

2014	DIPARTIMENTO REGIONALE PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA	SERVIZIO 8
------	---	------------

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Siciliana

Assessorato della Salute

**RIORDINO DEI SERVIZI MATERNO INFANTILI TERRITORIALI
CONSULTORI FAMILIARI PUBBLICI**

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

- VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTA la Legge 29 luglio 1975, n. 405 di istituzione dei Consulori familiari;
- VISTA la Legge 22 maggio 1978, n.194 concernente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza;
- VISTA la Legge regionale 24 luglio 1978, n.21 di istituzione dei Consulori familiari in Sicilia;
- VISTA la Legge 23 dicembre 1978, n.833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, e successive modifiche e integrazioni;
- VISTO il D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria;
- VISTO il "Progetto Obiettivo Materno Infantile" adottato con D.M. 24 aprile 2000, nel quale viene delineato, tra l'altro, il ruolo dei consulori familiari nell'ambito del percorso nascita;
- 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, ove nell'allegato 1 viene specificato che le attività consultoriali rientrano tra le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio sanitario nazionale riconducibili ai LEA;
- VISTO il D.A. n. 890/2002 sull'accreditamento delle strutture sanitarie;
- VISTA la Legge regionale 14 aprile 2009, n.5 recante "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" pubblicata in G.U.R.S. del 17 aprile 2009 , n.17;
- VISTO l'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" che indica tra le priorità da consolidare la integrazione ospedale/territorio in tutte le fasi del percorso nascita e particolarmente la centralità dei consulori nella gestione delle gravidanze fisiologiche,

specificando anche la dotazione organica minima dei servizi consultoriali necessaria all'espletamento di tale compito;

- VISTO il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 che attribuisce ai Consultori Familiari un ruolo significativo e strategico nell'ambito dei percorsi assistenziali dell'area materno infantile e indica come necessaria una loro forte integrazione con gli altri servizi ospedalieri e/o territoriali per il raggiungimento degli obiettivi prioritari tra cui: la promozione della salute sessuale e la riduzione dei comportamenti sessuali a rischio degli adolescenti, la prevenzione dei maltrattamenti e abusi sui minori e della violenza di genere, l'umanizzazione dell'assistenza ostetrica e la riduzione dei tagli cesarei, la promozione dell'allattamento al seno, la prevenzione primaria e secondaria del ricorso all'IVG, la prevenzione dei tumori femminili, la promozione della salute delle donne migranti;
- VISTI il D.A. n.2536 del 2 dicembre 2011 e il D.A. n. 470 del 8 marzo 2013 "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita" che richiama quanto indicato nel succitato Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 a proposito della necessità di integrazione territorio/ospedale per l'umanizzazione del percorso nascita e la riduzione dei tagli cesarei;
- VISTO il D.A. n.1676 del 28 agosto 2012 Modalità di assegnazione delle risorse per le attività dei consultori familiari pubblici", che stabilisce le modalità di assegnazione delle risorse per le attività dei Consultori familiari pubblici, demandando alle Aziende Sanitarie Provinciali la pianificazione delle attività e l'assegnazione delle risorse ai fini del raggiungimento degli obiettivi di PSR;
- VISTO il Programma Operativo Consolidamento e Sviluppo (POCS) 2013 – 2015, ove è prevista la riorganizzazione e la riqualificazione della rete consultoriale e delle attività territoriali ed ospedaliere connesse all'assistenza ostetrica, in modo tale da configurare una rete integrata territorio/ospedale di servizi materno infantili;
- VISTO il report del monitoraggio MCF dell'anno 2012 dal quale emerge una disomogeneità dell'articolazione organizzativa delle reti consultoriali provinciali ed una ineguale distribuzione quali-quantitativa delle attività consultoriali che comunque registrano un incremento nell'ambito sia dello screening del cervicocarcinoma che del percorso nascita;
- CONSIDERATO che, al fine di soddisfare i bisogni di salute materno infantile e favorire il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PSR, è necessario sia riadeguare la rete consultoriale regionale anche in termini di risorse strutturali e di dotazione organica che creare un nuovo modello organizzativo dei servizi materno infantili territoriali della regione;
- RITENUTO prioritario dare una più efficiente organizzazione ai servizi consultoriali esistenti, adeguandoli a definiti standard strutturali e organizzativi;
- RITENUTO altresì di revocare il citato D.A. n.1676 del 28 agosto 2012 al fine di semplificare le modalità di monitoraggio delle attività svolte e dell'utilizzo delle risorse assegnate da parte dell'Assessorato regionale della Salute.

DECRETA

- ART.1** E' revocato il D.A. n.1676 del 28 agosto 2012 "Modalità di assegnazione delle risorse per le attività dei consultori familiari pubblici", fatti salvi gli effetti prodotti dal suddetto Decreto fino data di entrata in vigore del presente Decreto.
- ART.2** Sono approvate le linee di indirizzo "*Riordino dei Servizi Materno Infantili Territoriali. Nuove modalità organizzative. Consultori Familiari Pubblici*" contenute nell'Allegato A, che costituisce parte integrante del presente Decreto.

ART.3 Le Aziende Sanitarie Provinciali definiscono, entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Decreto, ciascuna per la propria competenza territoriale, un Piano di riorganizzazione della Rete Materno Infantile, in coerenza con le linee di indirizzo approvate con il presente Decreto, e lo trasmettono all'Assessorato regionale della Salute per la validazione.

ART.4 Ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale, oltre a garantire l'alimentazione del flusso MCF regionale, predispone e trasmette annualmente al competente Servizio dell'Assessorato regionale della Salute, entro il 31 marzo di ogni anno, una relazione consuntiva sulle attività svolte nell'ambito dei percorsi assistenziali nelle aree prioritarie di intervento di cui al paragrafo D dell'Allegato A, nonché la programmazione relativa a tali attività per l'anno in corso.

ART.5 Le risorse finanziarie necessarie per l'attuazione delle linee di indirizzo succitate trovano copertura nell'ambito dei bilanci aziendali e delle risorse assegnate all'interno della quota capitaria.

Il presente Decreto sarà inviato alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana per la pubblicazione e sarà, inoltre, pubblicato sul sito internet dell'Assessorato regionale della Salute.

Palermo, 24.07.2014



L'ASSESSORE
(Dott.ssa Lucia Borsellino)

ALLEGATO A

RIORDINO DEI SERVIZI MATERNO INFANTILI TERRITORIALI NUOVE MODALITA' ORGANIZZATIVE CONSULTORI FAMILIARI PUBBLICI

PREMESSA

I Consultori Familiari (che costituiscono di fatto la più rilevante offerta materno infantile territoriale, unitamente alla specialistica ambulatoriale interna di ginecologia, in Sicilia quantitativamente poco rappresentativa) espletano le funzioni di cui alle leggi n. 405/75 (L.R. 21/78) e n. 194/78 e costituiscono un punto nevralgico del servizio di assistenza alla famiglia, alla maternità, all'infanzia e all'adolescenza.

Il D.A.n. 2536 del 2 dicembre 2011 “*Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita*” e l’Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 cui lo stesso si richiama, creano le condizioni per un modello organizzativo dei servizi materno infantili territoriali della regione, particolarmente dei Consultori familiari, radicalmente ridisegnato relativamente a quanto prescritto dalla L.R. 21/78, e tale da consentire una risposta più adeguata ed efficiente ai bisogni di salute materno infantile, nell’ottica dell’integrazione con il livello ospedaliero di ostetricia e ginecologia.

Nei citati documenti e nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI, D.M. 24 aprile 2000), cui essi si ispirano, viene rimarcato quanto tale integrazione sia cruciale per una corretta realizzazione del Percorso Nascita, e determinante anche ai fini del raggiungimento dell’obiettivo di riduzione dei parti cesarei e della promozione dell’allattamento al seno, grazie all’importante ruolo di educazione alla salute e di strumento di empowerment nei confronti delle gravide, svolto dai servizi consultoriali.

Al fine di concretizzare quanto prefigurato nel citato decreto assessoriale e nei Piani Attuativi aziendali e provinciali previsti dal PSR 2011-2013 (Area salute della donna e dell’età giovanile) è necessario non solo ridefinire le modalità assistenziali dell’area materno infantile in termini di percorsi assistenziali integrati tra servizi territoriali ed ospedalieri, ma anche riadeguare i servizi consultoriali in termini di risorse strutturali e dotazione organica, rivisitando i modelli organizzativi finora attuati a livello di Dipartimenti e/o di Distretti.

Il PSR 2011 – 2013 identifica i principali percorsi assistenziali da implementare nell’area materno infantile (Percorso Nascita – Percorso IVG – Percorso Salute sessuale e riproduttiva dell’età giovanile – Percorso salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti) e distingue tra le attività materno infantili territoriali, quelle definite “*di base*”, che tutti i Consultori devono garantire, ed altre, definite “*di secondo livello*”, da affidare ad équipe distrettuali o dipartimentali, integrate e multidisciplinari, operanti, eventualmente, anche in seno ai PTA o nei Presidi Ospedalieri delle ASP secondo modelli di integrazione H-T.

Tra le “attività di base” il PSR identifica:

- Ambulatorio ginecologico di primo livello;
- Promozione e 1° livello dello screening del tumore del collo dell’utero;
- Gestione della gravidanza fisiologica e promozione dell’allattamento al seno;
- Assistenza in puerperio e promozione della fisiologia dell’adattamento postnatale;
- Attività connesse alle richieste di IVG (ginecologiche, psicologiche, sociali);
- Sostegno a donne e minori a rischio e/o vittime di maltrattamento ed abuso;



- Counselling preconcezionale e per la genitorialità responsabile;
- Prescrizione di contraccettivi ormonali ed applicazione di dispositivi intrauterini;
- Erogazione diretta di contraccettivi, inclusi quelli per la contraccezione d'emergenza, a fasce di utenza a rischio elevato di IVG (segnatamente giovani fino a 24 anni, migranti, fasce socialmente deboli);
- Segretariato sociale per problematiche materno infantili;
- Consulenze psicologiche e sociali per problematiche materno-infantili, di coppia, familiari, individuali;
- Attività di promozione dei servizi consultoriali presso le scuole secondarie del territorio;
- Consulenze e sostegno sociale e psicologico nei casi segnalati dall'Autorità Giudiziaria.

Tra le attività "di secondo livello" vengono identificate quelle di seguito elencate:

- Diagnostica strumentale dedicata all'utenza consultoriale (ecografie, colposcopie, ecc.);
- Corsi di accompagnamento alla nascita;
- Spazi giovani;
- Servizi menopausa;
- Servizi per le coppie infertili (primo livello territoriale);
- Servizi di uro ginecologia (primo livello territoriale);
- Servizi dedicati alla genitorialità fragile e/o alle donne e ai minori abusati e maltrattati;
- Servizi di sessuologia;
- Valutazioni psicologiche e sociali per adozioni nazionali e internazionali;
- Valutazioni e trattamenti psicologico-sociali su richiesta del Tribunale;
- Valutazioni e trattamenti psicologico-sociali nei casi di maltrattamento e abuso;
- Psicoterapia;
- Progetti di educazione e promozione di stili di vita salutari destinati alla fascia giovanile e alla popolazione migrante.

In relazione ad effettive e documentate esigenze territoriali le ASP possono, previa approvazione assessoriale, individuare altre attività territoriali integrate e multidisciplinari.

Come già ricordato, si ribadisce il ruolo, significativo e certamente strategico, dei Consultori nel Percorso Nascita, legato all'obiettivo prioritario di riduzione del tasso regionale dei parti cesarei.

La recente implementazione del Quaderno di Gravidanza (gennaio 2013), la cui distribuzione è stata affidata ai consultori, ha dato notevole impulso alla diffusione del Percorso Nascita ed incrementato il numero di gravide assistite presso i consultori. Il primo report del *Progetto Quaderno di Gravidanza* (Progetto Obiettivo di PSN 2010), riferito ai primi sei mesi del 2013, attesta una percentuale di gravide seguite nei consultori della regione, rapportato ai parti, in decisa crescita (circa il 30% contro il 20% del 2010), in conseguenza dell'implementazione del percorso nascita.

Analogamente risulta sempre più elevato il numero di donne che accede ai consultori per sottoporsi al primo livello dello screening per il cervico-carcinoma, come pure il numero di donne straniere che si rivolge ai servizi come risultato delle iniziative avviate con il progetto CCM 2009 "*Prevenzione delle IVG nelle donne straniere*".

Un ulteriore impulso è atteso in conseguenza dell'avvio della linea progettuale 1.8 dei progetti obiettivo di PSN 2012 che consentirà il collegamento informatico della rete consultoriale con la rete dei punti nascita e la gestione informatizzata del percorso nascita.

Il presente documento definisce nuove modalità organizzative della rete consultoriale esclusivamente in riferimento ai Consulitori pubblici della regione.

LA RETE CONSULTORIALE REGIONALE

La rete regionale comprende attualmente 190 consulitori (181 pubblici, 9 privati convenzionati), secondo quanto previsto dal D.A. n. 28110 del 5/12/1980 che incrementava il loro numero dai 116 inizialmente previsti.

Nel 1996 la Legge 34 introduceva il criterio di legare il numero dei consulitori alla numerosità della popolazione residente considerando ottimale il rapporto di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti.

Nella nostra regione il rapporto è di 1: 26.000 circa con differenze tra le province come illustrato nella tabella seguente.

Tabella : la rete consultoriale regionale

	POPOLAZIONE	N. CF PUBBLICI	N. CF PRIVATI CONV.	CF / AB.
AG	455.550	20	2	20.706
CL	272.570	13		20.966
CT	1.081.915	33	3	30.053
EN	173.723	10		17.372
ME	654.032	25	3	23.358
PA	1.243.385	40		31.084
RG	309.280	11		28.116
SR	400.764	15		26.717
TP	435.974	14	1	29.064
TOTALE	5.027.193	181	9	26.459

I Dipartimenti materno infantili di tutte le ASP, ad eccezione di Palermo, sono di tipo funzionale e svolgono prevalentemente un ruolo di indirizzo, programmazione e monitoraggio.

In tutte le ASP, tranne quelle di Caltanissetta e Messina, è presente una funzione formalizzata aziendale di coordinamento dei servizi consultoriali (cinque sono UOC e due sono UOS).

In cinque ASP sono presenti servizi aziendali o dipartimentali per attività materno infantili territoriali di secondo livello (1 servizio per adolescenti – 1 servizio per la menopausa – 1 servizio territoriale di ecografia ostetrica – 3 servizi di colposcopia – 4 servizi per le vittime di abuso).

Nella ASP di Palermo esiste un Dipartimento materno infantile di tipo strutturale che comprende una Unità Operativa Complessa di coordinamento consultoriale, a sua volta articolata in 10 Unità Operative Semplici aggreganti da 3 a 6 consulitori. Di conseguenza la gestione consultoriale è in prevalenza di pertinenza dipartimentale.



In tutte le altre ASP la gestione dei consultori è in prevalenza di pertinenza dei distretti sanitari.

Nelle ASP in cui insistono i 9 Consultori privati convenzionati (AG, CT, ME, TP) di fatto non vengono svolte, nei loro confronti, funzioni di programmazione e/o di monitoraggio.

Dal 2010 è attivo un sistema di monitoraggio regionale dei consultori, imperniato sulla rilevazione annuale dei dati di struttura e di attività attraverso la compilazione di una scheda digitale (*Scheda MCF*) inserita nel portale regionale (www.regione.sicilia.it/sanita/SSL/MCF/). L'ultimo report disponibile è relativo all'anno 2012. È in corso di elaborazione il report dell'anno 2013.

Dotazione Organica

La L.R. 21/78 prevede la presenza di 4 operatori per ogni consultorio (un ginecologo, uno psicologo, un assistente sociale, un operatore sanitario (ostetrica/o o infermiera/e professionale), specificando la necessità del tempo pieno solo per l'assistente sociale e l'operatore sanitario.

Il D.A. 890/2002 sull'accreditamento delle strutture sanitarie prevede - oltre alle figure del ginecologo, dello psicologo e dell'assistente sociale - la necessaria presenza dell'ostetrico e del pediatra, e infine un'unità infermieristica o in alternativa un assistente sanitario;

L'accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 ribadisce la necessità della presenza dell'ostetrico/a (non sostituibile con l'infermiere professionale) e l'opportunità di prevedere nel team anche una figura di supporto all'attività ambulatoriale (OSS); inoltre definisce che le ore di lavoro svolte nei singoli consultori dalle due figure dirigenziali (ginecologo e psicologo) siano da determinare in base ai carichi di lavoro.

La *Scheda MCF* sopra citata ha consentito di valutare gli organici all'interno dei singoli consultori, verificando la presenza in ciascuno di essi delle quattro figure principali previste dalla L.R. 21/78 e il numero di ore svolte da ciascuna figura nei singoli servizi. Nella tabella è illustrata la situazione degli organici nei consultori pubblici. Tale analisi ha messo in luce un sottodimensionamento del personale, ancor più stridente se rapportato all'incremento delle attività richieste attualmente ai servizi consultoriali:

	N. CCFF carenti	N. CCFF con presenz a a tempo parziale	N. CCFF con presenz a a tempo pieno	N. Ore medie/C F	N. unità equivalenti ¹ (FTE)			
OSTETRICO/A	68	36%	21	11%	102	53%	23	121
ASS. SOCIALE	40	21%	52	27%	99	52%	26	137
GINECOLOGO	2	1%	67	35%	122	64%	32	161
PSICOLOGO	28	15%	70	37%	93	49%	25	128

Il dettaglio delle singole ASP è disponibile presso il Servizio 7 DASOE.

¹ N. di unità equivalenti (U.E.) è il numero di operatori a tempo pieno corrispondente alle ore di servizio prestate

Modalità di assegnazione delle risorse per le attività' dei consultori

Secondo quanto previsto dalla L.R. 24/07/78 n. 21 (Istituzione dei Consultori familiari in Sicilia), tali servizi hanno usufruito di un finanziamento vincolato (capitolo 413308), più volte rimodulato. Con D.A.1676 del 28/08/12 è stato stabilito che le somme destinate alla gestione e all'espletamento dei compiti d'istituto dei Consultori pubblici devono trovare capienza all'interno della quota capitaria demandando alle ASP la pianificazione delle attività e dell'uso delle risorse finalizzate al raggiungimento di obiettivi coerenti con il PSR.

Le Aziende hanno quindi, in un momento caratterizzato dal contrarsi delle risorse finanziarie, maggiori responsabilità nel pianificare e riorganizzare i servizi materno-infantili territoriali, anche alla luce di maggiori impegni dettati da più onerosi compiti assistenziali ad essi assegnati – in particolare la realizzazione del percorso nascita e la stringente necessità di raggiungere più adeguate percentuali di soggetti sottoposti a screening per il carcinoma cervico-uterino – garantendo nel contempo adeguati livelli di qualità, appropriatezza, equità, efficacia ed efficienza.

La proposta di riorganizzazione²

Al fine di adeguare l'offerta in relazione alle mutate esigenze assistenziali, si ritiene necessario procedere per step successivi, riqualificando e riorganizzando in un primo tempo i servizi esistenti, adeguandoli a definiti standard strutturali e organizzativi improntati ad un miglior rapporto efficacia/efficienza, e successivamente ampliando, se necessario, il numero dei servizi in coerenza con il citato rapporto "ottimale" di un consultorio ogni 20.000 abitanti.

Tale rimodulazione è necessaria per potenziare i servizi territoriali e favorire il raggiungimento degli obiettivi prefissati nel Piano sanitario, nei piani attuativi aziendali e nei progetti obiettivo.

A. ADEGUAMENTO DELLA DOTAZIONE ORGANICA

Per quanto premesso, la dotazione organica dei consultori pubblici va riferita, anziché al singolo servizio, alla popolazione da servire avendo come riferimento, in coerenza con la legge 34/96, un bacino d'utenza di 20.000 abitanti, cui offrire quelle attività intestate esclusivamente al territorio nell'ambito dei percorsi assistenziali dell'area materno infantile prima citati.

A scopo orientativo nella tabella seguente sono indicate le dimensioni stimate dei target destinatari delle principali attività materno infantili territoriali in un bacino di 20.000 abitanti:

²La presente proposta è stata elaborata facendo riferimento sia alla normativa vigente -nazionale e regionale- che al documento "Requisiti specifici per l'accreditamento dei Consultori familiari, delle Strutture ambulatoriali e di degenza di Ostetricia e Ginecologia" tratto dalla DGR n.327 del 23/02/2004 della Regione Emilia Romagna.



POPOLAZIONE TARGET	PERCENTUALE STIMATA sulla popolazione generale	N. SOGGETTI x 20.000 ab.	Target/anno x 20.000 ab.
Donne in età fertile (15-49 anni)	25%	5000	
Donne 25- 64 anni (target screening collo utero)	30%	6000	1600 ³
Adolescenti (13 - 19 anni) (utenti Spazio Giovani)	7%	1400	420 ⁴
Percorso Nascita	1% (nuovi nati/parti)	200 (gravidezze)	80 ⁵ (Gravide da prendere in carico)

Facendo riferimento a quanto riportato nel documento «*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 Stato Regioni 16 dicembre 2010) (5° capoverso allegato 3), le Aziende Sanitarie dovranno considerare come standard minimo di dotazione organica per un bacino d'utenza di 20.000 abitanti la seguente équipe:

- 1 ostetrico
- 1 assistente sociale
- 1 operatore socio sanitario (OSS) o altra figura di supporto all'attività ambulatoriale
- 1 ginecologo
- 1 psicologo

Sarà quindi necessario dotare i consultori di personale in misura proporzionale alla popolazione del bacino servito, tenendo conto anche di eventuali necessità scaturenti da condizioni oro geografiche o socio-ambientali particolari (ad. es. zone isolate o ad alta densità di immigrati).

Così per bacini d'utenza uguali o superiori a 40.000 abitanti, il numero delle unità di personale costituenti l'équipe sarà raddoppiato per tutte le figure; per bacini d'utenza compresi tra 21.000 e 40.000 abitanti sarà necessario incrementare di una unità almeno le figure professionali di base, rappresentate da ostetrica e assistente sociale; per bacini d'utenza inferiori a 20.000 abitanti, la dotazione organica va adeguata garantendo in ogni caso la presenza a tempo pieno di 1 ostetrica, di 1 assistente sociale e di 1 OSS o altra figura di supporto, valutando l'impiego delle figure dirigenziali (ginecologo e psicologo) secondo il carico di lavoro, ed eventualmente il loro utilizzo "a scavalco" su più consultori. Per potenziare le dotazioni organiche dei consultori pubblici ci si potrà avvalere anche del personale resosi disponibile in seguito alla riorganizzazione della rete dei punti nascita ai sensi del D.A. n. 2536 e s.m.i. o di specialisti ambulatoriali convenzionati interni.

Sarà comunque necessario rideterminare i limiti di dotazione organica assegnati alle ASP in seguito alla rimodulazione della rete di punti nascita e alla successiva eventuale riallocazione del personale sul territorio.

Tutto il personale in servizio presso i Consultori dovrà partecipare a specifici corsi di aggiornamento organizzati ad hoc dalle Regione per un numero minimo di crediti formativi da definire.

³ Obiettivo screening cervico-carcinoma = 80% popolazione in tre anni.

⁴ Obiettivo stimato Spazio Adolescenti = 30% popolazione (obiettivo minimo iniziale)

⁵ Obiettivo stimato Percorso Nascita (gravide in carico nei consultori) = 40% dei parti (calcolato sulla stima delle gravidanze a basso rischio)

B. PROPOSTA DI UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

Affinché sia possibile assicurare un'offerta qualificata di salute materno infantile territoriale e utilizzare nel modo più efficiente e flessibile le risorse disponibili, è possibile ricorrere, ad un modello organizzativo a rete, fermo restando il rispetto di quanto previsto dal documento sugli "Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la Salute 2010-2012.

Tale modello deve poter garantire alla popolazione servita tutte le attività consultoriali *di base* (cfr. PSR 2011-2013), integrando le risorse disponibili per l'erogazione delle attività *materno infantili di 2° livello*, anche con personale operante in altri servizi territoriali e/o ospedalieri.

Presupposto di tale modello organizzativo è che i singoli consultori pubblici non devono più rappresentare singole unità funzionali indipendenti tra loro, ma vanno funzionalmente aggregati tenendo nella giusta considerazione la tipologia e la quantità di popolazione dei bacini serviti e le condizioni oro geografiche.

La più piccola unità funzionale della rete territoriale materno infantile non sarà più quindi il singolo consultorio ma l'aggregato di più consultori, che disponendo dell'insieme delle risorse dei consultori che la compongono, in collaborazione ed integrazione funzionale con le UU.OO. di ginecologia e ostetricia ospedaliere e/o con altre aggregazioni territoriali, avvalendosi eventualmente dei ginecologi convenzionati interni, potranno assicurare le attività di I e II livello.

All'interno delle aggregazioni territoriali dovrà essere garantita, con idonea turnazione del personale dei diversi consultori ad essa afferenti e compatibilmente con la dotazione organica presente, l'apertura nei pomeriggi e il sabato mattina.

Il Coordinamento delle attività delle aggregazioni territoriali sarà affidata al Responsabile di una Unità di Coordinamento Aziendale Materno-Infantile Territoriale, operante in seno al Dipartimento Materno Infantile. Tale Unità di Coordinamento svolgerà funzioni di coordinamento organizzativo dei singoli aggregati di consultori afferenti, in stretta collaborazione con i Distretti, di programmazione e monitoraggio delle varie attività, di raccordo con gli altri servizi aziendali ed extra-aziendali per i percorsi integrati, di indirizzo sulla gestione dei finanziamenti destinati alle attività consultoriali, di raccordo con gli organismi giudiziari ed il privato sociale. Per svolgere tali funzioni, viene indicata la dotazione organica minima sotto specificata.

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA DEI SERVIZI MATERNO INFANTILI TERRITORIALI ALL'INTERNO DEL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		
LIVELLI ORGANIZZATIVI	DOTAZIONE ORGANICA MINIMA	FUNZIONI
UO di Coordinamento Materno Infantile Territoriale (aziendale)*	1 Responsabile gestionale ⁶ 1 Dirigente Ginecologo 1 Dirigente Psicologo 1 Ostetrico coordinatore 1 Ass. Sociale coordinatore	Raccordo operativo con le UUOO ospedaliere di ostetricia e ginecologia ai fini della corretta attuazione dei percorsi assistenziali Collaborazione con i Distretti per la gestione amministrativa delle risorse e per il raccordo operativo con i MMG, i PLS e gli altri servizi territoriali

6 Con specifica competenza in ambito materno-infantile territoriale

	<p>1 Collaboratore Amministrativo</p> <p>1 Assistente Amministrativo</p> <p>1 Coadiutore Amministrativo</p> <p>1 Commesso</p>	<p>Coordinamento organizzativo delle UOS Materno Infantili Territoriali</p> <p>Programmazione, coordinamento, monitoraggio delle attività consultoriali</p> <p>Coordinamento attività psicologiche e sociali e rapporti con i Tribunali e i Comuni</p> <p>Raccordo operativo con la UO Screening</p> <p>Integrazione/collaborazione con altri servizi aziendali per programmazione, coordinamento, monitoraggio <i>attività materno infantili territoriali di 2° livello</i></p> <p>Integrazione con privato sociale su progetti specifici</p> <p>Programmazione e monitoraggio delle attività dei Consulteri privati convenzionati ove presenti</p>
<p>*La dotazione organica dell'unità operativa di coordinamento va modulata in base alla tipologia del Dipartimento (funzionale o strutturale) e alla numerosità dei servizi afferenti. In particolare in caso di dipartimento strutturale va assicurato un'altra unità di Dirigente Medico ed un'altra unità amministrativa.</p>		
<p>Aggregazioni Territoriali (distrettuali o interdistrettuali, aggreganti 3 o più consultori)</p>	<p>1 Responsabile (individuato tra le figure dirigenziali assegnate ai consultori)</p> <p>1 Coadiutore Amministrativo</p> <p>Personale dei consultori afferenti</p>	<p>Raccordo con la Unità Operativa di Coordinamento MI Territoriale</p> <p>Coordinamento organizzativo dei Consulteri afferenti</p> <p>Raccordo operativo con il personale del Distretto e gli altri servizi territoriali</p> <p>Organizzazione e monitoraggio delle attività consultoriali di base</p> <p>Supervisione e monitoraggio delle comunicazioni all'utenza</p>

Considerata la riorganizzazione della rete, anche al fine di ottimizzare le risorse e ampliare l'offerta di salute secondo le esigenze dell'azienda, i locali dei consultori - compatibilmente con l'articolazione delle attività materno infantili e previa accurata valutazione dell'impatto sulla gestione dell'attività istituzionale - potranno essere destinati anche all'attività libero professionale intramuraria (ALPI), nel rispetto del regolamento ALPI approvato con D.A. 337/2014 cui si rinvia.

E' indispensabile infine garantire ai cittadini un'adeguata informazione relativa ai servizi e agli orari di accesso. Pertanto ogni Azienda Sanitaria dovrà articolare uno specifico piano identificando percorsi e strumenti informativi per favorire l'accesso ai servizi offerti.

C. REQUISITI STRUTTURALI

Fermi restando i criteri previsti dalle norme sull'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie, tutti i consultori attivati nella regione devono potere assicurare:

- Accoglienza e/o orientamento dell'utenza
- Segretariato sociale
- Attività di counselling per le varie tematiche materno infantili per gli ambiti sanitario, sociale e psicologico con adeguate garanzie di tutela della privacy
- Attività ambulatoriale ostetrica e ginecologica di primo livello
- Colloqui sociali di valutazione e di sostegno
- Colloqui psicologici di valutazione e di sostegno
- Attività di gruppo per almeno 15 partecipanti.

Pertanto i requisiti minimi strutturali previsti per ciascun consultorio sono:

REQUISITI MINIMI SPAZI/AMBIENTI	
<p>Il consultorio deve essere preferibilmente ubicato in una zona facilmente accessibile e ben collegata. L'accesso ai locali deve essere privo di barriere architettoniche.</p> <p>Tutti i locali devono essere adeguatamente illuminati, arieggiati, climatizzati e arredati dignitosamente secondo quanto previsto dalla normativa vigente sull'accREDITAMENTO.</p>	
Locali	Arredi
Sala d'aspetto	Almeno 10 posti a sedere confortevoli Tavolino Porta riviste Contenitori x materiale promozionale Bacheca x comunicazioni all'utenza Contenitore rifiuti Appendiabiti
Spazio accettazione/accoglienza/segreteria	Bancone accoglienza
Stanza assistente sociale	Scrivania con seduta ergonomica – n.4 sedie utenza-libreria - appendiabiti – contenitore rifiuti – distruggidocumenti.
Stanza psicologo	Scrivania con seduta ergonomica – n. 4 sedie utenza - libreria appendiabiti – contenitore rifiuti -distruggidocumenti
Stanza ginecologo	Scrivania con seduta ergonomica - n. 2 sedie utenza -libreria - appendiabiti – contenitore rifiuti
Stanza ostetrica	Scrivania con seduta ergonomica - n.2 sedie utenza - libreria - lettino riabilitazione – appendiabiti – contenitore rifiuti.
Ambulatorio ostetrico/ginecologico	Secondo norme accREDITAMENTO
Spazio x attività di gruppo (almeno 25 mq)	Almeno 15 posti a sedere confortevoli tavolo riunione- armadio contenitore - appendiabiti - contenitore rifiuti Lavagna

Servizio igienico dedicato per l'utenza	Secondo norme accreditamento
Servizio igienico dedicato per il personale	Secondo norme accreditamento
Spazio deposito farmaci e presidi sanitari	Armadio con chiusura di sicurezza
Spazio archivio cartelle	Schedari/armadi con chiusure di sicurezza in numero adeguato alla quantità di documentazione sanitaria
Spazio deposito materiale/attrezzature	
Spazio stazionamento rifiuti speciali	Secondo norma
REQUISITI MINIMI DOTAZIONE INFORMATICA E MACCHINE D'UFFICIO	
Dotazione informatica hardware	1 PC per postazione di lavoro (almeno 5) collegati in intranet ed internet
Dotazione informatica software	Software dedicato alla gestione informatica delle attività sanitarie-psicologiche- sociali - Cartella digitale -Produzione dei flussi informativi – gestione degli screening Collegamento alla rete materno infantile provinciale (Progetto obiettivo di PSN 2012 linea 1.8). Collegamento con il FSE regionale. Prescrizione delle ricette in modalità dematerializzata. Gestione del Quaderno di Gravidanza
Macchine ufficio	Fax - scanner – fotocopiatrice – stampante (in rete) Proiettore digitale Supporto per proiettore - schermo proiezione

D. DISEGNO DELLE RETI INTEGRATE ED IMPLEMENTAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI DELL'AREA MATERNO INFANTILE

Nell'ambito dell'area materno infantile territoriale, in stretta collaborazione con altri servizi territoriali e/o ospedalieri, si definiscono le seguenti aree di intervento prioritarie:

- Percorso Nascita (preconcezionale-gravidanza-puerperio-allattamento)
- Percorso IVG
- Percorso Salute Sessuale e Riproduttiva della popolazione giovanile
- Percorso Salute Donne Straniere
- Percorso Violenza di genere
- Percorso Abuso e maltrattamento dei minori
- Percorsi integrati per la continuità assistenziale in ambito ginecologico (consultori – ambulatori di ginecologia dei PTA/Poliambulatori - ambulatori di ginecologia ospedalieri).

Per la definizione degli specifici percorsi sarà istituito un tavolo tecnico con il compito di supportare l'Assessorato nella formulazione di precisi atti di indirizzo tecnico-scientifico.

E. MONITORAGGIO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE MATERNO INFANTILE
TERRITORIALE

Le Aziende Sanitarie Provinciali definiscono e trasmettono a questo Assessorato per la validazione un Piano di riorganizzazione della Rete che prevede, in step successivi definiti in un cronoprogramma, la rimodulazione della rete dei servizi, l'adeguamento degli organici e della dotazione dei consultori, la realizzazione dei percorsi.

Il piano deve prevedere indicatori di processo e di esito e valori attesi, che saranno sottoposti a monitoraggio da parte dell'Assessorato della Salute.



