'Istituto sono disciplinate nell'ambito dell'attività governativa di indirizzo e di coordinamento di cui all'articolo 5.

L'Istituto ha facoltà di accedere nei luoghi di lavoro per compiere rilevamenti e sperimentazioni per l'assolvimento dei propri compiti istituzionali. L'accesso nei luoghi di lavoro, è inoltre consentito, su richiesta delle regioni, per l'espletamento dei compiti previsti dal precedente comma.

L'Istituto organizza la propria attività secondo criteri di programmazione. I programmi di ricerca dell'Istituto relativi alla prevenzione delle malattie e degli infortuni sul lavoro sono predisposti tenendo conto degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e delle proposte delle regioni.

L'Istituto, anche ai fini dei programmi di ricerca e di sperimentazione, opera in stretto collegamento con l'Istituto superiore di sanità e coordina le sue attività con il Consiglio nazionale delle ricerche e con il Comitato nazionale per l'energia nucleare. Esso si avvale inoltre della collaborazione degli istituti di ricerca delle università e di altre istituzioni pubbliche. Possono essere chiamati a collaborare all'attuazione dei suddetti programmi istituti privati di riconosciuto valore scientifico. L'Istituto cura altresì i collegamenti con istituzioni estere che operano nel medesimo settore.

Le qualifiche professionali del corpo dei tecnici e ricercatori dell'Istituto e la sua organizzazione interna, devono mirare a realizzare l'obiettivo delle unitarietà della azione di prevenzione nei suoi aspetti interdisciplinari. L'Istituto collabora alla formazione ed all'aggiornamento degli operatori dei servizi di prevenzione delle unità sanitarie locali.

L'Istituto provvede altresì ad elaborare i criteri per le norme di prevenzione degli incendi interessanti le macchine, gli impianti e le attrezzature soggette ad omologazione, di concerto con i servizi di protezione civile del Ministero dell'interno.

Nulla è innovato per quanto concerne le disposizioni riguardanti le attività connesse con l'impiego pacifico dell'energia nucleare.

24. (Norme in materia di igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita e di omologazioni). - Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1979, su proposta del Ministro della sanità con il decreto dei Ministri competenti, un testo unico in materia di sicurezza del lavoro, che riordini la disciplina generale del lavoro e della produzione al fine della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, nonché in materia di omologazioni, unificando e innovando la legislazione vigente tenendo conto delle caratteristiche della produzione al fine di garantire la salute e l'integrità fisica dei lavoratori, secondo i principi generali indicati nella presente legge.

L'esercizio della delega deve uniformarsi ai seguenti criteri direttivi:

- 1) assicurare l'unitarietà degli obiettivi della sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita, tenendo conto anche delle indicazioni della CEE e degli altri organismi internazionali riconosciuti;
- 2) prevedere l'emanazione di norme per assicurare il tempestivo e costante aggiornamento della normativa ai progressi tecnologici e alle conoscenze derivanti dalla esperienza diretta dei lavoratori;
- 3) prevedere l'istituzione di specifici corsi, anche obbligatori, di formazione antinfortunistica e prevenzionale;
- 4) prevedere la determinazione dei requisiti fisici e di età per attività e lavorazioni che presentino particolare rischio, nonché le cautele alle quali occorre attenersi e le relative misure di controllo;
- 5) definire le procedure per il controllo delle condizioni ambientali, per gli accertamenti preventivi e periodici sullo stato di sicurezza nonché di salute dei lavoratori esposti a rischio e per l'acquisizione delle informazioni epidemiologiche al fine di seguire sistematicamente l'evoluzione del rapporto salute-ambiente di lavoro;
- 6) stabilire:
 - a) gli obblighi e le responsabilità per la progettazione, la realizzazione, la vendita, il noleggio, la concessione in uso e l'impiego di macchine, componenti e parti di macchine utensili, apparecchiature varie, attrezzature di lavoro e di sicurezza, dispositivi di sicurezza, mezzi personali di protezione, apparecchiature, prodotti e mezzi protettivi per uso lavorativo ed extra lavorativo, anche domestico;
 - b) i criteri e le modalità per i collaudi e per le verifiche periodiche dei prodotti di cui alla precedente lettera a);
- 7) stabilire i requisiti ai quali devono corrispondere gli ambienti di lavoro al fine di consentirne l'agibilità, nonché l'obbligo di notifica all'autorità competente dei progetti di costruzione, di ampliamento, di trasformazione e di

modifica di destinazione di impianti e di edifici destinati ad attività lavorative, per controllarne la rispondenza alle condizioni di sicurezza;

8) prevedere l'obbligo del datore di lavoro di programmare il processo produttivo in modo che esso risulti rispondente alle esigenze della sicurezza del lavoro, in particolare per quanto riguarda la dislocazione degli impianti e la determinazione dei rischi e dei mezzi per diminuirli;

9) stabilire le procedure di vigilanza allo scopo di garantire la osservanza delle disposizioni in materia di sicurezza del lavoro;

10) stabilire le precauzioni e le cautele da adottare per evitare l'inquinamento, sia interno che esterno, derivante da fattori di nocività chimici, fisici e biologici;

11) indicare i criteri e le modalità per procedere, in presenza di rischio grave ed imminente, alla sospensione dell'attività in stabilimenti, cantieri o reparti o al divieto d'uso di impianti, macchine, utensili, apparecchiature varie, attrezzature e prodotti, sino alla eliminazione delle condizioni di nocività o di rischio accertate;

12) determinare le modalità per la produzione, l'immissione sul mercato e l'impiego di sostanze e di prodotti pericolosi;

13) prevedere disposizioni particolari per settori lavorativi o per singole lavorazioni che comportino rischi specifici;

14) stabilire le modalità per la determinazione e per l'aggiornamento dei valori-limite dei fattori di nocività di origine chimica, fisica e biologica di cui all'ultimo comma dell'art. 4, anche in relazione alla localizzazione degli impianti;

15) prevedere le norme transitorie per conseguire condizioni di sicurezza negli ambienti di lavoro esistenti e le provvidenze da adottare nei confronti delle piccole e medie aziende per facilitare l'adeguamento degli impianti ai requisiti di sicurezza e di igiene previsti dal testo unico;

16) prevedere il riordinamento degli uffici e servizi della pubblica amministrazione preposti all'esercizio delle funzioni riservate allo Stato in materia di sicurezza del lavoro;

17) garantire il necessario coordinamento fra le funzioni esercitate dallo Stato e quelle esercitate nella materia dalle regioni e dai comuni al fine di assicurare unità di indirizzi ed omogeneità di comportamenti in tutto il territorio nazionale nell'applicazione delle disposizioni in materia di sicurezza del lavoro;

18) definire per quanto concerne le omologazioni:

a) i criteri direttivi, le modalità e le forme per l'omologazione dei prototipi di serie e degli esemplari unici non di serie dei prodotti di cui al precedente numero 6), lettera a), sulla base di specifiche tecniche predeterminate, al fine di garantire le necessarie caratteristiche di sicurezza;

b) i requisiti costruttivi dei prodotti da omologare;

c) le procedure e le metodologie per i controlli di conformità dei prodotti al tipo omologato.

Le norme delegate determinano le sanzioni per i casi di inosservanza delle disposizioni contenute nel testo unico, da graduare in relazione alla gravità delle violazioni e comportanti comunque, nei casi più gravi, l'arresto fino a sei mesi e l'ammenda fino a lire 10 milioni.

Sono escluse dalla delega le norme in materia di prevenzione contro gli infortuni relative: all'esercizio di servizi ed impianti gestiti dalle ferrovie dello Stato, all'esercizio di servizi ed impianti gestiti dal Ministero delle poste e delle telecomunicazioni, all'esercizio dei trasporti terrestri pubblici e all'esercizio della navigazione marittima, aerea ed interna; nonché le norme in materia di igiene del lavoro relative al lavoro a bordo delle navi mercantili e degli aeromobili.

25. (Prestazioni di cura). - Le prestazioni curative comprendono l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica.

Le prestazioni medico-generiche, pediatriche, specialistiche e infermieristiche vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare.

L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino.

La scelta del medico di fiducia deve avvenire fra i sanitari di cui al comma precedente.

Il rapporto fiduciario può cessare in ogni momento, a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere motivata.

Le prestazioni medico-specialistiche, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, sono fornite, di norma, presso gli ambulatori e i presidi delle unità sanitarie locali di cui l'utente fa parte, ivi compresi gli istituti di cui agli articoli 39, 41 e 42 della presente legge (8).

Le stesse prestazioni possono essere fornite da gabinetti specialistici, da ambulatori e da presidi convenzionati ai sensi della presente legge (8).

L'utente può accedere agli ambulatori e strutture convenzionati per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio per le quali, nel termine di tre giorni, le strutture pubbliche non siano in grado di soddisfare la richiesta di accesso alle prestazioni stesse. In tal caso l'unità sanitaria locale rilascia immediatamente l'autorizzazione con apposita annotazione sulla richiesta stessa. L'autorizzazione non è dovuta per le prescrizioni, relative a prestazioni il cui costo, in base alla normativa vigente, è a totale carico dell'assistito (8) (9).

Nei casi di richiesta urgente motivata da parte del medico in relazione a particolari condizioni di salute del paziente, il mancato immediato soddisfacimento della richiesta presso le strutture pubbliche di cui al sesto comma

equivale ad autorizzazione ad accedere agli ambulatori o strutture convenzionati. In tal caso l'unità sanitaria locale appone sulla richiesta la relativa annotazione (8).

Le unità sanitarie locali attuano misure idonee a garantire che le prestazioni urgenti siano erogate con priorità nell'ambito delle loro strutture (8).

Le prestazioni specialistiche possono essere erogate anche al domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri (8).

I presidi di diagnostica strumentale e di laboratorio devono rispondere ai requisiti minimi di strutturazione, dotazione strumentale e qualificazione funzionale del personale, aventi caratteristiche uniformi per tutto il territorio nazionale secondo uno schema tipo emanato ai sensi del primo comma dell'art. 5 della presente legge (8).

L'assistenza ospedaliera è prestata di norma attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati esistenti nel territorio della regione di residenza dell'utente.

Nell'osservanza del principio della libera scelta del cittadino al ricovero presso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati, la legge regionale, in rapporto ai criteri di programmazione stabiliti nel piano sanitario nazionale, disciplina i casi in cui è ammesso il ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione ubicate fuori del proprio territorio, nonché i casi nei quali potranno essere consentite forme straordinarie di assistenza indiretta.

(8) Si ricorda che per effetto dell'art. 3 del D.L. 26 novembre 1981, n. 678,

gli attuali commi dal sesto al dodicesimo comma così sostituiscono gli originari commi sesto e settimo.

(9) Si ricorda che 'ultima frase è stata aggiunta dall'art. 1, D.L. 30 maggio 1994, n. 325

26. (Prestazioni di riabilitazione). - Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Sono altresì garantite le prestazioni protesiche nei limiti e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'art. 3.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono approvati un nomenclatore-tarifario delle protesi ed i criteri per la sua revisione periodica.

27. (Strumenti informativi). - Le unità sanitarie locali forniscono gratuitamente i cittadini di un libretto sanitario personale. Il libretto sanitario riporta i dati caratteristici principali sulla salute dell'assistito esclusi i provvedimenti relativi a trattamenti sanitari obbligatori di cui al successivo articolo 33. L'unità sanitaria locale provvede alla compilazione ed all'aggiornamento del libretto sanitario personale, i cui dati sono rigorosamente coperti dal segreto professionale. Tali dati conservano valore ai fini dell'anamnesi richiesta dalla visita di leva. Nel libretto sanitario sono riportati a cura della sanità militare gli accertamenti e le cure praticate durante il servizio di leva.

Il libretto è custodito dall'interessato o da chi esercita la potestà o la tutela e può essere richiesto solo dal medico nell'esclusivo interesse della protezione della salute dell'intestatario.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, è approvato il modello del libretto sanitario personale comprendente le indicazioni relative all'eventuale esposizione a rischi in relazione alle condizioni di vita e di lavoro.

Con lo stesso provvedimento sono determinate le modalità per la graduale distribuzione a tutti i cittadini del libretto sanitario, a partire dai nuovi nati.

Con decreto del Ministro della sanità, sentiti il Consiglio sanitario nazionale, le organizzazioni sindacali dei lavoratori dipendenti ed autonomi maggiormente rappresentative e le associazioni dei datori di lavoro, vengono stabiliti i criteri in base ai quali, con le modalità di adozione e di gestione previste dalla contrattazione collettiva, saranno costituiti i registri dei dati ambientali e biostatistici, allo scopo di pervenire ai modelli uniformi per tutto il territorio nazionale.

I dati complessivi derivanti dai suindicati strumenti informativi, facendo comunque salvo il segreto professionale, vengono utilizzati a scopo epidemiologico dall'Istituto superiore di sanità oltre che per l'aggiornamento ed il miglioramento dell'attività sanitaria da parte delle unità sanitarie locali, delle regioni e del Ministero della sanità.

28. (Assistenza farmaceutica). - L'unità sanitaria locale eroga l'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie di cui sono titolari enti pubblici e le farmacie di cui sono titolari i privati, tutte convenzionate secondo i criteri e le modalità di cui agli articoli 43 e 48.

Gli assistiti possono ottenere dalle farmacie di cui al precedente comma, su presentazione di ricetta compilata dal medico curante, la fornitura di preparati galenici e di specialità medicinali compresi nel prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale.

L'unità sanitaria locale, i suoi presidi e servizi, compresi quelli di cui all'articolo 18, e gli istituti ed enti convenzionati di cui ai successivi articoli 41, 42, 43, possono acquistare direttamente le preparazioni farmaceutiche di cui al secondo comma per la distribuzione agli assistiti nelle farmacie di cui sono titolari enti pubblici e per l'impiego negli ospedali, negli ambulatori e in tutti gli altri presidi sanitari. La legge regionale disciplina l'acquisto

di detti medicinali e del restante materiale sanitario da parte delle unità sanitarie locali e dei loro presidi e servizi, nonché il coordinamento dell'attività delle farmacie comunali con i servizi dell'unità sanitaria locale.

29. (Disciplina dei farmaci). - La produzione e la distribuzione dei farmaci devono essere regolate secondo criteri coerenti con gli obiettivi del servizio sanitario nazionale, con la funzione sociale del farmaco e con la prevalente finalità pubblica della produzione.

Con legge dello Stato sono dettate norme:

- a) per la disciplina dell'autorizzazione alla produzione e alla immissione in commercio dei farmaci, per i controlli di qualità e per indirizzare la produzione farmaceutica alle finalità del servizio sanitario nazionale;
- b) per la revisione programmata delle autorizzazioni già concesse per le specialità medicinali in armonia con le norme a tal fine previste dalle direttive della Comunità economica europea;
- c) per la disciplina dei prezzi dei farmaci, mediante una corretta metodologia per la valutazione dei costi;
- d) per la individuazione dei presidi autorizzati e per la definizione delle modalità della sperimentazione clinica precedente l'autorizzazione alla immissione in commercio;
- e) per la brevettabilità dei farmaci;
- f) per definire le caratteristiche e disciplinare la immissione in commercio dei farmaci da banco;
- g) per la regolamentazione del servizio di informazione scientifica sui farmaci e dell'attività degli informatori scientifici;
- h) per la revisione e la pubblicazione periodica della farmacopea ufficiale della Repubblica italiana, in armonia con le norme previste dalla farmacopea europea di cui alla legge del 22 ottobre 1973, n. 752.

30. (Prontuario farmaceutico). - Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, approva con proprio decreto il prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale, previa proposta di un comitato composto:

dal Ministro della sanità, che lo presiede;

dal direttore generale del servizio farmaceutico del Ministero della sanità;

dal direttore dell'Istituto superiore di sanità;

dai direttori dei laboratori di farmacologia e di chimica del farmaco dell'Istituto superiore di sanità;

da sette esperti designati dal Ministro della sanità, scelti fra docenti universitari di farmacologia, di chimica farmaceutica o materie affini, di patologia o clinica medica e fra medici e farmacisti dipendenti o convenzionati con le strutture del servizio sanitario nazionale;

da un rappresentante del Ministero dell'industria, commercio e artigianato;

da due esperti di economia sanitaria designati dal Ministro della sanità, su proposta del Consiglio nazionale delle ricerche;

da cinque esperti della materia designati dalle regioni. Essi vengono scelti dal Presidente del Consiglio dei ministri tra gli esperti designati uno ciascuno dalle regioni, e per quanto concerne la regione Trentino-Alto Adige, uno dalla provincia di Trento e uno dalla provincia di Bolzano.

Il comitato di cui al precedente comma è nominato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, ed è rinnovato ogni tre anni.

Il prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale deve uniformarsi ai principi dell'efficacia terapeutica, dell'economicità del prodotto, della semplicità e chiarezza nella classificazione dell'esclusione dei prodotti da banco.

Il Ministro della sanità provvede entro il 31 dicembre di ogni anno ad aggiornare il prontuario terapeutico con la procedura di cui al primo comma.

Fino all'approvazione del prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale di cui al presente articolo, resta in vigore il prontuario di cui all'articolo 9 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

31. (Pubblicità ed informazione scientifica sui farmaci). - Al servizio sanitario nazionale spettano compiti di informazione scientifica sui farmaci e di controllo sull'attività di informazione scientifica delle imprese titolari delle autorizzazioni alla immissione in commercio di farmaci.

E' vietata ogni forma di propaganda e di pubblicità presso il pubblico dei farmaci sottoposti all'obbligo della presentazione di ricetta medica e comunque di quelli contenuti nel prontuario terapeutico approvato ai sensi dell'articolo 30.

Sino all'entrata in vigore della nuova disciplina generale dei farmaci di cui all'articolo 29, il Ministro della sanità determina con proprio decreto i limiti e le modalità per la propaganda e la pubblicità presso il pubblico dei farmaci diversi da quelli indicati nel precedente comma, tenuto conto degli obiettivi di educazione sanitaria di cui al comma successivo e delle direttive in materia della Comunità economica europea.

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, viste le proposte delle regioni, tenuto conto delle direttive comunitarie e valutate le osservazioni e proposte che perverranno dall'Istituto superiore di sanità e dagli istituti universitari e di ricerca, nonché dall'industria farmaceutica, predispone un programma pluriennale per l'informazione scientifica sui farmaci, finalizzato anche ad iniziative di educazione sanitaria e detta norme per la regolamentazione del predetto servizio e dell'attività degli informatori scientifici.

Nell'ambito del programma di cui al precedente comma, le unità sanitarie locali e le imprese di cui al primo comma, nel rispetto delle proprie competenze, svolgono informazione scientifica sotto il controllo del Ministero della sanità.

Il programma per l'informazione scientifica deve, altresì, prevedere i limiti e le modalità per la fornitura ai medici chirurghi di campioni gratuiti di farmaci.

32. (Funzioni di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria). - Il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni.

La legge regionale stabilisce norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e di polizia veterinaria, ivi comprese quelle già esercitate dagli uffici del medico provinciale e del veterinario provinciale e dagli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili, e disciplina il trasferimento dei beni e del personale relativi.

Nelle medesime materie sono emesse dal presidente della giunta regionale e dal sindaco ordinanze di carattere contingibile ed urgente, con efficacia estesa rispettivamente alla regione o a parte del suo territorio comprendente più comuni e al territorio comunale.

Sono fatte salve in materia di ordinanze, di accertamenti preventivi, di istruttoria o di esecuzione dei relativi provvedimenti le attività di istituto delle forze armate che, nel quadro delle suddette misure sanitarie, ricadono sotto la responsabilità delle competenti autorità.

Sono altresì fatti salvi i poteri degli organi dello Stato preposti in base alle leggi vigenti alla tutela dell'ordine pubblico.

33. (Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori). - Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove, necessiti la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

34. (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale). - La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

35. (Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale). - Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

36. (Termalismo terapeutico). - Le prestazioni idrotermali, limitate al solo aspetto terapeutico, da erogarsi presso gli appositi presidi di servizi di cui al presente articolo, nonché presso aziende termali di enti pubblici e privati, riconosciute ai sensi dell'art. 6, lett. t), e convenzionate ai sensi dell'art. 44 sono garantite nei limiti previsti dal piano sanitario nazionale di cui all'art. 53 e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'art. 3 (10).

La legge regionale promuove la integrazione e la qualificazione sanitaria degli stabilimenti termali pubblici, in particolare nel settore della riabilitazione, e favorisce altresì la valorizzazione sotto il profilo sanitario delle altre aziende termali.

[Gli stabilimenti termali gestiti dall'INPS ai sensi dell'art. 83 del R.D.L. 4 ottobre 1935, n. 1827, convertito con modificazioni, nella L. 6 aprile 1936, n. 1155, per la cura e la prevenzione della invalidità pensionabile in base agli artt. 45 e 81 del citato R.D.L., sono costituiti in presidi e servizi sanitari delle unità sanitarie locali in cui sono ubicati e sono disciplinati a norma dell'art. 18] (11).

Le aziende termali già facenti capo all'EAGT e che saranno assegnate alle regioni, per l'ulteriore destinazione agli enti locali, in base alla procedura prevista dall'art. 113 del D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, e dall'art. 1-quinquies

della L. 21 ottobre 1978, n. 641, sono dichiarate presidi e servizi multizonali delle unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicate.

La destinazione agli enti locali delle attività, patrimoni, pertinenze e personale delle suddette aziende dovrà avvenire entro il 31 dicembre 1979, adottando, in quanto applicabili, le disposizioni di cui ai successivi articoli 65 e 67.

(10) Si ricorda che il D.M. 19 maggio 1986 (G.U. 17 giugno 1986, n. 138) ha approvato lo schema-tipo di convenzione tra le U.S.L. e le aziende termali.

(11) Si ricorda che l'art. 15 della Legge 31 dicembre 1991, n. 412 ha abrogato questo comma

37. (Delega per la disciplina dell'assistenza sanitaria agli italiani all'estero, ai cittadini del comune di Campione d'Italia ed al personale navigante). - Il Governo è delegato ad emanare entro il 31 dicembre 1979, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri degli affari esteri, del lavoro e della previdenza sociale, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, secondo i principi generali della presente legge e con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

a) dovrà essere assicurata attraverso forme di assistenza diretta o indiretta, la tutela della salute dei lavoratori e dei loro familiari aventi diritto, ivi compresi, per i casi d'urgenza, i lavoratori frontalieri, per tutto il periodo di permanenza all'estero connesso alla prestazione di attività lavorativa, qualora tali soggetti non godano di prestazioni assistenziali garantite da leggi locali o tali prestazioni siano palesemente inferiori ai livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3;

b) dovranno essere previste particolari forme e procedure, anche attraverso convenzioni dirette, per l'erogazione dell'assistenza ai dipendenti dello Stato e di enti pubblici, ai loro familiari aventi diritto, nonché ai contrattisti stranieri, che prestino la loro opera presso rappresentanze diplomatiche, uffici consolari, istituzioni scolastiche e culturali ovvero in delegazioni o uffici di enti pubblici oppure in servizio di assistenza tecnica;

c) dovranno essere previste specifiche norme per disciplinare l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani residenti nel comune di Campione d'Italia per gli interventi che, pur compresi fra quelli previsti dal secondo comma dell'articolo 3, non possono essere erogati dall'unità sanitaria locale di cui fa parte il comune, a causa della sua eccezionale collocazione geografica.

Restano salve le norme che disciplinano l'assistenza sanitaria dovuta alle persone aventi diritto all'assistenza stessa in virtù di trattati e accordi internazionali bilaterali o multilaterali di reciprocità sottoscritti dall'Italia, nonché in attuazione della legge 2 maggio 1969, n. 302.

Entro il termine di cui al primo comma il Governo è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri della marina mercantile, dei trasporti, degli affari esteri, un decreto avente valore di legge ordinaria per disciplinare l'erogazione dell'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, secondo i principi generali e con l'osservanza dei criteri direttivi indicati nella presente legge, tenuto conto delle condizioni specifiche di detto personale.

38. (Servizio di assistenza religiosa). - Presso le strutture di ricovero del servizio sanitario nazionale è assicurata l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino.

A tal fine l'unità sanitaria locale provvede per l'ordinamento del servizio di assistenza religiosa cattolica d'intesa con gli ordinari diocesani competenti per territorio; per gli altri culti d'intesa con le rispettive autorità religiose competenti per territorio.

39. (Cliniche universitarie e relative convenzioni). - Fino alla riforma dell'ordinamento universitario e della facoltà di medicina, per i rapporti tra regioni ed università relativamente alle attività del servizio sanitario nazionale, si applicano le disposizioni di cui ai successivi commi.

Al fine di realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive funzioni istituzionali, le regioni e l'università stipulano convenzioni per disciplinare, anche sotto l'aspetto finanziario:

1) l'apporto nel settore assistenziale delle facoltà di medicina alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale;

2) l'utilizzazione da parte delle facoltà di medicina, per esigenze di ricerca e di insegnamento, di idonee strutture delle unità sanitarie locali e l'apporto di queste ultime ai compiti didattici e di ricerca dell'università.

Tali convenzioni una volta definite fanno parte dei piani sanitari regionali di cui al terzo comma dell'articolo 11.

Con tali convenzioni:

a) saranno indicate le strutture delle unità sanitarie locali da utilizzare ai fini didattici e di ricerca, in quanto rispondano ai requisiti di idoneità fissati con decreto interministeriale adottato di concerto tra i Ministri della pubblica istruzione e della sanità;

b) al fine di assicurare il miglior funzionamento dell'attività didattica e di ricerca mediante la completa utilizzazione del personale docente delle facoltà di medicina e l'apporto all'insegnamento di personale ospedaliero laureato e di altro personale laureato e qualificato sul piano didattico, saranno indicate le strutture a direzione universitaria e quelle a direzione ospedaliera alle quali affidare funzioni didattiche integrative di quelle universitarie. Le strutture a direzione ospedaliera cui vengono affidate le suddette funzioni didattiche non possono superare il numero di quelle a direzione universitaria.

Le indicazioni previste nelle lettere a) e b) del precedente comma sono formulate previo parere espresso da una commissione di esperti composta da tre rappresentanti della università e tre rappresentanti della regione.

Le convenzioni devono altresì prevedere:

1) che le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura che sono attualmente gestiti direttamente dall'università, fermo restando il loro autonomo ordinamento, rientrino, per quanto concerne l'attività di assistenza sanitaria, nei piani sanitari nazionali e regionali;

2) che l'istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi per sopravvenute esigenze didattiche e di ricerca che comportino nuovi oneri connessi all'assistenza a carico delle regioni debba essere attuata d'intesa tra regioni ed università.

In caso di mancato accordo tra regioni ed università in ordine alla stipula della convenzione o in ordine alla istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi di cui al comma precedente si applica la procedura di cui all'art. 50, L. 12 febbraio 1968, n. 132, sentiti il Consiglio sanitario nazionale e la 1ª sezione del Consiglio superiore della pubblica istruzione.

Le convenzioni di cui al secondo comma vanno attuate, per quanto concerne la utilizzazione delle strutture assistenziali delle unità sanitarie locali, con specifiche convenzioni, da stipulare tra l'università e l'unità sanitaria locale, che disciplineranno sulla base della legislazione vigente le materie indicate nell'art. 4 del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 129.

Le convenzioni previste dal presente articolo sono stipulate sulla base di schemi tipo da emanare entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, approvati di concerto tra i Ministri della pubblica istruzione e della sanità, sentite le regioni, il Consiglio sanitario nazionale e la 1ª Sezione del Consiglio superiore della pubblica istruzione.

40. (Enti di ricerca e relative convenzioni). - Convenzioni analoghe a quelle previste per le cliniche universitarie, e di cui all'articolo 39 della presente legge, potranno essere stipulate tra le regioni e gli enti di ricerca i cui organi svolgano attività finalizzata agli obiettivi del servizio sanitario nazionale, al fine di disciplinare la erogazione da parte di tali organi di prestazioni sanitarie a livello preventivo, assistenziale e riabilitativo, nonché la utilizzazione del personale degli enti di ricerca secondo i fini della presente legge.

41. (Convenzioni con istituzioni sanitarie riconosciute che erogano assistenza pubblica). - Salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante all'unità sanitaria locale competente per territorio, nulla è innovato alle disposizioni vigenti per quanto concerne il regime giuridico-amministrativo degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera, nonché degli ospedali di cui all'art. 1, L. 26 novembre 1973, n. 817.

Salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante all'unità sanitaria locale competente per territorio, nulla è innovato alla disciplina vigente per quanto concerne l'ospedale Galliera di Genova. Con legge dello Stato entro il 31 dicembre 1979, si provvede al nuovo ordinamento dell'Ordine mauriziano, ai sensi della XIV Disposizione transitoria e finale della Costituzione ed in conformità, sentite le regioni interessate, per quanto attiene all'assistenza ospedaliera, ai principi di cui alla presente legge.

I rapporti delle unità sanitarie locali competenti per territorio con gli istituti, enti ed ospedali di cui al primo comma che abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della L. 12 febbraio 1968, n. 132, nonché l'ospedale Galliera di Genova e con il Sovrano Ordine militare di Malta, sono regolati da apposite convenzioni.

Le convenzioni di cui al terzo comma del presente articolo devono essere stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Le regioni, nell'assicurare la dotazione finanziaria alle unità sanitarie locali, devono tener conto delle convenzioni di cui al presente articolo.

42. (Istituti di ricovero e di cura a carattere scientifico). - Le disposizioni del presente articolo si applicano agli istituti che insieme a prestazioni sanitarie di ricovero e cura svolgono specifiche attività di ricerca scientifica biomedica.

Il riconoscimento del carattere scientifico di detti istituti è effettuato con decreto del Ministro della sanità di intesa con il Ministro della pubblica istruzione, sentite le regioni interessate e il Consiglio sanitario nazionale.

Detti istituti per la parte assistenziale sono considerati presidi ospedalieri multizonali delle unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati.

Nei confronti di detti istituti, per la parte assistenziale, spettano alle regioni le funzioni che esse esercitano nei confronti dei presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali o delle case di cura private a seconda che si tratti di istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico o di istituti aventi personalità giuridica di diritto privato. Continuano ad essere esercitate dai competenti organi dello Stato le funzioni attinenti al regime giuridico-amministrativo degli istituti.

Per gli istituti aventi personalità giuridica di diritto privato sono stipulate dalle regioni convenzioni per assistenza sanitaria, sulla base di schemi tipo approvati dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, che tengano conto della particolarità di detti istituti. I rapporti tra detti istituti e le regioni sono regolati secondo quanto previsto dagli articoli 41, 43 e 44 della presente legge.

Il controllo sulle deliberazioni degli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico, per quanto attiene alle attività assistenziali è esercitato nelle forme indicate dal primo comma dell'articolo 49. L'annullamento delle deliberazioni adottate in deroga alle disposizioni regionali non è consentito ove la deroga sia stata autorizzata con specifico riguardo alle finalità scientifiche dell'istituto, mediante decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della ricerca scientifica.

[Il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge uno o più decreti aventi valore di legge, per disciplinare:

- a) la composizione degli organi di amministrazione degli istituti con personalità giuridica di diritto pubblico, che dovrà prevedere la presenza di rappresentanti delle regioni e delle unità sanitarie locali competenti per territorio;
- b) i sistemi di controllo sugli atti relativi all'attività non assistenziale, sia per gli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico che per quelli aventi personalità giuridica di diritto privato, nel rispetto della loro autonomia;
- c) le procedure per la formazione dei programmi di ricerca biomedica degli istituti di diritto pubblico e le modalità di finanziamento dei programmi stessi, prevedendo in particolare il loro inserimento in piani di ricerca, coordinati a livello nazionale e articolati per settore di ricerca, definiti di intesa tra i Ministri della sanità, della pubblica istruzione e per la ricerca scientifica, sentito il Consiglio sanitario nazionale, anche con riferimento agli obiettivi indicati nel piano sanitario nazionale; con riferimento a detti piani, il Ministro della sanità potrà stipulare apposite convenzioni con gli istituti di diritto privato per l'attuazione dei programmi di ricerca;
- d) la disciplina dello stato giuridico e del trattamento economico del personale degli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico in coerenza con quello del personale del servizio sanitario nazionale] (12).

[Sino all'adozione dei decreti ministeriali di cui ai successivi commi non è consentito il riconoscimento di nuovi istituti di ricovero e cura a carattere scientifico] (12).

[Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, previa verifica dell'attività di ricerca scientifica svolta, sentiti il Consiglio sanitario nazionale e la Commissione composta da 10 deputati e 10 senatori prevista all'art. 79, provvede con proprio decreto al riordino degli istituti di cui al presente articolo in relazione alle finalità e agli obiettivi del servizio sanitario nazionale, confermando o meno gli attuali riconoscimenti] (12).

[Gli istituti a carattere scientifico aventi personalità giuridica di diritto pubblico, ai quali non viene confermato il riconoscimento, perdono la personalità giuridica; con lo stesso decreto di cui al precedente comma i beni, le attrezzature ed il personale, nonché i rapporti giuridici in atto, sono trasferiti ai sensi degli articoli 66 e 68. Ove gli istituti ai quali non è confermato il riconoscimento abbiano personalità giuridica di diritto privato, gli stessi sono disciplinati ai sensi del successivo articolo 43] (12).

(12) Si ricorda che questo comma è stato abrogato dall'art. 8 del Decreto Legislativo 30 giugno 1993, n. 26.

43. (Autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie). - La legge regionale disciplina l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, ivi comprese quelle di cui all'articolo 41, primo comma, che non hanno richiesto di essere classificate ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, su quelle convenzionate di cui all'articolo 26, e sulle aziende termali e definisce le caratteristiche funzionali cui tali istituzioni e aziende devono corrispondere onde assicurare livelli di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali. Restano ferme le funzioni di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 5.

Gli istituti, enti ed ospedali di cui all'articolo 41, primo comma, che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni a carattere privato che abbiano un ordinamento dei servizi ospedalieri corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle unità sanitarie locali, possono ottenere dalla regione, su domanda da presentarsi entro i termini stabiliti con legge regionale, che i loro ospedali, a seconda delle caratteristiche tecniche e specialistiche, siano considerati, ai fini dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, presidi dell'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati, sempre che il piano regionale sanitario preveda i detti presidi. I rapporti dei predetti istituti, enti ed ospedali con le unità sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni.

Le convenzioni di cui al comma precedente devono essere stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e devono prevedere fra l'altro forme e modalità per assicurare l'integrazione dei relativi presidi con quelli delle unità sanitarie locali.

Sino all'emanazione della legge regionale di cui al primo comma rimangono in vigore gli artt. 51, 52 e 53, primo e secondo comma, della L. 12 febbraio 1968, n. 132, e il decreto del Ministro della sanità in data 5 agosto 1977, adottato ai sensi del predetto art. 51 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica del 31 agosto 1977, n. 236, nonché gli artt. 194, 195, 196, 197 e 198 del T.U. delle leggi sanitarie approvato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, intendendosi sostituiti al Ministero della sanità la regione e al medico provinciale e al prefetto il presidente della giunta regionale.

44. (Convenzioni con istituzioni sanitarie). - Il piano sanitario regionale di cui all'articolo 55 accerta la necessità di convenzionare le istituzioni private di cui all'articolo precedente, tenendo conto prioritariamente di quelle già convenzionate.

La legge regionale stabilisce norme per:

a) le convenzioni fra le unità sanitarie locali e le istituzioni private di cui all'articolo precedente, da stipularsi in armonia col piano sanitario regionale e garantendo la erogazione di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali;

b) le convenzioni fra le unità sanitarie locali e le aziende termali di cui all'articolo 36.

Dette convenzioni sono stipulate dalle unità sanitarie locali in conformità a schemi tipo approvati dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Le Convenzioni stipulate a norma del presente articolo dalle unità sanitarie locali competenti per territorio hanno efficacia anche per tutte le altre unità sanitarie locali del territorio nazionale.

45. (Associazioni di volontariato). - E' riconosciuta la funzione delle associazioni di volontariato liberamente costituite aventi la finalità di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del servizio sanitario nazionale.

Tra le associazioni di volontariato di cui al comma precedente sono ricomprese anche le istituzioni a carattere associativo, le cui attività si fondano, a norma di statuto, su prestazioni volontarie e personali dei soci. Dette istituzioni, se attualmente riconosciute come istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), sono escluse dal trasferimento di cui all'art. 25 del D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616.

A tal fine le predette istituzioni avanzano documentata istanza al presidente della giunta regionale che con proprio decreto procede, sentito il consiglio comunale ove ha sede l'istituzione, a dichiarare l'esistenza delle condizioni previste nel comma precedente. Di tale decreto viene data notizia alla commissione di cui al sesto comma dell'art. 25 del D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616.

Sino all'entrata in vigore della legge di riforma dell'assistenza pubblica dette istituzioni restano disciplinate dalla L. 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modifiche e integrazioni.

I rapporti fra le unità sanitarie locali e le associazioni del volontariato ai fini del loro concorso alle attività sanitarie pubbliche sono regolati da apposite convenzioni nell'ambito della programmazione e della legislazione sanitaria regionale (13).

(13) Si ricorda che il D.M. 3 febbraio 1986 (Gazz. Uff. 1° marzo 1986, n. 50) ha approvato approvato lo schema-tipo di convenzione tra unità sanitarie locali ed associazioni di volontariato o società cooperative che svolgono attività riabilitative a favore di soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope.

46. (Mutualità volontaria). - La mutualità volontaria è libera.

E' vietato agli enti, imprese ed aziende pubbliche contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal servizio sanitario nazionale.

Capo IV - Personale

47. (Personale dipendente). - Lo stato giuridico ed economico del personale delle unità sanitarie locali è disciplinato, salvo quanto previsto espressamente dal presente articolo, secondo i principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego.

In relazione a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 13, la gestione amministrativa del personale delle unità sanitarie locali è demandata all'organo di gestione delle stesse, dal quale il suddetto personale dipende sotto il profilo funzionale, disciplinare e retributivo.

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 30 giugno 1979, su proposta del Presidente del Consiglio, di concerto con i Ministri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale, previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare, salvo quanto previsto dall'ottavo comma del presente articolo, lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

- 1) assicurare un unico ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale;
- 2) disciplinare i ruoli del personale sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo;
- 3) definire le tabelle di equiparazione per il personale proveniente dagli enti e dalle amministrazioni le cui funzioni sono trasferite ai comuni per essere esercitate mediante le unità sanitarie locali e provvedere a regolare i trattamenti di previdenza e di quiescenza, compresi gli eventuali trattamenti integrativi di cui all'articolo 14 della legge 20 marzo 1975, n. 70;
- 4) garantire con criteri uniformi il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici e veterinari dipendenti dalle unità sanitarie locali, degli istituti universitari e dei policlinici convenzionati e degli istituti scientifici di ricovero e cura di cui all'articolo 42. Con legge regionale sono stabiliti le modalità e i limiti per l'esercizio di tale attività;
- 5) prevedere misure rivolte a favorire particolarmente per i medici a tempo pieno l'esercizio delle attività didattiche e scientifiche e ad ottenere, su richiesta, il comando per ragioni di aggiornamento tecnico scientifico;
- 6) fissare le modalità per l'aggiornamento obbligatorio professionale del personale;
- 7) prevedere disposizioni per rendere omogeneo il trattamento economico complessivo e per equiparare gli istituti normativi aventi carattere economico del personale sanitario universitario operante nelle strutture convenzionate con quelli del personale delle unità sanitarie locali.

Ai fini di una efficace organizzazione dei servizi delle unità sanitarie locali, le norme delegate di cui al comma precedente, oltre a demandare alla regione il potere di emanare norme per la loro attuazione ai sensi dell'articolo 117, ultimo comma, della Costituzione, dovranno prevedere:

- 1) criteri generali per la istituzione e la gestione da parte di ogni regione di ruoli nominativi regionali del personale del servizio sanitario nazionale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle unità sanitarie locali. Il personale in servizio presso le unità sanitarie locali sarà collocato nei diversi ruoli in rapporto a titoli e criteri fissati con decreto del Ministro della sanità. Tali ruoli hanno valore anche ai fini dei trasferimenti, delle promozioni e dei concorsi;
- 2) criteri generali per i comandi o per i trasferimenti nell'ambito del territorio regionale;
- 3) criteri generali per la regolamentazione, in sede di accordo nazionale unico, della mobilità del personale;
- 4) disposizioni per disciplinare i concorsi pubblici, che devono essere banditi dalla regione su richiesta delle unità sanitarie locali, e per la efficacia delle graduatorie da utilizzare anche ai fini del diritto di scelta i posti messi a concorso;
- 5) disposizioni volte a stabilire che nell'ambito delle singole unità sanitarie locali l'assunzione avviene nella qualifica funzionale e non nel posto.

I decreti delegati di cui al terzo comma del presente articolo prevedono altresì norme riguardanti:

- a) i criteri per la valutazione, anche ai fini di pubblici concorsi, dei servizi e dei titoli di candidati che hanno svolto la loro attività o nelle strutture sanitarie degli enti di cui all'articolo 41 o in quelle convenzionate a norma dell'articolo 43 fatti salvi i diritti acquisiti ai sensi dell'articolo 129 del decreto del Presidente della Repubblica numero 130 del 26 marzo 1969;
- b) la quota massima dei posti vacanti che le regioni possono riservare, per un tempo determinato, a personale in servizio a rapporto di impiego continuativo presso strutture convenzionate che cessino il rapporto convenzionale nonché le modalità ed i criteri per i relativi concorsi;
- c) le modalità ed i criteri per l'immissione nei ruoli regionali di cui al n. 1) del precedente comma, previo concorso riservato, del personale non di ruolo addetto esclusivamente e, in modo continuativo, ai servizi sanitari in data non successiva al 30 giugno 1978 ed in servizio all'atto dell'entrata in vigore della presente legge presso regioni, comuni, province, loro consorzi e istituzioni ospedaliere pubbliche.

Le unità sanitarie locali, per l'attuazione del proprio programma di attività e in relazione a comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca, previa autorizzazione della regione, individuano le strutture, le divisioni ed i servizi cui devono essere addetti sanitari a tempo pieno e prescrivono, anche in carenza della specifica richiesta degli interessati, a singoli sanitari delle predette strutture, divisioni e servizi, la prestazione del servizio a tempo pieno.

In riferimento al comma precedente, i relativi bandi di concorso per posti vacanti prescrivono il rapporto di lavoro a tempo pieno.

Il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del rapporto di impiego di tutto il personale sono disciplinati mediante accordo nazionale unico, di durata triennale, stipulato tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale delle categorie interessate. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti, è costituita rispettivamente: da un rappresentante della Presidenza del Consiglio dei ministri e dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri. I competenti organi locali adottano entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

E' fatto divieto di concedere al personale delle unità sanitarie locali compensi, indennità o assegni di qualsiasi genere e natura che modifichino direttamente o indirettamente il trattamento economico previsto dal decreto di cui al precedente comma. Allo scopo di garantire la parificazione delle lingue italiana e tedesca nel servizio sanitario, è fatta salva l'indennità di bilinguismo in provincia di Bolzano. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma sono nulli di diritto e comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Il Ministero della difesa può stipulare convenzioni con le unità sanitarie locali per prestazioni professionali presso la organizzazione sanitaria militare da parte del personale delle unità sanitarie locali nei limiti di orario previsto per detto personale.

48. (Personale a rapporto convenzionale). - L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri. I competenti organi locali adottano entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

- 1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati di ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;
- 2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti, convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;
- 3) l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;
- 4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;
- 5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata alla unità sanitaria locale;
- 6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);
- 7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;
- 8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;
- 9) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;
- 10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;
- 11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;
- 12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;
- 13) la collaborazione dei medici per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'articolo 28.

E' nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

E' altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione

nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti di cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla Gazzetta Ufficiale del 28 ottobre 1976, n. 289.

Capo V - Controlli, contabilità e finanziamento

49. (Controlli sulle unità sanitarie locali). - Il controllo sugli atti delle unità sanitarie locali è esercitato, in unica sede, dai comitati regionali di controllo di cui all'art. 55, L. 10 febbraio 1953, n. 62, integrati da un esperto in materia sanitaria designato dal Consiglio regionale e da un rappresentante del Ministero del tesoro nelle forme previste dagli artt. 59 e seguenti della medesima legge (14).

I provvedimenti vincolati della unità sanitaria locale attinenti allo stato giuridico e al trattamento economico del personale dipendente indicati nell'art. 10, secondo comma, del D.P.R. 30 giugno 1972, n. 748, sono adottati dal coordinatore amministrativo dell'ufficio di direzione e trasmessi al comitato di gestione e al collegio dei revisori. Detti provvedimenti non sono assoggettati al controllo del comitato regionale di controllo (15).

Il comitato di gestione, d'ufficio o su segnalazione del collegio dei revisori, nell'esercizio del potere di autotutela può entro 20 giorni dal ricevimento, annullare o riformare i provvedimenti indicati al comma precedente (15).

Gli atti delle unità sanitarie locali sono nulli di diritto se per la relativa spesa non è indicata idonea copertura finanziaria (14) (16).

Le modificazioni apportate in sede di riordinamento delle autonomie locali alla materia dei controlli sugli atti e sugli organi dei comuni e delle province s'intendono automaticamente estese ai controlli sulle unità sanitarie locali.

I controlli di cui ai commi precedenti per le regioni a statuto speciale per le province autonome di Trento e di Bolzano si esercitano nelle forme previste dai rispettivi statuti.

I comuni singoli o associati e le comunità montane presentano annualmente, in base ai criteri e principi uniformi predisposti dalle regioni, allegata al bilancio delle unità sanitarie locali, una relazione al presidente della giunta regionale sui livelli assistenziali raggiunti e sulle esigenze che si sono manifestate nel corso dell'esercizio.

Il presidente della giunta regionale presenta annualmente al consiglio regionale una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, con allegata la situazione contabile degli impegni assunti sulla quota assegnata alla regione degli stanziamenti per il servizio sanitario nazionale. Tale relazione deve essere trasmessa ai Ministri della sanità, del tesoro e del lavoro e della previdenza sociale, con allegato un riepilogo dei conti consuntivi, per singole voci, delle unità sanitarie locali.

(14) Per effetto dell'art. 13, L. 26 aprile 1982, n. 181. Gli attuali commi primo e secondo così sostituiscono l'originario comma primo

(15) Si ricorda che il comma è stato aggiunto dall'art. 16, D.L. 12 settembre 1983, n. 463.

(16) Comma così sostituito dall'art. 17, L. 22 dicembre 1984, n. 887

50. (Norme di contabilità). - Entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge le regioni provvedono con legge a disciplinare l'utilizzazione del patrimonio e la contabilità delle unità sanitarie locali in conformità ai seguenti principi:

- 1) la disciplina amministrativo-contabile delle gestioni deve risultare corrispondente ai principi della contabilità pubblica previsti dalla legislazione vigente;
- 2) i competenti organi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane interessati cureranno l'effettuazione di periodiche verifiche di cassa, con ritmo almeno bimestrale, al fine dell'accertamento di eventuali disavanzi da comunicare immediatamente ai sindaci o al presidente della comunità competenti per l'adozione dei provvedimenti di cui all'ultimo comma del presente articolo;
- 3) i bilanci devono recare analitiche previsioni tanto in termini di competenza quanto in termini di cassa;
- 4) i predetti bilanci, in cui saranno distinte le gestioni autonome e le contabilità speciali, devono essere strutturati su base economica;
- 5) i conti consuntivi devono contenere una compiuta dimostrazione, oltre che dei risultati finanziari, di quelli economici e patrimoniali delle gestioni;
- 6) le risultanze complessive delle previsioni di entrata e di spesa nonché dei conti consuntivi delle unità sanitarie locali, devono essere iscritte rispettivamente nel bilancio di previsione e nel conto consuntivo dei comuni singoli o associati o delle comunità montane. I bilanci di previsione e i conti consuntivi delle unità sanitarie locali debbono essere allegati alle contabilità degli enti territoriali cui si riferiscono;
- 7) gli stanziamenti iscritti in entrata ed in uscita dei bilanci comunali o delle comunità montane per i compiti delle unità sanitarie locali debbono comprendere i relativi affidamenti regionali che non possono essere utilizzati in alcun caso per altre finalità;
- 8) i contratti di fornitura non possono essere stipulati con dilazioni di pagamento superiore a 90 giorni;

9) alle unità sanitarie locali è vietato, anche attraverso i comuni, il ricorso a qualsiasi forma di indebitamento salvo anticipazioni mensili da parte del tesoriere pari a un dodicesimo dello scoperto autorizzato;

10) l'obbligo di prevedere, nell'ordinamento contabile delle unità sanitarie locali, l'adeguamento della classificazione economica e funzionale della spesa, della denominazione dei capitoli delle entrate e delle spese nonché dei relativi codici, ai criteri stabiliti con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro del tesoro di concerto con il Ministro della sanità, sentita la commissione interregionale di cui all'art 13 L. 16 maggio 1970, n. 281, da emanarsi entro il 30 giugno 1980. Fino all'emanazione del predetto decreto del Presidente della Repubblica, l'ordinamento contabile delle unità sanitarie locali, per quanto attiene al presente obbligo, dovrà essere conforme ai criteri contenuti nelle leggi di bilancio e di contabilità delle rispettive regioni di appartenenza (17).

Le unità sanitarie locali debbono fornire alle regioni rendiconti trimestrali, entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di scadenza del trimestre, in cui si dia conto dell'avanzo o disavanzo di cassa nonché dei debiti e crediti dei bilanci già accertati alla data della resa del conto anzidetto, dettagliando gli eventuali impedimenti obiettivi per cui, decorso il termine di cui al n. 8) del primo comma non sono stati effettuati pagamenti per forniture. Nei casi di inosservanza del termine suindicato, le regioni sono tenute a provvedere all'acquisizione dei rendiconti stessi, entro i successivi 30 giorni (18).

La regione a sua volta fornirà gli stessi dati ai Ministeri della sanità e del tesoro secondo un modello di rilevazione contabile delle spese del servizio sanitario nazionale impostato uniformemente nell'ambito dell'indirizzo e coordinamento governativo.

Ove dalla comunicazione di cui al numero 2) del primo comma, ovvero dalla rendicontazione trimestrale prevista dal secondo comma del presente articolo, risulti che la gestione manifesta un disavanzo complessivo, e ciò anche avendo riguardo ai debiti e crediti di bilancio, i comuni, singoli o associati, le comunità montane sono tenuti a convocare nel termine di 30 giorni i rispettivi organi deliberanti al fine di adottare i provvedimenti necessari a riportare in equilibrio il conto di gestione della unità sanitaria locale.

(17) Numero aggiunto dall'art. 9, D.L. 30 dicembre 1979, n. 663.

(18) Frase aggiunta dall'art. 10, D.L. 30 dicembre 1979, n. 663.

51. (Finanziamento del servizio sanitario nazionale). - Il fondo sanitario nazionale destinato al finanziamento del servizio sanitario nazionale è annualmente determinato con la legge di cui al successivo articolo 53. Gli importi relativi devono risultare stanziati in distinti capitoli della parte corrente e della parte in conto capitale da iscriversi, rispettivamente, negli stati di previsione della spesa del Ministero del tesoro, del Ministero del bilancio e della programmazione economica (19).

Le somme stanziata a norma del precedente comma vengono ripartite con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) tra tutte le regioni, comprese quelle a statuto speciale, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, tenuto conto delle indicazioni contenute nei piani sanitari nazionali e regionali e sulla base di indici e di standards distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale. Tali indici e standards devono tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'art. 3 in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le regioni. Per la ripartizione della spesa in conto capitale si applica quanto disposto dall'art. 43, D.P.R. 30 giugno 1967, n. 1523, prorogato dall'art. 7, L. 6 ottobre 1971, n. 853.

All'inizio di ciascun trimestre, il Ministro del tesoro ed il Ministro del bilancio e della programmazione economica, ciascuno per la parte di sua competenza, trasferiscono alle regioni le quote loro assegnate ai sensi del presente articolo.

In caso di mancato o ritardato invio ai Ministri della sanità e del tesoro, da parte della regione, dei dati di cui al terzo comma del precedente articolo 50, le quote di cui al precedente comma vengono trasferite alla regione in misura uguale alle corrispondenti quote dell'esercizio precedente (20).

Le regioni, sulla base di parametri numerici da determinarsi, sentiti i comuni, con legge regionale ed intesi ad unificare il livello delle prestazioni sanitarie, provvedono a ripartire tra le unità sanitarie locali la quota loro assegnata per il finanziamento delle spese correnti, riservandone un'aliquota non superiore al 5 per cento per interventi imprevisti. Tali parametri devono garantire gradualmente livelli di prestazioni uniformi nell'intero territorio regionale. Per il riparto della quota loro assegnata per il finanziamento delle spese in conto capitale, le regioni provvedono sulla base delle indicazioni formulate dal piano sanitario nazionale.

Con provvedimento regionale all'inizio di ciascun trimestre, è trasferita alle unità sanitarie locali, tenendo conto dei presidi e servizi di cui all'articolo 18, la quota ad esse spettante secondo il piano sanitario regionale.

Gli amministratori e i responsabili dell'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale sono responsabili in solido delle spese disposte od autorizzate in eccedenza alla quota di dotazione loro attribuita, salvo che esse non siano determinate da esigenze obiettive di carattere locale da collegare a fattori straordinari di morbilità accertati dagli organi sanitari della regione e finanziabili con la riserva di cui al quarto comma.

(19) Si ricorda che il comma è stato così sostituito dall'art. 1, L. 23 ottobre 1985, n. 595.

(20) Si ricorda che il comma è stato inserito dall'art. 6, L. 7 agosto 1982, n. 526.

52. (Finanziamento per l'esercizio finanziario 1979). - Per l'esercizio finanziario 1979 l'importo del fondo sanitario nazionale, parte corrente, da iscriverne nel bilancio dello Stato è determinato, con riferimento alle spese effettivamente sostenute nel 1977 dallo Stato, dalle regioni, dalle province, dai comuni e loro consorzi, dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome, estinti e posti in liquidazione ai sensi dell'art. 12-bis, D.L. 8 luglio 1974, n. 264, come modificato dalla legge di conversione 17 agosto 1974, n. 386, e da ogni altro ente pubblico previsto dalla presente legge, per l'esercizio delle funzioni attribuite al servizio sanitario nazionale.

Ai fini della determinazione del fondo sanitario nazionale per l'esercizio 1979, sulle spese impegnate nel 1977 vengono riconosciute in aumento:

- a) le maggiorazioni derivanti dall'applicazione delle norme contrattuali, regolamentari o legislative vigenti per quanto riguarda la spesa del personale, compreso quello il cui rapporto è regolato da convenzioni;
- b) la maggiorazione del 7 per cento delle spese impegnate per la fornitura di beni e servizi per ciascuno degli anni 1978 e 1979;
- c) le maggiorazioni derivanti dalle rate di ammortamento dei mutui regolarmente contratti negli anni 1978 e precedenti e non compresi negli impegni dell'anno 1977.

Fatte salve le necessità finanziarie degli organi centrali del servizio sanitario nazionale e degli enti pubblici di cui al primo comma, alla ripartizione del fondo fra le regioni si provvede per l'esercizio 1979, anche in deroga al disposto dell'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, con decreto del Ministro del tesoro di concerto con il Ministro della sanità, assumendo come riferimento la spesa rilevata nelle singole regioni, secondo quanto è previsto dal presente articolo, maggiorata in base alle disposizioni di cui al precedente comma.

Le regioni, tenuto conto di quanto disposto dal terzo comma dell'art. 61 e sulla base degli atti ricognitivi previsti dall'art. 7, L. 4 agosto 1978, n. 461, assicurano, con periodicità trimestrale i necessari mezzi finanziari agli enti che nel territorio regionale esercitano le funzioni del servizio sanitario nazionale fino all'effettivo trasferimento delle stesse alle unità sanitarie locali.

Agli enti medesimi si applicano anche, nel periodo considerato, le disposizioni di cui ai numeri 8) e 9) del primo comma dell'art. 50.

Gli enti e le regioni, per la parte di rispettiva competenza, sono tenuti agli adempimenti di cui ai commi secondo e terzo dell'art. 50.

Ove dai rendiconti trimestrali risulti che la gestione manifesti un disavanzo rispetto al piano economico contabile preso a base per il finanziamento dell'ente, la regione indica tempestivamente i provvedimenti necessari a riportare in equilibrio il conto di gestione.

TITOLO II

Procedure di programmazione e di attuazione del servizio sanitario nazionale

53. (Piano sanitario nazionale). - Le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio sanitario nazionale sono stabilite con il piano sanitario nazionale in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel Paese, particolarmente nelle regioni meridionali (21).

Il piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale (21).

Il piano sanitario nazionale è sottoposto dal Governo al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo (21).

Contestualmente alla trasmissione da parte del Governo al Parlamento del piano sanitario nazionale, il Governo presenta al Parlamento il disegno di legge contenente sia le disposizioni precettive ai fini della applicazione del piano sanitario nazionale, sia le norme per il finanziamento pluriennale del servizio sanitario nazionale, rapportate alla durata del piano stesso, con specifica indicazione degli importi da assegnare al fondo sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 51 della presente legge e dei criteri di ripartizione alle regioni (21).

Il Parlamento esamina ed approva contestualmente il piano sanitario nazionale, le norme precettive di applicazione e le norme di finanziamento pluriennale (21).

Il Governo adotta i conseguenti atti di indirizzo e coordinamento, sentito il Consiglio sanitario nazionale, il cui parere si intende positivo se non espresso entro sessanta giorni dalla richiesta (22).

Il piano sanitario nazionale ha di norma durata triennale e può essere modificato nel corso del triennio con il rispetto delle modalità di cui al presente articolo (22).

Il piano sanitario nazionale, le disposizioni precettive e le norme finanziarie pluriennali di cui al precedente quinto comma sono approvati e trasmessi dal Governo al Parlamento nel corso dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, in tempo utile per consentirne l'approvazione entro il 10 settembre dell'anno stesso (22).

Le regioni predispongono e approvano i propri piani sanitari regionali entro il successivo mese di novembre (22).

Il piano sanitario nazionale stabilisce per il periodo della sua durata:

- a) gli obiettivi da realizzare nel triennio con riferimento a quanto disposto dall'articolo 2;
- b) [l'importo del fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51, da iscriverne annualmente nel bilancio dello Stato] (23);
- c) gli indici e gli standards nazionali da assumere per la ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le regioni, al fine di realizzare in tutto il territorio nazionale un'equilibrata organizzazione dei servizi, anche attraverso una destinazione delle risorse per settori fondamentali di intervento, con limiti differenziati per gruppi di spese correnti

e per gli investimenti, prevedendo in particolare gli indici nazionale e regionali relativi ai posti letto e la ripartizione quantitativa degli stessi. Quanto agli investimenti il piano deve prevedere che essi siano destinati alle regioni nelle quali la dotazione di posti letto e gli altri presidi e strutture sanitarie risulti inferiore agli indici normali indicati dal piano stesso. Ai fini della valutazione della priorità di investimento il piano tiene conto anche delle disponibilità, nelle varie regioni, di posti letto, presidi e strutture sanitarie di istituzioni convenzionate. Il piano prevede inoltre la sospensione di ogni investimento (se non per completamenti e ristrutturazioni dimostrate assolutamente urgenti ed indispensabili) nelle regioni la cui dotazione di posti letto e di altri presidi e strutture sanitarie raggiunge o supera i suddetti indici;

d) gli indirizzi ai quali devono uniformarsi le regioni nella ripartizione della quota regionale ad esse assegnata fra le unità sanitarie locali;

e) i criteri e gli indirizzi ai quali deve riferirsi la legislazione regionale per la organizzazione dei servizi fondamentali previsti dalla presente legge e per gli organici del personale addetto al servizio sanitario nazionale;

f) le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie nonché le fasi o le modalità della graduale unificazione delle stesse e del corrispondente adeguamento, salvo provvedimenti di fiscalizzazione dei contributi assicurativi;

g) gli indirizzi ai quali devono riferirsi i piani regionali di cui al successivo articolo 55, ai fini di una coordinata e uniforme realizzazione degli obiettivi di cui alla precedente lettera a);

h) gli obiettivi fondamentali relativi alla formazione e all'aggiornamento del personale addetto al servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alle funzioni tecnico-professionali, organizzative e gestionali e alle necessità quantitative dello stesso;

i) le procedure e le modalità per verifiche periodiche dello stato di attuazione del piano e della sua idoneità a perseguire gli obiettivi che sono stati previsti;

l) le esigenze prioritarie del servizio sanitario nazionale in ordine alla ricerca biomedica e ad altri settori attinenti alla tutela della salute.

[Ai fini della programmazione sanitaria, il Ministro della sanità è autorizzato ad avvalersi di un gruppo di persone particolarmente competenti in materia economica e sanitaria, per la formulazione delle analisi tecniche, economiche e sanitarie necessarie alla predisposizione del piano sanitario nazionale] (24).

[La remunerazione delle persone di cui al comma precedente è stabilita dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, con il decreto di conferimento dell'incarico. Agli oneri finanziari relativi si fa fronte con apposito capitolo da istituirsi nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità] (24).

(21) Si ricorda che per effetto dell'art. 1, L. 23 ottobre 1985, n. 595 gli attuali commi dal primo al nono così sostituiscono i primi quattro commi.

(22) Si ricorda che per effetto dell'art. 1, L. 23 ottobre 1985, n. 595 gli attuali commi dal primo al nono così sostituiscono i primi quattro commi.

(23) Si ricorda che l'art. 1, L. 23 ottobre 1985, n. 595, ha abrogato questa lettera abrogata

(24) Si ricorda che il comma è stato abrogato dall'art. 6, D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 266.

54. (Primo piano sanitario nazionale). - Il piano sanitario nazionale per il triennio 1980-1982 deve essere presentato al Parlamento entro il 30 aprile 1979.

Fino all'approvazione del piano sanitario nazionale è vietato disporre investimenti per nuove strutture immobiliari e per nuovi impianti di presidi sanitari (25).

Particolari, motivate deroghe, possono essere consentite, su richiesta delle regioni, con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale (26).

(25) Si ricorda che il comma è stato aggiunto aggiunto dall'art. 13, D.L. 30 dicembre 1979, n. 663.

(26) Si ricorda che il comma è stato aggiunto dall'art. 5, D.L. 30 aprile 1981, n. 168.

55. (Piani sanitari regionali). - Le regioni provvedono all'attuazione del servizio sanitario nazionale in base ai piani sanitari triennali, coincidenti con il triennio del piano sanitario nazionale, finalizzati alla eliminazione degli squilibri esistenti nei servizi e nelle prestazioni nel territorio regionale.

I piani sanitari triennali delle regioni, che devono uniformarsi ai contenuti ed agli indirizzi del piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53 e riferirsi agli obiettivi del programma regionale di sviluppo, sono predisposti dalla giunta regionale, secondo la procedura prevista nei rispettivi statuti per quanto attiene alla consultazione degli enti locali e delle altre istituzioni ed organizzazioni interessate. I piani sanitari triennali delle regioni sono approvati con legge regionale almeno 120 giorni prima della scadenza di ogni triennio.

Ai contenuti ed agli indirizzi del piano regionale debbono uniformarsi gli atti e provvedimenti emanati dalle regioni.

56. (Primi piani sanitari regionali). - Per il triennio 1980-1982 i singoli piani sanitari regionali sono predisposti ed approvati entro il 30 ottobre 1979 e devono fra l'altro prevedere:

a) l'importo delle quote da iscrivere per ogni anno del triennio nel bilancio della regione con riferimento alle indicazioni del piano sanitario nazionale;

b) le modalità per attuare, nelle unità sanitarie locali della regione, l'unificazione delle prestazioni sanitarie secondo quanto previsto dal quarto comma, lettera f), dell'articolo 53;

c) gli indirizzi ai quali devono riferirsi gli organi di gestione delle unità sanitarie locali nella fase di avvio del servizio sanitario nazionale.

57. (Unificazione dei livelli delle prestazioni sanitarie). - Con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale, da emanarsi in conformità a quanto previsto dal piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53, sono gradualmente unificate, nei tempi e nei modi stabiliti dal piano stesso, le prestazioni sanitarie già erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome degli enti previdenziali.

Con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con i Ministri del tesoro e della sanità, ed anche in conformità a quanto previsto dalla lettera f), quarto comma dell'articolo 53, si provvede a disciplinare l'adeguamento della partecipazione contributiva degli assistiti nonché le modalità e i tempi di tale partecipazione in funzione della soppressione delle strutture mutualistiche di cui al primo comma del presente articolo.

Sono comunque fatte salve le prestazioni sanitarie specifiche, preventive, ortopediche e protesiche, erogate, ai sensi delle leggi e dei regolamenti vigenti, a favore degli invalidi per causa di guerra e di servizio dei ciechi, dei sordomuti e degli invalidi civili.

Nulla è innovato alle disposizioni del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza sanitaria curativa e riabilitativa, che devono essere garantite, a prescindere dalla iscrizione di cui al terzo comma dell'articolo 19 della presente legge, agli invalidi del lavoro, ferma restando, altresì, l'esclusione di qualunque concorso di questi ultimi al pagamento delle prestazioni sanitarie. Con legge regionale è disciplinato il coordinamento, anche mediante convenzioni, fra l'erogazione delle anzidette prestazioni e gli interventi sanitari che gli enti previdenziali gestori dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali pongono in essere, in favore degli infortunati e tecnopatici, per realizzare le finalità medico-legali di cui all'articolo 75 della presente legge.

58. (Servizio epidemiologico e statistico). - Nel piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53 sono previsti specifici programmi di attività per la rilevazione e la gestione delle informazioni epidemiologiche, statistiche e finanziarie occorrenti per la programmazione sanitaria nazionale e regionale e per la gestione dei servizi sanitari.

I programmi di attività, per quanto attiene alle competenze attribuitegli dal precedente articolo 27, sono attuati dall'Istituto superiore di sanità.

Le regioni, nell'ambito dei programmi di cui al primo comma, provvedono ai servizi di informatica che devono essere organizzati tenendo conto delle articolazioni del servizio sanitario nazionale.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono dettate norme per i criteri in ordine alla scelta dei campioni di rilevazione e per la standardizzazione e comparazione dei dati sul piano nazionale e regionale.

59. (Riordinamento del Ministero della sanità). - [Con legge dello Stato, entro il 30 giugno 1979, si provvede al riordinamento del Ministero della sanità, che dovrà essere strutturato per l'attuazione dei compiti che gli sono assegnati dalla presente legge, in osservanza dei criteri generali e dei principi direttivi in essa indicati ed in stretta correlazione con le funzioni che nell'ambito del servizio sanitario nazionale debbono essere esercitate dal Ministero medesimo. In sede di riordinamento del Ministero della sanità, sarà stabilita la dotazione organica degli uffici per il funzionamento del Consiglio sanitario nazionale.

Con la stessa legge sono rideterminate le attribuzioni e le modalità per la composizione del Consiglio superiore della sanità, con riferimento esclusivo alla natura di organo consultivo tecnico del Ministro della sanità e in funzione dei compiti assunti dal Ministero della sanità nell'ambito del servizio sanitario nazionale.

In attesa della legge di cui al primo comma, il Ministro della sanità, con proprio decreto, costituisce, in via provvisoria, l'ufficio centrale della programmazione sanitaria, in relazione alle esigenze di cui all'articolo 53, e l'ufficio per l'attuazione della presente legge con compiti di studio e predisposizione dei provvedimenti legislativi ed amministrativi connessi alla istituzione del servizio sanitario nazionale, e provvede a definire gli ambiti funzionali dei nuovi uffici apportando le necessarie modifiche anche a quelli delle attuali direzioni generali. Ai predetti uffici ed al segretariato del Consiglio sanitario nazionale sono preposti funzionari con qualifica di dirigente generale. I posti previsti nella tabella XIX quadro A, allegata al D.P.R. 30 giugno 1972, n. 48, sono aumentati di tre unità.

Per le esigenze degli uffici di cui al terzo comma, la dotazione organica dei primi dirigenti, con funzioni di vice consigliere ministeriale, di cui al quadro B della richiamata tabella XIX, è elevata di dieci unità. Alla copertura dei posti complessivamente vacanti nella qualifica di primo dirigente si provvede ai sensi dell'articolo 1 della L. 30 settembre 1978, n. 583] (27).

(27) Si ricorda che l'articolo è stato abrogato dall'art. 10, D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 266.

60. (Costituzione del Consiglio sanitario nazionale). - Entro 45 giorni dall'entrata in vigore della presente legge è costituito il Consiglio sanitario nazionale di cui all'articolo 8.

Il Consiglio sanitario nazionale, a partire dalla data del suo insediamento e fino alla conclusione delle operazioni di liquidazione degli enti e gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, assume i compiti attribuiti al comitato centrale di cui all'art. 4, L. 29 giugno 1977, n. 349.

Fino all'adozione dei provvedimenti di cui all'ultimo comma dell'articolo 61 sono prorogati i compiti e i poteri affidati ai commissari liquidatori dagli articoli 3 e 7, L. 29 giugno 1977, n. 349.

Alle sedute del Consiglio sanitario nazionale convocate per l'esercizio dei compiti di cui al secondo comma partecipano con voto consultivo i cinque commissari liquidatori designati dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale ed i cinque membri proposti dal CNEL di cui al secondo comma dell'art. 4, L. 29 giugno 1977, n. 349.

Per l'assolvimento dei propri compiti il Consiglio sanitario nazionale si avvale, sino al riordinamento del Ministero della sanità di cui al precedente art. 59, dell'esistente segreteria del comitato centrale di cui all'art. 4, L. 29 giugno 1977, n. 349.

61. (Costituzione delle unità sanitarie locali). - Le regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge e secondo le norme di cui al precedente Titolo I, individuano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, ne disciplinano i compiti, la struttura, la gestione, l'organizzazione, il funzionamento e stabiliscono i criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti sanitari di base.

Con provvedimento da adottare entro il 31 dicembre 1979 secondo le norme dei rispettivi statuti le regioni costituiscono le unità sanitarie locali.

Le regioni, con lo stesso provvedimento di cui al comma precedente, adottano disposizioni:

a) per il graduale trasferimento ai comuni, perché siano attribuiti alle unità sanitarie locali, delle funzioni, dei beni e delle attrezzature di cui sono attualmente titolari gli enti o gli uffici di cui, a norma della presente legge, vengano a cessare i compiti nelle materie proprie del servizio sanitario nazionale;

b) per l'utilizzazione presso i servizi delle unità sanitarie locali del personale già dipendente dagli enti od uffici di cui alla precedente lettera a) che a norma della presente legge, è destinato alle unità sanitarie locali, nonché per il trasferimento del personale medesimo dopo la definizione degli organici secondo quanto disposto nei provvedimenti assunti in attuazione di quanto previsto dal penultimo comma, punto 4 del precedente articolo 15;

c) per la gestione finanziaria dei servizi di cui alla precedente lettera a) a partire dalla data di costituzione delle unità sanitarie locali, con l'obbligo di fissare i limiti massimi di spesa consentiti per le attribuzioni del personale e per l'acquisto di beni e servizi e di prevedere periodici controlli della spesa e le responsabilità in ordine alla stessa.

Fino a quando non sarà stato emanato il provvedimento di cui al secondo comma del presente articolo, la tutela sanitaria delle attività sportive nelle regioni che non abbiano emanato proprie norme in materia, continuerà ad essere assicurata, con l'osservanza dei principi generali contenuti nella legge 26 ottobre 1971, n. 1099 e delle normative stabilite dalle singole federazioni sportive riconosciute dal CONI, secondo i propri regolamenti.

62. (Riordinamento delle norme in materia di profilassi internazionali e di malattie infettive e diffusive). - Il Governo, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio di Stato, è autorizzato, nel rispetto dei principi stabiliti dalla presente legge, a modificare, integrare, coordinare e riunire in testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale, ivi compresa la zooprofilassi e di malattie infettive e diffusive, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, e le altre norme specifiche, tenendo conto dei principi, delle disposizioni e delle competenze previsti dalla presente legge. Sino all'emanazione del predetto testo unico, si applicano in quanto non in contrasto con le disposizioni della presente legge, le norme del testo unico delle leggi sanitarie approvato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni ed integrazioni, nonché le altre disposizioni vigenti in materia.

63. (Assicurazione obbligatoria). - A decorrere dal 1° gennaio 1980 l'assicurazione contro le malattie è obbligatoria per tutti i cittadini.

I cittadini che, secondo le leggi vigenti, non sono tenuti all'iscrizione ad un istituto mutualistico di natura pubblica sono assicurati presso il servizio sanitario nazionale nel limite delle prestazioni sanitarie erogate agli assicurati del disciolto INAM.

A partire dalla data di cui al primo comma i cittadini di cui al comma precedente soggetti all'obbligo della presentazione della dichiarazione dei redditi ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), sono tenuti a versare annualmente un contributo per l'assistenza di malattia, secondo le modalità di cui ai commi seguenti, valido anche per i familiari che si trovino nelle condizioni indicate nel precedente comma. Gli adempimenti per la riscossione ed il recupero in via giudiziale della quota di cui al precedente comma sono affidati all'INPS che vi provvederà secondo le norme e le procedure che saranno stabilite con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale e del Ministro delle finanze. Con lo stesso decreto sarà stabilita la procedura di segnalazione all'INPS dei soggetti tenuti al pagamento. Per il mancato versamento o per l'omessa od infedele denuncia dei dati indicati nel decreto di cui al comma precedente si applicano le sanzioni previste per i datori di lavoro soggetti alle procedure di cui al D.M. 5 febbraio 1969 (28).

Il contributo dovuto dai cittadini italiani all'estero anche se non soggetti all'obbligo della predetta dichiarazione dei redditi è disciplinato dal decreto di cui all'art. 37 della presente legge (28).

Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro il 30 ottobre di ogni anno di concerto con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale, è stabilita la quota annuale da porre a carico degli interessati per

l'anno successivo. Detta quota è calcolata tenendo conto delle variazioni previste nel costo medio procapite dell'anno precedente per le prestazioni sanitarie di cui al secondo comma (29).

[Gli interessati verseranno la quota di cui al precedente comma mediante accreditamento in conto corrente postale intestato alla sezione di tesoreria provinciale di Roma con imputazione ad apposito capitolo da istituirsi nello stato di previsione dell'entrata del bilancio dello Stato] (30).

[Con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro delle finanze, saranno stabilite le modalità di accertamento di soggetti tenuti al pagamento in collegamento con la dichiarazione dei redditi, nonché i tempi ed i controlli relativi ai versamenti di cui al precedente comma] (30).

Per il mancato versamento o per omessa o infedele dichiarazione, si applicano le sanzioni previste per tali casi nel titolo V del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600.

(28) Si ricorda che, per effetto dell'art. 15, D.L. 1° luglio 1980, n. 285, gli attuali commi terzo e quarto così sostituiscono l'originario terzo comma

(29) Si ricorda che il comma è stato così modificato dall'art. 15, D.L. 1° luglio 1980, n. 285.

(30) Si ricorda che il comma è stato soppresso dall'art. 15, D.L. 1° luglio 1980, n. 285.

TITOLO III

Norme transitorie e finali

(omissis)

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 23 dicembre 2016, n. U00395

Adozione del documento tecnico inerente "Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità", redatto ed approvato dal Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico Parti a Domicilio ed in Casa di Maternità, istituito con Det. n. G09667 del 4/8/2015 e Det. n. G11586 del 28/9/2015.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

OGGETTO: Adozione del documento tecnico inerente “Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità”, redatto ed approvato dal Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico Parti a Domicilio ed in Casa di Maternità, istituito con Det. n. G09667 del 4/8/2015 e Det. n. G11586 del 28/9/2015.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTO la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modifiche ed integrazioni concernente la “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 concernente il “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Giunta della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad Acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti dal Piano di Rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario;

DATO ATTO che con delibera del Consiglio dei Ministri del 1.12.2014 l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato Sub Commissario nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21.3.2013;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 723 del 14 dicembre 2015 con la quale è stato conferito al dott. Vincenzo Panella l'incarico di Direttore della Direzione Regionale “Salute e Politiche Sociali”;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente il “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014 – 2016;

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;

VISTA la DGR n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente “Approvazione del “Piano di Rientro” per la sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180 della Legge 311/2004”;

VISTA la DGR n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “Preso d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180 della Legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro”;

VISTO il D.M. 10 settembre 1998 “Aggiornamento del D.M. 6 marzo 1995 concernente “Aggiornamento del D.M. 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità”;

VISTO il Decreto del *Commissario ad acta* n.U00056/2010 concernente il riordino della rete di specialità: “Rete dell’Assistenza perinatale”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0029 del 01/04/2011 avente ad oggetto “Parto a domicilio e in Case di Maternità – Approvazione di “Profilo Assistenziale per l’assistenza al travaglio e parto fisiologico extraospedaliero in case di maternità e a domicilio “ (All.1), “Protocollo per il parto a domicilio “ (All. 2), “Protocollo per le Case di Maternità” (All. 3), “Requisiti minimi per l’autorizzazione CMI” (All. 4), “Requisiti minimi per l’autorizzazione CME” (All. 5), “Modulistica” (All. 6)”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U000152/2014 relativo alla “Rete per la Salute della Donna, della Coppia e del Bambino: ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consultori Familiari regionali. Tariffa per il rimborso del Parto a domicilio, ad integrazione del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0029 del 01/04/2011”;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. U00412 del 26 novembre 2014 “Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;

VISTA la Determinazione n. G09667 del 4/07/2015 “Istituzione del Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico Parti a Domicilio ed in Casa di Maternità di supporto alla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria con l’obiettivo di aggiornare i requisiti contenuti nel DCA n. U0029/2011”;

CONSIDERATO che in data 8/07/2016 il documento tecnico “Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità” elaborato dal Gruppo di Lavoro Regionale, è stato presentato alle principali Associazioni, che promuovono l’umanizzazione del parto ed il parto eextra-ospedaliero;

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTO l'Allegato 10B "Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo" del documento "Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)" approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 settembre 2016, (rep. Atti n. 157);

VISTO il documento tecnico, parte integrante e sostanziale, del presente provvedimento inerente "Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità", approvato dal Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico istituito con Det. n. G09667 del 4/8/2015 e s.m.i.;

CONSIDERATO che il percorso "Parto a domicilio o in Casa Maternità privata", contenuto nel documento tecnico, si intende applicabile esclusivamente alle donne che richiedono il rimborso a carico del SSR;

ATTESA la necessità di adottare il documento tecnico allegato denominato "Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che si intendono integralmente richiamate:

- di adottare il documento tecnico allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, denominato "Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità", approvato dal Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico istituito con Det. n. G09667 del 4/8/2015 e Det. n. G11586 del 28/9/2015;
- di intendere che il percorso "Parto a domicilio o in Casa Maternità privata", contenuto nel documento tecnico, è applicabile esclusivamente alle donne che richiedono il rimborso a carico del SSR.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla sua pubblicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) dalla sua pubblicazione.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

Nicola Zingaretti

PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO A DOMICILIO, IN CENTRO NASCITA ED IN CASA MATERNITÀ

Documento redatto ed approvato* dal Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico Parti a Domicilio ed in Casa di Maternità

Componenti del Gruppo di Lavoro istituito con Det. n. G09667 del 4/8/2015 e Det. n. G11586 del 28/9/2015

Domenico Di Lallo - Dirigente Area Programmazione rete ospedaliera e risk management, Regione Lazio

Valentino Mantini - Dirigente Area Cure primarie, Regione Lazio

Eleonora Macci - Area Programmazione rete ospedaliera e risk management, Regione Lazio

Simona Asole - Area Programmazione rete ospedaliera e risk management, Regione Lazio

Iolanda Rinaldi - Presidente Collegio Provinciale delle Ostetriche di Roma

Patrizia Proietti - Vice Presidente Collegio Provinciale delle Ostetriche di Roma

Ivana Arena - Ostetrica libero-professionista Collegio Provinciale delle Ostetriche di Roma

Stefania Nichinonni - Dipartimento Professioni Sanitarie, ASL RM 3

Pierluigi Palazzetti - UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. G.B. Grassi, ASL RM 3

Enrico Vizza - Segretario della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)

Elsa Buffone - Presidente della Società Italiana di Neonatologia (SIN) del Lazio

* ad esclusione della Dott.ssa Ivana Arena

INDICE

pag.

PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO A DOMICILIO	
CRITERI DI ELEGGIBILITÀ	1
PRESA IN CARICO DELLA DONNA CHE SCEGLIE IL PARTO A DOMICILIO	1
REQUISITI PROFESSIONALI DELL'OSTETRICA	2
ITER PROCEDURALE PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO	3
FLUSSO INFORMATIVO DEI CedAP E SISTEMA DI MONITORAGGIO	4
PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO IN CENTRO NASCITA E IN CASA MATERNITÀ	
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DEL CENTRO NASCITA E DELLA CASA MATERNITÀ	5
REQUISITI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO NASCITA	6
REQUISITI ORGANIZZATIVI DELLA CASA MATERNITÀ	6
ALLEGATO 1 PROTOCOLLO CLINICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA, TRAVAGLIO, PARTO A BASSO RISCHIO E PUERPERIO	7
ALLEGATO 2 DOTAZIONE MATERIALI/STRUMENTAZIONE E FARMACI PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO	11
ALLEGATO 3 INDICAZIONI PER IL TRASFERIMENTO DELLA DONNA E/O DEL NEONATO IN OSPEDALE	12
ALLEGATO 4 MODULISTICA	14

PREMESSA

Nel pieno rispetto dei diritti della partoriente e del neonato, la Regione Lazio, già impegnata in politiche di sostegno all'umanizzazione del travaglio e parto attraverso la promozione, anche in ambito ospedaliero, dell'applicazione degli standard UNICEF Cure Amiche della madre (Unicef, Standard per le Buone Pratiche per gli Ospedali, Edizione 2015), intende ulteriormente promuovere percorsi favorevoli a una libera e consapevole scelta delle diverse modalità di assistenza.

Tale offerta può essere indirizzata a donne con gravidanza a basso rischio che intendono privilegiare il bisogno primario di intimità, individualità, condivisione familiare, pur beneficiando di adeguati livelli di sicurezza per l'espletamento del parto.

Con questa finalità la gestante, in assenza di fattori di rischio e debitamente informata, può essere libera di scegliere per l'espletamento del parto fra setting ospedaliero o extra-ospedaliero.

PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO A DOMICILIO

CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

- Età gestazionale compresa fra le 37 settimane+1 giorno e le 41 settimane+6 giorni
- Feto singolo in presentazione cefalica di vertice e con battito cardiaco regolare
- Peso fetale presunto compreso fra il 10° e 90° percentile
- Assenza di patologia fetale nota e di rischi neonatali prevedibili
- Placenta normalmente inserita
- Assenza di patologia materna e/o di anamnesi ostetrica che rappresenti una controindicazione al travaglio di parto e che richieda una sorveglianza intensiva
- Insorgenza spontanea del travaglio
- Liquido amniotico limpido, in caso di rottura di membrane
- Rottura prematura delle membrane da meno di 24 ore
- Esame batteriologico vaginale e rettale negativo per colonizzazione da Streptococco gruppo B.

PRESA IN CARICO DELLA DONNA CHE SCEGLIE IL PARTO A DOMICILIO

Preferibilmente entro 32 settimane+0 gg di età gestazionale, primo incontro informativo tra l'ostetrica e la donna/coppia finalizzato a fornire informazioni sul tipo di assistenza che sarà fornita a domicilio; contestualmente l'ostetrica verifica l'idoneità dell'abitazione dove la donna intende programmare il parto, sia per quanto riguarda le condizioni igienico-ambientali che per quanto riguarda la distanza da un presidio ospedaliero con UO ostetrica/neonatologica accreditata SSR che non dovrà essere superiore ai 30 minuti.

Come previsto dal D.M. 10/09/1998 e dall'allegato 10B-Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 157/CSR, 7/9/2016- Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza):

- ☐ a partire da 32 settimane+0 giorni di età gestazionale, l'ostetrica che assisterà il parto raccoglie un'accurata anamnesi con la valutazione della storia ostetrica pregressa e del decorso clinico dell'attuale gravidanza, acquisendo agli atti tutti i referti clinici e di diagnostica, effettua un controllo clinico e compila la cartella ostetrica, successivamente integrata da partogramma, cartella neonatale e diario del puerperio;
- ☐ da 33 settimane+0 gg a 37 settimane+6 gg di età gestazionale, la gestante effettua un controllo ematochimico con emocromo completo, HbsAg, toxotest se la donna è recettiva, esame delle urine completo, esame colturale dell'urina-se positivo incluso identificazione e antibiogramma-, Treponema Pallidum, test di Coombs indiretto, tampone vagino rettale per ricerca Streptococco beta – emolitico gruppo B, HCV consigliato in presenza di fattori di rischio-se non già effettuato entro le 13 settimane di età gestazionale-, gruppo e fattore Rh qualora non siano stati già eseguiti, e test HIV se non già effettuato. È raccomandata l'effettuazione di PT, PTT, Fibrinogeno. Sulla base dei controlli ematochimici e della valutazione anamnestica e clinica viene valutata l'idoneità al parto a domicilio.

A 37 settimane+0 gg di età gestazionale inizia la reperibilità delle ostetriche per l'assistenza al parto domiciliare.

REQUISITI PROFESSIONALI DELL'OSTETRICA

L'assistenza al travaglio e parto a domicilio deve essere fornita da due ostetriche regolarmente iscritte all'Albo. E' necessaria la presenza di due ostetriche per consentire un costruttivo scambio di opinioni e brevi periodi di riposo a turno, al fine di garantire alla donna la migliore assistenza possibile.

La "prima" ostetrica, negli ultimi 5 anni: deve avere effettuato almeno 20 parti in ambito extra-ospedaliero e/o deve aver maturato una esperienza di assistenza al parto in autonomia presso una Sala parto di struttura ospedaliera pubblica/privata. Ove richiesto, la professionista fornisce, ai sensi del DPR 445/00, artt. 46, 47 e 76, autocertificazione dei requisiti. Deve disporre, inoltre, della strumentazione e dei farmaci indicati in Allegato 2.

La “seconda” ostetrica deve possedere una esperienza di affiancamento di assistenza al parto extraospedaliero e/o di volontariato o stage di addestramento post-laurea triennale acquisito presso sale parto di struttura ospedaliera accreditata SSR. Ove richiesto, la professionista fornisce, ai sensi del DPR 445/00, artt. 46, 47 e 76, autocertificazione dei requisiti.

Entrambe le ostetriche devono essere in possesso di certificazione su:

- corso di PBLIS-D (rianimazione neonatale e pediatrica) e BLS-D (adulto)
- training formativo obbligatorio sulla rianimazione (ogni due anni)
- assistenza al travaglio e parto a basso rischio attraverso la frequenza a percorsi formativi, sulla base dei criteri stabiliti dalla componente commissione ECM, nell'ambito degli obiettivi nazionali e regionali specifici
- corso ECM sulle emergenze/urgenze ostetriche in travaglio e parto a domicilio o in sala parto negli ultimi 5 anni anche frequentato all'estero.

Al fine di incrementare la competenza ostetrica sull'assistenza al parto a domicilio è possibile, previo consenso della gestante/coppia, prevedere la presenza di una terza ostetrica laureata e regolarmente iscritta all'Albo a cui va consegnata una certificazione di presenza e/o assistenza al parto.

ITER PROCEDURALE PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

La donna, o suo delegato entro e non oltre la 36+0 settimana di gravidanza, presenta alla ASL di residenza la modulistica prevista in Allegato 4.

Per seguire l'iter procedurale del rimborso, la ASL individua una Ostetrica, preferibilmente afferente all'area consultoriale, quale Referente Aziendale per il parto a domicilio. La ASL è tenuta a pubblicare sul sito aziendale l'iter procedurale per la richiesta di rimborso, la modulistica necessaria ed i riferimenti della professionista individuata (mail, telefono, orari di ricevimento, indirizzo).

Di seguito viene indicato l'iter procedurale con le rispettive responsabilità.

La donna deve consegnare al Referente Aziendale per il parto a domicilio:

prima del parto:

- richiesta informata, a cura della donna (modulo 1)
- dichiarazione di idoneità al parto domiciliare, a cura dell'ostetrica (modulo 2)
- certificazione sulle condizioni di sicurezza, a cura dell'ostetrica e della donna (modulo 3)
- prescrizione ossitocina flacone - 1 scatola
- prescrizione profilassi anti D (se madre Rh negativa)

entro 15 giorni dal parto:

- CedAP compilato dall'ostetrica
- richiesta di rimborso con ricevuta fiscale relativa al compenso della prestazione effettuata (modulo 6).

La referente ostetrica aziendale:

- verifica la modulistica consegnata dalla donna
- verifica la consegna all'ostetrica che assiste il parto dei farmaci per la profilassi anti D, se madre Rh negativa, secondo la procedura aziendale e dell'ossitocina in flaconi - 1 scatola, secondo la procedura aziendale
- inserisce il CedAP nel fascicolo dell'utente che ha effettuato la richiesta di rimborso di parto a domicilio
- inoltra la modulistica alla direzione amministrativa aziendale per il rimborso dell'assistenza al parto a domicilio
- verifica i tempi e le modalità di rimborso, dandone comunicazione all'utente interessata.

Per il rimborso si fa riferimento alla tariffa stabilita dal DCA 152/2014 a carico del SSR. La ASL, ove richiesto, richiede all'atto della presentazione della domanda del rimborso del parto a domicilio, l'autocertificazione ai sensi del DPR 445/00, artt. 46, 47 e 76 dei requisiti delle due ostetriche che assistono il parto, su cui la ASL di riferimento può effettuare verifiche a campione.

FLUSSO INFORMATIVO DEI CedAP E SISTEMA DI MONITORAGGIO

La registrazione dell'evento nascita avviene tramite il CedAP, documento obbligatoriamente compilato da chi assiste il parto, sia in ospedale che a domicilio (DM 16 luglio 2001, n.349). Nel caso in cui il parto a domicilio non preveda la richiesta di rimborso, l'ostetrica che ha assistito il parto ha comunque il compito di consegnare il CedAP alla referente ostetrica aziendale della ASL di residenza della donna.

Nelle more dell'attivazione di un sistema informativo regionale dedicato al monitoraggio dei parti extra-ospedalieri, la Referente Ostetrica Aziendale per il parto a domicilio invia semestralmente alla Direzione Salute e Politiche Sociali (indirizzo email partixtraospedalieri@regione.lazio.it) una copia anonimizzata (priva di dati personali che possano far risalire all'identità della donna) di tutti i CedAP riferiti ai parti extra-ospedalieri, specificando se avvenuti con o senza rimborso.

Al fine di monitorare i parti in ambito extra-ospedaliero viene istituito presso la Direzione Salute e Politiche Sociali un Tavolo Tecnico con la finalità di: valutare i CedAP pervenuti; valutare eventuali osservazioni su criticità rilevate da utenza e professionisti sanitari; verificare la piena applicazione da parte delle AA.SS.LL del presente protocollo; mantenere rapporti con i Collegi provinciali delle ostetriche, le

associazioni delle ostetriche libere-professioniste, le associazioni delle donne e le società scientifiche.

PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO IN CENTRO NASCITA ED IN CASA MATERNITA'

Il Centro Nascita è collocato in una struttura ospedaliera con o senza UO perinatale, la cui direzione e gestione è affidata alle ostetriche.

La Casa Maternità è una struttura extra-ospedaliera a gestione privata o a diretta conduzione della Azienda Sanitaria Locale.

Per i criteri di eleggibilità, la presa in carico della donna, i requisiti professionali dell'ostetrica e l'iter procedurale per la richiesta di rimborso per le donne che afferiscono alla CM privata, si applica il protocollo assistenziale per il parto a domicilio.

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DEL CENTRO NASCITA E DELLA CASA MATERNITÀ

Per il Centro Nascita, i seguenti requisiti strutturali riferiti ai locali, vanno intesi come dedicati.

- ambienti per l'accoglienza ed il soggiorno
- bagno
- ambulatorio ostetrico, dotato di lavamani con spazio per il colloquio e consulenze ostetriche
- stanza per travaglio-parto e post partum con possibilità di letto matrimoniale con bagno
- dispensa/cucina con spazio relax e tisaneria
- spazio/magazzino per deposito materiali necessari (biancheria, farmaci, altro)
- locale adibito al lavaggio ed alla sterilizzazione dei ferri da procedura ospedaliera
- smaltimento rifiuti secondo la normativa vigente
- sistema antincendio secondo la normativa vigente
- illuminazione e ventilazione naturali e/o artificiali assicurata in tutti i locali
- materiali, strumentazione e farmaci come da allegato 2 - Dotazione materiali/strumentazione e farmaci per l'assistenza al travaglio e parto

- Il CN senza UO perinatale e la CM devono essere ad una distanza non superiore ai 30 minuti da una UO perinatale accreditata SSR
- per la CM valgono le norme di sicurezza e gli standard igienico-sanitari previsti per l'abitazione.

REQUISITI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO NASCITA

- la direzione del Centro Nascita è affidata a una ostetrica in possesso dei requisiti per accedere alla dirigenza
- al momento del parto devono essere presenti almeno due ostetriche
- una delle due ostetriche deve essere reperibile a partire dalle 37 settimana di EG
- può essere prevista la presenza di personale di supporto
- deve essere presente una procedura operativa scritta per il trasporto materno e neonatale.

L'Azienda sanitaria può avvalersi di personale ostetrico di ruolo e/o di ostetriche libere professioniste, prevedendo, eventualmente, per le prime strumenti di incentivazione economica e per le seconde il riconoscimento di una tariffa di rimborso ridotta del 10-20% rispetto a quella del parto a domicilio, in considerazione dei costi sostenuti dalla struttura ospedaliera.

REQUISITI ORGANIZZATIVI DELLA CASA MATERNITÀ

- al momento del parto devono essere presenti almeno due ostetriche
- una delle due ostetriche deve essere reperibile a partire dalle 37 settimana di EG
- può essere prevista la presenza di personale di supporto
- deve essere presente una procedura operativa scritta per il trasporto materno e neonatale
- per la CM a gestione diretta ASL, la direzione della CM è affidata a una ostetrica in possesso dei requisiti per accedere alla dirigenza.

Per la CM a gestione diretta ASL, l'azienda sanitaria può avvalersi o di personale ostetrico di ruolo e/o di ostetriche libere professioniste, prevedendo, eventualmente, per le prime strumenti di incentivazione economica e per le seconde il riconoscimento di una tariffa di rimborso delle prestazioni effettuate ridotta del 10-20% rispetto a quella del parto a domicilio, in considerazione dei costi sostenuti dalla struttura ospedaliera.

ALLEGATO 1

PROTOCOLLO CLINICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA, TRAVAGLIO, PARTO A BASSO RISCHIO E PUERPERIO

L'ostetrica verifica le condizioni di eleggibilità; si avvale sempre delle linee guida più aggiornate in merito alla gestione della gravidanza, travaglio e parto a basso rischio; compila la cartella ostetrica della gestante dal momento della presa in carico per la valutazione di idoneità al parto a domicilio.

La cartella ostetrica, oltre alla parte anamnestica, è integrata dal partogramma, dalla cartella neonatale e dal diario del puerperio.

CONTROLLI PRIMA DEL PARTO

Calendario incontri tra 37+0 e 41 settimane:

- un incontro settimanale fino a 41 settimane+0 giorni di età gestazionale

Gravidanza >41 settimane:

- monitoraggio biofisico fetale da 41 settimane a 41 settimane+6 giorni
- fra le 41+0 e 41+ 6 giorni valutare l'opportunità di un ricovero in relazione a:
 1. eventuali protocolli del punto nascita di riferimento
 2. situazione clinica
 3. scelta informata della gestante.

TRAVAGLIO E PARTO

Il travaglio inizia con la diagnosi di fase attiva e coincide con la compilazione del partogramma.

Fase prodromica

La fase prodromica è antecedente all'inizio della fase attiva del travaglio.

Condotta assistenziale durante la fase prodromica:

- constatazione della validità dell'attività contrattile uterina
- rilevazione BCF e MAF
- rilevazione PAO
- esplorazione vaginale se necessaria.

Rottura prematura delle membrane (PROM ovvero rottura delle membrane in assenza di travaglio)

Condotta assistenziale in caso di PROM:

- valutazione delle caratteristiche del liquido amniotico
- rilevazione BCF e MAF
- rilevazione temperatura corporea materna ogni 4 ore
- esplorazione vaginale se necessaria

- se non insorge spontaneamente il travaglio, entro 24 ore dalla rottura delle membrane, ricovero presso struttura ospedaliera accreditata con il SSR con UO ostetrico/ginecologica e neonatologica
- la struttura ospedaliera garantisce la possibilità all'ostetrica di riferimento della donna la continuità relazionale con l'accompagnamento e la sua presenza dal ricovero alla dimissione.

Diagnosi di Travaglio attivo

Condotta assistenziale:

- rispetto dei tempi e dei ritmi del travaglio di parto fisiologico e del bisogno d'intimità attraverso la tutela ambientale
- auscultazione intermittente del BCF
- rilevazione parametri vitali
- valutazione delle caratteristiche del liquido amniotico, se vi è rottura delle membrane
- prevedere esplorazione vaginale per la valutazione della progressione del primo e secondo stadio
- supporto fisico ed emotivo alla donna/coppia nelle varie fasi del travaglio in relazione ai tempi e a ritmi dell'evoluzione spontanea.

Accoglienza e prime cure del neonato

Il neonato e la mamma non vengono mai separati se non su espressa richiesta materna o su indicazioni clinico-assistenziali.

Condotta assistenziale dopo l'espletamento del parto:

- tutela dei bisogni sensoriali del neonato nel passaggio dalla vita intrauterina alla vita extrauterina
- mantenimento della temperatura corporea
- punteggio di Apgar al 1°- 5°- 10° minuto di vita
- recisione, a pulsazioni cessate, del cordone ombelicale
- rispetto dei tempi e modi dell'instaurarsi della relazione precoce tra mamma e neonato
- promozione dell'allattamento al seno favorendo il riflesso attivo di ricerca del capezzolo
- attenta osservazione della presenza del riflesso di suzione e della qualità dell'attaccamento al seno
- profilassi neonatali
- prima valutazione dell'adattamento postnatale del neonato
- visita di un Medico Neonatologo o Pediatra entro 24 ore dalla nascita.

Secondamento

Condotta assistenziale per il secondamento fisiologico:

- promozione del secondamento fisiologico
- controllo della quantità delle perdite ematiche
- prelievo di sangue dal funicolo per la determinazione del gruppo del neonato e Test di *Coombs* diretto se donna Rh negativo
- controllo della placenta e relative caratteristiche al momento dell'espulsione.

Post-parto

Condotta assistenziale nelle due ore successive al parto:

- controllo pareti vaginali e del perineo a secondamento avvenuto
- controllo perdite ematiche
- sutura di eventuali lacerazioni
- controllo stato di contrattura dell'utero
- rilevazione parametri vitali.

PUERPERIO

Nel delicato periodo di strutturazione delle nuove relazioni familiari, l'ostetrica favorisce il legame primario, valorizzando le capacità genitoriali ed evidenziando le competenze neonatali.

Calendario incontri

- 1 o 2 visite al giorno, in relazione ai bisogni di assistenza, nei primi quattro o cinque giorni dopo il parto
- 1^a visita fra il 6° e il 10° giorno dopo il parto
- reperibilità telefonica
- incontro nel primo trimestre di vita del bambino.

Assistenza ostetrica alla madre

- controllo parametri vitali
- verifica del processo di involuzione uterina e dei lochi
- verifica della funzionalità vescicale e intestinale
- valutazione della poppata
- informazione e sostegno sulla modalità di allattamento a domanda
- valutazione dello stato generale in relazione all'alimentazione, ritmo sonno-veglia
- somministrazione di immunoglobuline anti D entro 72 ore dal parto alle donne RH negative in cui sia necessario eseguire la profilassi.

Assistenza al neonato

- controllo parametri vitali
- stato di idratazione della cute e delle mucose
- colorazione della cute e delle sclere

- controllo diuresi e meconio
- controllo ritmo sonno veglia
- valutazione delle poppate e della fisiologica progressione dell'allattamento al seno
- valutazione della crescita
- consolabilità e reazione agli stimoli
- controllo dello stato del cordone ombelicale
- effettuazione screening metabolici tra il 3° e il 5° giorno di vita
- Invito alla scelta del Pediatra di Famiglia.

Certificazioni a cura dell'ostetrica

- cartella ostetrica dal momento della presa in carico al puerperio
- attestato di nascita
- CedAP.

ALLEGATO 2**DOTAZIONE MATERIALI/STRUMENTAZIONE E FARMACI PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO***Materiali e strumenti per l'assistenza al parto*

- Termometro
- stetoscopio e/o *sonicaid* (con batterie di ricambio)
- fonendoscopio e sfigmomanometro
- laccio emostatico
- 2 kocher
- 1 paio forbici rette a punte smusse
- 1 ciotola per disinfettante
- pinze ad anelli
- 1 portaghi
- 1 pinza anatomica
- guanti di lattice sterili di misure diverse
- guanti non sterili
- garze sterili
- telini sterili
- sacchetti graduati o bacinella per la valutazione della perdita ematica
- aghi cannula n 16G - 18G - 21G
- butterfly n 18G - 21G
- siringhe da 5 e 10 cc.
- cateteri monouso
- cerotto
- deflussori per infusione
- fili per sutura.

Farmaci

- 1000/1500 ml soluzione fisiologica
- Ossitocina (Sintocynon 1 scatola) (prescritta dall'ostetrica di fiducia o dal medico curante o dal ginecologo)
- Metergolina (Methergin 1 scatola)
- Flebocortid fiale
- anestetici locali: Carbocaina o Xilocaina o lidocaina 2% in fiale
- disinfettante
- IMMUNOGLOBULINE anti-RH (se necessarie)
- Collirio antibiotico
- Vitamina K in gocce.

Materiali e strumenti per l'assistenza al neonato

- Cannula di Taccani o aspiramuco monouso
- provette per prelievo funicolare
- cord-clamp o elasticini sterili
- foglio termostatico per trasferimento
- ambu pediatrico (n 1), con reservoir (preferibilmente)
- sondino morbido (6-8-10 CH)
- cartine per test di screening neonatali
- lancette.

ALLEGATO 3

INDICAZIONI PER IL TRASFERIMENTO DELLA DONNA E/O DEL NEONATO IN OSPEDALE

In caso di necessità, la donna e/o il neonato devono essere trasferiti presso la struttura accreditata con il SSR precedentemente individuata e l'ostetrica preavvisa telefonicamente la struttura di riferimento dell'arrivo in ospedale. L'assistenza è affidata al personale della UO ostetrica e/o neonatologica che garantisce all'ostetrica la possibilità di restare accanto alla donna dal ricovero alla dimissione. L'ostetrica deve fornire alla struttura ospedaliera la documentazione scritta relativa al motivo del trasferimento e agli antecedenti clinici, ivi compresa la descrizione degli atti assistenziali eseguiti ed allega l'apposito modulo di trasferimento compilato (Moduli 4 e 5 in Allegato 4).

TRAVAGLIO E PARTO

- presentazione anomala
- perdite ematiche con sospetto di patologia placentare
- anomalie del BCF
- rialzo della PAO
- rialzo della temperatura corporea
- liquido amniotico tinto
- distocia dinamica
- arresto della progressione della parte presentata
- prolasso o procidenza di funicolo.

POSTPARTO E PUERPERIO

Puerpera perdita ematica superiore a 500cc

- mancato secondamento a un'ora e mezza circa dal parto in assenza di perdite ematiche
- ogni condizione della donna che necessita, a giudizio dell'Ostetrica di una sorveglianza continua per almeno 12 ore.

Neonato

- difficoltà respiratorie
- tremori
- malformazioni
- letargia e iporefflessia
- vomito frequente
- cianosi o pallore
- pianto con tonalità elevata poco consolabile
- ipertermia o ipotermia
- calo ponderale superiore al 15% del peso corporeo alla nascita

- ittero precoce o elevato nei giorni successivi alla nascita
- ematemesi, melena
- ogni altra condizione che, a giudizio dell'ostetrica, richieda una sorveglianza continua delle condizioni neonatali.

PROCEDURE PER ATTIVARE IL TRASPORTO IN URGENZA/EMERGENZA

Condotta assistenziale:

- attuare le procedure di rianimazione secondo le modalità BLS per la mamma e rianimazione neonatale per il neonato, fino all'arrivo dell'*équipe* di emergenza
- avvisare il 112 e/o STEN per invio di ambulanza con medico a bordo.

Nell'evenienza di una emorragia materna:

- identificare, se possibile, la causa: lacerazione vagino-perineale, lacerazione collo dell'utero, emorragia uterina
- attuare manovre di tamponamento per arrestare o limitare le perdite se opportuno in base alla causa individuata
- incanulare una vena
- verificare che la vescica sia vuota
- massaggiare l'utero qualora non sia contratto con modesta trazione sul funicolo se secondamento non ancora avvenuto e perdita ematica superiore a 500 cc
- somministrare ossitocina fino ad un massimo di 30 unità se perdita ematica superiore a 500 cc e secondamento avvenuto.

Nell'evenienza di alterazione dei parametri vitali neonatali (ipotonia e/o cianosi/pallida e/o iporeattività e/o frequenza cardiaca inferiore a 100) mentre un'ostetrica chiama il Centro di Coordinamento dello STEN l'altra ostetrica esegue le manovre di rianimazione secondo le linee guida della Società Italiana di Neonatologia e dell'European Resuscitation Council.

ALLEGATO 4 - MODULISTICA

MODULO 1 (a cura della donna)

RICHIESTA INFORMATATA ASSISTENZA AL PARTO A DOMICILIO O IN CASA MATERNITA

La sottoscritta

Residente in

ASL

Domiciliata in

Richiede di essere assistita per il parto a domicilio o in Casa Maternità

Dichiara di essere stata esaurientemente informata dall'ostetrica sulla:

- necessità che durante travaglio, parto e postpartum siano presenti due ostetriche;
- necessità di una verifica di idoneità al parto extra-ospedaliero da effettuarsi a 37 settimane di età gestazionale;
- possibile e non prevedibile comparsa, nel corso del travaglio, parto, postparto e puerperio, di condizioni cliniche che richiedano il trasferimento in ospedale.

DATA

Firma

MODULO 2 (a cura dell'ostetrica)

DICHIARAZIONE DI IDONEITA' AL PARTO A DOMICILIO

L'ostetrica (indicare nome cognome e recapito telefonico, numero di posizione Albo)

.....
.....

attesta che la Sig.ra.....

residente in

risulta attualmente gravida allasettimana con EPP

Sulla base delle valutazioni clinico – laboratoristiche, da cui emerge che la gravidanza è decorsa fisiologicamente, dichiara che attualmente la Signora è **idonea al parto a domicilio** e che l'abitazione dove verrà assistita al parto presenta condizioni generali igieniche e ambientali idonee e una distanza non superiore ai 30 minuti da un Presidio ospedaliero accreditato SSR con UO ostetrica/neonatologia.

Si dichiara inoltre che in caso di emergenza il domicilio è sito ad un tempo massimo per il raggiungimento di 30 minuti dall'ospedale..... e che il domicilio è in possesso dei requisiti minimi complessivi atti a garantire le necessarie condizioni di salubrità e di assistenza all'evento del parto.

DATA

Firma

MODULO 3 (a cura dell'ostetrica e della donna)

AUTOCERTIFICAZIONE – MODALITA' ASSISTENZIALI

- L'ostetrica..... dichiara di pianificare l'assistenza applicando le indicazioni del **PROTOCOLLO CLINICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA, TRAVAGLIO, PARTO A BASSO RISCHIO E PUERPERIO E DEL PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO A DOMICILIO**
- In accordo con la Signora per un eventuale trasferimento in urgenza, ha individuato l'ospedale
- Per eventuali urgenze/emergenze, il trasferimento avverrà con mezzo proprio, o tramite 112 o lo STEN, che individuerà l'ospedale del trasferimento secondo le proprie procedure.
- Il pediatra che si è reso disponibile ad effettuare a domicilio, la prima visita al neonato entro le prime 24 ore di vita è il Dott
- L'ostetrica ha individuato la seconda Ostetrica che sarà presente al momento del parto..... (numero di posizione Albo)
- L'Ostetrica propone una terza ostetrica in addestramento..... (numero di posizione Albo)
- La Signoraprovvederà ad effettuare la prima scelta del pediatra di famiglia presso la propria ASL di residenza.....

DATA

Firma Ostetrica

Firma Signora

MODULO 4 (a cura dell'ostetrica)

SCHEDA DI TRASFERIMENTO DELLA DONNA IN OSPEDALE

In caso di trasferimento in Ospedale della gestante e/o puerpera allegare:

- Cartella ostetrica¹
- Partogramma.

Cognome.....Nome.....

Nata ila.....

Residente
in.....

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

.....
.....
.....
.....

DATA..... ORA

Firma

¹ Si può fare riferimento alla Cartella ostetrica del Collegio delle Ostetriche di Roma e Provincia, presente sul sito internet

MODULO 5 (a cura dell'ostetrica e del pediatra)

SCHEDA DI TRASFERIMENTO DEL NEONATO IN OSPEDALE

In caso di trasferimento in Ospedale del neonato allegare:

- Cartella ostetrica
- Partogramma

Nome e cognome neonato

.....

Nato da

.....

e da.....

Residenti in

.....

Nato il

.....

alle ore.....

sesto.....

peso.....

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

.....
.....
.....
.....

DATA.....

ORA

Firma Ostetrica

Firma Pediatra

MODULO 6 (a cura della donna e della ostetrica)

DOMANDA DI RIMBORSO

La sottoscritta presenta numero fatture relative alle prestazioni ricevute dai seguenti professionisti

.....

.....

DATA

Firma

A cura dell'Ostetrica

Dichiaro:

di aver assistito al parto, insieme alla seconda ostetrica

.....

la Sig.rain data

presso il suo domicilio/Casa Maternità sito/a in

.....

di aver visitato la puerpera ed il neonato nelle seguenti date:

.....

che il neonato ha effettuato visita pediatrica

dopo la nascita in data

da parte del/della Dr./Dr.ssa

Firma

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 12 maggio 2014, n. U00152

"Rete per la Salute della Donna, della Coppia e del Bambino: ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consulenti Familiari regionali. Tariffa per il rimborso del Parto a domicilio, ad integrazione del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0029 del 01/04/2011".

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

OGGETTO: “Rete per la Salute della Donna, della Coppia e del Bambino: ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consulteri Familiari regionali. Tariffa per il rimborso del Parto a domicilio, ad integrazione del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0029 del 01/04/2011”.

IL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge regionale n. 6 del 18 febbraio 2002 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Regolamento regionale n. 1 del 6 settembre 2002 e successive modifiche ed integrazioni;

PRESO ATTO che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 è stato conferito al Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti, l’incarico di Commissario ad Acta per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi Operativi di cui all’art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 111 del 29 maggio 2013, con la quale si conferisce l’incarico di Direttore della Direzione Regionale “Salute e integrazione sociosanitaria” del Dipartimento “Programmazione Economica e Sociale”;

VISTA la Determinazione n. B03071 del 17 luglio 2013 “Riorganizzazione delle strutture organizzative di base denominate aree e uffici della Direzione regionale "Salute e Integrazione Sociosanitaria" e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2013 con la quale il Dott. Renato Botti è stato nominato sub commissario nell’attuazione del Piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale, ai sensi della Deliberazione del Consiglio dei Ministeri del 21 marzo 2013;

VISTA la Legge n. 405 del 29 luglio 1975 “Istituzione dei consultori familiari” ;

VISTA la Legge regionale n. 15 del 16 aprile 1976 “Istituzione del servizio di assistenza alla famiglia e di educazione alla maternità e paternità responsabili”;

VISTA la Legge n. 194 del 22 maggio 1978 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”

VISTA la Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTO il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la Legge regionale n. 18 del 16 giugno 1994 “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario regionale ai sensi del Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre e successive modificazioni e integrazioni. Istituzioni delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere” e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il Decreto Ministeriale del 24 aprile 2000 del Ministero della Sanità, avente ad oggetto: Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al “Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000”;

VISTA la Legge n. 328 dell'8 novembre 2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

VISTO il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;

VISTO il D.P.C.M. 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;

VISTA la Legge regionale n. 4 del 3 marzo 2003 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. 90 del 10 novembre 2010 “Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditementi delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3” e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0111 del 31 dicembre 2010 “Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012" - Integrazioni e modifiche;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. 29 del 01/04/2011 “Parto a domicilio e in Case di Maternità – Approvazione di “Profilo Assistenziale per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico extraospedaliero in case di maternità e a domicilio” (All. 1), “Protocollo per il parto a domicilio” (All. 2), “Protocollo per le Case di Maternità” (All. 3), “Requisiti minimi per l'autorizzazione CMI” (All. 4), “Requisiti minimi per l'autorizzazione CME” (All. 5), “Modulistica” (All. 6) ;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta del 4 ottobre 2013, n. U00428 “Approvazione del documento "Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute”;

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta del 4 ottobre 2013, n. U00429 “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all’organizzazione distrettuale”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 480 del 6 dicembre 2013 “Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013- 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio” e la nota prot. n. 1007/CZ del 21.03.2014 con cui si trasmette la proposta di Programmi Operativi 2013-2015 che “...costituisce attualizzazione del precedente documento di cui al DCA n. 480 del 6 dicembre 2013,....” ed accoglie le osservazioni formulate dai Ministeri affiancanti e attualizza la *vision* e gli obiettivi regionali coerentemente anche con il rinnovamento della struttura commissariale ;

RILEVATA l’esigenza di proseguire complessivamente nelle azioni tese a migliorare il livello di appropriatezza organizzativa nell’erogazione delle prestazioni sanitarie, alla luce della normativa vigente, anche al fine di ottimizzare l’intera offerta sanitaria;

CONSIDERATO necessario, per quanto sopra evidenziato, quale obiettivo prioritario nell’ambito della programmazione sanitaria, potenziare e riqualificare l’assistenza territoriale, anche attraverso l’omogeneizzazione delle funzioni e delle attività svolte dai Consulori Familiari regionali;

VISTA la nota prot. n. 48927 del 24.10.2013 della Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria, con la quale si chiedeva alle Direzioni Generali delle AASSLL di individuare un referente aziendale per attivare un Tavolo tecnico regionale Consulori Familiari sul tema della salute femminile e delle attività consultoriali, al fine di procedere alla omogeneizzazione delle funzioni e delle attività svolte dai Consulori Familiari regionali, secondo un’ottica partecipativa volta ad assicurare un’offerta assistenziale equa e uniforme sull’intero territorio regionale;

CONSIDERATE le attività svolte dal “Tavolo tecnico regionale Consulori Familiari”, costituito dai referenti aziendali dei Consulori Familiari regionali e da rappresentanti della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria e della Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport;

VISTA la proposta elaborata dal “Tavolo tecnico regionale Consulori Familiari” riguardante le linee di indirizzo regionali per le attività dei Consulori Familiari;

VISTE le modifiche e le integrazioni apportate dalle competenti Aree della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria alla proposta elaborata dal succitato “Tavolo tecnico regionale Consulori Familiari”, riguardante le linee di indirizzo regionali per le attività dei Consulori Familiari;

CONSIDERATO, altresì, che la versione sintetica del sopracitato Decreto del Commissario ad Acta n. 480/2013, che accoglie le osservazioni formulate dai Ministeri affiancanti e attualizza la *vision* e gli obiettivi regionali coerentemente anche con il rinnovamento della struttura commissariale, individua all’azione 3: Rete socio-sanitaria territoriale, un percorso di riorganizzazione e riqualificazione dell’assistenza territoriale, a supporto del processo di riequilibrio tra l’offerta ospedaliera e quella territoriale;

CONSIDERATO che, per quanto sopra espresso, la Regione Lazio intende sviluppare un sistema a rete che individua, tra le altre, la Rete territoriale per la Salute della Donna, della Coppia e del

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Bambino composta dai seguenti nodi: Consultori familiari, Dipartimento di Prevenzione (attività di screening), Punti Nascita, UUOO Ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia, MMG e PLS, TSMREE, Servizi sociali Ente Locale, Forme associative del privato sociale, Istituzioni scolastiche, Autorità giudiziaria;

RITENUTO, altresì, nell’ottica della tutela della salute femminile e della realizzazione di politiche di sostegno alla umanizzazione del parto e di accompagnamento della donna ad una scelta libera e consapevole riguardo le diverse modalità di assistenza al parto, di procedere alla definizione della tariffa di rimborso per il Parto a domicilio, ad integrazione e secondo quanto previsto dal Decreto del Commissario ad Acta n. 29 del 01/04/2011 “Parto a domicilio e in Case di Maternità – Approvazione di “Profilo Assistenziale per l’assistenza al travaglio e parto fisiologico extraospedaliero in case di maternità e a domicilio”;

DECRETA

per le motivazioni descritte in premessa, che si intendono integralmente riportate:

- 1) di approvare i seguenti documenti, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento:
 - ☐ Allegato 1: “Linee di indirizzo regionali per le attività dei Consultori Familiari”;
 - ☐ Allegato 2: “Tariffa per il rimborso del Parto a domicilio, ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta n. 29 del 01/04/2011”;
- 2) di demandare alla competente Direzione Regionale gli atti conseguenti per l’applicazione di quanto contenuto nel presente provvedimento.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Nicola Zingaretti

ALLEGATO 1

Linee di indirizzo regionali per le attività dei Consulori Familiari

I Consulori Familiari sono il frutto di un complesso elaborato legislativo, riconfermato negli anni e ampliato nel mandato, in coerenza con le espressioni del bisogno dei cittadini e degli indirizzi delle politiche sanitarie. Il Servizio consultoriale è caratterizzato dall'approccio globale e multidimensionale delle tematiche portate dal singolo, dalla coppia e dalla famiglia. Tale approccio è, infatti, sancito dalle norme istitutive del Consultorio Familiare che prevede équipe pluridisciplinari di operatori esperti nel campo clinico, psichico e delle relazioni interpersonali, in coerenza con il principio della globalità dell'intervento assistenziale sociale e sanitario.

Fondamento del Servizio consultoriale per la famiglia è la nuova concezione della politica della salute (OMS, 1964 – Carta di Ottawa, 1978) intesa come “stato di benessere fisico, mentale e sociale degli individui” e come condizione di equilibrio funzionale risultante dall'insieme delle interazioni tra i fattori sanitari, sociali ed economici.

Le funzioni istituzionalmente svolte dai Consulori Familiari si collocano all'interno di due macro aree:

-  prevenzione e promozione
-  sostegno e cura

Nell'area della prevenzione e promozione, il Consultorio Familiare concorre ad attuare i programmi di educazione alla salute promossi da Campagne nazionali, regionali e locali, anche facendosi portatore di proposte e iniziative in stretta collaborazione con altri Servizi delle Aziende UULLSS coinvolte. A tal fine realizza, attraverso metodologie basate sull'*empowerment* e sull'offerta attiva, percorsi rivolti a segmenti di popolazione negli ambiti specifici

Nell'area del sostegno e della cura, gli interventi dei Consulori rispondono alla domanda di supporto e presa in carico del singolo, della coppia e della famiglia per problematiche di carattere sanitario (medico e psicologico) e sociale attinenti la salute riproduttiva, la maternità responsabile, la prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza, la promozione del benessere e la presa in carico del disagio nelle diverse fasi del ciclo di vita, la genitorialità biologica ed adottiva, l'area di intervento sociale.

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (D.P.C.M. 29 novembre 2001) attribuiscono ai Consulori familiari le seguenti attività:

“Assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie; educazione alla maternità responsabile e somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile; tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento, assistenza alle donne in stato di gravidanza; assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza, assistenza ai minori in stato di abbandono o in situazione di disagio, adempimenti per affidamenti ed adozioni”.

I consultori familiari, inoltre, partecipano alle attività dello screening dei tumori del collo dell'utero.

Le molteplici tematiche affrontate e la necessità di adempiere a specifici mandati legislativi (Legge n. 194/1978) richiedono che il personale dei Consulori familiari sia disposto a fornire all'utente il sostegno necessario per garantire la possibilità di scelte informate e consapevoli.

In merito all'esercizio dell'obiezione di coscienza fra i medici ginecologi, che dati recenti pongono al 69,3% in Italia (Relazione Ministeriale sullo Stato di attuazione della Legge 194/78 ; anni 2011 – 2012 e Commissione Affari Sociali – XVII Legislatura - Esame della Relazione sullo stato di attuazione della Legge 194/78 2011-2012), si ribadisce come questa riguardi l'attività degli operatori impegnati esclusivamente nel trattamento dell'interruzione volontaria di gravidanza, di seguito denominata IVG. Al riguardo, si sottolinea che il personale operante nel Consultorio Familiare non è coinvolto direttamente

nella effettuazione di tale pratica, bensì solo in attività di attestazione dello stato di gravidanza e certificazione attestante la richiesta inoltrata dalla donna di effettuare IVG.

Per analogo motivo, il personale operante nel Consultorio è tenuto alla prescrizione di contraccettivi ormonali, sia routinaria che in fase post-coitale, nonché all'applicazione di sistemi contraccettivi meccanici, vedi I.U.D.(Intra Uterine Devices).

Rispetto al fabbisogno, per i Consultori familiari (CF) è stato definito uno standard di 1 CF:20.000 abitanti per le aree urbane, e di 1 CF: 10.000 per le aree extraurbane, necessari alla effettiva ottemperanza alla *mission* stabilita dal mandato legislativo. La situazione nel Lazio è di 0,57 CF:20.000 abitanti.

Modello organizzativo dei Consultori Familiari

I Consultori familiari, attualmente organizzati in Unità Operative distrettuali, hanno bisogno di un forte coordinamento funzionale delle attività, per garantire:

- efficace integrazione territorio – ospedale – territorio, con il coinvolgimento di enti e Istituzioni in protocolli operativi e intese progettuali, in considerazione della complessità dei compiti ad alta competenza specialistica;
- omogeneità di programmazione e intervento dei Consultori su tutto il territorio della ASL, per assicurare uniformità ed equità delle prestazioni;
- coordinamento e implementazione dei necessari Protocolli di Intesa e Operativi intra ed extra Aziendali, con altri Enti ed Istituzioni, per attivare Percorsi integrati e facilitanti;
- valutazione dell'efficacia degli interventi posti in essere dai Consultori su tutto il territorio della ASL, attraverso il monitoraggio di indicatori di processo ed esito e sistemi di Audit permanenti;
- utilizzo omogeneo, su tutto il territorio della ASL, dei fondi provenienti da Bandi per finanziamenti europei, nazionali, regionali, comunali e municipali.

I Consultori familiari sono allocati nel Distretto Socio-Sanitario, al fine di rispondere ai bisogni sempre più complessi dell'utenza, attraverso il costante raccordo e l'integrazione con le Direzioni distrettuali, i Servizi specialistici, i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS), le Strutture ospedaliere, l'Ente Locale, l'Istituzione Scolastica, le Forze dell'Ordine, le forme associative del Privato Sociale.

L'apporto conoscitivo e la rete operativa dei Consultori rappresentano il fondamento per la programmazione aziendale, al fine di garantire la trasversalità degli interventi sull'intero territorio della ASL.

La sede del Consultorio Familiare deve essere facilmente raggiungibile, possibilmente limitrofa ai servizi sanitari e socio-assistenziali del distretto, priva di barriere architettoniche e dotata di ambienti accoglienti, nel rispetto della normativa per l'edilizia sanitaria. (D.M. 24 aprile 2000 "Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000").

La funzionalità del Servizio richiede i seguenti requisiti:

- numero di ore settimanali di apertura al pubblico non inferiore a 30, articolate tra mattina e pomeriggio, dal lunedì al sabato;
- orario di apertura e di chiusura flessibili e trasparenti, onde consentire l'accesso alla popolazione nelle sue varie componenti, con particolare riferimento alla tipologia degli insediamenti residenziali e produttivi e ad altre specifiche esigenze sociali;
- tempo di compresenza dei diversi professionisti di almeno 14 ore settimanali, per gli interventi condivisi e le attività di programmazione e verifica, al fine di garantire l'interdisciplinarietà del lavoro d'equipe del Consultorio Familiare.

Percorsi socio assistenziali

I Percorsi socio assistenziali che devono essere garantiti all'interno dei Consultori familiari sono riferibili ai seguenti ambiti:

1. Salute sessuale e riproduttiva;
2. Nascita;
3. Assistenza per la donna che richiede Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG);
4. Screening oncologico del cervico-carcinoma;
5. Interventi di contrasto alla Violenza di Genere;
6. Giovani;
7. Salute Psico-fisica del bambino 0-1 anno;
8. G.I.L. Adozione.

I Percorsi sono particolarmente indirizzati alle situazioni socio-sanitarie di maggiore vulnerabilità e/o caratterizzate da disagio psico-sociale ed economico. Tutti i percorsi implicano una operatività integrata "territorio - ospedale - territorio", attraverso la definizione e implementazione di Protocolli di Intesa e operativi intra/extra aziendali ed interistituzionali, e sono caratterizzati da:

- Approccio multidisciplinare, accoglienza e colloqui di informazione/aiuto/sostegno orientati alla scelta consapevole;
- Accessibilità ai Percorsi socio assistenziali nell'intero territorio della ASL, indipendentemente dalla competenza territoriale distrettuale;
- Implementazione di percorsi dedicati per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e/o erogate dalle Aziende Ospedaliere di II e III livello diagnostico, mediante Protocolli di Intesa e operativi "territorio - ospedale - territorio";
- Facilitazione dell'accesso alle donne e ai bambini stranieri attraverso materiale informativo multilingue, in collaborazione con gli Enti locali e l'Associazionismo;
- Protocolli di Intesa interservizi ed interistituzionali, per l'inserimento di figure professionali non presenti nell'organico consultoriale;
- Offerta Attiva, in occasione del contatto con l'utente, degli interventi di promozione della salute di comprovata efficacia (screening cervicale, vaccinazione antirubeolica, consulenza pre-concezionale e Corsi di Accompagnamento alla Nascita);
- Collaborazione con i Municipi afferenti per la programmazione ed attuazione dei Piani di Zona;
- Registrazione dell'attività mediante utilizzo dei sistemi informativi aziendali/regionali;
- Monitoraggio e verifica degli indicatori di processo ed esito;
- Utilizzo del sistema di Audit per la gestione del rischio clinico, riduzione degli errori, miglioramento dell'appropriatezza e della qualità assistenziale;
- Introduzione routinaria, con cadenza annuale, dell'utilizzo di questionari di *customer satisfaction*, per un feedback sulla qualità percepita relativa al Servizio consultoriale.

I Percorsi socio assistenziali garantiti all'interno dei Consultori familiari sono di seguito elencati in dettaglio.

Per ciascun Percorso sono stati individuati i principali obiettivi, gli operatori prevalenti, e le azioni necessarie al perseguimento degli obiettivi. Inoltre, per ogni Percorso socio assistenziale, è stato individuato un set minimo di indicatori, al fine di valutare sia le prestazioni erogate all'utenza del Consultorio Familiare, sia gli interventi attivi di promozione della salute che interessano l'intera popolazione di riferimento.

1. PERCORSO SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

Prevede interventi di prevenzione, anche in offerta attiva, e di presa in carico per la salute riproduttiva femminile, la pianificazione delle nascite e le azioni di promozione della salute in epoca pre-concezionale.

Obiettivi	Operatore prevalente	Azioni
Accoglienza, colloquio di orientamento e informativo per il supporto ad una scelta consapevole per la salute riproduttiva; consulenza preconcezionale	Tutto il personale del Consultorio	Facilitare accoglienza e primo colloquio, anche attraverso il contatto telefonico o via e-mail; fornire offerta attiva di consulenza, con particolare riguardo alla salute preconcezionale; pianificazione familiare: prescrizione ed applicazione di tutti i sistemi contraccettivi
Offerta attiva di interventi di prevenzione	Tutto il personale del Consultorio	Attuare interventi e campagne di promozione della salute riproduttiva

Set minimo di indicatori per il Percorso Salute Sessuale e Riproduttiva

- N. accessi donne in età fertile (15 - 49 anni) residenti nella ASL/Totale donne in età fertile (15 - 49 anni) residenti nella ASL;
- N. campagne attivate riguardanti la promozione della salute e corretti stili di vita.

2. PERCORSO NASCITA

Prevede una rete di servizi, offerta a tutte le donne/coppie, con un programma gratuito che le accompagna dalla consulenza pre-concezionale all'assistenza al parto e, successivamente, nel primo anno di vita del bambino, garantendo ascolto, sostegno e continuità assistenziale. L'ostetrica è la figura professionale di riferimento per l'assistenza alla gravidanza fisiologica, al parto e al puerperio. Nel caso in cui la situazione lo richieda, deve essere garantita la presa in carico in equipe Ginecologo /Ostetrica.

Obiettivi	Operatore prevalente	Azioni
Consulenza preconcezionale: colloquio di orientamento e informativo, supporto ad una scelta riproduttiva consapevole	Tutto il personale del Consultorio	Fornire offerta attiva di consulenza
Gravidanza: Offerta attiva informazioni sul percorso assistenziale	Tutto il personale del Consultorio	Effettuare colloquio in fase precoce di gravidanza; Protocolli di intesa con MMG per invio al consultorio

Gravidanza: Miglioramento dell'informazione e dell'educazione alla salute riguardo la gestione della gravidanza	Ostetrica / Psicologo + incontri seminari condotti da professionisti equipe consultoriale	Fornire offerta attiva di Corsi di Accompagnamento alla Nascita - CAN (scelta consapevole riguardo le modalità di assistenza al parto, ruolo genitoriale, assistenza post-parto, promozione dell'allattamento al seno)
Gravidanza: valutazione profilo di rischio ostetrico	Ginecologo	Effettuare colloquio, visita, prescrizione, valutazione analisi e attestazione del livello di rischio
Gravidanza: monitoraggio gravidanza fisiologica	Ostetrica	Effettuare colloquio, visita, prescrizione e valutazione analisi e condizioni di salute materno-fetali
Gravidanza: monitoraggio gravidanza a rischio	Ginecologo	Effettuare colloquio, visita, prescrizione e valutazione analisi e condizioni di salute materno-fetali; Riferimento a Centri specialistici attraverso Protocolli di intesa per interventi II/ III livello diagnostico terapeutico con Presidi Ospedalieri (PO)/ Aziende Ospedaliere (AA.OO)
Gravidanza : percorsi dedicati	Tutto il personale del Consultorio	Fornire offerta attiva delle prestazioni previste dal D.M. 10 settembre 1998 alle gestanti seguite nei Consultori Familiari (CCFF); Protocolli di intesa servizi Distrettuali/ P.O./ AA.OO
Parto: a domicilio/ Casa di Maternità	Ostetrica	Adempimenti D.CA. n. 29/2011
Parto: Ospedale	Ostetrica Ginecologo Specialisti Personale di supporto	Attivare percorso dedicato dai CCFF al Punto Nascita per la gravidanza a termine/ oltre il termine; Cartella Ostetrica informatizzata e condivisa tra CCFF e Punti Nascita; Agenda della Gravidanza alla gestante.
Post-partum: promozione e sostegno dell'allattamento materno (7 passi - Comunità Amica del Bambino, OMSUNICEF)	Ostetrica / operatori dedicati , coinvolti ed informati	Attivare la rete Territorio-Ospedale-Territorio attraverso il primo contatto con le puerpere nell'immediato post partum; Offerta Attiva di consulenza e sostegno all'allattamento - puerperio, entro 7gg dal parto, da parte dell'ostetrica; Formazione consulenti "peer counselors" su allattamento al seno; Offerta attiva numeri telefonici dedicati
Avvio, promozione e sostegno dell'allattamento materno esclusivo 0-6 mesi, e oltre	Ostetrica/ Infermiere Pediatria	Effettuare la Formazione a tutto il personale consultoriale dedicato e coinvolto, attraverso il Corso Allattamento al seno OMSUNICEF - 8/ 20 ore
Servizi di sostegno alla genitorialità	Psicologo/ Ostetrica (+ tutte le figure professionali coinvolte)	Offrire Spazi organizzati ad accesso libero per puerpere e coppie

Set minimo di indicatori per il Percorso Nascita

- N. donne in gravidanza seguite (almeno 4 accessi) / totale donne in gravidanza (rilevate attraverso le richieste di esenzione ticket);
- N. donne che hanno effettuato il primo accesso entro la 12° settimana / totale donne seguite;
- N. donne con gravidanza a rischio riferite ad un Centro specialistico / totale donne con gravidanza a rischio;
- N. tagli cesarei / n. donne che hanno partecipato al Corso Accompagnamento alla Nascita;
- N. donne che allattano al seno ad 1-3-6 mesi dalla nascita, tra le partecipanti al Corso Accompagnamento alla Nascita / n. donne che hanno partecipato al Corso Accompagnamento alla Nascita;
- N. operatori formati con il “Corso Allattamento al seno OMS UNICEF - 8/20 ore” / n. operatori dedicati presenti;
- N. donne residenti che partoriscono extra ASL (laddove applicabile) / totale partorienti residenti;
- N. consulenze post-partum / totale coppie frequentanti i Corsi di Accompagnamento alla Nascita;
- N. consulenze post-partum / totale puerpere residenti.

3. PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA DONNA CHE RICHIEDE IVG

Prevede interventi integrati, offerti a tutte le donne che fanno richiesta di interruzione volontaria di gravidanza (IVG), volti alla informazione e al sostegno per una scelta consapevole, all'interno della rete interistituzionale e di continuità assistenziale "Territorio - Ospedale - Territorio".

Obiettivi	Operatore prevalente	Azioni
Accoglienza, informazione e colloquio di orientamento, supporto ad una scelta consapevole	Assistente Sociale (+ personale area ostetrico-ginecologica)	Acquisire dal Presidio Ospedaliero - Servizio IVG le procedure operative IVG (medica e/ o chirurgica) ; Effettuare colloquio e fornire informazioni su procedure; descrizione per corso e valutazione alternative possibili
Accertamento stato di gravidanza e dell'età gestazionale	Ostetrica Medico	Stipulare Protocolli di Intesa intra ASL per effettuazione test gravidanza/ ecografie ostetriche per datazione della gravidanza
Sostegno ad una scelta responsabile	Assistente Sociale Psicologo	Effettuare colloqui di sostegno e avvio interventi di rete, ove richiesti
Certificazione ai sensi L.104/ 78	Ginecologo/ Medico	Effettuare visita ostetrica per datazione età gestazionale; Rilascio certificato
Continuità assistenziale: prenotazione diretta intervento IVG presso Presidi Ospedalieri/ AA.OO.	Tutti gli operatori del Consultorio familiare	Stipulare Protocollo di continuità assistenziale Territorio-Ospedale-Territorio con ruoli e rispettivi impegni, riguardante anche la trasmissione dati inerenti lo stato di salute della donna per successiva contraccezione e offerta attiva vaccinazione antirubeolica; Effettuare prenotazione presso la struttura identificata; descrizione del percorso all'utente
Riduzione delle ripetizioni IVG attraverso utilizzo di metodi contraccettivi sicuri	Ginecologo/ Medico Tutti gli operatori del Consultorio familiare	Prenotare visita di controllo post-IVG presso il CF all'atto del rilascio della certificazione; Organizzare incontri con le donne straniere sul tema della contraccezione, avvalendosi dell'aiuto di mediatrici linguistico- culturali
Promozione Salute	Ginecologo/ Medico Tutti gli operatori del Consultorio familiare	Offerta attiva Screening cervicale; Offerta attiva vaccinazione antirubeolica a rubeo- negative
Percorso dedicato e protetto per IVG > 90 gg	Tutti i soggetti coinvolti	Protocolli interservizi per presa in carico e accompagnamento della donna

Set minimo di indicatori per il Percorso Assistenziale per la donna che richiede IVG

- N. colloqui per IVG che esitano nella prosecuzione della gravidanza / totale colloqui per IVG;
- N. colloqui Assistente Sociale / n. richieste IVG;
- N. colloqui Psicologo / n. richieste IVG;

- N. certificazioni IVG rilasciate / n. richieste IVG;
- N. visite post IVG / n. certificazioni IVG rilasciate;
- N. donne che hanno effettuato IVG > 90 gg con accompagnamento protetto e dedicato / n. totali richieste di IVG > 90 gg.

3.1 PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA MINORE CHE RICHIEDE IVG

Prevede interventi integrati, offerti alle minori che fanno richiesta di interruzione volontaria di gravidanza (IVG), volti alla informazione e al sostegno per una scelta consapevole, all'interno della rete interistituzionale e di continuità assistenziale "Territorio - Ospedale - Territorio".

Obiettivi	Operatore prevalente	Azioni
Accoglienza, informazione e colloquio di orientamento, supporto ad una scelta consapevole	Assistente Sociale (+ personale area ostetrico-ginecologica)	Acquisire dal Presidio Ospedaliero Servizio IVG le procedure operative IVG (medica e/ o chirurgica), Effettuare colloquio e fornire informazioni su procedure; descrizione per corso e valutazione alternative possibili
Accertamento stato di gravidanza e dell'età gestazionale	Ostetrica Medico	Stipulare Protocolli di Intesa intra ASL per effettuazione test gravidanza/ ecografie ostetriche per datazione della gravidanza
Sostegno ad una scelta responsabile	Assistente Sociale Psicologo	Effettuare colloqui di sostegno e avvio interventi di rete, ove richiesti
Certificazione ai sensi L.104/78	Ginecologo/ Medico	Effettuare visita ostetrica per datazione età gestazionale, Rilascio certificato
Continuità assistenziale: prenotazione diretta intervento IVG presso Presidi Ospedalieri/ AA.OO.	Tutti gli operatori del Consultorio familiare	Stipulare Protocollo di continuità assistenziale Territorio-Ospedale-Territorio con ruoli e rispettivi impegni, riguardante anche la trasmissione dati inerenti lo stato di salute della donna per successiva contraccezione e offerta attiva vaccinazione antirubeolica; Effettuare prenotazione presso la struttura identificata; descrizione del percorso all'utente
Riduzione delle ripetizioni IVG attraverso utilizzo di metodi contraccettivi sicuri	Ginecologo/ Medico Tutti gli operatori del Consultorio familiare	Prenotare visita di controllo post-IVG presso il CF all'atto del rilascio della certificazione; Organizzare incontri con le donne straniere sul tema della contraccezione, avvalendosi dell'aiuto di mediatrici linguistico- culturali
Promozione Salute	Ginecologo/ Medico Tutti gli operatori del Consultorio familiare	Offerta attiva Screening cervicale; Offerta attiva vaccinazione antirubeolica a rubeo- negative
Percorso dedicato e protetto per IVG > 90 gg	Tutti i soggetti coinvolti	Protocolli interservizi per presa in carico e accompagnamento della donna

Obiettivi	Operatore prevalente	Azioni
Accertamento stato di gravidanza e dell'età gestazionale	Ginecologo/ Medico Ostetrica	Effettuare test di gravidanza con valore legale, anche attraverso percorso privilegiato, stipulando un protocollo di Intesa e operativo con Laboratorio Analisi intra-ASL
Accertamento stato di gravidanza e dell'età gestazionale	Ginecologo/ Medico	Effettuare ecografia per datazione della gravidanza, se ritenuto necessario dal punto di vista clinico, anche stipulando un Protocollo di Intesa con presidi distrettuali/ ospedalieri per ecografie a Minori
Sostegno per una scelta consapevole, responsabile, orientata alla massima tutela della minore	Assistente Sociale Psicologo	Effettuare colloqui mirati anche alla valutazione della possibilità o meno per la minore di comunicare la propria scelta agli esercenti la patria potestà; informazioni sulle procedure IVG e descrizione percorso assistenziale; valutazione delle possibili alternative all'IVG; possibili interventi di sostegno sociale ed economico
Certificazione ai sensi L.104/ 78	Ginecologo/ Medico	Visita ostetrica per datazione Rilascio certificato
Certificazione: per minori con autorizzazione esercenti patria potestà		Rilascio certificato non urgente/ urgente
Certificazione: per minori in assenza degli esercenti la patria potestà		Rilascio certificazione urgente in caso di grave pericolo per la salute della minore; diretto contatto con la struttura ospedaliera ed eventuale accompagnamento
Certificazione: per i minori che chiedono di non avvisare gli esercenti la patria potestà	Assistente Sociale	Stesura di una relazione dettagliata per il Giudice Tutelare
	Medico/ Ginecologo	Redazione, senza consegna, del certificato IVG per la minore; Redazione di eventuale relazione medica per il Giudice Tutelare
Acquisizione consenso dal Giudice Tutelare	Assistente Sociale che ha redatto la relazione + tutti gli operatori del Consultorio Familiare	Effettuare colloquio e consegnare alla minore la certificazione del medico per accesso a IVG
Continuità assistenziale	Tutti gli operatori del Consultorio familiare	Stipulare Protocollo di continuità assistenziale Territorio-Ospedale-Territorio con ruoli e rispettivi impegni, riguardante anche la trasmissione dati inerenti lo stato di salute della donna per successiva contraccezione e offerta attiva vaccinazione antirubeolica; Effettuare prenotazione presso la struttura identificata per l'intervento; descrizione del percorso all'utente; eventuale accompagnamento in ospedale
Riduzione delle ripetizioni IVG attraverso utilizzo metodi contraccettivi sicuri	Ginecologo/ Medico +Tutti gli operatori del Consultorio familiare	Prenotare visita di controllo post-IVG presso il CF all'atto del rilascio della certificazione
Riduzione delle ripetizioni IVG attraverso campagne di sensibilizzazione specifica	Psicologo Ostetrica Medico/ Ginecologo	Programmare interventi di educazione alla sessualità e alla affettività nelle scuole; Attivare Spazi Giovani; Garantire offerta tempestiva di Contraccezione Post-coitale a coloro che ne fanno richiesta; Organizzare incontri con donne straniere sul tema della contraccezione, avvalendosi dell'aiuto di mediatrici linguistico- culturali

Set minimo di indicatori per il Percorso Assistenziale per la minore che richiede IVG

- N. colloqui per IVG che esitano nella prosecuzione della gravidanza / totale colloqui per IVG;
- N. colloqui Assistente Sociale / n. richieste IVG;
- N. colloqui Psicologo / n. richieste IVG;
- N. relazioni per Giudice Tutelare/ n. certificazioni rilasciate;
- N. certificazioni IVG rilasciate / n. richieste IVG;
- N. visite post IVG / n. certificazioni IVG rilasciate;
- N. donne che hanno effettuato IVG > 90 gg con accompagnamento protetto e dedicato / n. totali richieste di IVG > 90 gg.

4. PERCORSO SCREENING ONCOLOGICO DEL CERVICO-CARCINOMA

Prevede un programma basato sull'offerta attiva di Pap Test/HPV, a frequenza triennale/quinquennale, a tutte le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni residenti nelle AA.SS.LL. Sono incluse nel programma le donne non residenti che appartengono a categorie svantaggiate (STP, DiPre, nomadi, altro). La partecipazione al programma è completamente gratuita e non occorre la richiesta del medico. Eventuali ulteriori accertamenti che risultassero necessari, in relazione al referto di Pap-test/HPV (colposcopia, eventuale esame bioptico, altro), saranno gratuiti e le donne potranno essere seguite, per il successivo percorso diagnostico e terapeutico, presso i servizi aziendali di riferimento di II/III livello.

Obiettivi	Operatore prevalente	Azioni
Sottoscrizione Protocollo interservizi con i distinti 3 livelli di intervento (prelievo di base, approfondimento diagnostico, terapia)	Servizio Capofila/ UO Consultorio/ Ospedale	Stipulare Protocollo operativo interservizi
Sottoscrizione Procedure Operative del percorso di Screening cervicale I Livello/ Invio II livello concordato con il Servizio capofila	Ostetrica/ Ginecologo/ Citologo/ Coordinamento Screening	Contributo alla redazione e sottoscrizione di una procedura operativa descrittiva del percorso e delle modalità di reciproca interazione degli operatori della rete.
Accoglienza e Colloquio informativo sulle tematiche attinenti lo screening offerto/ Offerta Servizi Consultoriali	Ostetrica	Effettuare Colloquio informativo; Acquisire Consenso informato; Effettuare Prelievo pap-test; Immissione dati nel sistema informatico aziendale/ regionale; Offerta attiva visita ginecologica

Individuazione precoce dei test inadeguati per flogosi, che necessitano di ripetizione dopo la terapia	Citologo/ Ostetrica/ Ginecologo/ Medico	Acquisire referto Pap-test; Appuntamento per consegna referto; Prescrizione terapia e visita ginecologica in caso di necessità; Appuntamento per ripetizione Test
Triage HPV	Ostetrica	Contattare la donna per appuntamento; Ripetizione test in fase liquida
Invio al II livello diagnostico	Ostetrica/ Medico/ Case manager	Contattare la donna per Counselling; Comunicazione dell'esito del Test/ Invio al II livello diagnostico con percorso dedicato

Per gli indicatori relativi al Percorso Screening oncologico del cervico – carcinoma, in considerazione del fatto che tale attività rientra nei Programmi di Screening, si rimanda al Sistema Informativo Unico Regionale degli Screening oncologici.

- N. test erogati presso il Consultorio Familiare / Totale test erogati nella ASL

5. PERCORSO INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE

Prevede interventi di prevenzione, contrasto e presa in carico delle situazioni di violenza di genere, nell'ambito di operatività integrate con i servizi socio-sanitari distrettuali, Presidi Ospedalieri/Aziende Ospedaliere, Enti Locali, Centri antiviolenza, Case di Rifugio, Polizia di Stato, Carabinieri, Agenzie comunali, provinciali (SOLIDEA) e regionali, Associazionismo del Privato Sociale.

Obiettivi	Operatore prevalente	Azioni
Definizione ruoli e funzioni dei costituenti la partnership	Tutti gli operatori coinvolti nella partnership	Stipulare Protocollo di Intesa interservizi interistituzionale che indichi la procedura descrittiva del percorso e delle modalità di reciproca interazione degli operatori della rete
Formazione del personale sulla problematica e sui modelli di intervento	Assistente Sociale Psicologo + operatori coinvolti nella partnership	Effettuare Corsi di Formazione: I livello (sensibilizzazione), II livello (modelli di valutazione e presa in carico), III livello (Acquisizione di strumenti di valutazione e quantificazione del rischio per le donne vittime di stalking e maltrattamenti e supervisione casi clinici)
Operatività di rete	Assistente Sociale Psicologo + tutti gli operatori coinvolti	Operatività in rete su casistica
Contributo alla implementazione dell'Osservatorio per il monitoraggio dati ed interventi sulla Violenza di Genere	Assistente Sociale Psicologo +tutti gli operatori coinvolti	Raccolta e immissione dati su sistema informatico aziendale/ regionale/ altri Enti e/ o Istituzioni

Set minimo di indicatori per il Percorso Interventi di contrasto alla Violenza di Genere

- N. operatori formati con Corsi di I – II – III livello / n. operatori impegnati nella operatività di rete;
- N. casi presi in carico / n. segnalazioni giunte al servizio consultoriale nell'unità di tempo;
- N. donne inviate alle diverse strutture (centri antiviolenza, case rifugio, case semiautonomia, etc.) nell'unità di tempo

6. PERCORSO GIOVANI

Prevede interventi multidisciplinari che integrano attività psico-educative ed attività cliniche per promuovere la salute e prevenire le situazioni di disagio.

Lo Spazio Giovani, attivato almeno in 1 Consultorio per Distretto, si configura come uno spazio dedicato esclusivamente ai giovani, con orari riservati a tale utenza.

Obiettivi	Operatore prevalente	Azioni
Monitoraggio del disagio adolescenziale	Tutti i coinvolti	Attivare 1 Spazio Giovani dedicato per Distretto, con presenza di equipe multidisciplinare
Attivazione di contatti tra Consultorio familiare, scuola, punti di aggregazione giovanile	Tutti i coinvolti	Effettuare la presa in carico di situazioni a maggiore complessità clinica mediante colloqui individuali, consulenze sociali, formazione e counselling psico-educazionale, presa in carico psicoterapeutica per problematiche socio-affettive e sessuali, consulenze e visite ginecologiche, endocrinologiche, altro.
Definizione Percorso dedicato per contraccezione in adolescenza	Tutti i coinvolti	Stipulare protocollo interservizi tra laboratorio analisi e diagnostica ecografica ; valutazione della fattibilità di specifici PAC per esami di laboratorio, per adolescenti;
Campagna informativa presso i punti di aggregazione giovanile	Tutti i coinvolti	Produrre e diffondere brochure informative multilingue; Inviare nota informativa alle scuole
Accoglienza, colloquio informativo, di orientamento e sostegno	Tutto il personale del Consultorio familiare	Garantire l'accesso libero in autoriferimento e non; effettuare interventi specifici per il riconoscimento e la presa in carico per problematiche di natura psichica e psico-sociale
Formazione agli operatori	Operatori dedicati	Organizzare Corsi formativi

Set minimo di indicatori per il Percorso Giovani

- N. Consulori Familiari che hanno attivato uno Spazio Giovani/n. di Consulori Familiari
- N. adolescenti presi in carico/ n. totale adolescenti contattati

7. PERCORSO SALUTE PSICO-FISICA BAMBINO 0 – 1 anno

Il consultorio familiare concorre, con il Pediatra di Libera Scelta, alla promozione della salute del bambino nel corso del primo anno di vita, mediante interventi multidisciplinari, ivi comprese le vaccinazioni.

In merito all'assistenza sanitaria alla popolazione straniera, in attesa del recepimento complessivo dell'accordo Stato Regioni, emanato con Decreto del Commissario ad Acta n. 77/2013 e volto al coinvolgimento a pieno regime dei Pediatri di Libera Scelta, i consultori familiari mantengono l'attività dei "bilanci di salute" per i minori stranieri.

I Consulori familiari, in collaborazione con il Dipartimento Prevenzione, concorrono ad effettuare le vaccinazioni nelle fasce di età 0-1 anno.

Obiettivi	Operatore prevalente	Azioni
Avvio, promozione e sostegno dell'allattamento materno esclusivo 0-6 mesi	Ostetrica Infermiere Pediatra	Effettuare formazione con Corso Allattamento al seno OMS/UNICEF- 8/ 20 ore per tutto il personale consultoriale dedicato e coinvolto; Formazione con Corso Allattamento al seno OMS/UNICEF-20 ore per i Pediatri di Libera Scelta (PLS)
Promozione e Sostegno dell'allattamento materno esclusivo e prolungato, anche negli asili nido;	Ostetrica Infermiere Pediatra Operatori Asili Nido	Stipulare protocollo di intesa tra CCFF e Asili Nido per la prosecuzione dell'allattamento materno; Formazione ad hoc degli operatori asili nido su allattamento materno; Promuovere la raccolta e conservazione del latte materno
Offerta attiva interventi di promozione della salute (Campagna Genitori più)	Ostetrica Pediatra Infermiere	Presentazione delle azioni di comprovata efficacia per la promozione della salute, in occasione dei contatti con il bambino ed i genitori
Tutela salute bambini stranieri STP, ENI e ROM	Pediatra Infermiere	Effettuare interventi di promozione della salute; Bilanci di salute bambini STP, ENI e ROM tra 0 e 14 anni, se privi di assistenza del Pediatra di Libera Scelta; Certificazioni per riammissioni scolastiche
Prevenzione della diffusione delle malattie infettive attraverso l'offerta attiva di vaccinazioni dell'obbligo e raccomandate nel 1 anno di vita	Pediatra Infermiere	In integrazione con il Dipartimento di Prevenzione, effettuare le vaccinazioni ai bambini della fascia di età 0-1 anno residenti, nonché a gruppi di bambini in situazione di particolare e vulnerabilità sociale e sanitaria

Set minimo di indicatori per il Percorso Salute Psico Fisica del bambino 0 – 1 anno

- N. Protocolli su Allattamento materno negli asili nido;
- N. Operatori asili nido formati / totale operatori asili nido;
- N. accessi bambini STP,ENI e ROM nell'unità di tempo;
- N. prestazioni bambini STP,ENI e ROM nell'unità di tempo;
- N. dosi somministrate delle diverse tipologie di vaccino / n. residenti 0-1 anno nell'unità di tempo;
- N. dosi somministrate a utenti STP,ENI e ROM / n. utenti STP,ENI e ROM presenti (valore stimato)

8. PERCORSO G.I.L. ADOZIONE

Prevede attività integrate, svolte da professionisti dell'area sociale e psicologica, miranti ad orientare, informare, accompagnare e sostenere le coppie che aspirano a diventare genitori adottivi e le famiglie adottive. Su mandato del Tribunale per i Minori, le coppie aspiranti all'adozione si rivolgono al G.I.L. adozione per un percorso conoscitivo e per la valutazione delle competenze genitoriali richiesta ai fini del giudizio di idoneità all'adozione.

Obiettivi	Operatore prevalente	Azioni
Fornire alle coppie aspiranti all'adozione gli elementi conoscitivi necessari per una scelta consapevole, riguardo la dichiarazione di disponibilità al Tribunale per i Minori (T.M.)	Psicologo Assistente Sociale	Istituire e condurre Gruppi di Orientamento all'Adozione (GOA.)
Valutazione competenze genitoriali, come da mandato del Tribunale per i Minori	Psicologo Assistente Sociale	Effettuare colloqui individuali, di coppia finalizzati alla conoscenza della coppia per la valutazione della richiesta; Relazione finale congiunta per il Tribunale per i Minori
Monitoraggio del benessere del nuovo nucleo familiare nel post-adozione	Psicologo Assistente Sociale	Effettuare colloqui individuali, di coppia, lavoro in gruppo, finalizzati alla valutazione del benessere del nucleo familiare ed al riconoscimento precoce dei segnali di disagio; Relazioni periodiche agli Enti e ai Servizi di competenza
Prevenzione e presa in carico del nucleo familiare adottivo con disagio	Psicologo Assistente Sociale	Effettuare colloqui individuali, di coppia, familiari ed accompagnamento protetto ai Servizi di competenza

Set minimo di indicatori per il Percorso G.I.L. Adozione

- N. Gruppi di Orientamento all' Adozione (G.O.A.) attivati nell' unità di tempo;
- N. partecipanti G.O.A. / n. dichiarazioni disponibilità presentate al Tribunale per i Minori;
- N. dichiarazioni di disponibilità / n. coppie prese in carico;
- N. relazioni / n. coppie prese in carico nell' unità di tempo;
- N. colloqui individuali / di coppia per ciascun percorso avviato;
- N. colloqui individuali / di coppia per ciascun nucleo familiare preso in carico

Dotazione e tipologia dell' organico del Consultorio familiare

La tipologia delle figure professionali e la dotazione organica sono individuate in base ai Percorsi socio-assistenziali prioritari nei Consultori, precedentemente elencati.

La tabella seguente individua gli standard minimi riguardo le figure professionali e il numero di operatori equivalenti, per ogni sede consultoriale.

Figura professionale	N° operatori equivalenti (1 unità = tempo pieno di unità lavorativa) per sede consultoriale
Ginecologo	1
Ostetrica	2
Pediatra	1
Psicologo	1,5
Assistente Sociale	1,5
Infermiere	1,5
Operatore Socio Sanitario (funzioni di orientamento ed accoglienza dell' utenza)	1
Amministrativo (figura professionale attualmente non prevista in organico)	0,30
Altre figure professionali* (vedi educatore, mediatore linguistico/culturale, consulente legale)	0,30

* Il consulente legale, il mediatore culturale/linguistico, nonchè esperti di altre discipline possono essere chiamati a sostegno di specifiche attività consultoriali.

Sistema Informativo

Si prevede la realizzazione di uno specifico modulo dedicato all'attività dei Consultori Familiari all' interno del Sistema Informativo per l' Assistenza Territoriale (SIAT) per la raccolta dei dati di attività, che consenta il monitoraggio e la valutazione degli effetti ed esiti degli interventi posti in essere, attraverso l' implementazione di indicatori specifici per l' area materno-infantile territoriale.

Il documento è stato redatto con il contributo del Tavolo Tecnico regionale Consultori Familiari, costituito dai referenti aziendali dei Consultori Familiari regionali, dall' Assessore alle Politiche sociali e allo Sport, da rappresentanti della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria e della Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport.

ALLEGATO 2

Tariffa per il rimborso del Parto a domicilio, ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta n. 29 del 01/04/2011.

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 29 del 01/04/2011, la Regione Lazio ha approvato il protocollo clinico per il parto a domicilio ed in Case di Maternità.

Il suddetto Decreto definisce i criteri e le modalità necessarie per ricevere un rimborso forfettario per le spese sostenute per l'assistenza al parto ed al neonato, disponendo di rinviare a successivi provvedimenti la definizione di una tariffa omnicomprensiva di tutte le prestazioni di assistenza alla gravidanza e al parto.

La Regione Lazio considera come parametro massimo di riferimento l'attuale valorizzazione del parto fisiologico, codificato con DRG 373 (parto vaginale senza diagnosi complicanti) e DRG 391 (neonato normale).

Pertanto, ad integrazione del suddetto Decreto, valutate anche le tariffe di rimborso applicate da altre Regioni (Emilia Romagna, Piemonte, Marche e Trentino Alto Adige), si stabilisce una tariffa forfettaria di rimborso per il Parto a domicilio, pari ad € 800,00, secondo le modalità ed i criteri previsti dal Decreto del Commissario ad Acta n. 29 del 01/04/2011.

<p>TARIFFA DI RIMBORSO PER IL PARTO A DOMICILIO: EURO 800,00</p>

Supplemento ordinario n. 97 al "Bollettino Ufficiale" n. 18 del 14 maggio 2011

Poste Italiane S.p.A. - Spediz. in abb. postale 70% - DCR Roma



REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO

Roma, 14 maggio 2011

PARTE PRIMA - PARTE SECONDA

Si pubblica normalmente il 7, 14, 21 e 28 di ogni mese
Registrazione: Tribunale di Roma n. 569/1986

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

IL BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:

- 1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
- 2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

Modalità di abbonamento e punti vendita:

L'abbonamento ai fascicoli del **Bollettino Ufficiale** si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuale o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alle parti I, II e III al **Bollettino Ufficiale**. Per informazioni rivolgersi alla Regione Lazio - Ufficio Bollettino Ufficiale, Tel. 06-51685149 - 06-51685076.

Il **Bollettino Ufficiale** della Regione Lazio è ora consultabile anche in via telematica tramite Internet accedendo al sito www.regione.lazio.it

Il **Bollettino Ufficiale** può essere visualizzato e/o stampato sia in forma testuale che grafica.

Gli utenti sono assistiti da un servizio di "help" telefonico (06-85084200).

Da Gennaio 2001 l'accesso alla consultazione del **Bollettino** in via telematica tramite INTERNET è gratuito al pubblico.

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del **Bollettino Ufficiale**.

Riproduzione anastatica

PARTE I

ATTI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO *AD ACTA* 1° aprile 2011, n. 29.

Parto a domicilio e in case di maternità. Approvazione di «Profilo Assistenziale per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico extraospedaliero in «case di maternità e a domicilio» (All. 1), «Protocollo per il parto a domicilio» (All. 2), «Protocollo per le case di maternità» (All. 3), «Requisiti minimi per l'autorizzazione CMI» (All. 4), «Requisiti minimi per l'autorizzazione CME» (All. 5), «Modulistica» (All. 6)

Pag. 3

ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE E DEGLI ASSESSORI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 marzo 2011, n. 101.

Piano regionale integrato dei controlli 2011-2014 sulla sicurezza alimentare, il benessere e la sanità animale. Approvazione dei piani di campionamento degli alimenti di origine animale e dei mangimi

» 40

PARTE I

ATTI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO *AD ACTA* 1° aprile 2011, n. 29.

Parto a domicilio e in case di maternità. Approvazione di «Profilo Assistenziale per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico extraospedaliero in «case di maternità e a domicilio» (All. 1), «Protocollo per il parto a domicilio» (All. 2), «Protocollo per le case di maternità» (All. 3), «Requisiti minimi per l'autorizzazione CMI» (All. 4), «Requisiti minimi per l'autorizzazione CME» (All. 5), «Modulistica» (All. 6).

LA PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO *AD ACTA*

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Regolamento Regionale n.1 del 6 settembre 2002, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive integrazioni e modificazioni;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con la quale la Presidente della Regione Lazio è stata nominata Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

PRESO ATTO che con Delibera del Consiglio dei Ministri del 03 marzo 2011 il dr. Giuseppe Antonio Spata è stato nominato sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla summenzionata Delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

VISTO il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23.10.92, n. 421";

VISTO il Decreto Ministeriale 24 aprile 2000 del Ministero della Sanità, avente ad oggetto: Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro", ed in particolare i seguenti obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l'autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l'accreditamento
- 1.2.4 Riorganizzazione delle rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza urgenza e l'elezione

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito dalla Conferenza Stato – Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009;

VISTO l'art. 1, co. 796, lett. b) legge 27 dicembre 2006, n. 296, secondo cui "...gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all'art. 1, commi 278 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria";

ATTESO, che tra gli obiettivi specifici del piano di rientro e nei Programmi Operativi per il 2010, risultano individuate anche le misure e le iniziative da assumere ai fini della riduzione della spesa sanitaria e del raggiungimento di una maggiore appropriatezza delle prestazioni attraverso accordi di erogazione delle prestazioni medesime;

VISTA la Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio" Art. 1, commi da 18 a 26 – "Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private";

VISTA la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali" e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 424 del 14 luglio 2006, concernente: "Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie";

VISTO il Regolamento Regionale n. 2 del 26 gennaio 2007 e successive modificazioni, recante: "Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'articolo 5, comma 1, lett. b), della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4, (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modificazioni";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 160 del 13 marzo 2007, concernente: "Stato di attuazione dei procedimenti amministrativi in materia di edilizia sanitaria e modalità e termini per l'adeguamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio sanitarie ai requisiti autorizzativi di cui all'art. 5, comma 1, lett. a), legge regionale n. 4/03 e successive modificazioni ed integrazioni";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 636 del 3 agosto 2007 "Attuazione Piano di rientro ex DGR n.149/07 (intervento 1.1.4) - "Approvazione dei principi per la stesura del regolamento di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio"; e "Requisiti ulteriori - parte generale per l'accreditamento istituzionale nella Regione Lazio".

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n.325 dell'8 maggio 2008, avente ad oggetto: "Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza Domiciliare";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0048 del 7 luglio 2009, avente ad oggetto la "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006" (ALL. 1);

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0087 del 18 dicembre 2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0017 del 9 marzo 2010, avente ad oggetto: "Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale 96/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003";

VISTO il decreto Commissariale n. U0049 del 31 maggio 2010 che approva i programmi operativi per l'anno 2010 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il decreto Commissariale n. U0056 del 12 luglio 2010 "Rete dell'Assistenza Perinatale";

VISTO il decreto Commissariale n. U0073 del 29 settembre 2010 "Rete Assistenziale dell'Emergenza";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0080 del 30 settembre 2010 con cui è stata prevista la "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n U0081 del 30 settembre 2010 avente ad oggetto: "Modifica Allegato "E" Decreto del Commissario ad Acta n. U0080 del 30 settembre 2010: "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0082 del 30 settembre 2010 relativo a "Chiarimenti, integrazioni e modifiche al Piano Sanitario Regionale 2010 – 2012 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0090 del 10 novembre 2010 "Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditamenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento

di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3." e s.m.i.;

CONSIDERATA la nota prot. n.60 del 29 luglio 2010 con la quale il Commissario ad Acta "*intende istituire un gruppo di lavoro che, in analogia con quanto già effettuato in altre Regioni, individui i requisiti di autorizzazione e accreditamento per il parto in ambiente*", e che lo stesso gruppo "*rediga linee guida clinico assistenziali per il parto in ambiente extraospedaliero da sottoporre all'approvazione del Governo Regionale*" avvalendosi dell'esperienza e della collaborazione della sperimentazione in corso presso il comprensorio dell'Ospedale G.B. Grassi di Ostia;

VISTA la Determinazione Regionale B0445 del 26 Gennaio 2011 con la quale viene istituito il "*Gruppo di Lavoro per la definizione di requisiti di autorizzazione ed accreditamento di strutture per il parto in ambito territoriale e domiciliare*";

CONSIDERATA la nota prot. 1 del 28 Gennaio 2011 con la quale il Commissario ad Acta "*al fine di concedere al gruppo di lavoro incaricato di assolvere ai compiti di cui alla Determinazione B0445/2011*" si rende "*necessario prorogare il proseguimento della sperimentazione dell'assistenza al parto in ambito territoriale presso il comprensorio dell'Ospedale G.B. Grassi di Ostia*;

CONSIDERATA la nota 50017/DB/08/06 del 8 Marzo 2011 con la quale la Regione Lazio richiedeva a Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica il supporto tecnico per la redazione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento;

CONSIDERATA la nota 3300/ASP/DG del 09 Marzo 2011 con la quale Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica comunicava i nominativi, ad integrazione del gruppo di cui alla Determinazione Regionale B0445/2011 per il richiesto supporto tecnico al gruppo di lavoro;

VISTO il documento conclusivo elaborato dal gruppo di lavoro nella seduta del 29 Marzo 2011, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, costituito dai seguenti elaborati:

- Allegato 1: "*Profilo Assistenziale per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico extraospedaliero in case di maternità e a domicilio*";
- Allegato 2: "*Protocollo per il parto a domicilio*";
- Allegato 3: "*Protocollo per le Case di Maternità*";
- Allegato 4: "*Requisiti minimi per l'autorizzazione CMI*";
- Allegato 5: "*Requisiti minimi per l'autorizzazione CME*";
- Allegato 6: "*Modulistica*";

CONSIDERATO che i nuovi requisiti minimi autorizzativi introducono innovazioni nelle strutture interessate sia in relazione ai requisiti strutturali-tecnologici che organizzativi;

RILEVATA quindi l'opportunità, in merito all'attività dell'assistenza al parto in ambito territoriale in corso presso il comprensorio dell'Ospedale G.B. Grassi di Ostia, di prorogare la sperimentazione, così come già espresso nella nota del Commissario ad Acta n.60/2010, per un periodo massimo di 6 mesi dalla firma del presente decreto al fine di consentire l'adeguamento ai protocolli e requisiti di cui al presente decreto;

RITENUTO di rinviare a successivi provvedimenti a cura delle Direzioni Regionali competenti la disciplina dei flussi informativi dedicati e dell'analisi dei costi per definire le modalità di remunerazione ed eventuali ipotesi di tariffe e di precisare che le Direzioni stesse dovranno predisporre i provvedimenti attuativi per la realizzazione di quanto contenuto nell'allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa che si intendono integralmente riportate:

- 1) di approvare i seguenti documenti:
 - Allegato 1: "Profilo Assistenziale per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico extraospedaliero in case di maternità e a domicilio";
 - Allegato 2: "Protocollo per il parto a domicilio";
 - Allegato 3: "Protocollo per le Case di Maternità";
 - Allegato 4: "Requisiti minimi per l'autorizzazione CMI";
 - Allegato 5: "Requisiti minimi per l'autorizzazione CME";
 - Allegato 6: "Modulistica";
- 2) di rinviare a successivi provvedimenti a cura delle Direzioni Regionali competenti la disciplina dei flussi informativi dedicati e dell'analisi dei costi per definire le modalità di remunerazione ed eventuali ipotesi di tariffe e di precisare che le Direzioni stesse dovranno predisporre i provvedimenti attuativi per la realizzazione di quanto contenuto nell'allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 3) di autorizzare il proseguimento dell'attività di sperimentazione dell'assistenza al parto in corso presso il comprensorio dell'Ospedale G.B. Grassi di Ostia, per un periodo massimo di 6 mesi dalla firma del presente decreto;
- 4) di demandare all'Azienda USL territorialmente competente la verifica dell'adeguamento ai protocolli e requisiti di cui al presente decreto per l'attività in corso presso il comprensorio dell'Ospedale G.B. Grassi di Ostia;

La Presidente
RENATA POLVERINI

Allegato 1

REQUISITI MINIMI PER IL RILASCIO DELLE AUTORIZZAZIONI PER L'ACCREDITAMENTO ALL'ESERCIZIO DELLE CASE DI MATERNITA' E PER LE PROCEDURE DEL PARTO EXTRAOSPEDALIERO

INDICE

PROFILO ASSISTENZIALE PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO FIOLOGICO EXTRAOSPEDALIERO IN CASE DI MATERNITA' E A DOMICILIO

- **Premessa**
- **Generalità**

1. PROTOCOLLO PER GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO A TERMINE

1.1. Calendario incontri tra 37 e 41 settimane:

1.2. Gravidanza fino a 41 settimane + 6 giorni:

1.3. ROTTURA PREMATURA DELLE MEMBRANE

1.4. FASE PRODROMICA

1.5. TRAVAGLIO E PARTO

1.6. ACCOGLIENZA E PRIME CURE AL NEONATO

1.7. SECONDAMENTO

1.8. POST-PARTO

1.9. PUERPERIO

1.9.1. Calendario incontri

1.9.2. Assistenza ostetrica alla madre

1.9.3. Assistenza ostetrica al neonato

1.9.4. Certificazioni dell'ostetrica

2. PROFILO ASSISTENZIALE IN CIRCOSTANZE A RISCHIO

2.1. INDICAZIONI PER IL TRASFERIMENTO DELLA DONNA E/O DEL NEONATO IN OSPEDALE

- 2.1.1. Travaglio e parto
- 2.1.2. Post - parto e giorni successivi
- 2.1.3. Neonato (post - parto e giorni successivi)

2.2. PROCEDURE PER ATTIVARE IL TRASPORTO IN URGENZA

- 2.2.1. Trattamento dell'urgenza/emergenza e del trasporto della donna
- 2.2.2. Trattamento dell'emergenza e del trasporto del neonato

ALLEGATO 2**PROTOCOLLO PER IL PARTO A DOMICILIO****A. CRITERI E MODALITÀ PER IL PARTO A DOMICILIO****B. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

B.1. Caratteristiche dell'abitazione:

B.2. Requisiti dell'ostetrica che assiste al travaglio e al parto

B.3. Dotazione Materiali/Strumentazione e farmaci per l'assistenza al travaglio e parto

C. - REQUISITI ORGANIZZATIVI

C.1. Incontro Informativo

C.2. Procedure da seguire per la comunicazione alla ASL di residenza della gestanti

C.3. Percorso assistenziale

ALLEGATO 3**PROTOCOLLO PER LE CASE DI MATERNITÀ****A. LA CASA DI MATERNITÀ INTRAOSPEDALIERA (CMI)**

A.1. CRITERI E MODALITÀ

A.2. CRITERI ORGANIZZATIVI CMI

Organizzazione del lavoro
Collegamenti con gli altri servizi dell'Ospedale

B. LA CASA DI MATERNITÀ EXTRAOSPEDALIERA (CME)

B.1. CRITERI E MODALITÀ

B.2. CRITERI ORGANIZZATIVI CME

Comunicazione del rischio
Organizzazione del lavoro
Collegamenti con gli altri servizi

ALLEGATO 4

REQUISITI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE CMI

REQUISITI PER LE CASE DI MATERNITÀ INTRAOSPEDALIERE

- A. REQUISITI STRUTTURALI CMI
- B. REQUISITI TECNOLOGICI CMI
- C. REQUISITI ORGANIZZATIVI CMI

ALLEGATO 5

REQUISITI MINIMI AUTORIZZAZIONE CME

- A. REQUISITI STRUTTURALI PER LE CASE DI MATERNITÀ EXTRAOSPEDALIERE
- B. REQUISITI TECNOLOGICI CME
- C. REQUISITI ORGANIZZATIVI CME

ALLEGATO 6
MODULISTICA

1. **MODULO 1: modulistica per richiesta informata di assistenza domiciliare al parto**
2. **MODULO 2: modulistica idoneità al parto domiciliare**
3. **MODULO 3: autocertificazione “modalità assistenziali”**
4. **MODULO 4: scheda di trasferimento casa - ospedale per la madre**
5. **MODULO 5: scheda di trasferimento casa - ospedale per il neonato**

ALLEGATO 1

PROFILO ASSISTENZIALE PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO FISILOGICO EXTRAOSPEDALIERO IN CASE DI MATERNITA' E A DOMICILIO

Premessa

Nel pieno rispetto dei diritti della partoriente e del neonato la Regione Lazio si impegna nella realizzazione di politiche di sostegno alla umanizzazione del parto.

In quest'ottica, la Regione Lazio accompagna la donna in un percorso di libera e consapevole scelta sulle diverse modalità di assistenza al parto caratterizzate da medesimi livelli di sicurezza.

Generalità

La Regione Lazio individua tre modalità ove partorire tra cui la gestante, debitamente informata sull'evento e sulle tecniche da adottare, può essere libera di scegliere:

- a) in strutture ospedaliere;
- b) a domicilio;
- c) nelle case di maternità.

Le diverse possibilità di scelta devono essere attentamente valutate e discusse con i professionisti sanitari tenendo conto dello stato di salute generale della donna e dell'andamento della gestazione. In caso di gravidanze a basso rischio, definite con criteri scientificamente validati e universalmente condivisi (ad esempio Protocollo di Kloosterman e raccomandazioni OMS), e su richiesta della donna, è possibile prevedere la possibilità di partorire in un ambito non ospedaliero.

I vantaggi possono risiedere nel migliore approccio psicologico all'evento parto, per l'opportunità di essere più vicini ai modi e ai luoghi propri, alle persone care e al contempo al di fuori dell'ospedale e delle *routine* tipiche del ricovero in degenza. La scelta di prevedere l'assistenza al basso rischio sia nelle strutture ospedaliere che in quelle extra o a domicilio, può portare nel medio-lungo periodo, una riduzione dei costi per la sanità pubblica, imputabile al minor numero di ricoveri o alla riduzione delle giornate di degenza e dunque alla possibilità di riduzione di posti letto nelle degenze di ostetricia.

1. PROTOCOLLO PER GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO A TERMINE

1.1. Calendario incontri tra 37 e 41 settimane:

- un incontro settimanale fino alla 41.a settimana + 6 gg di età gestazionale;

1.2. Gravidanza FINO A 41settimane + 6 giorni:

- monitoraggio biofisico fetale da 41 settimane a 41 sett + 6 gg
- fra le 41settimane e 41+ 6 l'opportunità di un ricovero viene gestito in relazione a:
 - 1) situazione clinica
 - 2) scelta informata della gestante
 - 3) eventuali protocolli del reparto di riferimento

1.3. ROTTURA PREMATURA DELLE MEMBRANE

- una esplorazione vaginale;
- caratteristiche del liquido amniotico;
- rilevazione BCF e MAF;
- temperatura corporea materna ogni 4 ore;
- ricovero ospedaliero se non insorge spontaneamente il travaglio, entro 24 ore dalla rottura delle membrane
- in caso di ricovero l'assistenza è affidata al personale dell'Azienda, ma l'ostetrica di riferimento della donna, garantisce la continuità relazionale con l'accompagnamento lungo tutto il percorso nascita.

1.4. FASE PRODROMICA

- constatazione della validità dell'attività contrattile uterina
- rilevazione BCF e MAF
- rilevazione PAO
- esplorazione vaginale
- definizione contatti telefonici con tempi da concordare con la coppia in relazione all'evoluzione della sintomatologia della gestante

1.5. TRAVAGLIO E PARTO

La conduzione dell'assistenza avverrà nel rispetto dei tempi e dei ritmi del travaglio di parto fisiologico e del bisogno d'intimità attraverso la tutela ambientale.

- Effettuare la diagnosi di fase attiva di travaglio, compilazione del partogramma
- informare l'ospedale di riferimento dell'inizio assistenza al travaglio
- auscultare intermittente del BCF
- rilevare PAO e temperatura corporea
- valutare delle caratteristiche del liquido amniotico, se vi è rottura delle membrane
- prevedere visite ostetriche per la valutazione della progressione del primo e secondo stadio
- supporto fisico ed emotivo alla donna/coppia nelle varie fasi del travaglio in relazione ai tempi e a ritmi dell'evoluzione spontanea

1.6. ACCOGLIENZA E PRIME CURE AL NEONATO

Le manovre di assistenza saranno espletate in modo da non interrompere il legame fisico ed emozionale tra mamma e neonato attraverso:

- tutela dei bisogni sensoriali del neonato nel passaggio dalla vita intrauterina alla vita extrauterina;
- mantenimento della temperatura corporea
- punteggio di Apgar al 1°- 5°- 10° minuto di vita
- recisione, a pulsazioni cessate, del cordone ombelicale
- rispetto dei tempi e modi dell'instaurarsi della relazione precoce tra mamma e neonato
- promozione dell'allattamento al seno favorendo il riflesso attivo di ricerca del capezzolo
- attenta osservazione della presenza del riflesso di suzione e della qualità dell'attaccamento al seno
- medicazione del moncone ombelicale
- profilassi oculare
- prima valutazione da parte dell'ostetrica dell'adattamento postnatale del neonato
- visita di un Medico Neonatologo entro 12 ore dalla nascita; a quest'ultimo si demandano eventuali prescrizioni al neonato (esempio vitamina K) e la raccomandazione dei successivi controlli da parte del Pediatra di fiducia della coppia (sollecitare iscrizione al Pediatra di Libera Scelta)

1.7. SECONDAMENTO

- controllo della quantità delle perdite ematiche
- promozione del secondamento fisiologico
- prelievo di sangue dal funicolo per la determinazione del gruppo del neonato e Test di *Coombs* diretto;
- controllo della placenta e relative caratteristiche al momento dell'espulsione
- controllo pareti vaginali e del perineo a secondamento avvenuto

1.8. POST-PARTO

- controllo stato di contrattura dell'utero
- controllo perdite ematiche
- controllo dello stato dei genitali esterni e del perineo
- rilevazione parametri vitali

1.9. PUERPERIO

Nel delicato periodo di strutturazione delle nuove relazioni familiari, l'ostetrica favorisce il legame primario, valorizzando le capacità genitoriali ed evidenziando le competenze neonatali.

1.9.1. Calendario incontri

- 1 o 2 visite al giorno, in relazione ai bisogni di assistenza, nei primi quattro o cinque giorni dopo il parto

- 1 visita fra il 6° e il 10° giorno dopo il parto
- reperibilità telefonica
- incontro nel primo trimestre di vita del bambino

1.9.2. Assistenza ostetrica alla madre:

- controllo parametri vitali
- verifica del processo di involuzione uterina e dei lochi
- verifica della funzionalità vescicale e intestinale
- valutazione della poppata
- informazione e sostegno sulla modalità di allattamento a domanda
- valutazione dello stato generale in relazione all'alimentazione, ritmo sonno-veglia
- somministrazione di immunoglobuline anti D entro 72 ore dal parto alle donne RH negative in cui sia necessario eseguire la profilassi

1.9.3. Assistenza ostetrica al neonato

- controllo parametri vitali
- controllo stato di idratazione della cute e delle mucose
- controllo colorazione della cute e delle sclere
- controllo diuresi e meconio
- controllo ritmo sonno veglia
- valutazione delle poppate e della fisiologica progressione dell'allattamento al seno
- valutazione della crescita
- valutazione consolabilità e reazione agli stimoli;
- controllo processo di mummificazione del cordone ombelicale;
- effettuazione screening metabolici tra il 3° e il 5° giorno di vita.

1.9.4. Certificazioni di competenza ostetrica

- compilazione della cartella ostetrica dal momento della presa in carico al puerperio
- compilazione attestato di nascita
- compilazione CEDAP che viene ritirato dalla gestante alla ASL al momento della richiesta di parto domiciliare e consegnato all'ostetrica di fiducia che avrà premura di inviarlo al distretto ASL di residenza della partoriente

2. PROFILO ASSISTENZIALE IN CIRCOSTANZE A RISCHIO

L'individuazione tempestiva di eventuali fattori di rischio o patologie non previsti rappresentano l'aspetto fondamentale del piano di assistenza ostetrico al fine di garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziali e livello di cure. In caso di necessità di trasferimento della donna o del neonato in ospedale, l'ostetrica preavvisa telefonicamente la struttura di riferimento: dall'arrivo in ospedale l'assistenza è affidata al personale dell'Azienda; sarebbe opportuno che l'ostetrica di riferimento garantisse la continuità relazionale con la donna con l'accompagnamento lungo tutto il percorso intraospedaliero. L'ostetrica deve fornire alla

struttura ospedaliera la documentazione scritta relativa al motivo del trasferimento e agli antecedenti clinici compilando l'apposito modulo di trasferimento (vedi moduli 4 e 5 in allegato 6).

In condizioni critiche l'ostetrica continua le procedure di rianimazione secondo le modalità BLS per la mamma e rianimazione neonatale per il neonato, fino all'arrivo dell'*équipe* di emergenza.

2.1. INDICAZIONI PER IL TRASFERIMENTO DELLA DONNA E/O DEL NEONATO IN OSPEDALE

2.1.1. Travaglio e parto

- presentazione anomala
- perdite ematiche con sospetto di patologia placentare
- anomalie del BCF
- rialzo della PAO
- rialzo della temperatura corporea
- liquido amniotico tinto
- distocia dinamica
- arresto della progressione della parte presentata
- prolasso o procidenza di funicolo

2.1.2. Post - parto e giorni successivi

- perdita ematica superiore a 500cc
- mancato secondamento a un'ora mezza circa dal parto in assenza di perdite ematiche
- ogni condizione della donna che necessita, a giudizio dell'ostetrica, di una sorveglianza continua per almeno 12 ore

2.1.3. Neonato (post - parto e giorni successivi)

- difficoltà respiratorie
- tremori
- malformazioni
- letargia e iporefflessia
- vomito frequente
- cianosi o pallore
- pianto con tonalità elevata poco consolabile
- ipertermia o ipotermia
- calo ponderale superiore al 15% del peso corporeo alla nascita
- ittero precoce o elevato nei giorni successivi alla nascita
- ematemesi, melena
- ogni altra condizione che, a giudizio dell'Ostetrica, richieda una sorveglianza continua delle condizioni neonatali

Se il trasporto si verifica attraverso mezzi propri, deve essere condotto salvaguardando il mantenimento della temperatura corporea e garantendo, quando necessaria, la ventilazione continua con pallone AMBU o dispositivo per la ventilazione.

2.2. PROCEDURE PER ATTIVARE IL TRASPORTO IN URGENZA

In caso di trasporto in urgenza:

- avvisare il 118 e/o STEN
- la Centrale 118 e/o lo STEN invia una ambulanza medicalizzata per il trasporto all'Ospedale di riferimento

2.2.1. Trattamento dell'urgenza/emergenza e del trasporto della donna

Nell'evenienza di una emorragia materna:

- identificare, se possibile, la causa: lacerazione vagino-perineale, lacerazione collo dell'utero, emorragia uterina
- attuare le manovre di tamponamento per arrestare o limitare le perdite

Nell'attesa dell'arrivo del 118:

in caso di perdita ematica superiore a 500 cc prima del secondamento:

- incannulare una vena
- verificare che la vescica sia vuota
- massaggiare l'utero qualora non sia contratto

in caso di necessità attuare manovra di Brandt-Andrews e/o spremitura di Credè accompagnata da una modesta trazione sul funicolo

in caso di perdita ematica superiore 500cc a secondamento avvenuto:

- infondere liquidi in proporzione all'entità della perdita;
- somministrare *Syntocinon* fino ad un massimo di 30 unità, *Methergin* 1 fiala i.m
- massaggiare vigorosamente il fondo uterino sospingendo la cervice con un tampone montato su pinza ad anelli

2.2.2. Trattamento dell'emergenza e del trasporto del neonato

Per il trattamento dell'emergenza e del trasporto del neonato sarà attivato lo STEN

- in tutti i casi di alterazione dei parametri vitali neonatali (ipotonia e/o cianosi/pallida e/o iporeattività e/o frequenza cardiaca inferiore a 100), mentre un operatore chiama il Centro di Coordinamento dello STEN l'altro operatore esegue le manovre di rianimazione secondo le linee guida della Società Italiana di Neonatologia.

ALLEGATO 2

PROTOCOLLO PER IL PARTO A DOMICILIO

A. CRITERI E MODALITÀ PER IL PARTO A DOMICILIO

Il parto presso la propria casa è un parto naturale, spontaneo e risponde ai criteri di sicurezza standard in presenza di una gravidanza fisiologica e con previsione di parto eutocico.

L'opportunità di soddisfare la scelta della donna di partorire a domicilio deve tenere conto, in prima istanza, del livello di rischio della gravidanza, ma anche delle caratteristiche della casa dove verranno assistiti il travaglio ed il parto. Difatti, non tutte le donne che desiderano fare questa scelta hanno un domicilio rispondente ai criteri di sicurezza (scale, servizi igienici, separazione e appropriatezza degli ambienti, distanza idonea da una struttura ospedaliera, etc.).

L'assistenza al travaglio deve essere condotta da personale esperto e con l'ausilio del partogramma. La posizione del travaglio e quella del parto sono libere. La visita pediatrica del neonato deve avvenire entro le 12 ore dalla nascita e deve essere raccomandata la presa in carico da parte del Pediatra di Libera Scelta (vedere allegato 6, modulo 3).

La figura professionale indicata per l'assistenza al parto è l'ostetrica in quanto specialista e garante della fisiologia, con limiti precisi imposti al suo agire e alle sue competenze professionali, che le rendono impossibile lo sconfinamento in situazioni patologiche o in trattamenti medici per i quali né il domicilio, né la casa di maternità sono i luoghi adatti.

E' necessario che le ostetriche coinvolte nell'assistenza al travaglio e al parto siano due, per consentire quello scambio di opinioni indispensabile in caso di dubbio diagnostico, facendo sì che eventuali situazioni che richiedano una intensificazione dell'attenzione, non conducano ad ansie inutili e stressanti sia per l'ostetrica sia per la partoriente.

La presenza di due ostetriche permette, inoltre, brevi periodi di riposo a turno, particolarmente importanti se i tempi si protraggono oltre alcune ore, provocando fisiologicamente una caduta di attenzione da parte di chi assiste. Le ostetriche lasceranno l'abitazione a seguito di debita valutazione, in condizioni di evoluzione normale, due ore dopo l'espulsione della placenta.

L'ostetrica dovrà visitare preventivamente l'abitazione per valutarne l'idoneità ad assistere il parto e due settimane prima della scadenza prevista per il parto lasciare nell'abitazione lo strumentario che sarà necessario per l'assistenza.

Le condizioni fondamentali per l'esito favorevole dell'evento parto e per la sicurezza della donna e del bambino sono:

- età gestazionale compresa fra le 37settimane+ 1giorno - 41 settimane + 6 giorni
- feto singolo in presentazione cefalica di vertice e con battito cardiaco regolare
- peso fetale presunto compreso fra il 10° e 90° percentile
- assenza di patologia fetale nota e di rischi neonatali prevedibili

- placenta normalmente inserita;
- assenza di patologia materna e/o di anamnesi ostetrica che rappresenti una controindicazione al travaglio di parto e che richieda una sorveglianza intensiva
- insorgenza spontanea del travaglio
- liquido amniotico limpido, se vi è rottura di membrane
- rottura prematura delle membrane da meno di 24 ore
- batteriologico vaginale e rettale negativo per colonizzazione da Streptococco gruppo B
- luogo del parto distante non più di 20 minuti e 7 chilometri di raggio da un ospedale dotato di reparto di maternità di II/III livello
- predisposizione, da parte dell'ostetrica, di un'adeguata organizzazione per assistenza al parto in condizioni di sicurezza
- fornitura di adeguata assistenza anche nel periodo successivo al parto, per le necessità della puerpera e del bambino
- collegamento funzionale con le strutture ospedaliere e di emergenza individuate quale riferimento operativo, al fine di facilitare l'accessibilità all'ospedale in caso di complicazioni materne o neonatali

B. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

B.1. Caratteristiche dell'abitazione

- presenza di condizioni generali igieniche e ambientali compatibili con il parto e la gestione di eventuali complicanze
- il soddisfacimento dei requisiti termoigrometrici complessivi, con livelli di umidità e di temperatura atti a garantire condizioni di salubrità compatibili con l'evento parto
- un ambiente che nell'insieme sia in grado di garantire la libertà di espressione ed il rispetto dell'intimità della donna e della coppia
- la disponibilità di un autoveicolo per il trasporto della partoriente in caso di emergenza

B.2. Requisiti dell'ostetrica che assiste al travaglio e al parto

- aver acquisito una documentata esperienza in una Sala Parto ospedaliera (almeno 5 anni, con assistenza di parto in autonomia)
- essere dotata di un equipaggiamento per l'assistenza all'evento così come dettagliato nel paragrafo successivo
- aggiornare periodicamente il training formativo sulla rianimazione
- mantenere l'aggiornamento specifico attraverso la frequenza a percorsi formativi, sulla base dei criteri stabiliti dalla competente commissione ECM, nell'ambito degli obiettivi nazionali e regionali specifici

B.3. Dotazione Materiali/Strumentazione e farmaci per l'assistenza al travaglio e parto

- Termometro

- Stetoscopio e/o *sonicaid* (con batterie di ricambio)
- Fonendoscopio e sfigmomanometro
- Laccio emostatico
- 2 kocher
- 1 paio forbici rette a punte smusse
- 1 ciotola per disinfettante
- pinze ad anelli
- 1 portaghi
- 1 pinza anatomica
- Guanti di lattice sterili di misure diverse
- Guanti non sterili
- garze sterili
- telini sterili
- sacchetti graduati o bacinella per la valutazione della perdita ematica
- aghi cannula n 16G - 18G - 21G
- butterfly n 18G - 21G
- siringhe da 5 e 10 cc.
- cateteri monouso
- cerotto
- deflussori per infusione
- tampone vaginale
- uncino per amniorexi
- fili per sutura

Farmaci

- 1000/1500 ml soluzione fisiologica
- 1000 ml soluzione glucosata al 5%
- necessario per profilassi oculare;
- Ossitocina (Sintocynon 2 scatole);
- Metergolina (Methergin 1 scatola);
- Flebocortid fiale
- Anestetici locali: Carbocaina o Xilocaina o lidocaina 2% in fiale;
- Disinfettante
- Valium fiale

Assistenza al neonato

- Cannula di Taccani o aspiramuco monouso;
- provette per prelievo funicolare;
- cord-clamp o elasticini sterili;
- foglio termostatico per trasferimento;
- ambu pediatrico (n 1), con reservoir , (preferibilmente) corredato di bombola d'ossigeno
- sondino morbido (6-8-10 CH);
- cartine per test di screening neonatali;

- lancette;
- capillari.

C. - REQUISITI ORGANIZZATIVI

C.1. Incontro Informativo

E' da prevedersi un primo incontro tra l'ostetrica e la coppia che intende avvalersi della possibilità di decidere sui diversi modi di affrontare l'evento parto allo scopo di:

- fornire alla donna e alla coppia informazioni sulla tipologia dell'assistenza durante la gravidanza, parto, puerperio;
- fornire alla donna e alla coppia elementi e strumenti per una scelta consapevole e informata.

È opportuno che la donna sia conosciuta dall'ostetrica che assisterà il parto il più precocemente possibile durante la gravidanza e comunque non oltre la 32° settimana di gestazione.

C.2. Procedure da seguire per la comunicazione alla ASL di residenza della gestante

La donna che intende partorire a domicilio, ne dà comunicazione al Distretto di residenza dell'Azienda Sanitaria Locale entro e non oltre la **trentaduesima** settimana di gravidanza, presentando la seguente documentazione:

- modello di richiesta informata al parto domiciliare firmato da parte della partoriente (allegato 6, modulo 1)
- certificato sullo stato di salute della gestante rilasciati dal medico di base e/o ginecologo-ostetrico di fiducia così come definito ai sensi del D. lgs nov 2007 . 206 (VEDERE) VEDI anche Direttiva 36/2005 art. 48 comma C]
- dichiarazione di idoneità al parto domiciliare e di presa in carico, con cui l'ostetrica di fiducia della donna si assume la responsabilità assistenziale (allegato 6, modulo 2)
- modulo di autocertificazione/modalità assistenziali a firma dell'ostetrica in cui si evince il rispetto delle condizioni di sicurezza previste, ivi inclusa l'identificazione del pediatra di riferimento per la prima visita al neonato (allegato 6, modulo 3)
- eventuale richiesta di rimborso nel caso di assistenza da parte di personale operante in regime libero-professionale (da consegnare dopo il parto)

La Direzione del Distretto che riceve la documentazione, ne verifica la completezza e la conformità rilasciando alla gestante una ricevuta di ricezione della documentazione per domanda di parto domiciliare su cui l'azienda USL di riferimento può effettuare verifiche a campione.

Tra la 32° settimana e 35° settimana di gestazione, la Direzione del Distretto comunica alla donna l'avvenuta presa d'atto della richiesta di parto a domicilio dopo valutazione della completezza e conformità della documentazione ricevuta.

C.3. Percorso assistenziale

Le procedure di assistenza alla donna che fa richiesta di assistenza domiciliare si articolano secondo le seguenti fasi:

- Il primo bilancio di salute materno - fetale da parte dell' ostetrica che assisterà il parto, prevede la raccolta dell'anamnesi con una accurata valutazione della storia ostetrica pregressa e del decorso clinico dell'attuale gravidanza; la misurazione sinfisi/fondo, l'esplorazione vaginale, la misurazione della pressione arteriosa, la rilevazione del BCF, con compilazione della cartella ostetrica, che sarà successivamente integrata con i dati del decorso del travaglio, parto e puerperio.
- Sulla base dei bilanci di salute materno-fetale e degli opportuni controlli laboratoristici sarà valutata l' idoneità al parto a domicilio e sarà compilata la modulistica prevista per la rimborsabilità qualora la partoriente decida di avere supporto al parto da personale ostetrico in libera professione.
- Nella 35°-36° settimana è opportuno effettuare un controllo ematochimico che comprenda: emocromo + piastrine, PT, PTT, Fibrinogeno, HbsAg, toxotest (se la donna è recettiva), esame delle urine, tampone per ricerca Streptococco e, qualora non siano stati già eseguiti, HCV, gruppo e fattore Rh, test di Coombs indiretto, tamponi per ricerca Streptococco vagino rettale e proposto il test HIV.
- Alla 37° settimana inizia la reperibilità delle ostetriche per l'assistenza, previo incontro per il *triage* del rischio al travaglio di parto con definizione del calendario degli incontri successivi.

ALLEGATO 3

PROTOCOLLO PER LE CASE DI MATERNITÀ

La Casa di Maternità è un luogo, separato dall'ospedale, ma in stretto contatto con esso, che assista almeno 50 parti l'anno, ove si esplicano attività correlate alla gravidanza ed al parto non solo in senso strettamente sanitario, bensì anche di tipo sociale, culturale, relazionale.

Il collegamento con l'Ospedale va inteso nella logica di un protocollo di procedure concordate con la struttura ospedaliera per fronteggiare l'eventuale emergenza.

Nella Casa di Maternità prestano assistenza operatori che, per formazione ed esperienza, sono in grado di garantire le irrinunciabili condizioni di sicurezza dell'evento ed il rispetto dell'intimità e degli aspetti emozionali della nascita.

La gestione della Casa di Maternità è curata dalle ostetriche ed è presente personale OSS. Sono previsti collegamenti, consulenze e collaborazioni con *équipe* specialistiche e il rapido trasferimento nelle strutture ospedaliere in caso di necessità.

All'interno della Casa di Maternità è fornito un "programma completo d'assistenza" finalizzato alla selezione ed alla presa in carico di gravidanze a basso rischio.

La Casa di Maternità è costituita da spazi individuali collegati tra loro da locali comuni debitamente attrezzati per i controlli di gravidanza e assistenza al parto. Deve essere altresì salvaguardato il rapporto più stretto tra genitori e neonato e l'accesso di persone liberamente scelte dalla partoriente.

La Casa di Maternità è diretta da un'ostetrica dirigente ed opera in stretta integrazione con gli altri servizi socio-sanitari del percorso nascita. All'interno della casa di maternità il personale ostetrico, adeguatamente formato, garantisce alla donna l'assistenza durante la gravidanza fino al puerperio.

L'assistenza al parto in caso di eventi patologici sopravvenuti, per cui è necessario procedere al trasferimento, è assicurata dalla struttura ospedaliera di riferimento.

Possono essere previste due tipologie di case di maternità:

- Casa di maternità intraospedaliera: strutturalmente e funzionalmente collegata all'Ospedale dotato di Punto Perinatale di almeno I livello, è da ritenersi a tutti gli effetti una struttura sanitaria, parte integrante dell'Ospedale stesso per la gestione delle prestazioni erogate.
- Casa di maternità extraospedaliera: strutturalmente separata ma funzionalmente collegata all'Ospedale. Tale struttura non può trovarsi oltre un raggio di 3-5 km dall'Ospedale di riferimento dotato di una Unità Perinatale di II o III livello. Il collegamento con l'Ospedale di riferimento è di tipo funzionale ed è da ritenersi a tutti gli effetti una struttura territoriale che afferisce alla Azienda USL di riferimento per la gestione delle prestazioni erogate.

A. LA CASA DI MATERNITÀ INTRAOSPEDALIERA (CMI)

A.1. CRITERI E MODALITÀ

La struttura deve avere un collegamento strutturale con l'ospedale in condizioni di protezione e sicurezza. L'attivazione di case di maternità presso strutture pubbliche o private è soggetta alle procedure previste dalla L.R. 04/2003 e successive modificazioni.

Per le donne che intendono partorire nella casa di maternità vale il seguente criterio:

- Elegibilità - solo per gestanti “a basso rischio”, senza disturbi particolari e con una gravidanza che procede in modo fisiologico e con previsione di parto eutocico, secondo i medesimi requisiti definiti per il parto a domicilio;

Il collegamento con l’ospedale deve essere definito da una procedura di accesso.

La Casa di Maternità deve essere intesa come *programma completo d’assistenza* finalizzato alla selezione e cura delle gravidanze a basso rischio. Relativamente ai servizi offerti alle donne e alle coppie nel corso della gravidanza, al momento del parto e nel puerperio e deve:

- fornire alle donne ed alla coppia l’accoglienza con colloqui informativi e illustrativi, possibilmente all’inizio della gravidanza e non oltre la 32° settimana di gestazione, l’esecuzione della prima visita ostetrica per valutare l’inserimento o meno dei soggetti come utenti della Casa di Maternità, l’impegno da parte delle donne e delle coppie selezionate a seguire il calendario di monitoraggio della gravidanza per identificare elementi di rischio
- prevedere l’assistenza alla gravidanza a termine, i controlli che precedono il parto, l’assistenza al travaglio e al parto
- coordinare l’assistenza domiciliare in puerperio, in accordo con il servizio consultoriale, nei primi 7 giorni successivi alla nascita

A.2. CRITERI ORGANIZZATIVI CMI

Al momento del travaglio, l’ostetrica che ha in carico la gestante, deve informare l’ospedale, ai fini di un trasferimento della donna in condizioni di urgenza/emergenza.

L’Ospedale deve garantire che la Casa di Maternità abbia sempre due ostetriche dedicate a ciascun travaglio, parto e *post-partum*.

La Casa di Maternità deve essere completamente a gestione ostetrica, supportata eventualmente dal ginecologo per l’elegibilità tra la 32° e la 35° settimana.

Devono essere presenti procedure per:

Comunicazione del rischio

- corretta informazione alla donna/coppia al momento dell’accoglimento sui criteri di assistenza, sulle modalità di un eventuale trasferimento e sui servizi offerti
- consenso informato sottoscritto dalla partoriente

Organizzazione del lavoro

- presa in carico della donna, possibilmente dall'inizio della gravidanza e comunque non oltre la 35° settimana, da parte dell'ostetrica responsabile del caso, previo certificato medico attestante le buone condizioni di salute
- deve essere prevista la permanenza della donna/coppia in Casa di Maternità durante tutta la fase attiva del travaglio e nelle 24 ore successive al parto
- deve essere garantita la continuità assistenziale a livello domiciliare coinvolgendo i servizi territoriali anche per le utenti residenti fuori
- deve essere prevista la visita pediatrica: un pediatra/neonatologo dell'ospedale dovrà recarsi a visitare il neonato, presso la casa di Maternità entro le dodici ore successive alla nascita

Collegamenti con gli altri servizi dell'Ospedale

Devono essere previsti protocolli concordati e procedure tra gli operatori della Casa di Maternità e gli operatori dell'ospedale che prevedano:

- collegamenti con il laboratorio analisi per invio e ritorno dei referti di prelievi ematologici
- collegamenti con la farmacia ospedaliera
- la gestione dell'emergenza e modalità di trasferimento nella struttura ospedaliera

Devono essere previsti inoltre:

- linee guida per una buona pratica clinica
- protocolli per la definizione dei criteri di accesso
- procedure di verifica e valutazione dei risultati

B. LA CASA DI MATERNITÀ EXTRAOSPEDALIERA (CME)

B.1. CRITERI E MODALITÀ

Per le donne che intendono partorire nella casa di maternità extraospedaliera valgono gli stessi criteri di elegibilità previsti per il parto a domicilio e per la Casa di Maternità Intraospedaliera.

La Casa di Maternità extraospedaliera è da ritenersi in tutto e per tutto una struttura territoriale, collegata funzionalmente a un ospedale dotato di una Unità Perinatale di II/III livello. La casa di maternità extraospedaliera può essere a gestione privata o pubblica. L'attivazione di case di maternità presso strutture pubbliche o private è soggetta alle procedure previste dalla L.R. 04/2003 e successive modificazioni. Le Aziende Sanitarie Locali possono garantire il parto in Casa di Maternità, sulla base di specifico progetto aziendale, sottoposto a preventiva approvazione regionale.

La Casa di Maternità deve essere intesa come *programma completo d'assistenza* finalizzato alla selezione e cura delle gravidanze a basso rischio. Relativamente ai servizi offerti alle donne e alle coppie nel corso della gravidanza, al momento del parto e nel puerperio, deve:

- fornire alle donne ed alla coppia l'accoglienza con colloqui informativi e illustrativi, possibilmente all'inizio della gravidanza e non oltre la 32° settimana di gestazione, l'esecuzione della prima visita ostetrica per valutare l'inserimento o meno dei soggetti come utenti della Casa di Maternità, l'impegno da parte delle donne e delle coppie selezionate a seguire il calendario di monitoraggio della gravidanza per identificare elementi di rischio
- prevedere l'assistenza alla gravidanza a termine, i controlli che precedono il parto, l'assistenza al travaglio e al parto e nei primi giorni ad esso successivi identificando le strutture ospedaliere di riferimento alle quali rivolgersi in caso di complicanze
- coordinare l'assistenza domiciliare in puerperio, in accordo con il servizio consultoriale, nei primi 7 giorni successivi alla nascita

B.2. CRITERI ORGANIZZATIVI CME

Al momento del parto, l'ostetrica che ha in carico la gestante, deve informare il reparto di ostetricia-ginecologia dell'ospedale di riferimento dell'inizio del travaglio, ai fini di un eventuale pronto intervento.

La Casa di Maternità deve sempre avere due ostetriche dedicate a ciascun travaglio, per il parto e per il *post-partum*.

La Casa di Maternità deve essere completamente a gestione ostetrica, supportata eventualmente dal ginecologo per l'eleggibilità tra la 32° e la 35° settimana.

Devono essere presenti procedure per:

Comunicazione del rischio

- corretta informazione alla donna/coppia al momento dell'accoglimento sui criteri di assistenza, sulle modalità di un eventuale trasferimento e sui servizi offerti;
- consenso informato sottoscritto dalla partorientente.

Organizzazione del lavoro

- presa in carico della donna, possibilmente dall'inizio della gravidanza e comunque non oltre la 32° settimana, da parte dell'ostetrica responsabile del caso, previo certificato medico attestante le buone condizioni di salute.

- attivazione della reperibilità dell'ostetrica 24/24 ore dalla 37° settimana;
- deve essere prevista la permanenza della donna/coppia in Casa di Maternità durante tutta la fase attiva del travaglio nelle 24 ore successive al parto
- deve essere garantita la continuità assistenziale a livello domiciliare coinvolgendo i servizi territoriali anche per le utenti residenti fuori ASL
- deve essere prevista la visita pediatrica entro le dodici ore successive alla nascita

Collegamenti con gli altri servizi

Devono essere previsti protocolli concordati e procedure tra gli operatori della Casa di Maternità, operatori territoriali e gli operatori degli ospedali che prevedano:

- collegamenti funzionali con i Consultori Familiari
- collaborazione e integrazione con le Unità perinatali di I, II e III livello
- collegamenti con il laboratorio analisi per invio e ritorno dei referti di prelievi ematologici
- collegamenti con la farmacia ospedaliera
- collaborazione e integrazione con i servizi territoriali
- il collegamento con il servizio di emergenza-urgenza (118/ STEN)
- il trasferimento materno fetale (trasporto in utero)
- il trasferimento materno
- il trasferimento neonatale
- la gestione dell'emergenza e modalità di trasferimento in Ospedale

Devono essere previsti inoltre:

- linee guida per una buona pratica clinica;
- protocolli per la definizione dei criteri di accesso;
- procedure di verifica e valutazione dei risultati

ALLEGATO 4

REQUISITI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE CMI

REQUISITI PER LE CASE DI MATERNITÀ INTRAOSPEDALIERE

La struttura deve essere strutturalmente e funzionalmente collegata all'Ospedale e quindi da ritenersi a tutti gli effetti una struttura sanitaria, parte integrante dell'ospedale stesso sia per la gestione delle prestazioni erogate, sia per l'organizzazione del personale secondo quanto previsto dal DCA U0090/10.

La struttura deve essere in possesso dei requisiti di carattere generale previsti dal DCA n. 8/2011, punti 0.1, 0.2 e 0.3.

All'interno della struttura, al momento dell'evento parto devono essere presenti due ostetriche in servizio presso l'ospedale stesso, che avrà cura di definire disponibilità e turnazione del personale.

Nella casa di Maternità non dovrà comparire alcun elemento di medicalizzazione proprio dei reparti ospedalieri.

A. REQUISITI STRUTTURALI CMI

- locale con spazi per attesa e soggiorno visitatori, giochi e attività bambini;
- locale per accettazione, accoglienza e attività amministrative;
- ambulatorio ostetrico, dotato di lavamani, con spazio per il colloquio;
- due stanze per travaglio-parto/post partum di 20 mq, dotate di letto matrimoniale con culla e vasca per il parto compresi i locali annessi bagni e doccia;
- dispensa/cucina con angolo cottura*
- spogliatoi per il personale, forniti di armadietti e sedie e servizi igienici
- spazio/locale soggiorno per il personale con scaldavivande
- servizi igienici per l'utenza a norma disabili
- locale/spazio per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici
- locale/spazio per materiale sporco dotato di vuotatoio
- locale adibito al lavaggio ed alla sterilizzazione dei ferri*
- arredi stanza travaglio-parto

* laddove non vengano utilizzati i servizi e le strutture dell'ospedale.

B. REQUISITI TECNOLOGICI CMI

In tutti i locali, devono essere assicurate illuminazione e ventilazione naturali e/o artificiali, come da normativa vigente.

È presente un impianto di condizionamento ambientale che assicuri la temperatura invernale ed estiva compresa tra 20-26 gradi ed una umidità relativa estiva ed invernale compresa tra 30 e 60%

È presente un'autoclave (a norma UNI EN 285) per sterilizzazione del materiale chirurgico adatta alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi e sottoposta a qualifica fisica e microbiologica annuale (UNI EN 554) laddove non si utilizzi la medesima del presidio ospedaliero;

Ciascuna stanza è dotata di:

- un letto
- una lampada scialitica mobile
- un orologio contasecondi
- rilevatore BCF tenuta d'acqua
- un rilevatore di pressione arteriosa incruenti per adulti

- fasciatoio con vaschetta per lavaggio neonato
- una culla riscaldata per l'eventuale trasporto
- un erogatore di ossigeno
- un erogatore o compressore per aria
- un aspiratore
- il materiale necessario per la rianimazione neonatale

La dotazione minima di apparecchiature e attrezzature, strumentario, ferri chirurgici, materiale monouso e farmaci per l'assistenza alla donna e al neonato è la stessa prevista per il parto a domicilio (vedi allegato 2), in quantità idonea.

C. REQUISITI ORGANIZZATIVI CMI

La Casa di Maternità è gestita da un'ostetrica e fa capo all'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale.

Il personale è composto da:

- ostetriche, di cui una con funzione di coordinatrice. La direzione sanitaria dell'ospedale garantisce nella CMI la presenza di due ostetriche durante ogni evento, di cui una può essere reperibile. La Casa di Maternità, facendo parte integrante dell'offerta del reparto di ginecologia/ostetricia della struttura sanitaria in cui è inserita, è soggetta ai criteri di quantificazione del personale previsti ai sensi del DCA U0090/2010 per l'area travaglio parto
- personale amministrativo
- personale di supporto OSS

È garantita la continuità assistenziale a livello domiciliare, anche attraverso collegamenti con i servizi territoriali per le utenti residenti fuori ASL.

È prevista la visita del pediatra/neonatologo presso la casa di maternità entro le dodici ore successive alla nascita.

Sono previsti protocolli per il collegamento della Casa di Maternità con il laboratorio di analisi e la farmacia ospedaliera e la gestione dell'emergenza.

ALLEGATO 5**REQUISITI MINIMI AUTORIZZAZIONE CME****A. REQUISITI STRUTTURALI PER LE CASE DI MATERNITÀ EXTRAOSPEDALIERE**

La Casa di Maternità Extraospedaliera è una struttura territoriale, autonoma, funzionalmente collegata ad una struttura ospedaliera dotata di reparto di maternità di II o III livello.

La struttura deve essere in possesso dei requisiti di carattere generale previsti dal DCA n. 8/2011, punti 0.1, 0.2 e 0.3.

La struttura deve essere autonoma, separata dall'Ospedale, ma funzionalmente ad esso collegata; può essere attigua ad un Consultorio Familiare e deve essere di facile accessibilità con possibilità di parcheggio.

La Casa di Maternità Extraospedaliera non deve trovarsi oltre i 3-5 chilometri di raggio di distanza da un Ospedale dotato di reparto di maternità II/III livello.

La dotazione minima di ambienti della sede operativa è il seguente:

- locale con spazi per attesa e soggiorno visitatori, giochi e attività bambini;
- locale per accettazione, accoglienza e attività amministrative;
- ambulatorio ostetrico, dotato di lavamani, con spazio per il colloquio;
- due stanze per travaglio-parto/post partum di 20 mq, dotate di letto matrimoniale con culla e vasca per il parto compresi i locali annessi bagni e doccia;
- dispensa/cucina con angolo cottura
- spogliatoi per il personale, forniti di armadietti e sedie e servizi igienici
- spazio/locale soggiorno per il personale con spazio/locale soggiorno con scaldavivande per il personale
- servizi igienici per l'utenza a norma disabili
- locale/spazio per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici
- locale/spazio per materiale sporco dotato di vuotatoio
- locale adibito al lavaggio ed alla sterilizzazione dei ferri
- arredi stanza travaglio-parto

B. REQUISITI TECNOLOGICI CME

In tutti i locali, devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali e/o artificiali

Un impianto di condizionamento ambientale che assicuri la temperatura invernale ed estiva compresa tra 20-26 gradi ed una umidità relativa estiva ed invernale compresa tra 30 e 60%

È presente un'autoclave (a norma UNI EN 285) per sterilizzazione del materiale chirurgico adatta alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi e sottoposta a qualifica fisica e microbiologica annuale (UNI EN 554);

Ciascuna stanza è dotata di:

- un letto;
- una lampada scialitica mobile;
- 3 set monopaziente completi, pronti, sterili per l'assistenza al parto fisiologico;
- rilevatore BCF tenuta d'acqua
- un orologio contasecondi;
- un rilevatore di pressione arteriosa incruenti per adulti;
- fasciatoio con vaschetta per lavaggio neonato
- una culla riscaldata per l'eventuale trasporto;
- un erogatore di ossigeno;
- un erogatore o compressore per aria;
- un aspiratore;
- il materiale necessario per la rianimazione neonatale.

La dotazione minima di apparecchiature e attrezzature, strumentario, ferri chirurgici, materiale monouso e farmaci per l'assistenza alla donna e al neonato è la stessa prevista per il parto a domicilio (vedi allegato 2), in quantità idonea per ogni turno e per ogni operatore.

C. REQUISITI ORGANIZZATIVI CME:

La Casa di Maternità è diretta da un'ostetrica dirigente.

Il personale è composto da:

- ostetriche, di cui una con funzione di coordinatrice
- personale amministrativo
- personale di supporto OSS

Sono previste le consulenze del ginecologo e del pediatra/neonatologo

All'interno della struttura, al momento dell'evento parto, devono essere presenti due ostetriche.

È garantita la continuità assistenziale a livello domiciliare, anche attraverso collegamenti con i servizi territoriali per le utenti residenti fuori AUSL.

La visita del pediatra/neonatologo presso la casa di maternità deve avvenire entro le dodici ore successive alla nascita.

Sono previsti protocolli per il collegamento della Casa di Maternità con i servizi di supporto e la gestione dell'emergenza.

ALLEGATO 6

MODULISTICA

Indice:

- 1. MODULO 1: modulistica per richiesta informata di assistenza domiciliare al parto**
- 2. MODULO 2: modulistica idoneità al parto domiciliare**
- 3. MODULO 3: autocertificazione "modalità assistenziali"**
- 4. MODULO 4: scheda di trasferimento casa - ospedale per la madre**
- 5. MODULO 5: scheda di trasferimento casa - ospedale per il neonato**

*Modulo 1.***MODELLO DI RICHIESTA INFORMATATA
ASSISTENZA DOMICILIARE AL PARTO¹**

Luogo Data

La sottoscritta

Residente in

Domiciliata in

Richiede in piena autonomia di essere assistita per il parto a domicilio, presso la propria abitazione di:

- residenza
- domicilio

Dichiara pertanto di essere stata esaurientemente informata dall'ostetrica
in data odierna:

- Sulla necessità che durante travaglio, parto e *post-partum* siano presenti due ostetriche ;
- Sulla verifica a 32/35 settimane dell'idoneità al parto a domicilio;
- Sulla possibile comparsa, nel corso del travaglio, *post - partum* e puerperio di fattori di rischio o patologie che necessitino di trasferimento (urgente o non urgente) in ospedale;
- Sull'esistenza di una percentuale di rischio intrapartum, pur in presenza di una gravidanza fisiologica.

Signora

Modulo 2.

OSTETRICA

Lì.....,

DICHIARAZIONE DI IDONEITA' AL

PARTO DOMICILIARE

L'ostetrica (indicare nome cognome e recapito telefonico)

.....

attesta che la Sig.ra.....

residente in

risulta attualmente gravida allasettimana con EPP

Sulla base delle valutazioni clinico – laboratoristiche, da cui emerge che la gravidanza è decorsa fisiologicamente, dichiara che attualmente la Signora è **idonea al parto domiciliare.**

Si dichiara inoltre che il domicilio è sito ad una distanza in linea d'aria inferiore a 7 km dall'ospedale..... e che il tempo massimo per il raggiungimento in caso di emergenza è inferiore ai 20 min. Il domicilio è in possesso dei requisiti igienici, sanitari complessivi atti a garantire le necessarie condizioni di salubrità e di assistenza all'evento del parto.

Firma

Modulo 3.

OSTETRICA

Li.....,

AUTOCERTIFICAZIONE – MODALITA' ASSISTENZIALI

- L'ostetrica..... dichiara di pianificare l'assistenza applicando le indicazioni del **PROFILO ASSISTENZIALE PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO FISIOLÓGICO EXTRAOSPEDALIERO E DEL PROTOCOLLO PER IL PARTO A DOMICILIO**

- In accordo con la Signora
.....
per un eventuale trasferimento in urgenza, ha individuato l'Ospedale
.....
Per eventuali emergenze, il trasferimento avverrà con mezzo proprio, o tramite 118 o lo STEN, che individuerà l'ospedale del trasferimento secondo le proprie procedure.

- Il pediatra che si è reso disponibile ad effettuare a domicilio, la prima visita al neonato entro le prime 12 di vita è il Dott
.....

- L'ostetrica ha individuato il II operatore sanitario che sarà presente al momento del parto.....

- La Signora..... provvederà ad effettuare la prima scelta del pediatra di famiglia presso la propria ASL di residenza.....

Ostetrica

Signora

Modulo 4:**In caso di trasferimento in Ospedale**

- Allegare Cartella ostetrica²
- Allegare partogramma.

Cognome.....Nome.....

Nata ila.....

Residente in.....

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

.....
.....
.....
.....

Data.....ora.....

Ostetrica.....

² Si può fare riferimento alla Cartella ostetrica del Collegio delle Ostetriche di Roma e Provincia, presente sul sito Internet.

Modulo 5

Scheda trasferimento casa - ospedale neonato

Allegare:

- **Cartella clinica ostetrica**
- **Cartogramma**

Nome e cognome neonato

.....

Nato da

.....

e da.....

Residenti in

.....

Nato il

.....

alle ore.....

sesso.....

peso.....

Motivo del trasferimento

.....

.....

.....

.....

Data..... **ora**

Ostetrica

Pediatra.....

Alla stesura del documento hanno collaborato:

Dott. Massimo Vittucci, dirigente dell'Area Autorizzazione, accreditamento e attività ispettive della Regione Lazio, **Ing. Alessandro Currà**, funzionario dell'Area Autorizzazione, accreditamento e attività ispettive della Regione Lazio, **Ing. Ornella Toninello**, funzionario regionale dell'Area Investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, **Dott.ssa Monica Gibellini**, funzionario Assessorato alla Salute della Regione Lazio, **Dott. Domenico Di Lallo**, Direttore Area del Dipartimento Tutela della Salute LazioSanità-Agenzia di Sanità Pubblica, **Dott. Pierluigi Palazzetti**, Direttore Area Tutela della Salute della Donna e del Bambino ASL RMD, **Dott.ssa Rita Gentile**, Responsabile assistenza Ostetrica, ASL RMD, **Dott.ssa Maria Grazia Pellegrini** Presidente del Collegio delle Ostetriche di Roma e provincia, **Dott. Paolo Scirpa** Professore Associato di Ginecologia e Ostetricia UCSC Policlinico Gemelli, **Dott.ssa Daniela Sgroi**, Direttore Area Cure Primarie, ASL RMD e Direttore Distretto Municipio XIII

Dott. Fabrizio Ferri

Dott. Luca Casertano

Dott. Massimo Vittucci

Ing. Ornella Toninello

Ing. Alessandro Currà

Dott.ssa Monica Gibellini

Dott. Domenico Di Lallo

Dott. Pier Luigi Palazzetti

Dott.ssa Rita Gentile

Dott.ssa Maria Grazia Pellegrini

Dott. Paolo Scirpa

Dott.ssa Daniela Sgroi

Progr.Num. 983/2010**GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA**

Questo giorno Lunedì 12 **del mese di** Luglio
dell' anno 2010 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Errani Vasco	Presidente
2) Saliera Simonetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Bortolazzi Donatella	Assessore
5) Freda Sabrina	Assessore
6) Gazzolo Paola	Assessore
7) Lusenti Carlo	Assessore
8) Marzocchi Teresa	Assessore
9) Melucci Maurizio	Assessore
10) Mezzetti Massimo	Assessore
11) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
12) Peri Alfredo	Assessore
13) Rabboni Tiberio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: MODIFICA DEL PUNTO IV - RIMBORSO - DELLA DELIBERA N. 10/1999 "CRITERI E MODALITA' ATTUATIVE PER IL PARTO IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO: DIRETTIVA ALLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA IN APPLICAZIONE DELL'ART. 3, COMMA 2, DELLA L.R. N. 26 DEL 11-8-98"

Cod.documento GPG/2010/765

Num. Reg. Proposta: GPG/2010/765**LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Vista la L.R. n. 26 dell'11 agosto 1998 "Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e a domicilio";

Vista la L.R. n. 27 del 14 agosto 1989 "Norme concernenti la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i figli", in particolare quanto previsto dagli artt. 6, 7, 8 e 9;

Considerato che la citata L.R. n. 26 dell'11 agosto 1998 prevede:

- che la Giunta Regionale definisca con apposita direttiva criteri e modalità attuative del percorso nascita e dell'evento parto (art. 3, comma 2);
- che sulla base di tale direttiva le Aziende Sanitarie sono impegnate ad attivare percorsi organizzativi ed amministrativi per garantire su tutto il territorio regionale l'assistenza alle gestanti che richiedono di partorire a domicilio o in case di maternità;
- l'istituzione, presso l'Assessorato alla Sanità, di una Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita con il compito di assistere la Giunta nel perseguimento delle finalità della presente legge e di quanto già previsto agli artt. 6, 7, 8 e 9 della L.R. n. 27 del 1989, definendone gli aspetti di particolare interesse (art. 10);

Tenuto conto che le disposizioni della citata L.R. n. 26 dell'11 agosto 1998 riguardano sia aspetti innovativi sulle modalità di assistenza al parto, come il parto a domicilio (art. 4 e 5) e nelle case di maternità (art. 6), sia la necessità di revisione delle modalità di assistenza ed umanizzazione per il parto nelle strutture ospedaliere della

regione Emilia-Romagna (art. 7) con particolare riguardo alle contestuali e conseguenti iniziative di formazione, qualificazione ed aggiornamento (art. 8);

Viste:

- la propria deliberazione n. 10/1999: "Criteri e modalità attuative per il parto in ambiente extraospedaliero: direttiva alle Aziende Sanitarie della regione Emilia-Romagna in applicazione dell'art. 3, comma 2, della L.R. n. 26 dell'11.8.1998";
- la propria deliberazione n. 1863/2008 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della regione Emilia-Romagna applicabili a decorrere dall'1/1/2008"
- la propria deliberazione n. 533/2008: "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita" che individua tra i vari obiettivi per il SSR la necessità di garantire un'assistenza qualificata al travaglio e al parto fisiologico in ambiente extraospedaliero;

Fermo restando quanto stabilito dalla legge regionale 26/98 all'art. 5, comma 4, secondo cui "per le spese inerenti al parto a domicilio comprendenti tutte le prestazioni ad esso connesse, dalla presa in carico al termine del puerperio, l'Azienda unità sanitaria locale eroga un rimborso pari all'80% della spesa documentata, per un importo massimo non superiore alla tariffa DRG regionale, prevista per il parto fisiologico senza complicanze, in ospedale di fascia B, in vigore all'atto del pagamento";

Ritenuto in considerazione del tempo trascorso di modificare la propria delibera n. 10/99 nel punto IV dell'allegato "Rimborsi" al fine di favorire la libera scelta della donna in merito alle modalità di espletamento del parto, anche attraverso l'aggiornamento del rimborso in base alle variazioni delle tariffe dei DRG considerati;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle politiche per la salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

- Di sostituire integralmente, con il testo sotto riportato, il punto IV "Rimborso" del capitolo "Procedure di Garanzia" dell'allegato parte integrante della propria delibera n. 10/99 "Criteri e modalità attuative per il parto in ambiente extraospedaliero: direttiva alle Aziende Sanitarie della regione Emilia-Romagna in applicazione dell'art. 3, comma 2, della L.R. n. 26 dell'11.8.1998", dando atto che l'importo del rimborso per le donne che abbiano presentato formale comunicazione scritta all'Azienda USL di residenza, secondo le procedure indicate nella stessa direttiva, è ridefinito come di seguito indicato:

"IV - Rimborso

Secondo quanto previsto dalla L.R. 26/98 "L'Azienda USL eroga un rimborso pari all'80% della spesa documentata per un importo massimo non superiore alla tariffa DRG regionale prevista per il parto fisiologico senza complicanze in ospedale di fascia B".

Considerata la minor intensità dell'assistenza dedicata a domicilio al neonato sano (in termini di personale, attrezzature, dotazione strutturale, etc.), il rimborso massimo da riconoscere alla donna che sceglie di partorire a domicilio o in casa di maternità, assistita da ostetrica/o libero professionale, va calcolato sommando la tariffa regionale del DRG 373 M- PARTO VAGINALE NO CC con degenza ordinaria superiore a 1 giorno, applicata agli Ospedali di fascia B, alla tariffa regionale massima del NEONATO SANO DIMESSO DAL NIDO, di cui alla DGR n. 1863/2008 e successive modificazioni.

Il rimborso massimo così determinato si intende omnicomprensivo per l'assistenza ricevuta per l'espletamento del parto a domicilio e per tutte le ulteriori prestazioni offerte dall'ostetrica/o alla donna nel corso della gravidanza e fino al termine del puerperio.

Nel caso in cui durante il travaglio sopravvengono complicazioni che richiedono il ricovero della donna in ambiente ospedaliero o comunque, anche in situazione fisiologica, la donna decida di terminare il travaglio ed espletare il parto in ambiente ospedaliero, viene riconosciuto un rimborso forfettario omnicomprensivo delle spese sostenute dell'80% e, comunque, per un importo non

superiore a 300 euro, alle donne che avevano attuato le procedure di cui al paragrafo "I - Presa in carico" della propria delibera n. 10/99 che producono idonea documentazione.

In questo caso, la causa che ha indotto la donna a partorire successivamente in ospedale deve ritenersi ininfluyente ai fini del rimborso. In caso di parto fisiologico, l'ostetrica "responsabile del caso" è tenuta ad assicurare l'assistenza al puerperio dopo il ritorno a casa della donna, mantenendo gli impegni presi alla compilazione di tutta la documentazione di cui al punto I - a, c, d, e, della citata delibera n. 10/99;

Le Aziende effettueranno il rimborso, con le modalità riportate nella presente delibera, alle donne che abbiano presentato comunicazione e richiesta di rimborso, procedendo alla acquisizione ed integrazione della "comunicazione" con la documentazione sopra descritta.";

- Di confermare la propria Delibera n. 10/99 in ogni altra sua parte.

- - - - -

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Leonida Grisendi, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2010/765

data 20/05/2010

IN FEDE

Leonida Grisendi

omissis

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

Il Responsabile del Servizio
Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'

[Torna al Sommario](#) [Indice Sistematico](#)

Bollettino Ufficiale n. 20 del 16 / 05 / 2002

Deliberazione della Giunta Regionale 7 maggio 2002 n. 80-5989

Modalità di accesso e rimborsi per le prestazioni accessorie a favore degli uremici cronici, per il parto a domicilio e per l'ossigenoterapia iperbarica

A relazione dell'Assessore D'Ambrosio

Vista la D.G.R. n. 35-2287 del 19/2/2001 (pubblicata sul B.U. n. 11 del 14/3/2001), recante la determinazione degli importi e le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria in forma indiretta a favore degli assistiti del Servizio Sanitario Regionale residenti in Piemonte per l'anno 2001;

vista la Legge 28 dicembre 2001, n. 448 (pubblicata sulla G.U. n. 301 del 29/12/2001, Suppl. ordinario n. 285), recante le disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2002);

rilevato che la Legge suddetta nulla richiama in merito ad un'ulteriore proroga dei termini per l'erogabilità di prestazioni in regime di assistenza indiretta, precedentemente stabiliti al 31/12/2001 con la Legge Finanziaria 2001, n. 388/2000;

visti gli Accordi relativi alla seduta della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, tenutasi il giorno 22 novembre 2001 (pubblicati sul Suppl. ordinario alla G.U. n. 19 del 23/1/2002- Serie generale), riguardanti i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria garantiti dal S.S.N.;

visto il D.P.C.M. 29/11/2001 recante la definizione dei livelli essenziali di assistenza (pubblicato sulla G.U. n. 33 datata 8/2/2002, Serie generale - Supplemento ordinario), in conformità agli Accordi di cui al punto precedente;

preso atto che, in base a tale decreto sono previsti a favore dei pazienti nefropatici cronici sia il trattamento dialitico che le spese di trasporto al centro dialisi;

constatato che nel documento su indicato sono previste altre provvidenze a favore dei dializzati, mediante l'adozione di apposita determinazione regionale;

tenuto conto che la predetta D.G.R. n. 35-2287 del 19/2/2001, la cui efficacia è terminata il 31/12/2001, riportava l'erogazione di rimborsi per particolari prestazioni in assistenza indiretta a favore dei nefropatici, delle gestanti che richiedono assistenza sanitaria per il parto a domicilio e dei soggetti sottoposti a trattamenti ambulatoriali di ossigenoterapia iperbarica;

vista la D.G.R. n. 20-3986 del 24/9/2001 (pubblicata sul B.U. n. 41 del 10/10/2001), con la quale la Giunta Regionale ha autorizzato le Aziende Sanitarie Locali di residenza a rimborsare ai pazienti uremici cronici, per l'anno 2001 e nei limiti della spesa effettivamente sostenuta, il costo delle prestazioni di dialisi extracorporea fruite presso strutture pubbliche o private, operanti in regime privatistico al di fuori del territorio regionale;

ritenuto opportuno riconoscere l'erogazione di rimborsi relativi a prestazioni che altrimenti sarebbero a totale pagamento da parte dei soggetti tutelati dal presente provvedimento;

visto il parere favorevole del CO.RE.S.A., espresso nella seduta del 3/4/2002;

preso atto di quanto sopra, il Relatore propone alla Giunta Regionale di adottare il presente provvedimento, con efficacia dal primo gennaio 2002;

visto il D. L.vo 502/92;

visto il D. L.vo 517/93;

vista la Legge 28 dicembre 2001, n. 448;

visto il D.P.C.M. 29/11/2001;

visti gli Accordi relativi alla seduta della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, tenutasi il giorno 22 novembre 2001;

vista la D.G.R. n. 20-3986 del 24/9/2001;

vista la D.G.R. n. 35-2287 del 19/2/2001;

visto il parere favorevole del CO.RE.S.A., espresso nella seduta del 3/4/2002;

la Giunta Regionale, udite le argomentazioni del Relatore e condividendole, all'unanimità dei voti espressi nelle forme di legge,

delibera

* di determinare le modalità e gli importi di erogazione a favore degli uremici cronici, delle gestanti che richiedono assistenza sanitaria per il parto a domicilio e dei soggetti sottoposti a trattamenti ambulatoriali di ossigenoterapia iperbarica, così come indicati nell'Allegato 1 facente parte integrante e sostanziale del provvedimento, con efficacia dal primo gennaio 2002;

* di stabilire che la liquidazione dei rimborsi in oggetto potrà avvenire solo su presentazione di regolare documentazione di spesa, redatta in conformità alle norme fiscali e comunque con esclusivo riferimento al complesso delle spese effettivamente sostenute e documentate;

* di dare atto che la copertura finanziaria delle spese indicate nell'Allegato 1 del presente provvedimento, dovrà essere garantita nell'ambito del budget assegnato ad ogni singola Azienda Sanitaria Locale, per l'anno 2002.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 65 dello Statuto.

(omissis)

Allegato 1

MODALITÀ DI ACCESSO E RIMBORSI PER LE PRESTAZIONI ACCESSORIE A FAVORE DEGLI UREMICI CRONICI, PER IL PARTO A DOMICILIO E PER L'OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA.

I soggetti erogatori sul territorio nazionale sono i seguenti :

* per l'uremia cronica, le strutture pubbliche o private nazionali, operanti anche in regime privatistico

* per il parto a domicilio, l'ostetrico/a iscritto/a all'albo professionale non in condizione di incompatibilità

* per le prestazioni ambulatoriali di ossigenoterapia iperbarica, le strutture private autorizzate e non definitivamente o provvisoriamente accreditate per tale attività.

TARIFFE

Le tariffe di rimborso sono state calcolate con riferimento a quelle indicate con D.G.R. n. 82-19073 del 12/5/1997, rimaste invariate anche nei successivi provvedimenti regionali. Tenuto conto dell'aumento dei prezzi petroliferi e dell'inflazione media in questi ultimi cinque anni, si è ritenuto opportuno calcolare i rimborsi, dove univocamente determinati, con un aumento medio del 20%, arrotondato al primo euro superiore. Pertanto le tariffe sono così definite:

UREMICI CRONICI

1. Spese di viaggio

Le Aziende, nell'impossibilità di organizzare il trasporto procedono al riconoscimento delle seguenti spese di viaggio:

- a) Rimborso delle spese di andata e ritorno domicilio - centro dialisi ; centro dialisi ad assistenza limitata - centro di riferimento ; centro dialisi - altre strutture sanitarie pubbliche per trattamenti, indagini strumentali, indagini cliniche inerenti insufficienza renale cronica prescritti e programmati dal centro dialisi di competenza. Il rimborso è sospeso in caso di servizio prestato con automezzi dell'A.S.L.
- b) Rimborso totale del costo del biglietto se il trasferimento avviene con mezzi pubblici.
- c) Rimborso totale della tariffa chilometrica pari a 1/5 del prezzo della benzina senza piombo se il trasferimento avviene con auto pubblica o con vettura privata. Qualora dalla dichiarazione del Centro dialisi risulti che l'uremico cronico necessita di essere accompagnato al Centro stesso, è possibile corrispondere a richiesta il contributo chilometrico per i viaggi di andata e ritorno sostenuti dall'accompagnatore due volte nella stessa giornata, sempre che sia possibile, in relazione alla distanza, effettuare quattro volte lo stesso percorso. Quando, in base alla certificazione del Centro dialisi, risulti necessario il trasporto in ambulanza, esso deve essere assicurato dall'Azienda Sanitaria Locale mediante convenzione diretta con gli Enti che effettuano il servizio di trasporto in autolettiga. I pazienti sottoposti a trattamento dialitico in Centri dialisi non di competenza territoriale hanno diritto al rimborso pari a quello relativo alle spese di viaggio calcolate tra residenza e Centro dialisi di competenza territoriale. In caso di rimborso inferiore è rimborsato il costo inferiore.
- d) Il rimborso delle spese di viaggio allorché il paziente è in villeggiatura, è totale se l'importo risulta inferiore o uguale al rimborso tra residenza e Centro dialisi di competenza. I rimborsi eccedenti tali cifre, previa autocertificazione, sono autorizzati dalla A.S.L. qualora il paziente assuma durante la vacanza la dimora in abitazione propria o di congiunto in 1° grado di parentela. In tale caso il rimborso è effettuato in base al percorso tra dimora e Centro dialisi più vicino al luogo di villeggiatura. Nel caso in cui, mediante certificazione del Centro dialisi più vicino al luogo di villeggiatura, non vi fosse possibilità di operare il trattamento dialitico, il rimborso delle spese di viaggio tra dimora e il Centro dialisi che effettua la prestazione, sarà pari alla cifra effettivamente sostenuta ed opportunamente documentata, compreso nei casi relativi al trasporto con autolettiga, per i pazienti preventivamente autorizzati dal Centro dialisi piemontese di riferimento.

Il tipo di trasporto rimborsato durante il periodo di vacanza non è suscettibile di variazione fatta eccezione per mutate e comprovate situazioni cliniche.

2. Dialisi domiciliare

- a) Rimborso delle spese relative agli impianti elettrico, idraulico, telefonico ed alle opere murarie necessarie per il trattamento dialitico domiciliare, da effettuarsi in base alle spese documentate effettivamente sostenute fino ad un massimo di Euro 1.240,00 per paziente;
- b) Rimborso agli uremici, già in dialisi domiciliare, delle spese di adeguamento e di messa a terra dell'impianto elettrico, come indicato dalle nuove disposizioni impartite dal Centro dialisi, responsabile del trattamento, nonché delle spese relative ai controlli periodici degli impianti elettrici in base alla normativa vigente in materia, da effettuarsi in base alle spese effettivamente sostenute fino ad un massimo di Euro 434,00 per paziente;
- c) Rimborso forfetario per le spese di energia elettrica e telefoniche da corrispondersi a fine anno ad ogni paziente in emodialisi nella misura di Euro 670,00 annuo oppure Euro 56,00 mensili nei casi in cui il trattamento a domicilio abbia inizio o venga interrotto nel corso dell'anno. Il predetto contributo è ridotto a Euro 50,00 per i soggetti in dialisi peritoneale domiciliare. Il contributo forfetario per le spese telefoniche è sospeso nei casi di attivazione presso il Centro dialisi di un numero verde. In tal caso il contributo per l'energia elettrica è calcolato in base al consumo energetico delle attrezzature valutate dall'Ufficio Tecnico dell'A.S.L. -

3. Dialisi presso strutture pubbliche e private

Per le dialisi extracorporee ambulatoriali fruite presso le strutture pubbliche o private nazionali, operanti anche in regime privatistico, è previsto il rimborso totale del costo di ogni singolo trattamento.

PARTO A DOMICILIO

Rimborso fino ad un importo massimo di Euro 930,00 per assistenza al parto, a conclusione del seguente percorso:

1. Presentazione all'A.S.L. di residenza della domanda di assistenza al parto entro l'ottavo mese di gravidanza, corredata da:

- * dichiarazione dell'ostetrico/a che prende in carico la paziente, attestante l'idoneità della medesima al parto domiciliare nell'ambito della gravidanza fisiologica;
- * certificato sullo stato di salute della gestante rilasciato dal medico di Medicina generale;
- * consenso informato, come da modello predisposto dall'Assessorato alla Sanità;
- * identificazione dell'ospedale di riferimento per le eventuali emergenze;
- * identificazione del pediatra di riferimento per la prima visita al neonato;
- * autocertificazione dell'ostetrico/a sull'applicazione dei protocolli riferiti all'assistenza al travaglio, alla rianimazione neonatale e all'assistenza al puerperio;

2. Presentazione all'A.S.L. di residenza della richiesta di rimborso e della documentazione originale comprendente:

a. Certificato di assistenza al parto (da consegnare alla Direzione Sanitaria dell'A.S.L. dell'evento);

b. Piano di assistenza comprensivo di:

- * visita di controllo preparto (almeno 3);
- * assistenza al travaglio e parto, prime cure al neonato, assistenza post-partum ;
- * reperibilità 24 ore su 24 ore dalla 38[^] alla 42[^] settimana di gravidanza ;
- * visite in puerperio;
- * visita pediatrica nella prima giornata del neonato;
- * screening neonatale;
- * materiale sanitario a perdere ;
- * materiale di uso corrente ;
- * fattura analitica della spesa in conformità delle norme fiscali;
- * oneri per lo spostamento dell'ostetrico/a.

In caso di emergenza e conseguente ospedalizzazione al termine della gravidanza o travaglio di parto, verrà riconosciuto un rimborso forfetario della spesa documentata fino ad un importo massimo di Euro 310,00.

OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA

La tariffa della prestazione ambulatoriale fa riferimento al codice 82.93.95 del tariffario regionale (D.G.R. n. 105-20622 del 30.6.1997 e D.G.R. n. 163-21648 del 4.8.1997 e successive modificazioni ed integrazioni) abbattuto del 20%.

PROCEDURA PER IL RIMBORSO

Il rimborso sarà effettuato previa presentazione all'A.S.L. di residenza della seguente documentazione:

Uremici cronici

- * dichiarazione del Centro dialisi di riferimento per l'eventuale necessità di un accompagnatore o per

il trasporto in ambulanza;

* autocertificazione del paziente in vacanza, che attesti la dimora in abitazione o propria o di congiunto di 1° grado di parentela;

* dichiarazione del Centro dialisi più vicino al luogo di villeggiatura, che attesti l'impossibilità di operare il trattamento dialitico;

* documentazione complessiva delle spese riferibili alle prestazioni erogate, redatta in conformità alle norme fiscali;

* documentazione relativa alle spese di viaggio.

Parto a domicilio

Si veda il capo specifico.

Ossigenoterapia iperbarica

* Richiesta del medico specialista ospedaliero;

* documentazione complessiva delle spese riferibili alle prestazioni erogate, redatta in conformità alle norme fiscali.

Legge regionale 27 Luglio 1998, n. 22.

Diritti della partoriente, del nuovo nato e del bambino speditizzato.

Il Consiglio regionale ha approvato;
il Commissario del Governo ha apposto il visto;
il Presidente della Giunta regionale promulga

la seguente legge regionale:

Art. 1
(*Finalità*)

1. La Regione favorisce il benessere psicofisico della donna e del nascituro durante la gravidanza, il parto e il puerperio; promuove l'informazione e la conoscenza sulle modalità di assistenza al parto e sulle pratiche sanitarie in uso presso le strutture del servizio sanitario regionale; assicura la libertà di scelta circa i luoghi dove partorire, ferme restando le esigenze primarie della sicurezza.
2. La Regione contribuisce a ridurre i fattori di rischio incidenti sui tassi di morbilità e mortalità materna e neonatale, nonché assicura la continuità del rapporto familiare-affettivo, dello sviluppo psichico e di quello cognitivo del minore durante il periodo di ospedalizzazione.

Art. 2
(*Preparazione alla nascita*)

1. Le Aziende unità sanitarie locali, nell'ambito delle attività consultoriali, e le Aziende ospedaliere organizzano corsi di preparazione alla nascita e di cura del neonato, volti anche a fornire alla donna le necessarie conoscenze della gravidanza, delle condizioni del feto, del parto e delle tecniche da adottare per il suo migliore svolgimento, dell'allattamento naturale e artificiale.
2. Le Aziende unità sanitarie locali informano la donna sulla possibilità di partorire anche a domicilio o nelle case di maternità, nonché sui servizi di assistenza al parto che assicurano nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e al domicilio della stessa.

Art. 3
(*Parto ospedaliero*)

1. Le Aziende unità sanitarie locali e le Aziende ospedaliere adottano ogni misura idonea a favorire lo svolgimento del parto nel rispetto delle condizioni fisiche, psicologiche e sanitarie della donna e del nascituro. In particolare:
 - a) adottano modalità organizzative adeguate alle esigenze della donna in ordine ai tempi del parto;
 - b) garantiscono la partecipazione consapevole e attiva della donna alla scelta del parto da effettuare;
 - c) favoriscono modalità di parto fisiologico;
 - d) assicurano, fatte salve le esigenze di ordine strettamente sanitario, il contatto immediato del bambino con la madre e la possibilità della stessa di averlo accanto per tutto il periodo di degenza;
 - e) consentono, ove possibile, l'accesso e la permanenza di un familiare, o di altra persona di fiducia della donna, durante la fase del parto, dai prodromi del travaglio al momento della nascita nonché in caso di interruzione di gravidanza;
 - f) favoriscono un'adeguata assistenza domiciliare alla puerpera e al neonato;
 - g) adeguano le modalità di assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio alle raccomandazioni dell'organizzazione mondiale della sanità in materia.

2. Il direttore generale di ciascuna Azienda sanitaria stabilisce con appositi protocolli sanitari le specifiche modalità attuative delle misure di cui al comma 1.

Art. 4
(Parto a domicilio)

1. Le Aziende unità sanitarie locali possono istituire il servizio di assistenza al parto a domicilio attraverso personale ostetrico anche in regime di convenzione.

2. In caso di mancata istituzione del servizio di cui al comma 1 le Aziende rimborsano alle donne che hanno effettuato il parto a domicilio le spese sostenute per lo stesso, fino ad un massimo di lire 1.500.000. Le Aziende assicurano comunque l'adeguata assistenza per gli interventi di emergenza.

Art. 5
(Casa di maternità)

1. La casa di maternità è una struttura di accoglienza che le Aziende unità sanitarie locali o le Aziende ospedaliere possono istituire al fine di ricostruire un habitat il più possibile familiare, dove la donna viva il parto come un fatto naturale.

2. La casa di maternità è costituita da spazi individuali dove sono ospitate la partoriente e una persona di sua scelta, nonché da locali comuni, debitamente attrezzati per le esigenze di assistenza al parto e per attività sanitarie.

3. Nella casa di maternità operano ostetriche, di cui una con profilo professionale di coordinatore, e personale ausiliario.

4. Le case di maternità sono ubicate in spazi adiacenti ai servizi ospedalieri in modo da garantire la tempestiva ospedalizzazione in caso di eventi patologici sopravvenuti.

5. I direttori delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere stabiliscono idonee modalità di collegamento tra la casa di maternità e le strutture ospedaliere.

6. Qualora la casa di maternità sia istituita da una Azienda unità sanitaria locale nel cui ambito territoriale insistono una o più Aziende ospedaliere, le modalità di collegamento tra la stessa e le strutture ospedaliere sono determinate d'intesa dai direttori generali competenti.

Art. 6
*(Organizzazione della casa di maternità
e del servizio di assistenza al parto a domicilio)*

1. La Giunta regionale definisce anche con separati atti, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge:

a) i principi sull'organizzazione della casa di maternità e del servizio di assistenza al parto a domicilio con particolare riferimento alla dotazione del personale ostetrico da adibire ai servizi medesimi;

b) i principi sulle modalità di accesso ai servizi di cui alla lettera a)

c) i principi sulle modalità di rimborso delle spese sostenute dalla partoriente per il parto a domicilio.

2. Il direttore generale di ciascuna Azienda sanitaria stabilisce le specifiche modalità organizzative dei servizi di cui al comma 1 ed individua, mediante appositi protocolli sanitari, le situazioni ostetriche in cui è consentito l'accesso alla casa di maternità e al servizio di assistenza al parto a domicilio.

Art. 7

(Assistenza al neonato)

1. Le Aziende unità sanitarie locali, le Aziende ospedaliere e le case di cura private accreditate facilitano l'evolversi del rapporto psico-affettivo e di relazione tra madre, padre e bambino favorendo le condizioni per la contestuale permanenza dei tre soggetti nella stanza della puerpera.
2. Le Aziende sanitarie predispongono almeno l'effettuazione programmata di visite e di screenings neonatali per la diagnosi di malattie endocrinometaboliche, per la rilevazione di malformazioni congenite e per la profilassi di infezioni.

Art. 8

(Tutela affettiva dei minori ricoverati nelle strutture sanitarie)

1. Nelle unità operative pediatriche o in quelle dove sono ricoverati bambini è consentito, nell'intero arco delle 24 ore, l'accesso e la permanenza dei genitori o di persone di loro fiducia. Per le medesime persone le aziende possono attivare un servizio di mensa a pagamento.
2. I sanitari curanti, per motivate esigenze terapeutiche o igienico-sanitarie, possono disporre limitazioni agli ingressi e alle permanenze di cui al comma 1.
3. Le malattie che necessitino di particolari interventi specialistici dovranno essere curate, con la collaborazione degli specialisti, nei reparti pediatrici, escludendo, nei limiti del possibile, il ricovero nei reparti per adulti.

Art. 9

(Attività ludiche e didattiche)

1. Nelle unità operative pediatriche sono allestiti locali per svolgere attività ludiche e per eventuali attività scolastiche condotte da educatori e insegnanti volontari, in caso di prolungata degenza.
2. Le Aziende unità sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, anche d'intesa con i servizi scolastici, disciplinano le attività di cui al comma 1.

Art. 10

(Formazione, riqualificazione aggiornamento del personale)

1. Il personale operante nel settore materno infantile, comprese le attività territoriali, è formato, aggiornato e riqualificato ai fini dell'attuazione della presente legge. La Regione finanzia i corsi secondo i criteri e le modalità stabiliti nel programma degli interventi di cui all'articolo 13.

Art. 11

(Partecipazione)

1. Le Aziende unità sanitarie locali e le Aziende ospedaliere assicurano la più ampia consultazione in merito all'organizzazione dei servizi previsti dalla presente legge sia delle associazioni femminili, interessate al settore dell'assistenza alla nascita, sia delle associazioni dei genitori e delle famiglie, sia delle organizzazioni di volontariato che si occupano di assistenza ai bambini speditizzati.

Art. 12

(Interventi per la riorganizzazione delle strutture)

1. I programmi di riorganizzazione strutturale dei reparti ostetrico-ginecologici e neonatali devono perseguire i seguenti obiettivi:

- a) spazi singoli per l'evento travaglio, parto, nascita;
- b) camere di degenza con non più di due letti provviste di una o due culle. Lo standard ottimale da perseguire è basato su due camere a due letti con servizi igienici indipendenti per ogni camera;
- c) reparti di patologia neonatale attigui ai reparti di ostetricia;
- d) una sala da adibire a momenti di informazione collettiva e socializzazione delle esperienze;
- e) una sala parto con tutte le attrezzature necessarie a garantire l'esperienza parto in piena serenità e nelle migliori condizioni ambientali e psicologiche.

2. Le aziende sanitarie e le case di cura accreditate sono tenute a predisporre la riorganizzazione funzionale delle unità operative o dei reparti pediatrici.

3. Dalla data di entrata in vigore della presente legge non possono essere approvati progetti di costruzione, ampliamento e ristrutturazione che non consentono la piena attuazione delle norme della presente legge.

Art. 13

(Programma degli interventi)

1. La Regione finanzia annualmente gli interventi previsti dalla presente legge su richiesta delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere da trasmettere al servizio competente in materia di sanità entro il 30 aprile di ogni anno.

La Giunta regionale approva entro sei mesi un programma di interventi per la riorganizzazione strutturale dei reparti di cui all'articolo 12, sulla base di criteri predeterminati, sentito il parere della Commissione competente. Il finanziamento di dette opere è da valere sulle assegnazioni dello Stato per interventi strutturali e rientra tra le priorità individuate dalla Regione Marche.

2. Gli interventi di cui all'articolo 12 hanno priorità, a livello regionale, rispetto a quelli previsti per l'articolo 5.

3. La Giunta regionale, entro il 30 giugno di ogni anno, presenta, per l'approvazione, al Consiglio regionale il programma degli interventi di cui al comma 1.

4. I finanziamenti sono liquidati dal dirigente del servizio competente in materia di sanità.

Art. 14

(Disposizioni finanziarie)

1. Per l'attuazione degli interventi previsti dalla presente legge, relativi alla spesa di parte corrente, è autorizzata per gli anni 1998/2000 la spesa annuale di lire 800 milioni; per gli anni successivi l'entità della spesa sarà stabilita con la legge di approvazione dei rispettivi bilanci.

2. Alla copertura della spesa autorizzata dal comma 1 si provvede, per l'anno 1998, mediante impiego delle somme iscritte a carico del capitolo 4222129 dello stato di previsione della spesa del bilancio per il medesimo esercizio; per gli anni successivi mediante impiego di quota parte del maggior gettito dei tributi regionali con stanziamento a carico dei capitoli corrispondenti.

Art. 15

(Norme transitorie, finali e abrogazioni)

1. In sede di prima applicazione:

- a) le richieste di finanziamento sono trasmesse alla Giunta regionale entro il 15 novembre 1998;
- b) il programma degli interventi di cui all'articolo 13, comma 3, è presentato al Consiglio entro il 15 dicembre 1998.

2. E' abrogata la l.r. 2 giugno 1992, n. 23.

La presente legge sarà pubblicata sul bollettino Ufficiale della Regione. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Marche.

Data ad Ancona, addì 27 Luglio 1998

IL PRESIDENTE

(Dott. Vito D'Ambrosio)

IL TESTO DELLA LEGGE VIENE PUBBLICATO CON L'AGGIUNTA DELLE NOTE REDATTE DAL SERVIZIO LEGISLATIVO E AFFARI ISTITUZIONALI AI SENSI DELL'ARTICOLO 7 DEL REGOLAMENTO REGIONALE 16 AGOSTO 1994, N. 36. IN APPENDICE ALLA LEGGE REGIONALE, AI SOLI FINI INFORMATIVI, SONO ALTRETTA' PUBBLICATI:

- a) LE NOTIZIE RELATIVE AL PROCEDIMENTO DI FORMAZIONE (A CURA DEL SERVIZIO LEGISLATIVO E AFFARI ISTITUZIONALI);
- b) L'UFFICIO O SERVIZIO REGIONALE RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE (A CURA DEL SERVIZIO ORGANIZZAZIONE).

NOTE**Nota all'articolo 15, comma 2:**

La legge regionale n. 23/1992 concernente: "Diritti della partoriente e del bambino ospedalizzato è stata pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione n. 51 dell' 11 giugno 1992.

a) NOTIZIE RELATIVE AL PROCEDIMENTO DI FORMAZIONE:

* Proposta di legge a iniziativa dei Consiglieri Amati, Donini, Cecchini, Brachetta e Cleri n. 142 del 11 giugno 1996;

* Parere espresso dalla II commissione consiliare permanente ai sensi dell'art. 22 dello statuto in data 4 giugno 1998;

* Relazione della V commissione consiliare permanente in data 10 giugno 1998;

* Deliberazione legislativa approvata dal consiglio regionale nella seduta del 23 giugno 1998, n. 179, vistata dal commissario del governo il 25 luglio 1998, prot. n. 501/gab.98. Con l'occasione il Governo ha precisato "che il riferimento a personale medico in regime di convenzione, contenuto nell'articolo 4, comma 1, risulta improprio in quanto detto regime risulta sostituito da altro in base ai principi dettati dall'articolo 8 del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni". Ha segnalato inoltre "che il previsto rimborso spese (art. 4) in caso di mancata istituzione da parte delle ASL del servizio di assistenza al parto a domicilio non può gravare sul Capitolo 4222129 finanziato per il 1998 con il fondo Sanitario Nazionale, atteso che detta prestazione, rivestendo peraltro carattere di discrezionalità e di non obbligatorietà per l'ASL, non può essere ricompresa tra quelle finanziabili con il citato Fondo Sanitario".

b) SERVIZIO REGIONALE RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE: SERVIZIO SANITA'

LEGGE REGIONALE 11 agosto 1998, n. 26

NORME PER IL PARTO NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE, NELLE CASE DI MATERNITÀ E A DOMICILIO

Bollettino Ufficiale n. 104 del 14 agosto 1998

Art. 1

Oggetto e finalità

1. La presente legge detta disposizioni in materia di diritti della donna relativi al parto, al fine di:

- a) soddisfare i bisogni di benessere psico-fisico della donna e del nascituro durante la gravidanza, il parto ed il puerperio;
- b) promuovere l'informazione e la conoscenza sulle modalità di assistenza e le pratiche sanitarie in uso presso le strutture del Servizio sanitario regionale;
- c) favorire la libertà di scelta da parte della donna circa i luoghi dove partorire e circa l'organizzazione assistenziale e sanitaria dell'evento, ferme restando le esigenze primarie della sicurezza e della riduzione dei fattori di rischio ambientali, personali e sanitari incidenti sui tassi di morbilità e mortalità materna e neonatale.

Art. 2

Luoghi dove partorire

1. Per favorire il graduale superamento della ospedalizzazione generalizzata, la donna, debitamente informata sull'evento e sulle tecniche da adottare, liberamente può scegliere di partorire:

- a) nelle strutture ospedaliere;
- b) nelle case di maternità;
- c) a domicilio.

Art. 3

Informazione e garanzie

1. Al fine di garantire l'informazione e la tutela della donna, fatte salve le iniziative che la Regione vorrà assumere, le Aziende sanitarie predispongono ed attivano strumenti informativi specifici, anche in collaborazione con associazioni di volontariato ed organizzazioni del privato sociale interessate, tesi a diffondere sia tra la popolazione che tra gli operatori socio-sanitari la conoscenza degli aspetti clinici, tecnico-organizzativi e normativi sul percorso nascita e sull'evento parto.

2. La Giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, definisce con apposita direttiva criteri e modalità attuative del percorso nascita e dell'evento parto, sotto il profilo tecnico-organizzativo e prevedendo anche indicazioni a garanzia di un adeguato collegamento con le strutture ospedaliere e con i servizi di emergenza-urgenza.

3. Sulla base di tale direttiva, le Aziende sanitarie sono impegnate ad attivare percorsi organizzativi ed amministrativi per garantire su tutto il territorio regionale l'assistenza alle gestanti che richiedono di partorire a domicilio o in casa di maternità, fatte salve le condizioni di sicurezza per la madre ed il bambino. In particolare devono essere assicurati:

- a) la disponibilità di personale ostetrico nel periodo previsto per il parto, garantendo comunque la continuità del rapporto assistenziale;
- b) il collegamento con le strutture ospedaliere e con i servizi di emergenza-urgenza;
- c) l'adeguata assistenza alla donna nei primi giorni del puerperio;
- d) la visita pediatrica nella prima giornata di vita e la tempestiva esecuzione degli screening neonatali.

Art. 4

Parto a domicilio

1. La Regione opera per introdurre nel Servizio sanitario regionale le condizioni di assistenza alle gestanti, che richiedono di espletare il parto a domicilio.

2. Sulla base dei criteri e delle modalità attuative previste dalla direttiva della Giunta di cui al comma 2 dell'art. 3, le Aziende sanitarie garantiscono il servizio di parto a domicilio, con il coordinamento di personale ostetrico, attraverso:

- a) rimborso alla donna delle spese sostenute, in caso di assistenza al parto a domicilio da parte di personale operante in regime libero-professionale, secondo le modalità di cui al comma 4 dell'art. 5;
- b) erogazione diretta del servizio, anche attraverso forme di convenzionamento, come previsto dal comma 5 dell'art. 8 della L.R. 14 agosto 1989, n. 27.

3. Al momento del parto, l'ostetrica od il medico ginecologo-ostetrico che ha in carico la gestante deve informare i servizi di emergenza-urgenza della struttura ospedaliera di riferimento, anche ai fini di un eventuale pronto intervento.

Art. 5

Modalità organizzative del parto a domicilio

1. La donna che intende partorire a domicilio, con le modalità di cui al comma 2 dell'art. 4, ne dà comunicazione all'Azienda unità sanitaria locale di residenza entro e non oltre l'ottavo mese di gravidanza.

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

2. Alla comunicazione devono essere allegati, nei termini e con le modalità stabiliti dalla direttiva regionale di cui al comma 2 dell'art. 3, i seguenti documenti:

- a) dichiarazione di presa in carico con cui l'ostetrica/o o il medico ginecologo-ostetrico di fiducia della donna si assume la responsabilità assistenziale;
- b) attestazione del rispetto delle condizioni di sicurezza e di garanzia per la donna e per il bambino rilasciata da chi prende in carico la gestante;
- c) certificati sullo stato di salute della gestante rilasciati dal medico di base o dal ginecologo-ostetrico di fiducia;
- d) consenso informato da parte della donna secondo le modalità indicate dalla direttiva di Giunta di cui al comma 2 dell'art. 3;
- e) segnalazione dell'opzione tra le due modalità previste al comma 2 dell'art. 4, indicazione del domicilio prescelto per il parto ed eventuale richiesta di rimborso nel caso di assistenza da parte di personale operante in regime libero-professionale.

3. Entro 15 giorni dalla comunicazione di cui al precedente comma 1, l'Azienda unità sanitaria locale, sulla base della documentazione regolarmente fornita ai sensi del comma 2, informa la donna dell'avvenuta presa d'atto ed accoglie le modalità organizzative ed amministrative scelte per il parto a domicilio.

4. Per le spese inerenti al parto a domicilio, come previsto alla lettera a) del comma 2 dell'art. 4, comprendenti tutte le prestazioni ad esso connesse, dalla presa in carico al termine del puerperio, l'Azienda unità sanitaria locale eroga un rimborso pari all'80% della spesa documentata, per un importo massimo non superiore alla tariffa DRG regionale, prevista per il parto fisiologico senza complicanze, in ospedale di fascia B, in vigore all'atto del pagamento.

Art. 6

Parto nelle case di maternità

1. Ai fini della presente legge è considerata casa di maternità la struttura di accoglienza extraospedaliera che offre un ambiente idoneo allo svolgersi dell'evento parto in una dimensione logistica, affettiva e psico- relazionale riconducibile, sotto diversi aspetti, al parto a domicilio.

2. La casa di maternità garantisce condizioni di sicurezza per l'espletamento dei parti fisiologici al di fuori delle strutture ospedaliere. È costituita da spazi individuali collegati tra loro da locali comuni debitamente attrezzati per le esigenze di assistenza al parto. Deve essere altresì salvaguardato il rapporto più stretto tra genitori e neonato e l'accesso di persone liberamente scelte dalla partoriente.

3. La casa di maternità è diretta da un'ostetrica/o; opera in stretta integrazione con gli altri servizi socio- sanitari del percorso nascita. All'interno della casa di maternità, il personale ostetrico, adeguatamente formato, garantisce alla donna l'assistenza durante la gravidanza fino al puerperio.

4. L'assistenza, nonché la tempestiva ospedalizzazione in caso di eventi patologici sopravvenuti, sono assicurate da una struttura ospedaliera che opera in stretto contatto con la casa di maternità.

5. Per le donne che intendono partorire nella casa di maternità valgono i medesimi criteri e le modalità organizzative previste dall'art. 5.

6. Le Aziende sanitarie, secondo le indicazioni definite dalla direttiva regionale di cui al comma 2 dell'art. 3, garantiscono il parto in case di maternità, sulla base di specifico progetto aziendale, mediante la gestione diretta o la collaborazione con le organizzazioni del volontariato e del privato sociale.

7. La direttiva di cui al comma 2 dell'art. 3 fisserà, sentite le Aziende sanitarie, criteri e modalità per l'avvio, entro un anno dalla sua emanazione, di case di maternità anche con valenza sperimentale.

Art. 7

Parto nelle strutture ospedaliere

1. Le strutture ospedaliere pubbliche e private realizzano le condizioni strutturali ed organizzative per consentire, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 9 della L.R. n. 27 del 1989, il più stretto rapporto tra genitori e neonato, con particolare riferimento alla permanenza nel medesimo ambiente di madre e bambino, ai fini della continuità del rapporto familiare affettivo anche durante il periodo di ospedalizzazione.

2. Fermo restando quanto previsto in materia di autorizzazione ed accreditamento, le strutture ospedaliere pubbliche e private, per garantire la libertà di scelta della donna riguardo ai modi del parto e per attuare le finalità di cui al comma 1, riorganizzano i propri presidi deputati all'assistenza ostetrico-ginecologica e neonatale per realizzare i seguenti obiettivi:

- a) spazi singoli per l'evento travaglio-parto-nascita;
- b) camere di degenza costituite da non più di due letti provvisti di relative culle;
- c) collegamenti funzionali tra le strutture ostetriche e quelle dedicate all'assistenza neonatale;
- d) programmi organizzativi tesi a favorire la continuità assistenziale.

3. È garantito l'accesso del padre o di altra persona con cui la gestante desidera condividere l'evento del parto.

Art. 8

Formazione, qualificazione ed aggiornamento del personale

1. Nell'ambito delle attività di riqualificazione ed aggiornamento del personale sanitario, la Giunta regionale individua, avvalendosi anche della collaborazione dell'Università, di enti ed istituti a carattere scientifico qualificati

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

in materia, specifici programmi che perseguano le seguenti finalità:

- a) qualificazione del personale addetto all'assistenza socio-sanitaria della donna durante la gravidanza, il parto, il puerperio e l'allattamento, in funzione del parto a domicilio e nelle case di maternità;
- b) aggiornamento specifico sulla revisione critica della validità scientifica e dell'efficacia delle tecniche e metodologie utilizzate nell'assistenza alla gravidanza ed al parto;
- c) formazione pluridisciplinare degli operatori anche rispetto agli aspetti culturali e relazionali dell'evento nascita;
- d) aggiornamento dei medici specialisti e di medicina generale, al fine di adeguare la cultura e la disponibilità ad informare correttamente le donne in merito alla scelta del parto in ambiente extraospedaliero;
- e) formazione ed aggiornamento degli operatori socio-sanitari sulle pratiche di mutilazione genitale femminile, con particolare attenzione alle conseguenze dell'infibulazione e reinfibulazione sulla gravidanza e sul parto ed alle tecniche di intervento più adeguate a fronteggiare tali problematiche, per la tutela della madre e del nascituro;
- f) informazione e sensibilizzazione degli operatori riguardo alla promozione dell'accesso di donne straniere ai servizi sanitari e sociali, così da favorire l'incontro tra la donna e l'operatore socio-sanitario, ai fini della salvaguardia della salute della donna e della sicurezza della maternità.

Art. 9

Speciali raccomandazioni

1. La Regione Emilia-Romagna, nell'ambito della tutela della maternità e delle modalità di assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio, si ispira alle raccomandazioni relative alla tecnologia appropriata per la nascita emanate dall'OMS.
2. La Regione s'impegna a promuovere la pratica dell'allattamento al seno tramite la corretta informazione e sensibilizzazione della donna in gravidanza e l'avvicinamento immediato a tal fine della madre e del neonato fin dal parto.
3. Nel rispetto del diritto di libera scelta della donna sulle modalità e lo svolgimento del parto, particolare attenzione e garanzie devono essere riservate alle eventuali richieste di parto indolore, mediante tecniche e modalità aggiornate di analgesia.

Art. 10

Commissione consultiva tecnico-scientifica

1. È istituita, presso l'Assessorato regionale alla sanità, una Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita, con il compito di assistere la Giunta nel perseguimento delle finalità della presente legge, nonché di quanto previsto agli artt. 6, 7, 8 e 9 della L.R. n. 27 del 1989, con particolare riguardo ai seguenti aspetti:
 - a) valutazione della qualità dell'assistenza alla gravidanza ed al parto, relativamente a tempestività di accesso ai servizi, continuità dell'assistenza, appropriatezza delle procedure, stato di salute della donna e del bambino, gradimento espresso dalle donne riguardo alle diverse modalità assistenziali e di espletamento del parto;
 - b) qualità delle informazioni ricevute dalle donne relative al percorso nascita ed alla scelta dei modi e dei luoghi del parto;
 - c) monitoraggio delle modalità dei parti avvenuti nelle strutture ospedaliere pubbliche e private, nelle case di maternità ed a domicilio;
 - d) valutazione dei costi derivanti dalle diverse tipologie del parto nelle Aziende sanitarie;
 - e) elaborazione di protocolli relativi all'attuazione delle più appropriate ed efficaci modalità organizzative per l'assistenza ostetrica.
2. La Commissione, nominata con delibera della Giunta regionale, sentito il parere della commissione consiliare Sicurezza Sociale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, resta in carica tre anni ed i componenti possono essere nuovamente nominati. È presieduta dall'Assessore regionale alla sanità o da un suo delegato. È composta da esperti del settore, assicurando la presenza di almeno un rappresentante delle seguenti categorie e figure professionali: ginecologo-ostetrico, ostetrica/o, epidemiologo, psicologo, neonatologo, esperto in organizzazione dei servizi, igienista, medico di medicina generale, pediatra di base, pediatra di comunità, assistente sanitario, sociologo, assistente sociale, esperto di comunicazione-informazione. È altresì garantita la presenza di un rappresentante delle Aziende sanitarie della Regione, delle strutture sanitarie private accreditate, delle organizzazioni del privato sociale.
3. La Commissione può costituire al suo interno gruppi di lavoro per settori o compiti specifici, eventualmente integrati da altri esperti indicati dalla Commissione stessa e nominati con determinazione del Direttore generale alla Sanità.
4. La Commissione, sulla base dei dati disponibili in Assessorato e presso l'Agenzia sanitaria regionale e delle relazioni fornite annualmente dalle Aziende sanitarie, predispone ed invia ogni anno alla Commissione sicurezza sociale del Consiglio regionale un rapporto contenente i dati e le valutazioni relativi ai temi di cui al precedente comma 1, con esplicito riferimento a:
 - a) morbilità e mortalità perinatale e neonatale;
 - b) morbilità e mortalità materna;
 - c) modalità di espletamento dei parti ed in particolare dei parti strumentali;
 - d) complicanze in gravidanza;
 - e) appropriatezza delle procedure di monitoraggio ed intervento farmacologico utilizzate durante il travaglio ed il parto;

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

- f) diffusione e modalità dell'allattamento al seno;
g) diffusione del parto a domicilio e nelle case di maternità.

5. Ai componenti la Commissione ed agli esperti che partecipano ai gruppi di lavoro spettano i compensi ed i rimborsi previsti dalle vigenti disposizioni regionali di legge.

Art. 11

Norma finanziaria

1. Agli adempimenti di cui alla presente legge le Aziende sanitarie fanno fronte con risorse proprie, nonché con i finanziamenti derivanti dall'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

L.R. 11 aprile 1990, n. 35 ([\(1\)](#)).

Norme per la tutela della salute e del benessere psicofisico della donna partoriente e del neonato.

Indice

[Art. 1](#)

[Art. 2](#)

[Art. 3](#)

[Art. 4](#)

[Art. 5](#)

[Art. 6](#)

[Art. 7](#)

[Art. 8](#)

[Art. 9](#)

[Art. 10](#)

[Art. 11](#)

[Art. 12](#)

[Art. 13](#)

[Art. 14](#)

[Allegato A](#)

[Allegato B](#)

[Allegato C](#)

[Art. 1](#)

La Regione Abruzzo promuove le condizioni affinché il parto avvenga nel rispetto della salute e del benessere psicofisico della donna; assicura la tutela sanitaria e psicologica della madre e del bambino, garantisce il rispetto pieno della personalità.

[Art. 2](#)

Per garantire che l'espletamento del parto avvenga nel rispetto delle esigenze psicologiche, ambientali e sanitarie della donna e del nascituro, gli ospedali e le case di cura convenzionate devono:

- a) predisporre ambienti singoli, in modo da permettere che l'evento travaglio-parto-nascita, comprensivo del periodo di osservazione del neonato e della madre dopo il parto, avvenga in un unico ambiente; a tal fine le suddette strutture procedono all'idonea ristrutturazione delle sale travaglio e parto esistenti, con particolare attenzione alla creazione di un ambiente confortevole sia per la madre che per il bambino (luci, assenza di rumori, ecc.);
- b) assicurare l'accesso e la permanenza, durante il travaglio e il parto, di una persona con cui la donna desidera condividere l'evento;
- c) garantire adeguata assistenza tecnica al parto e al neonato, evitando, da parte degli operatori, ogni ingerenza negli aspetti personali, sociali, affettivi della donna in quanto persona.

[Art. 3](#)

1. Dopo il parto, il neonato sano è affidato ai genitori nello stesso luogo del parto e del travaglio, per tutto il periodo di controllo stretto dopo il parto.
2. La degenza dopo il parto in ospedale e nelle case di cura convenzionate deve svolgersi in stanze singole o, al massimo a due letti.
3. I reparti di ostetricia garantiscono alle puerpere, su loro richiesta, la possibilità di avere il figlio sano accanto per tutto il periodo del puerperio; pertanto le stanze di degenza sono dotate di una o due culle, secondo che siano ad uno o due letti.
4. Alle donne che, per scelta o per problemi sanitari propri o del neonato, non possono usufruire del diritto di cui al comma precedente, viene garantita la più ampia possibilità di rapporto con il neonato.
5. Qualora la donna lo richieda, il rooming-in del neonato in reparto di ostetricia può essere limitato alle ore diurne; in tal caso il neonato rimane nello spazio adibito a nido.
6. Con l'adozione delle soluzioni di cui ai commi precedenti, la direzione ospedaliera assicura nei reparti di ostetricia la presenza di personale specializzato in numero adeguato alle esigenze del reparto; sulla madre non grava nessun compito istituzionale di assistenza al bambino.
7. Il padre o altra persona ha libero accesso al reparto in orario diurno e può rimanere accanto alla donna qualora la stessa lo richieda.
8. Alla donna compete la scelta del tipo di allattamento; quando viene scelto l'allattamento precoce al seno, gli operatori e l'organizzazione degli spazi devono essere orientati a favorirne la realizzazione.

[Art. 4](#)

1. I reparti di patologia neonatale sono dislocati nelle immediate vicinanze dei reparti di ostetricia e strutturati in modo da facilitare tutti i momenti di contatti tra coppia e neonato.
A tale scopo è necessario che:
 - a) sia garantita la presenza della madre e/o del padre nei reparti di terapia intensiva neonatale compatibilmente con i problemi organizzativi;
 - b) la frequenza e la durata delle visite sia libera;

- c) il personale addetto si adoperi per incoraggiare i genitori ad entrare in relazione con il proprio bambino, non appena le condizioni lo permettano;
- d) siano programmati incontri tra personale medico, paramedico ed i genitori, per allargare le informazioni circa la condizione vissuta dal bambino e per ottimalizzarne il rapporto;
- e) sia disponibile uno psicologo per i casi che necessitino di un intervento in tal senso e comunque come supporto al lavoro dell'équipe.

[Art. 5](#)

La Regione opera per introdurre nel servizio sanitario regionale le condizioni di assistenza alle gestanti, che richiedono di espletare il parto al proprio domicilio.

Nella prima fase di attuazione del servizio di cui al comma precedente, la Regione, d'intesa con le U.L.S.S., individua alcune zone pilota per la sperimentazione del parto a domicilio; successivamente tale servizio viene introdotto con gradualità in tutto il territorio regionale.

Possono usufruire dell'assistenza domiciliare le donne che siano state seguite con controlli ambulatoriali prenatali in strutture riconosciute idonee dalla Regione e che da tali servizi siano state individuate "non a rischio".

[Art. 6](#)

Con l'introduzione dell'assistenza domiciliare di cui all'articolo precedente, le U.L.S.S. interessate istituiscono il Servizio di Emergenza Ostetrica, dotato delle seguenti figure professionali:

- 1° livello: ostetrica, vigilatrice d'infanzia, infermiera;
- 2° livello: ostetrico-ginecologo, neonatologo. Gli operatori che compongono il Servizio di emergenza ostetrica sono reperiti tra le figure professionali già esistenti, adeguatamente aggiornate, e devono assicurare la disponibilità a recarsi a domicilio 24 ore su 24.

Gli ospedali individuati dalla Regione idonei a questo servizio devono essere provvisti di ambulanze per l'urgenza ostetrica e neonatologica e il trasporto di emergenza. La donna e/o il bambino sono tempestivamente ospedalizzati se durante il travaglio, il parto, o il periodo post-parto, si verificassero eventi patologici.

Gli ospedali redigono a tal fine un protocollo, cui gli operatori devono attenersi.

Dopo il parto la donna viene assistita con visite domiciliari giornaliere dalle stesse figure professionali di primo livello per almeno 5 giorni.

[Art. 7](#)

Le U.L.S.S., nell'ottica della dimissione precoce della donna dopo il parto, assicurano sul proprio territorio l'assistenza della madre e del bambino nel periodo del dopo parto.

Le U.L.S.S., al momento di dimissione dall'ospedale, forniscono alla donna informazioni sui consultori e sui possibili servizi relativi al puerperio, alla contraccezione, alla cura del neonato.

[Art. 8](#)

I consultori integrati ed adeguatamente ampliati e/o le altre strutture presenti sul territorio devono assicurare l'assistenza alle donne durante la gravidanza.

Compiti del consultorio sono principalmente l'informazione, la preparazione della coppia al parto, la competenza tecnica per il riconoscimento di eventi patologici, la assistenza domiciliare dopo il parto.

Le gravidanze a rischio segnalate dalle strutture territoriali vengono seguite nelle strutture ospedaliere.

Le strutture territoriali e quelle ospedaliere garantiscono continuità di intervento e di rapporto durante la gravidanza, il parto ed il post-parto, tra l'équipe degli operatori e le utenti.

I corsi di preparazione al parto costituiscono parte integrante dell'attività di tutti i consultori, garantendo il collegamento con le strutture dove avverrà il parto.

I contenuti dei corsi si adeguano, di norma, alle modalità previste nell'allegato A).

[Art. 9](#)

La Regione, all'interno del Piano regionale, definisce il "Progetto-obiettivo per la salute della donna"; a tal fine istituisce il Dipartimento materno-infantile con il compito di potenziamento, ampliamento ed integrazione dei servizi consultoriali ed ospedalieri e per il loro collegamento funzionale. Entro sessanta giorni dall'approvazione della presente legge, l'Assessorato regionale alla sanità emana direttive alle U.L.S.S., disegnando il modello organizzativo del Dipartimento materno-infantile; entro i successivi sessanta giorni, le U.L.S.S. predispongono programmi operativi per adeguarsi alle direttive e provvedere all'integrazione e al collegamento funzionale dei servizi.

[Art. 10](#)

Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le U.L.S.S. approvano piani di ristrutturazione dei reparti di ostetricia, al fine di attuare le disposizioni di cui agli artt. 2 e 3 della presente legge. Nei piani di ristrutturazione viene prevista la separazione dei reparti di patologia ginecologica da quelli di ostetricia predisposti esclusivamente all'evento nascita.

La Regione determina le risorse del fondo sanitario regionale da destinare all'attuazione dei predetti piani.

[Art. 11](#)

Al fine di garantire una corretta attività tecnica, promuovere la formazione costante degli operatori, offrire alle donne strumenti di conoscenza e di controllo, gli ospedali, i consultori e le altre strutture territoriali formulano ed aggiornano annualmente i protocolli che intendono seguire per l'assistenza alla gravidanza, all'evento nascita-parto ed al puerperio. I protocolli sono emanati sulla base di direttive regionali che la Regione è tenuta ad emanare annualmente e prevedono le indicazioni, gli obiettivi e le metodiche secondo quanto previsto nell'allegato B), da ritenere a tutti gli effetti parte integrante della presente legge.

I protocolli sono pubblici ed accessibili alle donne su richiesta e resi noti durante i corsi di preparazione al parto.

[Art. 12](#)

Gli ospedali sono tenuti a fornire dati annuali consultivi sull'attività svolta e sui risultati ottenuti; tali dati fanno parte integrante di una relazione che ogni U.L.S.S. redige annualmente e rende pubblica.

I dati riguardano:

- a) morbosità e mortalità perinatale, anche tardiva;
- b) morbosità e mortalità materna;
- c) modalità del parto: parti strumentali con relative indicazioni;
- d) complicanze in gravidanza;
- e) uso di farmaci in travaglio;
- f) dati statistici sulla popolazione assistita.

La Regione, d'intesa con l'Istituto superiore di sanità, promuove a livello regionale inchieste su:

- a) mortalità perinatale;
- b) mortalità materna;
- c) handicap.

[Art. 13](#)

La Regione, nell'ambito dell'aggiornamento obbligatorio e utilizzando le somme aggiuntive del fondo sanitario nazionale, organizza corsi per gli operatori coinvolti sui temi della gravidanza e del parto, che mirano a tre obiettivi principali:

- a) riutilizzazione e riqualificazione del personale;
- b) aggiornamento specifico su tecniche e metodologie;
- c) formazione pluridisciplinare degli operatori rispetto alle caratteristiche complessive dell'evento nascita-parto.

I contenuti dei corsi si uniformano a quanto prescritto dall'allegato C).

[Art. 14](#)

L'ospedale è tenuto a compilare la cartella ostetrica e pediatrica.

Tali documenti, compilati in maniera completa e comprensibile, sono a disposizione delle utenti.

[Allegato A](#)

Corsi di preparazione al parto.

Il programma dei corsi di preparazione al parto è il seguente:

- a) Prima dei corsi specificamente rivolti alle donne in gravidanza, vengono organizzati incontri di carattere generale sui seguenti temi:
 - eugenetica;
 - fisiologia della riproduzione;
 - meccanismi della fecondazione.

Su questi temi i singoli e/o le coppie possono richiedere consulenze specifiche presso il consultorio familiare;

- b) Le lezioni dei corsi da tenersi durante la gravidanza possono essere suddivise in tre cicli, che seguono la coppia rispettivamente nel:
 - 2° e 3° mese di gravidanza (primo ciclo);
 - 4°, 5° e 6° mese di gravidanza (secondo ciclo);
 - 7°, 8° e 9° mese di gravidanza (terzo ciclo).

Durante tutti i tre cicli è possibile, per la gestante e per la coppia, usufruire, presso la sede consultoriale:

- di un apposito servizio di consulenza psicologica;
- di materiale illustrativo e bibliografico sui temi trattati nelle lezioni.

Le figure professionali che devono svolgere i diversi temi affrontati nel corso sono, sulla base delle rispettive competenze: l'ostetrico-ginecologo, l'assistente sociale, l'ostetrica, lo psicologo.

- c) Primo ciclo (2° e 3° mese di gravidanza).

Da quattro a otto ore mensili, distribuite settimanalmente o quindicinalmente, di lezioni-conversazioni sui seguenti temi:

- fisiologica della gravidanza e modificazioni dell'organismo materno durante il 1° trimestre di gravidanza;
- esami clinici, vaccinazioni, malattie ereditarie, gestosi, diabete, Rh, tossicodipendenze, ecc.
- sviluppo del concepito;
- igiene psico-fisica della gravidanza;
- sessualità in gravidanza;
- rapporto di coppia;
- legislazione e normativa vigente sulla gravidanza e la maternità.

d) Secondo ciclo (4°, 5° e 6° mese di gravidanza).

Da quattro a otto ore mensili, distribuite settimanalmente o quindicinalmente, in cui possono essere ripresi i temi del ciclo precedente sotto forma di gruppi di discussione con l'esperto che ha svolto l'argomento specifico e con il coordinamento dello psicologo.

Vengono inoltre approfonditi e discussi temi suggeriti dai partecipanti ai corsi.

e) Terzo ciclo (7°, 8° e 9° mese di gravidanza).

Durante il terzo trimestre di gravidanza il corso è centrato sulla preparazione al parto.

Gli incontri sono settimanali, e precisamente:

- 2 ore settimanali durante il 7° mese di gravidanza;
- 3 o 4 ore settimanali durante l'8° e il 9° mese.

Si ribadisce l'opportunità che non solo la donna, ma anche il partner o un'altra persona da lei scelta possano usufruire di permessi retribuiti per assentarsi dal posto di lavoro, al fine di poter frequentare regolarmente e insieme il corso.

Si distinguono in questo ciclo:

1) Lezione teoriche e di discussione con gli esperti (due ore settimanali), nelle quali, tenuto conto delle richieste dei partecipanti al corso, vengono trattati i seguenti temi:

- modificazioni somatiche della donna e sviluppo del concepito durante il terzo trimestre di gravidanza;
 - problemi psicologici e sociali della donna lavoratrice-madre;
 - fisiologia del travaglio e del parto;
 - informazione sui protocolli e sulle metodologie in uso presso l'ospedale o durante l'assistenza al parto a domicilio o in casa di maternità;
 - igiene del puerperio, alimentazione, preparazione del seno all'allattamento;
 - pianificazione familiare, contraccezione e sessualità nel puerperio;
 - problematiche psicologiche del puerperio, inserimento del bambino nella coppia;
 - elementi di neonatologia: i primi giorni di vita in ospedale (esami, screening, ecc.); il primo mese di vita e l'allattamento;
 - cenni sull'alimentazione del bambino nel primo anno di vita, sulle tappe dell'accrescimento fisico e psichico e sulle vaccinazioni;
 - programmazione degli incontri col pediatra dopo la nascita;
 - problemi pratici ed elementi di puericultura;
 - gruppi di discussione sugli aspetti psicologici della gravidanza, del parto, della relazione madre-neonato e della relazione coppia-neonato.
- 2) Lezioni pratiche (2 ore settimanali)
- proposta di metodi di derivazione scientifica di larga applicabilità che, nel rispetto dell'unità psico-fisica della gestante, garantiscono durante il travaglio un buon equilibrio psichico e condizioni organiche ottimali per l'espletamento del parto;
 - descrizione, spiegazione e prova del periodo espulsivo;
 - visita al reparto di ostetricia, alle camere di travaglio-parto, ecc.

Allegato B

Assistenza prenatale ed assistenza al parto.

I protocolli, sulla base delle indicazioni regionali, esprimono le direttive tecniche e le finalità dell'intervento delle singole équipe su:

a) Assistenza prenatale:

1. numero e qualità dei controlli;
2. esami ritenuti necessari, di routine e su richiesta;
3. modalità di selezione delle donne "a rischio".

b) Assistenza al parto:

1. procedure in caso di parto fisiologico (prelievi, rasatura perinatale, clistere, posizioni in travaglio, episiotomia, anestesia e analgesia, visite in travaglio ecc.);
2. procedure in caso di parto complicato (podice, tagli cesarei pregressi, uso di ossitocina, cardiografia, strumenti utilizzati come forcipe o ventosa, amnioressi, ecc.).

c) Assistenza alla madre durante il puerperio (visita a domicilio, uso dei farmaci, blocco della lattazione, controlli clinici ed ematologici, allattamento).

d) Assistenza al bambino i primi giorni di vita (controlli di routine, screening, alimentazione, igiene).

Allegato C

Corsi di aggiornamento del personale.

Per l'avvio della riqualificazione e riutilizzazione di tutto il personale, la Regione, nel triennio iniziale del Piano sanitario regionale, d'intesa con i proponenti, delibera corsi di aggiornamento semestrali, in collaborazione con le U.S.S.L., in cui verranno realizzati, sui seguenti temi:

a) epidemiologia ostetrica:

- 1) fertilità e fecondità;
- 2) bilanci di popolazione e indici di natalità;

- 3) aborto spontaneo;
 - 4) crescita fetale: fattori biologici e ambientali che l'influenzano; sue relazioni con la mortalità, morbilità e sviluppo post-natale;
 - 5) mortalità perinatale;
 - 6) mortalità materna;
 - 7) mortalità perinatale ed esiti;
 - 8) aborto tardivo e parto prematuro;
- b) assistenza prenatale:
- 1) quantità e qualità dei controlli;
 - 2) strumenti e tecniche per il riconoscimento precoce e la diagnosi di patologie e rischi;
 - 3) consigli in gravidanza (dieta, fumo, alcool, sessualità, igiene);
 - 4) terapie;
 - 5) esami.
- c) Assistenza al parto domiciliare:
- 1) preparazione della donna al parto;
 - 2) assistenza al travaglio fisiologico;
 - 3) assistenza al periodo espulsivo;
 - 4) assistenza al secondamento.
- d) Riconoscimento della patologia iniziale materna e fetale nei vari stadi del parto. Utilizzazione del partogramma. Farmacologia d'urgenza;
- e) Assistenza al neonato (tecniche di rianimazione, indici di vitalità, riconoscimento precoce delle patologie);
- f) Aspetti sociali e psicologici della gravidanza, del parto e del periodo post-natale nella relazione tra la madre, il padre e il bambino.
- g) Tecniche della preparazione al parto e dell'informazione in gravidanza alla donna e alla coppia.
- Durante i corsi verrà fornito materiale bibliografico sui temi trattati. I corsi sono rivolti alle seguenti figure professionali: ostetrica, vigilatrice d'infanzia, (o altra figura parasanitaria con competenze pediatriche), ginecologo, pediatra-neonatalogo. Essi si articolano in due livelli, di cui il primo più generale, uguale per tutti gli operatori, e il secondo più specialistico, adeguato alle diverse competenze. Tale secondo livello è volto ad approfondire la valutazione di efficacia delle tecniche ostetriche e neonatologiche e la metodologia di esecuzione pratica. I corsi hanno periodicità settimanale (otto ore da effettuarsi in orario di lavoro) e sono suddivisi in una parte teorica e una pratica. Gli operatori svolgono la parte pratica nelle sale parto e nelle isole neonatali ospedaliere riconosciute idonee dalla Regione. È considerata ottimale la possibilità di scambi fra operatori dell'ospedale e del territorio durante il periodo del corso.
- Sono previsti comandi della durata di due mesi o più allo scopo di apprendere da esperienze europee significative (Olanda, Dublino, ecc.).

(11) Pubblicata nel BURA 5 giugno 1990, n. 14.