



REGIONE PUGLIA

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI**

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Codice CIFRA: SGO / DEL / 2019/

OGGETTO: Qualificazione del Percorso Nascita in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010: "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della Regione Puglia di accompagnamento all'evento nascita e dell'Agenda della Gravidanza". Modifica e integrazione della D.G.R. n. 678 del 9/5/2017.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

Visto:

- il D.Lgs. 502/1992 s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali.
- la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, rispettivamente in data 10.7.2014 e 5.08.2014, ha sancito l'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5.6.2003, n. 131, concernente il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014- 2016 e l'intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, concernente il regolamento recante "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- la legge 23 dicembre 1996, n. 662 avente ad oggetto "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica":

L'art. 1 "Misure in materia di sanità", pubblico impiego, istruzione, finanza regionale e locale, previdenza e assistenza" comma 28 introduce per la prima volta nell'ordinamento giuridico italiano il concetto di PDT: *"Allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio delle gestioni, i medici abilitati alle funzioni prescrittive conformano le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici, cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa. I percorsi diagnostici e terapeutici sono individuati ed adeguati sistematicamente dal Ministro della sanità, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, sentite la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri e le società scientifiche interessate, acquisito il parere del Consiglio superiore di sanità. Il Ministro della sanità stabilisce, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, gli indirizzi per l'uniforme applicazione dei percorsi stessi in ambito locale e le misure da adottare in caso di mancato rispetto dei protocolli medesimi, ivi comprese le sanzioni a carico del sanitario che si discosti dal percorso diagnostico senza giustificati motivi."*

I PDT erano quindi stati inizialmente concepiti come uno strumento di coordinamento finalizzato, tra le altre cose, al conseguimento di una maggiore razionalizzazione delle risorse.

- il decreto del Ministero della Sanità del 10 settembre 1998 "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 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";

- il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 avente ad oggetto: “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419”:

L'art. 1 **“Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza” comma 10, lettera h, stabilisce che il Piano sanitario nazionale indica “ le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza”** riconoscendo pertanto i PDT come strumento di garanzia dei LEA e mezzo di revisione e valutazione della pratica clinica.

- l'Accordo siglato nel dicembre 2006 tra la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per l'attivazione del Sistema nazionale per le linee guida (SNLG);
- la Legge 27 dicembre 2006, n. 296 avente ad oggetto “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)”:

L'art 1, comma 796, lettera m, stabilisce che *“I percorsi diagnostico-terapeutici sono costituiti dalle linee-guida di cui all'articolo 1, comma 283, terzo periodo, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, nonché da percorsi definiti ed adeguati periodicamente con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Comitato strategico del Sistema nazionale linee-guida, di cui al decreto del Ministro della salute 30 giugno 2004, integrato da un rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri”.*

L'art. 5, comma 3 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 ha previsto che il Sistema nazionale Linee Guida (SNLG), istituito con D.M. del giugno 2004, venga riorganizzato con decreto del Ministro della Salute.

- l'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010, ai sensi dell'articolo 9 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 2528 del 23/11/2010 avente ad oggetto: “Recepimento Accordo Stato Regioni n. 62/CSR del 29/04/2010. Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, previsto dall'articolo 3, comma 1, dell'Ordinanza del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali 26 febbraio 2009, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sull'esportazione di campioni di sangue da cordone ombelicale per uso autologo”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 131 del 31/01/2011 e ss.mm.ii. con cui la Regione Puglia ha recepito il suddetto Accordo Stato - Regioni concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso

nascita e per la riduzione del taglio cesareo" e ha istituito il Comitato Percorso Nascita regionale (CPNR), con funzione di coordinamento e verifica delle attività;

- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 avente ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera":

L'art. 1, comma 2 dell'Allegato 1 stabilisce che *"...l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare. (...) L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine ..."*.

- la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 avente ad oggetto: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)":

L'art. 1, comma 539 dispone che *"... tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) (...) per la rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici..."*;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 413 del 11/03/2015 la Giunta regionale ha recepito delle Linee guida "Gravidanza fisiologica" realizzate dall'Istituto Superiore di Sanità. Nelle predette linee guida, nell'ambito del capitolo "L'organizzazione dell'assistenza alla donna in gravidanza" definisce il contenuto dell'Agenda della Gravidanza;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 780 del 31/05/2016 avente ad oggetto: "Recepimento progetto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ad oggetto "Sorveglianza della mortalità materna". Costituzione Comitato regionale";

- la deliberazione di Giunta regionale n. 1659 del 26/10/2016 avente ad oggetto: "Approvazione Linee Guida "Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) mediante Mifeprestone (Ru 486) e Misoprostolo". Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1009 del 28/05/2013;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 1933 del 30/11/2016 di approvazione, tra l'altro, del Protocollo Operativo "Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)";

- la Legge 8 marzo 2017, n.24, (legge Gelli) avente ad oggetto "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie":

L'art. 5 "Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee-guida" prevede che *"Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco..."*;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 678 del 9/5/2017 avente ad oggetto: "Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010 "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". Approvazione del modello unico regionale dell'Agenda della Gravidanza”;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 796 del 29/05/2017 avente ad oggetto: “Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Allegato 7 -Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto” dell'Accordo Stato – Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Approvazione del protocollo regionale per la partoanalgesia”;
- il Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera 10 marzo 2017, n. 7 e ss.mm.ii. avente ad oggetto: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015”, modificato dal Regolamento regionale n. 3/2018 e dalla D.G.R. n. 1141/2018;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 658 del 24/04/2018 di approvazione del modello unico regionale del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA);
- Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 avente ad oggetto: “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1439 del 2/8/2018 avente ad oggetto: “Istituzione della Rete regionale di radiologia interventistica. Definizione del modello organizzativo e del setting assistenziale per procedura”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 128 del 6 febbraio 2018 relativa all'approvazione del Piano Operativo della Regione Puglia 2016-2018, sottoscritto con i Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF);
- la deliberazione di Giunta regionale n. 191 del 20/02/2018 avente ad oggetto: “Qualificazione del Percorso Nascita e riduzione del quota di parti cesarei primari in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Costituzione della la “task – force punti nascita per la riduzione del taglio cesareo”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 328 del 13/3/2018 avente ad oggetto: “Banca del Sangue Cordonale della Regione Puglia: disposizioni utilizzo di emocomponenti topici (gel piastrinico da sangue cordonale/collirio). Modifica e integrazione della D.G.R. n. 1498 dell'1/8/2008”.

Atteso che:

- a) il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e, specificamente, il punto 8 "Reti ospedaliere" prevede (cfr. 8.1.1.) che all'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale con particolare riferimento alle reti infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita, medicine specialistiche, oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare;
- b) lo stesso D.M. n.70/2015 prevede altresì che "per la definizione delle reti sopra elencate le regioni adottino specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-regioni sulle rispettive materie;

c) L'Allegato n. 3 "Integrazione Territorio-Ospedale: presa in carico e continuità per il miglioramento della qualità assistenziale" dell'Accordo Stato Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010 in cui è stato definito che:

- *"Molto spesso l'assistenza durante la gravidanza, il parto ed il puerperio è erogata da più caregivers, in differenti strutture assistenziali, non collegate tra loro.*

La "continuità" è lo strumento attraverso il quale l'assistenza può diventare personalizzata dando centralità alla diade madre-bambino al fine di armonizzare i bisogni di sicurezza e umanizzazione.

La continuità assistenziale va vista anche come omogeneità dell'assistenza erogata, perseguendo modelli di continuità assistenziale che consentano la distinzione tra gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio.

Un sistema fortemente integrato (integrazione funzionale e cooperazione tra i vari livelli istituzionali, in ospedale come sul territorio, in ambito sanitario e sociosanitario) potrebbe essere supportato da un modello organizzativo di tipo dipartimentale mirante a garantire unità, efficienza e coerenza negli interventi dell'area materno infantile sinergizzando le attività territoriali e ospedaliere e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative.

Questa rete di servizi integrati comprende l'ospedale, il distretto, i consultori familiari e gli altri servizi attivi nell'ambito dell'area materno-infantile.

I Consultori familiari, adeguati nei numeri, nelle modalità organizzative, e negli organici (sarebbe necessario garantire per ciascun consultorio principale una dotazione organica minima che comprenda almeno: 1 ostetrica ed 1 assistente sociale a tempo pieno; 1 operatore socio sanitario; 1 ginecologo ed 1 psicologo con orario determinato in base ai carichi di lavoro) vengono identificati come un importante strumento, all'interno del Distretto per attuare gli interventi previsti per la gravidanza.

Nello specifico il consultorio assicura:

- *la prima presa in carico della donna gravida con lo scopo di:*
 - *eseguire una prima valutazione del livello di rischio,*
 - *consegnare la cartella unica di gestione integrata della gravidanza*
- *la gestione della gravidanza fisiologica fino alla 36 settimana*
- *l'invio guidato al punto nascita alla 36a settimana (ambulatorio gravidanza a termine)*
- *l'invio guidato al punto nascita in qualunque momento in caso di gravidanza a rischio o patologia (ambulatorio gravidanza a rischio)*

I corsi di accompagnamento alla nascita a gestione integrata (territoriale/ospedaliera) e metodologia adeguata possono favorire la continuità assistenziale e l'empowerment delle donne, relativamente a gestione del parto, allattamento e funzione genitoriale.

Nel consultorio viene anche individuato il luogo per la continuità dell'assistenza alla puerpere e al neonato.

In particolare:

- *l'intervento di sanità pubblica sulle tecnologie per la nascita devono garantire cure non invasive alle gravidanze fisiologiche e un'adeguata identificazione e monitoraggio delle gravidanze a rischio;*
- *la situazione oggi in Italia è caratterizzata da discontinuità dell'assistenza al processo riproduttivo: discontinuità fra periodo della gravidanza e del parto e fra parto e puerperio;*
- *discontinuità durante il travaglio. Inoltre è caratterizzata dalla mancanza di chiare distinzioni fra i percorsi delle gravidanze a basso rischio e quelle ad alto rischio o patologiche.*

La grande esigenza, da parte delle donne, di una figura di riferimento che garantisca la continuità è dimostrata dal ricorso massiccio all'assistenza privata (> 75% dei casi), quasi sempre di un medico che opera anche in ospedale;

- *esistono convincenti evidenze scientifiche che, nella gravidanza fisiologica, un'assistenza fornita da sole ostetriche, in un contesto di supporto alla naturalità dell'evento nascita, in una visione olistica, continuativa e personalizzata, migliora la qualità delle cure, la sicurezza e la soddisfazione delle persone assistite;*
- *le Ostetriche ed i Ginecologi devono essere inclusi in team integrati, in grado di garantire continuità ed appropriatezza dell'assistenza anche quando insorgano situazioni di rischio.*

Nel percorso nascita deve essere offerta un'assistenza EBM che includa: corrette informazioni, screening appropriati, accessibilità dei servizi e, altrettanto importante, il corretto care giver per soddisfare e prendere in carico i bisogni specifici della donna.

- *infine, un aspetto critico della continuità assistenziale è il travaglio di parto, sia nelle gravidanze fisiologiche che in quelle a rischio. Assicurare la continuità in travaglio oggi comporta: modificare l'attività ed i ritmi di lavoro delle ostetriche; un'educazione continua che insegni l'arte e la scienza del supporto in travaglio; cambiamenti organizzativi che permettano maggiore flessibilità nelle presenze del personale che assiste i travagli.*

d) nell'ambito del Piano Operativo 2016-2018, sottoscritto con i Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e Finanze), di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 129 del 6/2/2018, è stato previsto tra l'altro, nell'ambito del "Percorso Nascita", quanto segue:

GOOSP - CRONOPROGRAMMA		indicatore
GOOSP 01.02.01	PERCORSO NASCITA Attuazione Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 137/CU del 16/12/2010	1. Delibera di implementazione parto analgesia farmacologica e non nei Punti nascita > 1000 parti
		2. DGR di definizione del modello unico Regionale dell'Agenda della gravidanza
		3. Attivazione STAM e STEN
		4. Atto regionale che disciplini la formazione sulle tematiche del percorso nascita
		5. Revisione del Regolamento regionale sui requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici delle UU.OO. di Ostetricia e ginecologia e neonatologia.
		6. Linee guida regionali per la realizzazione di Protocolli diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi tra PN e consultori/strutture ambulatoriali
		7. Riorganizzazione rete consultoriale
		8. Monitoraggio trimestrale punti nascita <500 parti e del trasporto STAM e STEN per il tramite del Comitato Punti Nascita regionale

Pertanto, rispetto ai predetti obiettivi, la Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" ha elaborato il Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) di accompagnamento all'evento nascita ed i Ministeri affiancanti nel verbale della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, tenutasi in data 18 luglio 2018, hanno espresso il seguente parere:

- Con nota (prot. 83_18 del 04/07/18) la regione ha trasmesso la bozza di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di accompagnamento all'evento nascita (PDTA Percorso Nascita), così come ratificato dal Comitato Percorso Nascita Regionale. **Tavolo e Comitato prendono atto del PDTA relativo al percorso nascita, auspicandone una completa e capillare diffusione e un'implementazione in tutte le sue componenti.**

Il predetto PDTA è stato approvato dal Comitato Percorso Nascita Regionale e dai Referenti aziendali del Rischio clinico.

e) nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", all'art. 59 è stata definitiva l'assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità ed in particolare al comma 9 è stato stabilito che: "Il decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 245 del 20 ottobre 1998, è abrogato".

In particolare, all'art. **Art. 59 "Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità"** è stato precisato quanto segue:

“1. Sono escluse dalla partecipazione al costo, ai sensi dell’art. 1, comma 5, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, le prestazioni specialistiche ambulatoriali per la tutela della maternità indicate dal presente Articolo e dagli allegati 10° e 10B, fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite periodiche ostetrico-ginecologiche, i corsi di accompagnamento alla nascita (93.37 training prenatale) nonché l’assistenza in puerperio erogati dalle medesime strutture.

2. La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è effettuata dai medici di medicina generale o dagli specialisti operanti presso le strutture accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari. La prescrizione dello specialista è obbligatoria nei casi previsti dai commi 3 e 5 e nei casi specificamente indicati dagli allegati 10A e 10B.

3. In funzione preconcezionale, oltre alle prestazioni di cui all’Allegato 10A, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per accertare eventuali rischi procreativi correlati ad una condizione patologica o un rischio genetico di uno o entrambi i genitori, evidenziati dall’anamnesi riproduttiva o familiare della coppia e prescritte dallo specialista.

4. Nel corso della gravidanza, oltre alle prestazioni di cui all’Allegato 10B, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ed appropriate per le condizioni patologiche che comportino un rischio materno o fetale, prescritte dallo specialista o dal medico di medicina generale.

5. Nelle specifiche condizioni di rischio fetale indicate dall’allegato 10C, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ed appropriate per la valutazione del rischio e la successiva diagnosi prenatale, prescritte dallo specialista. Le regioni e le province autonome individuano le strutture di riferimento per l’esecuzione di tali prestazioni, garantendo che le stesse strutture forniscano alle donne e alle coppie un adeguato sostegno.

6. In caso di minaccia d’aborto sono escluse dalla partecipazione al costo tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per il monitoraggio dell’evoluzione della gravidanza.

7. In presenza delle condizioni di rischio di cui al presente articolo, le prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali devono indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico.

8. Qualora dalle visite ostetrico-ginecologiche periodiche, durante la frequenza ai corsi di accompagnamento alla nascita o nel corso dell’assistenza in puerperio emerga il sospetto di un disagio psicologico, è escluso dalla partecipazione al costo un colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche.

9. Il decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 245 del 20 ottobre 1998, è abrogato”.

Inoltre, all’art. 64, comma 2 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 è stato stabilito che: *“Le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle Finanze, sentita l’Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell’art. 8 -sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni”.*

In particolare, nell'Allegato B del D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 sono riportate le "Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo" , distinte per I, II e III Trimestre, alcune delle quali introdotte dai nuovi LEA e per le quali, ad oggi, non è stata definita una tariffa massima di rimborso e quindi attualmente escluse dal vigente DM 18 ottobre 2012. Le citate prestazioni di specialistica ambulatoriale, non ancora tariffate, sono da intendersi come extra -LEA e quindi non erogabili con oneri a carico del S.S.N. La sentenza della Corte Costituzionale n. 104/2013, infatti, ha rilevato il contrasto dell'erogazione di prestazioni aggiuntive ai LEA nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro con gli obiettivi di risanamento e contenimento della spesa pubblica sanitaria. Il Tavolo interministeriale MEF - Ministero della Salute, deputato ha segnalato con verbale del 27/11/2013 l'impossibilità per la Regione Puglia di erogare prestazioni extra LEA a carico del bilancio autonomo.

Pertanto, nelle more che vengano tariffate con apposito Decreto ministeriale le prestazioni di nuova istituzione, viene confermato quanto espressamente previsto dal decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998.

Inoltre, in riferimento al predetto PDTA si precisa che:

- a) il percorso assistenziale della donna in gravidanza è coerente con tutte i provvedimenti regionali in materia già adottati con apposita deliberazione di Giunta regionale;
- b) il PDTA, di cui all'allegato del presente provvedimento, deve essere puntualmente implementato in ogni sua parte dalle aziende sanitarie, così come espressamente richiesto dai Ministeri affiancanti. I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Enti, sedi di Punto nascita, dovranno procedere al recepimento del PDTA regionale con apposito atto aziendale, previa condivisione dello stesso con tutti i Direttori delle Unità Operative coinvolti alla gestione del percorso nascita e nella gestione del rischio clinico;
- c) le raccomandazioni riportate nel PDTA si orientano alla produzione di un risultato lasciando un margine di flessibilità a chi le dovrà applicare; l'obiettivo è quello di fornire una guida, per i professionisti sanitari e per gli utenti, sulla scelta di modalità assistenziali più appropriate in determinate situazioni cliniche garantendo la chiarezza dei percorsi e delle responsabilità.

Infine, in base alle nuove evidenze scientifiche e di quanto dettagliatamente riportato nel PDTA sul percorso nascita, si è reso necessario modificare in parte il contenuto dell'Agenda della Gravidanza, approvata con la deliberazione di Giunta regionale n. 678 del 9/5/2017.

Alla luce di quanto sopra esposto, si propone di:

1. approvare il documento "Percorso Diagnostico - Terapeutico e Assistenziale della Regione Puglia di Accompagnamento all'evento Nascita", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
2. di approvare l'Agenda della Gravidanza, a parziale modifica del contenuto riportato nella deliberazione di Giunta regionale n. 678/2017, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;

3. stabilire che i documenti allegati al presente schema di provvedimento – PDTA di accompagnamento al percorso nascita e Agenda della Gravidanza - possano essere modificati o aggiornati con atto dirigenziale della Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta”, qualora si evidenzino criticità in fase applicativa o emergano in letteratura nuove evidenze scientifiche nonché intervengano ulteriori disposizioni normative nazionali e regionali in materia;

4. stabilire che le Aziende Sanitarie ed Enti, sedi di Punto nascita, diano puntuale applicazione a quanto espressamente previsto nell’allegato PDTA, previo formale recepimento con provvedimento aziendale che dovrà essere condiviso da tutte le Unità Operative coinvolte nel percorso assistenziale in questione. Il PDTA delle Asl dovrà garantire l’integrazione ospedale – territorio. Pertanto, eventuali provvedimenti già adottati dalle Asl e non coerenti con quanto espressamente previsto dall’allegato documento, dovranno essere rettificati secondo le presenti disposizioni regionali, al fine di garantire uniformità regionale nella organizzazione e gestione del percorso nascita;

5. stabilire che la Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta”, con il supporto del Comitato Percorso Nascita, elabori, entro un mese dalla pubblicazione del presente schema di provvedimento sul B.U.R.P., un report di monitoraggio semestrale dell’attuazione del PDTA;

6. stabilire che le Aziende Sanitarie Locali consegnino alle donne l’Agenda della Gravidanza prioritariamente per il tramite del Consulenti familiari e delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia. Resta inteso che, nel pieno rispetto della libertà di scelta della donna, l’Agenda della gravidanza debba essere resa disponibile anche alle donne seguite prima della nascita al di fuori della rete ospedaliera o consultoriale;

7. di confermare quant’altro definito nella parte narrativa del presente schema di provvedimento;

8. di stabilire che sul sito internet “Puglia Salute” venga istituita una sezione per la Rete “Percorso Nascita”. Ogni Azienda Sanitaria dovrà dettagliare tutte le informazioni relative a: Ospedali sedi di Punti nascita, rete consultoriale, servizi offerti alle donne e ai neonati;

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l’adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile A.P. e dal Dirigente di Sezione;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare il documento “Percorso Diagnostico - Terapeutico e Assistenziale della Regione Puglia di Accompagnamento all'evento Nascita”, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare l'Agenda della Gravidanza, a parziale modifica del contenuto riportato nella deliberazione di Giunta regionale n. 678/2017, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di stabilire che i documenti allegati al presente provvedimento - PDTA di accompagnamento al percorso nascita e Agenda della Gravidanza - possano essere modificati o aggiornati con atto dirigenziale della Sezione “Strategie e Governo dell'Offerta”, qualora si evidenzino criticità in fase applicativa o emergano in letteratura nuove evidenze scientifiche nonché intervengano ulteriori disposizioni normative nazionali e regionali in materia;
4. di stabilire che le Aziende Sanitarie ed Enti, sedi di Punto nascita, diano puntuale applicazione a quanto espressamente previsto nell'allegato PDTA, previo formale recepimento con provvedimento aziendale che dovrà essere condiviso da tutte le Unità Operative coinvolte nel percorso assistenziale in questione. Il PDTA delle Asl dovrà garantire l'integrazione ospedale - territorio. Pertanto, eventuali provvedimenti già adottati dalle Asl e non coerenti con quanto espressamente previsto dall'allegato documento, dovranno essere rettificati secondo le presenti disposizioni regionali, al fine di garantire uniformità regionale nella organizzazione e gestione del percorso nascita;
5. di stabilire che la Sezione “Strategie e Governo dell'Offerta”, con il supporto del Comitato Percorso Nascita, elabori, entro un mese dalla pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.P., un report di monitoraggio semestrale dell'attuazione del PDTA;
6. di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali consegnino alle donne l'Agenda della Gravidanza prioritariamente per il tramite dei Consultori familiari e delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia. Resta inteso che, nel pieno rispetto della libertà di scelta della donna, l'Agenda della gravidanza debba essere resa disponibile anche alle donne seguite prima della nascita al di fuori della rete ospedaliera o consultoriale;
7. di confermare quant'altro definito nella parte narrativa del presente provvedimento;
8. di stabilire che sul sito internet “Puglia Salute” venga istituita una sezione per la Rete “Percorso Nascita”. Ogni Azienda Sanitaria dovrà dettagliare tutte le informazioni relative a: Ospedali sedi di Punti nascita, rete consultoriale, servizi offerti alle donne e ai neonati;
9. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione “Strategie e Governo dell'Offerta” alla Sezione “Risorse strumentali e tecnologiche”, ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliero Universitarie, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici nonché ai componenti del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR);
10. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione “Strategie e Governo dell'Offerta” ai Ministeri affiancanti;

11. di pubblicare il presente atto sul BURP

IL Segretario della Giunta

Il Presidente della Giunta

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato e' stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dal Responsabile A.P. e quindi dalla Sezione Strategia Governo dell'Offerta, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, e' conforme alle risultanze istruttorie.

IL RESPONSABILE A.P.: **Antonella CAROLI**

IL DIRIGENTE di Sezione: **Giovanni CAMPOBASSO**

IL DIRETTORE di Dipartimento Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti:
Angelosante ALBANESE

IL PRESIDENTE: **Michele EMILIANO**