



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Comitato Percorso Nascita nazionale

Oggetto: Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili (art. 1 D.M. 11/11/2015)

Il Decreto Ministeriale 11/11/2015, che integra i compiti e la composizione del Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn), prevede all'articolo 1, commi 1, 2 e 3 la possibilità che le Regioni o Province Autonome possano presentare al Tavolo di Monitoraggio di cui al D.M. 29 luglio 2015 *“eventuali richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti annui e in condizioni orograficamente difficili (Decreto 70 2015) in deroga a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.”* *“Il CPNn esprime il proprio parere consultivo, entro novanta (90) giorni dalla richiesta avanzata dalle Regioni e Province autonome, fatto salva l'interruzione dei termini per richiesta di integrazione di elementi informativi alla Regione richiedente.”*

Il CPNn considera elemento irrinunciabile e prioritario la presenza di tutti gli Standard operativi, tecnologici e di sicurezza relativi al I Livello di assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica definiti dall'Accordo stesso (allegato 1b).

Al fine di regolamentare le modalità di presentazione e valutazione delle richieste di deroga, il CPNn ha elaborato il seguente protocollo metodologico, articolato in tre fasi:

1. Formulazione della richiesta di deroga da parte della Regione o P.A.
2. Valutazione della richiesta di deroga da parte del CPNn
3. Monitoraggio regionale e nazionale

FASE 1: Formulazione della richiesta di deroga da parte della Regione o P.A.

La richiesta di deroga deve essere formalizzata dall'Assessorato alla salute, sentito il parere del Comitato Percorso Nascita Regionale e deve contenere i seguenti elementi, necessari per la valutazione della stessa:

a. Standard operativi, tecnologici e di sicurezza del PN in deroga

All'atto della richiesta di deroga la Regione o PA deve effettuare, mediante l'utilizzo della check-list allegata, una autovalutazione rispetto alla presenza degli standard operativi, tecnologici e di sicurezza del PN e, ove necessario, formulare un piano di adeguamento agli standard previsti dall'allegato 1b dell'Accordo 16/12/2010 con la specifica delle modalità ed il relativo cronogramma.

b. Descrizione della Rete dei Punti Nascita, incluso STAM/STEN

E' necessario che la Regione o PA dimostri che il punto nascita in deroga si inserisce in modo organico nella rete di offerta dei Punti Nascita di I e II livello (Hub e Spoke), con una particolare attenzione alla modalità di attuazione del Sistema di trasporto in Emergenza della madre e del neonato (STAM e STEN) nell'ambito dell'area interessata ed anche, se necessario, per altre province limitrofe.

c. Bacino d'utenza attuale e potenziale per il PN in deroga

La richiesta di deroga da parte delle Regioni e PA, deve essere corredata da una analisi dei flussi di mobilità attiva e passiva delle partorienti rispetto ai Punti Nascita di cui si chiede la deroga, compreso la georeferenziazione, che evidenzia l'attuale bacino di utenza dei singoli punti nascita, nonché il potenziale bacino di utenza degli stessi al fine di mostrare il potenziale numero di parti dell'area interessata.

Le Regioni e PA devono elaborare un programma finalizzato ad incrementare l'indice di attrazione dai Comuni del bacino di utenza, comprensivo del cronoprogramma degli obiettivi da raggiungere per il reclutamento delle partorienti nel PN di cui si richiede la deroga.

d. Definizione del responsabile del PN in deroga e formazione

Nell'ambito del modello organizzativo che la Regione o PA intende sviluppare, è necessaria una formalizzazione della responsabilità professionale del PN in deroga (da specificare nella richiesta di deroga). E' essenziale che l'incarico di responsabilità sia conferito ad un professionista con adeguata competenza ed esperienza, necessarie a svolgere tale funzione, prevedendo idonee modalità per garantire anche le competenze dei professionisti che partecipano al processo assistenziale travaglio/parto/nascita attraverso adeguati programmi formativi e di aggiornamento continui. La disposizione alla attuazione del provvedimento di deroga al mantenimento del punto nascita deve prevedere l'esplicita autorizzazione alla copertura di eventuali posti vacanti per le diverse figure professionali previste, in ottemperanza agli standard di cui all'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010.

e. Analisi dei costi

La richiesta deve contenere un'analisi dei costi previsti conseguenti al mantenimento del PN in deroga.

FASE 2: Valutazione della richiesta di deroga da parte del CPNn
--

Sulla base della richiesta di deroga presentata dalla Regione o PA, secondo le modalità di cui alla fase 1 e della allegata documentazione, il CPNN analizzerà in particolare:

a. Standard operativi, tecnologici e di sicurezza del PN in deroga

Il CPNn effettuerà una verifica presso il PN in deroga sulla presenza degli standard e sul piano adeguamento previsto. Per quanto concerne l'adeguamento delle dotazioni umane, la tempistica non dovrà superare i 90 gg dalla data del parere espresso dal CPNn; relativamente all'adeguamento strutturale e tecnologico, i tempi di attuazione devono essere coerenti con le procedure di affidamento dei lavori secondo la normativa in vigore; potranno pertanto superare i 90 giorni. Durante le fasi "ponte" di adeguamento del PN in deroga, l'assistenza al parto dovrà essere organizzata con procedure e indicazioni definite dai dipartimenti maternoinfantili delle strutture sanitarie, volte ad indirizzare l'utenza, sia in ordinario sia in emergenza, verso punti nascita accreditati, che garantiscano il rispetto degli standard.

b. Descrizione della prevista Rete dei Punti Nascita, incluso STAM/STEN

Il CPNn valuterà il documento regionale che aggiorna la Rete dei Punti Nascita regionale, a seguito della richiesta di deroga, compreso la modalità di attuazione del Sistema di trasporto in Emergenza della madre e del neonato (STAM e STEN) nell'ambito dell'area interessata ed anche, se necessario, per altre province limitrofe.

c. Bacino d'utenza attuale e potenziale per il PN in deroga

Il CPNn, utilizzando i flussi informativi nazionali (SDO, CEDAP), valuterà le informazioni fornite dalla Regione o PA sul potenziale bacino d'utenza del PN in deroga e sui flussi di mobilità attiva e passiva delle partorienti.

d. Definizione del responsabile del PN in deroga e formazione

Il CPNn, sulla base del modello organizzativo che la Regione o PA intende sviluppare relativamente al PN di cui chiede la deroga, valuterà le indicazioni fornite per il conferimento dell'incarico di responsabilità del PN, nonché le modalità per garantire le competenze dei professionisti che partecipano al processo assistenziale travaglio/parto/nascita attraverso adeguati programmi formativi e di aggiornamento continui.

e. Analisi dei costi

Il CPNn esaminerà l'analisi dei costi previsti conseguenti al mantenimento del PN in deroga fornita dalla Regione o PA.

f. Parere consultivo del CPNn sulla richiesta di deroga

Al termine dell'istruttoria, come previsto dall'Art.1 comma 3 del DM 11/11/2015, il CPNn esprimerà il proprio parere consultivo, entro novanta (90) giorni dalla richiesta avanzata dalle Regioni e Province autonome, fatta salva l'interruzione dei termini per richiesta alla Regione o PA di integrazione di elementi informativi

FASE 3: Monitoraggio regionale e nazionale

a. Monitoraggio Regionale

Le Regioni e PA, anche tramite i CPNn, devono assicurare un adeguato monitoraggio di quanto definito nel cronoprogramma per il raggiungimento delle azioni, dando mandato alle Direzioni aziendali cui afferiscono tali Punti nascita di effettuare una verifica semestrale delle cartelle cliniche per la valutazioni degli esiti dei parti espletati presso il PN in deroga: ciò al fine di rilevare eventuali criticità che necessitano di eventuali azioni di miglioramento di tipo organizzativo, tecnologico o di sicurezza, compresi corsi di formazione/aggiornamento per tutti i professionisti che operano all'interno del PN in deroga.

b. Monitoraggio nazionale

Il CPNn e il Tavolo di Monitoraggio di cui al D.M. 29 luglio 2015 provvederanno ad una verifica semestrale sul PN in deroga, nei primi due anni dall'espressione del parere favorevole, anche al fine di verificare il raggiungimento ed il mantenimento degli obiettivi specificati nella richiesta di deroga.

La tempistica definita per l'adeguamento agli standard del PN in deroga dovrà essere rispettata senza possibilità di differimento a date superiori a quelle previste: in tal caso, infatti, il parere consultivo del CPNn, anche a carattere favorevole, decadrà e dovrà intendersi formalmente revocato.

Allegato

**CHECKLIST PER LA VERIFICA DEGLI STANDARD PER LA
RIORGANIZZAZIONE DEI PUNTI NASCITA DI I LIVELLO E DEI
PUNTI NASCITA IN DEROGA**

**PUNTI NASCITA DI I LIVELLO E PUNTI NASCITA SOTTOPOSTI A DEROGA RISPETTO
AL REQUISITO MINIMO DI 500 PARTI/ANNO**

INDICE

INTRODUZIONE	6
A) U.O. OSTETRICA DI I LIVELLO (nati/anno 500-1000 e punti in deroga).....	7
Standard Operativi.....	7
Funzioni collegate ai livelli assistenziali:	8
Standard di Sicurezza.....	9
Standard Tecnologici.....	10
B) AREA NEONATALE (punti in deroga < 500 nati/anno) e U.O. NEONATOLOGIA/PEDIATRIA (> 500 nati/anno)	12
Standard Operativi.....	14
Funzioni collegate ai livelli assistenziali:	14
Standard di Sicurezza.....	15
Standard Tecnologici.....	16

INTRODUZIONE

Il presente documento contiene gli standard operativi, di sicurezza e tecnologici previsti dall'Accordo Stato Regioni e dal D.A. 2536 del 2 dicembre 2011 "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita" che dovranno essere garantiti nei punti nascita pubblici e privati accreditati di I livello, compreso i punti nascita sottoposti a deroga rispetto al requisito minimo di 500 parti/anno.

Al fine di aumentare i livelli di qualità, sicurezza e appropriatezza nel percorso nascita la Regione ha ritenuto necessario rendere più espliciti, anche tramite il coinvolgimento del Comitato Percorso Nascita Nazionale, alcuni dei requisiti contenuti negli allegati tecnici del suddetto accordo, nonché individuare un modello organizzativo, per quanto attiene all'assistenza neonatale, che risponda maggiormente, soprattutto dal punto di vista funzionale, ai requisiti di qualità e sicurezza dell'assistenza del neonato.

A) U.O. OSTETRICIA DI I LIVELLO (nati/anno 500-1000 e punti in deroga)

Unità che assistono gravidanze e parti, in età gestazionale \geq 34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello, per la madre e per il feto.

Il numero di parti/anno > di 1000 non determina cambiamento di livello, essendo i requisiti per il II livello legati anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata.

Standard Operativi (Allegato 1B dell'Accordo Stato-Regioni del 16 12 2010)

parti/anno: 500 - 1000;	<input type="checkbox"/>
risorse umane adeguate, sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale, tenendo anche conto del volume di attività ginecologica,	<input type="checkbox"/>
presenza di personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico.	<input type="checkbox"/>
garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno.	<input type="checkbox"/>
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica H24	<input type="checkbox"/>
Garantire assistenza con guardia attiva anestesiologicala H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	<input type="checkbox"/>
Garantire assistenza con guardia attiva pediatrico/neonatologica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti due sale travaglio - parto; Le sale travaglio-parto (riferimento LG ISPEL) devono essere 3 se il numero dei parti >1000/anno e 4 oltre i 2000 parti/anno;	<input type="checkbox"/>
una sala operatoria deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPEL);	<input type="checkbox"/>
area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale;	<input type="checkbox"/>
garantire terapia sub-intensiva alla gravida ed alla puerpera;	<input type="checkbox"/>
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale);	<input type="checkbox"/>

garantire esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24; anche con pronta disponibilità del personale addetto; deve essere garantito un tempo massimo di risposta ≤ 1 ora per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilità della trasfusione	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

* Il Comitato Percorso Nascita Nazionale ha espresso un parere tecnico sulla necessità di Garantire assistenza con guardia attiva anestesiologicala e pediatrico/neonatalogica H24 in base alla considerazione che il parto, anche in condizioni di fisiologia, può talvolta richiedere l'intervento urgente del pediatra e dell'anestesista dotati di idonee competenze per la gestione delle eventuali emergenze. Il Comitato ha raccomandato, inoltre, che tali figure professionali, in guardia attiva h24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero (nel caso di strutture articolate su più presidi) sede di Punto Nascita, partecipino periodicamente a corsi di formazione volti a mantenere la necessaria competenza clinica"

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

garantire l'assistenza alla gravidanza e ai parti per epoca gestazionale ≥ 34 settimane;	<input type="checkbox"/>
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica h24	<input type="checkbox"/>
garantire alla donna partoriente la riservatezza, la tranquillità, il riconoscimento della propria dignità, una adeguata informazione, il diritto di vivere il parto come evento naturale, potendo fruire della presenza di una persona di sua scelta, anche attraverso la costituzione di percorsi dedicati alla gravidanza fisiologica;	<input type="checkbox"/>
garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore farmacologiche e non;	<input type="checkbox"/>
rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in ed al sostegno dell'allattamento al seno;	<input type="checkbox"/>
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	<input type="checkbox"/>
garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;	<input type="checkbox"/>
garantire terapia sub-intensiva alla gravida e alla puerpera; in ogni punto nascita deve essere garantito H24 l'immediato inizio delle manovre di rianimazione e la stabilizzazione di una donna, in travaglio o in fase puerperale, in attesa del trasferimento presso un luogo idoneo per il livello assistenziale. Deve essere disponibile inoltre un protocollo specifico per l'appropriata attivazione delle procedure in caso di necessità	<input type="checkbox"/>
garantire esami di laboratorio e indagini di diagnostica per immagini in urgenza	<input type="checkbox"/>
essere formalmente e funzionalmente collegata con i punti nascita di II livello secondo il modello hub e spoke attraverso protocolli operativi e percorsi assistenziali condivisi;	<input type="checkbox"/>

provvedere al trasferimento della gravida laddove si verificano condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad unità di II livello; deve essere disponibile una procedura interna e una procedura condivisa con U.O. di 2° livello/STAM del bacino di riferimento	<input type="checkbox"/>
garantire il trasferimento a struttura di II livello delle gravide per le quali si preveda che il nascituro abbia bisogno di terapie intensive, salvo le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo S.T.E.N.; deve essere disponibile una procedura interna e procedure condivise con U.O. di 2° livello del bacino di riferimento	<input type="checkbox"/>

Standard di Sicurezza

Le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale sono funzionalmente collegate tra loro in modo agevole. Devono essere istituite un blocco travaglio-parto (area travaglio – parto - sala operatoria ostetrica) e aree di degenza puerperale - nido-rooming-in – area neonatale, preferibilmente sullo stesso piano dell'edificio o quanto meno allocate nel medesimo sebbene in piani differenti, ma ben collegati attraverso ascensori dedicati.

Tali requisiti devono essere soddisfatti ogni qualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

Ognuna delle due sale travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, (si raccomanda un cardiocotografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea, (riferimento LG ISPESL) nonché consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti;	<input type="checkbox"/>
deve essere presente una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze h 24 nel blocco travaglio parto;	<input type="checkbox"/>
per un numero di parti >1200/anno deve essere garantita la possibilità di impiegare le sale parto come sale operatorie per effettuazione di cesarei nella struttura ospedaliera;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti aree dedicate all'accettazione ostetrica;	<input type="checkbox"/>
deve esserci disponibilità di aree utili alla gestione dell'assistenza al travaglio-parto fisiologico/naturale anche con l'ausilio di metodiche non farmacologiche per il controllo del dolore;	<input type="checkbox"/>
una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche e D.S.;	<input type="checkbox"/>
devono essere presenti ambulatori per la gravidanza a termine, per la gravidanza a rischio e di	<input type="checkbox"/>

diagnostica per immagini in accordo con la normativa regionale;	
deve essere disponibile un servizio di rianimazione e terapia intensiva generale o un collegamento formalizzato con lo stesso attraverso protocolli operativi e percorsi assistenziali condivisi;	<input type="checkbox"/>
se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali dedicati	<input type="checkbox"/>

Standard Tecnologici

Specificatamente deve essere predisposto un piano di controllo e di valutazione periodica dello stato di conservazione e di efficienza delle tecnologie a disposizione, con predisposizione di una scheda per ogni singola apparecchiatura indicante le scadenze previste e i controlli effettuati nel rispetto della normativa e di quanto previsto a livello dipartimentale. L'integrazione funzionale tra l'organizzazione dipartimentale dell'area materno infantile e D.P. per quanto attiene la prevenzione e la sicurezza relative ai rischi connessi all'uso di tecnologie, agli ambienti di lavoro, all'impiantistica e agli infortuni sul lavoro deve essere continua e adeguata al contesto tecnologico utilizzato, con criteri di manutenzione dedicati (normativa ISO 9000 – manutenzione attrezzature).

Tab.a) Ogni 1000 parti/anno (tali indicazioni vanno adattate al volume delle prestazioni dei singoli punti nascita)

	Accettazione		Travaglio-parto		Degenza		ambulatorio	
ecografi	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
Cardiotocografo (*)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
Carrello emergenza	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Collegamenti fissi per aspirazione	<input type="checkbox"/>
n. 1 apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche monouso	<input type="checkbox"/>
n. 1 forcipe	<input type="checkbox"/>
n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto	<input type="checkbox"/>
n. 4 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo	<input type="checkbox"/>
n. 2 set pronti sterili per Taglio Cesareo demolitore	<input type="checkbox"/>
illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientabile	<input type="checkbox"/>
n. 1 orologio con contasecondi a muro	<input type="checkbox"/>
Possibilità di sterilizzazione	<input type="checkbox"/>
n. 2 elettrocardiografi	<input type="checkbox"/>

n. 1 rilevatori di pressione arteriosa per ogni letto travaglio e parto.	<input type="checkbox"/>
n. 4 pompe a siringa	<input type="checkbox"/>
pompe infusione continua	<input type="checkbox"/>
n. 2 saturimetri pulsati	<input type="checkbox"/>
rilevatore Doppler portatile	<input type="checkbox"/>
n. 1 emogasanalizzatore	<input type="checkbox"/>

(*) In ogni caso 1 per ogni sala travaglio-parto.

All'interno dello stesso presidio devono essere disponibili le seguenti prestazioni diagnostiche: radiologia, le comuni analisi chimico-cliniche ed immunoematologiche. Anche attraverso la pronta disponibilit  del personale addetto ma deve essere garantito un tempo massimo di risposta ≤ 1 ora per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilit  della trasfusione.

B) AREA NEONATALE (punti in deroga < 500 nati/anno) e U.O. NEONATOLOGIA/PEDIATRIA (> 500 nati/anno)

Area neonatale

Al fine di aumentare, soprattutto dal punto di vista funzionale, i livelli di qualità, sicurezza e appropriatezza nel percorso nascita viene introdotto un nuovo modello organizzativo per l'assistenza neonatale nei punti nascita in deroga (< 500 nati/anno) che di seguito viene denominato area neonatale, finalizzato all'incremento delle skill e dell'esperienza tenendo conto che la casistica non è di ampiezza sufficiente.

L'area neonatale assiste i neonati sani (a basso rischio) e inoltre, nelle situazioni di emergenza, garantisce la rianimazione e la stabilizzazione dei neonati in attesa di trasferimento presso il livello assistenziale appropriato. In ogni punto nascita in deroga, pertanto, deve essere garantito un luogo fisico con le idonee attrezzature dove il personale competente con le appropriate procedure possa prontamente rianimare e stabilizzare un neonato. Costituiscono elementi imprescindibili per l'implementazione di questo modello:

- la rigorosa selezione della tipologia di gravidanza ammessa al travaglio e parto che deve prevedere un valido sistema di indicatori
- il collegamento effettivo, funzionale e organizzativo con una U.O. di neonatologia/TIN (formazione dell'equipe neonatale con particolare riferimento alla gestione delle emergenze, sviluppo e mantenimento delle competenze, eventuale rotazione personale)

La responsabilità organizzativa e gestionale dell'area neonatale deve essere affidata ad uno specialista in pediatria con adeguata e comprovata esperienza in campo di assistenza neonatale, soprattutto per la gestione delle emergenze neonatali.

U.O. NEONATOLOGIA/PEDIATRIA (> 500 nati/anno)

Le U.O. di neonatologia assistono i neonati sani (a basso rischio) e con patologie che non richiedono ricovero in UTIN.

Il numero di parti/anno > di 1000 non determina cambiamento di livello, essendo i requisiti per il II livello pediatrico/neonatologico legati anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di punto nascita di II livello e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata.

Standard Operativi

Area neonatale (punti in deroga): < 500 nati/anno U.O. neonatologia/pediatria: 500 – 1000 nati/anno	<input type="checkbox"/>
risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;	<input type="checkbox"/>
garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in – degenza neonatale) affidata al pediatra-neonatologo;	<input type="checkbox"/>
garantire l'assistenza ai neonati di età gestazionale > 34 sett. Senza alterazioni dei parametri vitali;	<input type="checkbox"/>
Area neonatale: 6 culle (fino a 500 nati/anno) destinate ai neonati sani; U.O. Neonatologia/Pediatria: 15 culle (500 - 1000 nati/anno) destinate ai neonati sani;	<input type="checkbox"/>
garantire la guardia attiva h24 da parte del neonatologo o del pediatra con provata competenza nella assistenza neonatologica in sala parto con, nelle situazioni di emergenza, collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio ;	<input type="checkbox"/>
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza.	<input type="checkbox"/>
garantire i servizi di diagnostica per immagine e di laboratorio già previsti nel I° livello di ostetricia per le situazioni di emergenza;	<input type="checkbox"/>

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

garantire l'assistenza in sala parto, fin dalla nascita, con garanzia di rianimazione primaria neonatale h24 con eventuale collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio ove necessario;	<input type="checkbox"/>
garantire l'osservazione transizionale post-parto;	<input type="checkbox"/>
Nelle aree neonatali garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e prevedere connessione funzionale e organizzativa con U.O. di Neonatologia/TIN	<input type="checkbox"/>
Nelle U.O. di neonatologia/pediatria garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e ai neonati che comunque richiedano monitoraggio polifunzionale e cure intermedie, ma che non necessitino di trattamenti intensivi.	<input type="checkbox"/>
garantire formalmente e funzionalmente collegata con T.I.N. di riferimento;	<input type="checkbox"/>
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	<input type="checkbox"/>
garantire l'assistenza immediata d'urgenza ai soggetti che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche richiedenti l'intervento dello S.T.E.N., nell'attesa che il paziente possa essere preso in carico da quest'ultimo;	<input type="checkbox"/>
garantire accoglienza ai neonati trasferiti dalla T.I.N di II livello referente per l'area: solo per i punti nascita > 1000 parti/anno (favorire una rete che si occupa di livelli di assistenziali più bassi tramite il "Back Transport") come da protocolli condivisi con U.O. di II livello;	<input type="checkbox"/>
si raccomanda l'applicazione di protocolli nazionali/regionali predisposti per il livello di appartenenza, con	<input type="checkbox"/>

particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali, ecc.;	
favorire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto;	<input type="checkbox"/>
garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio (Distretto, Consultorio Familiare, P.L.S.);	<input type="checkbox"/>
concorrere con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita;	<input type="checkbox"/>
favorire elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatri ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit.	<input type="checkbox"/>

Standard di Sicurezza

Le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale devono essere funzionalmente collegate tra loro in modo agevole. Devono essere istituite un blocco travaglio-parto (area travaglio – parto sala operatoria ostetrica) e aree di degenza puerperale – nido rooming-in – area neonatale, preferibilmente sullo stesso piano dell'edificio o quanto meno allocate nel medesimo sebbene in piani differenti, ma ben collegati attraverso ascensori dedicati.

Tali requisiti devono essere soddisfatti ogni qualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

nell'area travaglio-parto deve essere possibile assistere contemporaneamente due neonati in area dedicata (isola neonatale) e ben identificata opportunamente attrezzata per la rianimazione neonatale e facilmente accessibile;	<input type="checkbox"/>
nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;	<input type="checkbox"/>
Le aree neonatali e U.O. di neonatologia devono prevedere: <ul style="list-style-type: none"> – aree ben distinte per assistenza al neonato sano e per assistenza alla patologia che non richiede ricovero in UTIN, con possibilità di attuare misure di isolamento nel sospetto di infezione; – area per la pulizia e sterilizzazione delle culle e delle incubatrici; – ambulatori e area D.H. per il follow-up, indagini strumentali di controllo post dimissione, ecc. – possibilità di accogliere i genitori senza limitazioni di orario 	<input type="checkbox"/>
la distribuzione degli spazi di degenza puerperale deve tener conto delle esigenze minime strutturali che favoriscono la pratica del rooming-in e la promozione dell'allattamento al seno;	<input type="checkbox"/>
nell'area di degenza, anche in regime di rooming-in integrale, dovranno essere predisposti spazi di degenza per neonati sani, per piccola patologia, per l'allattamento;	<input type="checkbox"/>
devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione,	<input type="checkbox"/>

conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino.	
devono essere previsti ambulatori per follow-up e sostegno all'allattamento materno.	<input type="checkbox"/>

Standard Tecnologici

Nelle tabella sottostanti sono elencati gli standard tecnologici. Specificatamente deve essere predisposto un piano di controllo e di valutazione periodica dello stato di conservazione e di efficienza delle tecnologie a disposizione, con predisposizione di una scheda per ogni singola apparecchiatura indicante le scadenze previste e i controlli effettuati nel rispetto della normativa e di quanto previsto a livello dipartimentale. L'integrazione funzionale tra l'organizzazione dipartimentale dell'area materno infantile e D.P. per quanto attiene la prevenzione e la sicurezza relative ai rischi connessi all'uso di tecnologie, agli ambienti di lavoro, all'impiantistica e agli infortuni sul lavoro deve essere continua e adeguata al contesto tecnologico utilizzato, con criteri di manutenzione dedicati (normativa ISO 9000 – manutenzione attrezzature).

Isola Neonatale	2 lettini per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante;	<input type="checkbox"/>
	3 se il numero dei parti >1000/anno e 4 oltre i 2000 parti/anno –	<input type="checkbox"/>
	2 erogatori di O2, aria compressa e sistema di aspirazione	<input type="checkbox"/>
	2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali	<input type="checkbox"/>
	2 valvole di limitazione del picco pressorio dei gas erogati	<input type="checkbox"/>
	3 set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico disponibili h24	<input type="checkbox"/>
	2 saturimetro percutaneo (disponibile)	<input type="checkbox"/>
	2 misuratore P.A. (disponibile)	<input type="checkbox"/>
	3 pompa a siringa (disponibile)	<input type="checkbox"/>
1 incubatrice da trasporto con dotazioni come da indicazioni dello S.T.E.N. per trasporto intramoenia. Per eventuali trasporti d'emergenza indicati dal responsabile dello S.T.E.N., sarà lo stesso S.T.E.N. a mettere a disposizione culle da trasporto.	<input type="checkbox"/>	

Area neonatale e Neonatologia/pediatria:	U.O	2 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (fino a 500 nati/anno).	<input type="checkbox"/>
		4 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (500-1000 nati/anno)	
		6 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (sopra i 1000 nati/ anno)	
		2 pannelli radianti	<input type="checkbox"/>
		2 lampade per fototerapia	<input type="checkbox"/>
		3 aspiratori da rete centralizzata	<input type="checkbox"/>
		3 erogatori di O2 ed aria	<input type="checkbox"/>
		1 lettore di glucoemia	<input type="checkbox"/>
		1 bilirubinometro	<input type="checkbox"/>
		3 mastosuttori	<input type="checkbox"/>
	4 saturimetri percutanei	<input type="checkbox"/>	
	4 pompe per microinfusione (adatte ai volumi di infusione neonatale)	<input type="checkbox"/>	

Il presidio ospedaliero deve disporre h24 di:	ecografo con sonda adatta alla diagnostica neonatale	<input type="checkbox"/>
	apparecchio radiologico portatile	<input type="checkbox"/>
	apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi	<input type="checkbox"/>
	elettrocardiografo portatile	<input type="checkbox"/>
	laboratorio per ricerche ematochimiche, immunoematologiche e microbiologiche	<input type="checkbox"/>
	servizio immunotrasfusionale	<input type="checkbox"/>