

(Codice interno: 337063)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2238 del 23 dicembre 2016

Identificazione del modello della rete assistenziale per il percorso nascita e in particolare della rete dei punti nascita. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016.*[Sanità e igiene pubblica]*

Note per la trasparenza:

Viene approvato il modello della rete assistenziale per il percorso nascita e in particolare della rete dei punti nascita.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

La Regione del Veneto, nel rispetto di quanto disciplinato dal decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i., da tempo indirizza le azioni del Servizio Sanitario Regionale verso il rispetto dei principi di appropriatezza, sicurezza, equità, uniformità, accessibilità, umanizzazione e integrazione ospedale-territorio, ponendo la persona al centro delle sue scelte. Questi sono i principi ispiratori del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (PSSR) approvato con la l.r. n. 23/2012.

In tale contesto hanno rappresentato scelte strategiche della programmazione regionale, disciplinate con la deliberazione n. 2122 del 19 novembre 2013:

- il completamento del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera secondo il modello *hub and spoke*, sviluppando modelli ospedalieri in cui la degenza viene definita sulla base della complessità clinica e della intensità di cura richiesta e delineando reti cliniche assistenziali;

- il potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo e le competenze del Distretto socio-sanitario, ridisegnando la rete territoriale sulla scorta di una "filiera dell'assistenza" in grado di garantire un sistema di cure gradualità;

- la realizzazione dell'integrazione tra Ospedale e Territorio al fine di garantire la presa in carico integrata della persona e la continuità dell'assistenza.

Nel campo dell'assistenza ostetrico-neonatale, per garantire la necessaria coerenza dell'azione amministrativa con gli obiettivi indicati dal PSSR, la DGR n. 2122/2013, nel procedere alla riorganizzazione della relativa dotazione ospedaliera, oltre ai principi e ai criteri sopra riportati, ha tenuto conto anche delle indicazioni contenute nell'accordo approvato dalla Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni e gli Enti Locali 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" (rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010), oggetto di presa d'atto da parte della Giunta Regionale con la deliberazione n. 1085 del 26 luglio 2011, cui si fa rinvio. Tra l'altro - in attuazione del citato atto 137/CU/2010, in particolare la nota del Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria dei livelli essenziali di assistenza e dei principi di sistema, prot. 24768-P del 21 luglio 2011 -, era già stato istituito, con decreto del Segretario Regionale Sanità e Sociale (ora Direttore Generale Area Sanità e Sociale) n. 47 del 20 marzo 2012 e successivamente aggiornato con decreto n. 10 del 2 febbraio 2010, il Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNr), con funzioni di coordinamento e di verifica della attività e con l'incarico di proporre all'Amministrazione regionale i criteri per la costituzione dei Comitati Percorso Nascita Aziendali/Locali.

Con la DGR n. 2122/2013, quindi, è stata prevista una forte integrazione tra gli ospedali sede di punto nascita prevedendo espressamente che l'organizzazione per i punti nascita con ridotti livelli di attività o anche situati in zone particolarmente disagiate deve essere strutturata in forma dipartimentale, con la costituzione di equipe uniche.

Successivamente, a seguito dell'emanazione del Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70, ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (ex art. 15, comma 13, lettera c., del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135), la Giunta Regionale, con DGR n. 1527 del 3 novembre 2015, ha approvato il documento tecnico attuativo del citato decreto. Tale deliberazione, che comprende anche la parte relativa all'area materno infantile, è stata poi trasmessa, come previsto dall'articolo 1, comma 541, della legge 28 dicembre 2015 n. 208, al Tavolo di verifica degli adempimenti (art. 12 dell'Intesa 23 marzo 2005), al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea (art. 9 dell'Intesa 23 marzo 2005) ed al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al DM 70/2015. la DGR n. 1527/2015

Sui punti nascita, infine, va evidenziato che il Ministero della Salute, con decreto del 11 novembre 2015, ha emanato un protocollo metodologico per la valutazione delle richieste per mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori a 500 parti/anno e in condizioni orogeografiche difficili (art. 1) ed ha poi meglio specificato alcuni requisiti necessari al mantenimento in attività degli stessi.

Per ultimo giova richiamare che la recente legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 stabilisce che la vigente programmazione regionale in materia sanitaria è prorogata sino al 31 dicembre 2018, ovvero non oltre all'approvazione del nuovo Piano socio-sanitario regionale (art. 24).

Tornando nel settore dell'assistenza ostetrico-neonatale, merita, a questo punto, dare evidenza di quanto accaduto nel Veneto rispetto alle nascite nell'ultimo decennio (2006-2015) come riportato nella seguente tabella:

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Parti	46.409	46.850	47.864	46.772	45.932	44.460	43.426	40.941	39.631	37.944
Nati	47.098	47.539	48.579	47.506	46.726	45.210	44.132	41.615	40.270	38.587

L'andamento è stato caratterizzato da un aumento sia dei parti sia dei nati dal 2006 al 2008. A partire dal 2008 si assiste alla costante diminuzione del numero dei nati che passano da 48.579 nel 2008 per arrivare a 38.587 nel 2015. Tale decremento trova conferma anche se si osserva l'andamento del numero dei parti, che passano da 47.864 del 2008 a 37.944 nel 2015. Va sottolineato inoltre che anche la proiezione dei primi tre mesi del 2016 vede confermato il trend in diminuzione, rispetto al 2015, sia del numero di nati sia di quello dei parti.

I dati sopra indicati confermano la necessità di ridefinire, in linea con il PSSR e con le linee guida approvate dalla Conferenza Unificata, il modello della rete assistenziale per il percorso nascita e in particolare della rete dei punti nascita. Tale modello non può che essere basato sulla definizione di livelli per intensità di cure, sull'individuazione del ruolo delle singole strutture nella rete e su precisi protocolli per la gestione delle donne in gravidanza e dei neonati e in caso di necessità sul trasporto nei luoghi più appropriati per le cure necessarie.

Il modello proposto è stato quindi sottoposto alla valutazione del Comitato Percorso Nascita Regionale che, partendo da un documento tecnico sulla revisione della rete dei punti nascita, ha sviluppato il proprio lavoro concentrandosi, innanzitutto, sulla contestualizzazione delle disposizioni, nazionali e regionali, in materia di punti nascita, con riferimento alle aree di appropriatezza, sicurezza e qualità delle strutture; sulla mappatura dei flussi, volumi di produzione e contestualizzazione orogeografica dei punti nascita esistenti. Tale lavoro si è concluso con l'elaborazione di una relazione, acquisita agli atti con protocollazione n. 185291 del 11 maggio 2016, ove vengono previsti dei criteri per la definizione della rete in 4 classi e il modello organizzativo di rete che da essi deriva, considerati la numerosità dei parti, la connotazione geografica di contiguità o comunque di facile e rapida raggiungibilità ai punti nascita vicini, la specifica tipologia territoriale in cui i punti nascita, allo stato attuale, incidono.

Alla luce di quanto finora esposto e della valutazione espressa dal Ministero sugli adempimenti del QLEA 2014 (Questionario LEA 2014), ultimo questionario valutato, relativamente al Percorso Nascita che riportava *"L'analisi delle informazioni fornite consente di considerare la Regione adempiente. Si rappresenta, tuttavia, che, essendo ancora in attività 7 PN con volume di parti < a 500/anno, come si evince da fonti dati CEDAP e modelli NSIS HSP11 "Dati anagrafici delle strutture di ricovero" e HSP11bis "Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero", l'eventuale persistenza in deroga, sebbene siano presenti tutti gli standard operativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'Accordo del 16/12/2010, dovrà comunque essere adeguatamente motivata e dovrà essere chiesto parere al Comitato Percorso Nascita Nazionale"*, si propone di definire il modello assistenziale del percorso nascita ed in particolare della rete dei punti nascita, con l'articolazione della stessa secondo le quattro classi così come descritto nei documenti di cui agli **Allegati A, B e C** del presente atto, parti integranti del medesimo.

Nel documento di cui all'**Allegato A**, in sintesi, vengono indicati, quattro classi costituenti la rete e per ciascuna di esse i relativi parametri di riferimento. Nel documento di cui all'**Allegato B** vengono individuate le strutture corrispondenti alle quattro classi della rete regionale. Nel documento di cui all'**Allegato C** vengono identificati i requisiti funzionali, operativi e di sicurezza per ciascuna classe della rete dei punti nascita.

L'articolazione dei punti nascita secondo le classi indicate nell'**Allegato A** si applica alle unità operative già previste nelle schede di dotazione ospedaliera di cui alla DGR n. 2122/2013.

Il modello di rete oggetto del presente atto, integrato dal modello dipartimentale per le strutture con bassa attività e situazioni orografiche difficili, rende necessaria la richiesta di deroga per i punti nascita di Pieve di Cadore, Venezia, Piove di sacco, Adria, Trecenta, Asiago e Valdagno.

Successivamente, sulla base della citata valutazione espressa dal Ministero sugli adempimenti del QLEA 2014 e sulla base di quanto previsto dal "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 DM 11/11/2015)", in particolare per i commi a) standard operativi tecnologici e di sicurezza, b) descrizione della prevista rete dei PN inclusi lo STAM/STEM, c) bacino di utenza attuale e potenziale, d) definizione del responsabile ed e) analisi dei costi, si incarica l'Assessore alla Sanità e programmazione socio-sanitaria di trasmettere, al Tavolo di monitoraggio di cui al D.M. 29 luglio 2015, ai sensi del D.M. 11/11/2015, la richiesta di mantenere in attività i sopra riportati punti nascita, con volumi di attività inferiori ai 500 parti annui, in deroga a quanto previsto dall'accorso Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

Si dà atto che quanto disposto con il presente atto non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

Visto l'Accordo della Conferenza Unificata rep atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010;

Visto il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70;

Visto il Decreto del Ministero della Salute del 11 novembre 2015;

Vista la L.R. 29 giugno 2012, n. 23 ed il Piano Socio Sanitario 2012-2016;

Vista la DGR n. 2122 del 19 novembre 2013;

Vista la DGR n. 1527 del 3 novembre 2015;

Visto l'art. 2 co. 2 lett. o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare, per le motivazioni e secondo le modalità espresse in premessa, il modello assistenziale della rete del percorso nascita e in particolare della rete dei punti nascita, così come descritto nei documenti di cui agli **Allegati A, B e C** del presente atto, parti integranti del medesimo;
2. di incaricare l'Assessore alla Sanità e programmazione socio-sanitaria di trasmettere, al Tavolo di monitoraggio di cui al D.M. 29 luglio 2015, ai sensi del D.M. 11/11/2015, la richiesta di mantenere in attività i punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti annui, indicati in premessa, in deroga a quanto previsto dall'accorso Stato-Regioni del 16 dicembre 2010;
3. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
5. la Direzione Programmazione Sanitaria è incaricata dell'esecuzione del presente atto;
6. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.



ALLEGATO A alla Dgr n. 2238 del 23 dicembre 2016

pag. 1/1

Articolazione del modello assistenziale della rete del percorso nascita e in particolare della rete dei punti nascita

Si individuano, di seguito, le quattro classi della rete

CLASSE **: numero parti < 500 in condizioni oro geografiche difficili

Unità per l'assistenza a gravidanze e parti non complicati e al neonato normale. Tali strutture devono assistere parti con Età Gestazionale \geq a 37 settimane compiute, confermate in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato per la madre e il feto. Possono effettuare un numero di parti > 500.

L'organizzazione del personale deve essere in dipartimento con la Classe *** e deve essere prevista la rotazione del personale. Deve essere garantita la presenza h24 dell'Ostetrica e almeno 3 ore giornaliere di presenza del Pediatra per il nido.

CLASSE *:** numero parti > 500

Unità per l'assistenza a gravidanze e parti non complicati e al neonato normale. Tali strutture devono assistere parti con Età Gestazionale \geq 34 settimane compiute, confermate in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato tipiche della Classe ****, per la madre e il feto. Devono effettuare almeno 501 parti/anno. Devono essere funzionalmente collegate con le Unità appartenenti alla Classe **** e/o Classe *****.

Requisiti richiesti: Standard di UU.00. Ostetriche e Pediatriche di 1° livello come da DGR 1085/2011 allegato A.

CLASSE **:** numero parti \geq 1500

Unità con almeno 1500 parti/anno, in grado di assistere gravidanze e parti a rischio, nonché tutti i relativi nati con patologia che non ricada nella Classe ***** di cura. Assistenza al neonato di basso peso (1500 gr) e/o di età gestazionale \geq 32 settimane compiute. Con presenza di posti letto di Terapia intensiva neonatale. La presenza di ulteriori standard può consentire la gestione di neonati di età gestazionale inferiore o con peso inferiore.

Requisiti richiesti: Standard di UU.00. Ostetriche e Pediatriche/Neonatologiche di 2° livello come da DGR 1085/2011 allegato A.

CLASSE ***:** numero parti > 2000 e punto d'accoglimento per il servizio di trasporto d'emergenza del neonato.

Unità con almeno 2000 parti/anno, in grado di assistere gravidanze e parti a rischio elevato, nonché tutti i nati patologici ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva e/o sub intensiva, terapia intensiva pediatrica, neurochirurgia pediatrica, cardiocirurgia pediatrica, chirurgia pediatrica e tutte le prestazioni specialistiche pediatriche. Sono richieste, oltre all'assistenza ultra specialistica, la presenza di Terapia intensiva Pediatrica, presenza di Unità Operativa di Neurochirurgia Pediatrica, erogazione di tutte le prestazioni specialistiche pediatriche. Centro Hub per l'attività di trasporto neonatale e pediatrico (STEN).

Requisiti richiesti: Oltre ai requisiti previsti dagli Standard di UU.00. Ostetriche e Pediatriche/Neonatologiche di Classe **** e alla Terapia Intensiva o sub intensiva neonatale è richiesta la presenza di Terapia Intensiva Pediatrica e dell'Adulto, Radiologia Interventistica, Neurochirurgia Pediatrica, Cardiocirurgia Pediatrica, Chirurgia Pediatrica e tutte le prestazioni pediatriche specialistiche.

Ogni Classe deve garantire, oltre alle sue competenze, anche quelle della Classe inferiore.


ALLEGATO B alla Dgr n. 2238 del 23 dicembre 2016

pag. 1/1

Afferenze della rete

PROVINCIA	CLASSE				
	*****	*****	***	**	
BELLUNO	AO PADOVA	O.C. TREVISO	O.C. BELLUNO O.C. FELTRE	O.C. PIEVE DI CADORE	
TREVISO			O.C. CASTELFRANCO O.C. CONEGLIANO O.C. VITTORIO VENETO O.C. MONTEBELLUNA O.C. ODERZO		
VENEZIA			O.C. DOLO O.C. MIRANO O.C. CHIOGGIA O.C. S. DONA' O.C. PORTOGRUARO	O.C. VENEZIA	
PADOVA			C.C. ABANO TERME O. C. SCHIAVONIA O.C. CITTADELLA O.C. CAMPOSANPIERO	O.C. PIOVE DI SACCO	
VERONA		AOUI VR		O.C. SAN BONIFACIO O.C. BUSSOLENGO C.C. PEDERZOLI O.CL. SACRO CUORE	
ROVIGO				O.C. LEGNAGO O.C. ROVIGO	O.C. ADRIA O.C. TRECENTA
VICENZA		O.C. VICENZA	O. C. SANTORSO O.C. BASSANO O.C. ARZIGNANO	O. C. ASIAGO O.C. VALDAGNO	



ALLEGATOC alla Dgr n. 2238 del 23 dicembre 2016

pag. 1/7

Requisiti punti nascita CLASSE ** (meno di 500 parti annui)

REQUISITI UOOO OSTETRICHE
Funzioni collegate al livello assistenziale
<ul style="list-style-type: none"> • essere formalmente e funzionalmente collegata con un punto nascita di Classe *** e/o Classe ****, che ne assume la direzione e la responsabilità, secondo il modello hub e spoke attraverso protocolli operativi e percorsi assistenziali condivisi; • garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica H24; • garantire l'assistenza alla gravidanza e ai parti per epoca gestazionale >= 37 settimane; • garantire il trasferimento a struttura di Classe *** e/o Classe **** 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 Classe *** e/o Classe **** del bacino di riferimento; • garantire il supporto alle funzioni vitali della gravida e della 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; • garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore farmacologiche e non; • 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; • 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 Classe *** e/o Classe ****; deve essere disponibile una procedura interna e una procedura condivisa con U.O. di Classe *** e/o Classe ****/STAM del bacino di riferimento; • rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in ed al sostegno dell'allattamento al seno;
Operativi
<ul style="list-style-type: none"> • area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale; • devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale; • devono essere presenti due sale travaglio - parto; • garantire assistenza con guardia attiva anestesiológica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita; • garantire assistenza pediatrica per il nido di almeno 3 (tre) ore al giorno; • garantire esami di laboratorio e 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; • garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale); • garantire almeno 2 (due) ostetriche per turno; • presenza di personale ostetrico h24 e ginecologico h12, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico; • 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.
Sicurezza
<ul style="list-style-type: none"> • 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; • 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;

ALLEGATOC alla Dgr n. 2238 del 23 dicembre 2016

pag. 2/7

<ul style="list-style-type: none"> • devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche e D.S.; • Ognuna delle due sale travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, (si raccomanda un cardiocrografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea, (riferimento LG ISPEL) nonchè consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti; • se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali dedicati • una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;
--

REQUISITI UOOO NEONATALE
Funzioni collegate al livello assistenziale
<ul style="list-style-type: none"> • concorrere con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita; • favorire elevati livelli di integrazione funzionale tra pediatri e ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit; • favorire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno e il contatto precoce dopo il parto; • garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio (Distretto, Consultorio Familiare, P.L.S.); • garantire formalmente e funzionalmente collegata con T.I.N. di riferimento; • garantire l'osservazione transizionale post-parto; • garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24; • 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; • si raccomanda l'applicazione di protocolli nazionali/regionali predisposti per la Classe di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali, ecc.;
Operativi
<ul style="list-style-type: none"> • Area neonatale: 6 culle destinate ai neonati sani; • garantire i servizi di diagnostica per immagine e di laboratorio per le situazioni di emergenza; • garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in – degenza neonatale) affidata al pediatra per almeno 3 ore al giorno; • garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza; • risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate.
Sicurezza
<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 • devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti per il successivo ripristino. Se presente la banca del latte dovrà avere locali specificatamente dedicati; • devono essere previsti ambulatori per follow-up e sostegno all'allattamento materno; • 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; • 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; • nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico.

ALLEGATOC alla Dgr n. 2238 del 23 dicembre 2016

pag. 3/7

Requisiti punti nascita CLASSE * (da 500 a 1000 parti annui)**

REQUISITI UUOO OSTETRICI
Funzioni collegate al livello assistenziale
<ul style="list-style-type: none"> • essere formalmente e funzionalmente collegata con i punti nascita di Classe **** secondo il modello hub e spoke attraverso protocolli operativi e percorsi assistenziali condivisi; • garantire alla donna partorientente 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; • garantire esami di laboratorio e indagini di diagnostica per immagini in urgenza • garantire il trasferimento a struttura di Classe **** 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 Classe **** del bacino di riferimento • garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza; • garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24; • garantire l'assistenza alla gravidanza e ai parti per epoca gestazionale > 34 settimane; • 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 • garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore farmacologiche e non; • garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica H24 • 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 Classe ****; deve essere disponibile una procedura interna e una procedura condivisa con U.O. di Classe ****/STAM del bacino di riferimento; • rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in e al sostegno dell'allattamento al seno.
Operativi
<ul style="list-style-type: none"> • area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale; • devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale; • devono essere presenti due sale travaglio - parto; • Garantire assistenza con guardia attiva anestesiológica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita; • Garantire assistenza con guardia attiva pediatrico/neonatologica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita; • garantire esami di laboratorio e 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 • garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale); • garantire terapia sub-intensiva alla gravida e alla puerpera; • garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno. • presenza di personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico. • 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, • una sala operatoria deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPESEL);

ALLEGATOC alla Dgr n. 2238 del 23 dicembre 2016

pag. 4/7

Sicurezza
• 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;
• 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;
• deve essere presente una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze h 24 nel blocco travaglio parto;
• devono essere presenti ambulatori per la gravidanza a termine, per la gravidanza a rischio e di diagnostica per immagini in accordo con la normativa regionale;
• devono essere presenti aree dedicate all'accettazione ostetrica;
• devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche e D.S.;
• Ognuna delle due sale travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, (si raccomanda un cardiocografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea, (riferimento LG ISPESL) nonchè consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti;
• se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali dedicati
• una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum.

REQUISITI UOOO NEONATALE
Funzioni collegate al livello assistenziale
• concorrere con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita;
• favorire elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatrati ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit;
• favorire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno e il contatto precoce dopo il parto;
• garantire accoglienza ai neonati trasferiti dalla T.I.N di Classe **** referente per l'area;
• garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio (Distretto, Consultorio Familiare, P.L.S.);
• garantire formalmente e funzionalmente collegata con T.I.N. di riferimento;
• 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;
• garantire l'osservazione transizionale post-parto;
• garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;
• 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;
• 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;
• 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;
• si raccomanda l'applicazione di protocolli nazionali/regionali predisposti per la Classe di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali, ecc.;
Operativi
• U.O. Neonatologia/Pediatria con 15 culle destinate ai neonati sani;
• garantire i servizi di diagnostica per immagine e di laboratorio già previsti nella Classe *** di ostetricia per le situazioni di emergenza;
• garantire l'assistenza ai neonati di età gestazionale > 34 sett. Senza alterazioni dei parametri vitali;
• garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in – degenza neonatale) affidata al pediatra–neonatologo;
• garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza;
• 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 ;

ALLEGATOC alla Dgr n. 2238 del 23 dicembre 2016

pag. 5/7

<ul style="list-style-type: none"> • risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;
Sicurezza
<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
<ul style="list-style-type: none"> • devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti per il successivo ripristino. Se presente la banca del latte dovrà avere locali specificatamente dedicati
<ul style="list-style-type: none"> • devono essere previsti ambulatori per follow-up e sostegno all'allattamento materno;
<ul style="list-style-type: none"> • 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;
<ul style="list-style-type: none"> • 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;
<ul style="list-style-type: none"> • 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;
<ul style="list-style-type: none"> • nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;

ALLEGATOC alla Dgr n. 2238 del 23 dicembre 2016

pag. 6/7

Requisiti punti nascita CLASSE ** e CLASSE ***** (oltre i 1000 parti annui)**
(Requisiti aggiuntivi ai requisiti delle classi precedenti)

REQUISITI UOOO OSTETRICI
Operativi
bacino di utenza, comprensivo delle strutture di Classe ** e Classe *** afferenti, corrispondente ad almeno 5000 parti/anno
garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1500 parti/anno almeno 3 ostetriche per turno; fino a 2000 parti/anno e 5 oltre i 2000 parti/anno, con incremento di 1 ostetrica ogni 750 parti in più;
garantire l'identificazione di un responsabile dedicato all'area ostetrica per la continuità e la qualità assistenziale;
si raccomandano due unità mediche h24 al di sopra dei 2000 parti/anno;
garantire il funzionamento di un pronto soccorso ostetrico ginecologico h24;
si raccomandano come adeguati per l'assistenza/degenza ostetrica 15/20 posti letto ogni 1000 parti/anno;
per un numero di parti >1200/anno deve essere garantita una seconda sala operatoria d'emergenza nella struttura ospedaliera:
garantire la possibilità di ecografia nell'area travaglio parto e nell'area di accettazione-emergenza;
possibilità di usufruire, anche attraverso una pronta disponibilità integrativa, di competenze specialistiche per la gravida (psicologica, cardiologica, neurologica, nefrologica, ecc.);
Funzioni collegate ai livelli assistenziali
garantire l'assistenza a qualsiasi gravidanza e parto, specialmente nelle condizioni di alto rischio perinatale;
Sicurezza
devono essere presenti aree dedicate al pronto soccorso ostetrico;
si raccomanda ambulatorio anestesiologicalo ai fini della visita ed adeguata informazione alla paziente per partoanalgesia/TC programmato.

REQUISITI UOOO NEONATALE
Operativi
bacino di utenza di almeno 5000 nati/anno;
1000 nati/anno nella struttura (Inborn); almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita <1500gr
garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in — degenza neonatale, T.I.N.), affidata al pediatra—neonatologo;
garantire assistenza ai neonati fisiologici e patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva;
garantire T.I.N. e terapia sub-intensiva con posti letto pari a: -intensiva :1/750 nati/anno del bacino d'utenza; -sub-intensiva : 2 per ogni letto di intensiva; -dotazione di incubatrici non inferiore a venti;
garantire disponibilità h24 di usufruire del servizio emotrasfusionale e del laboratorio con possibilità di eseguire tutti gli esami ematochimici;
garantire integrazione nel sistema emergenza (STEN) ed eventuale coordinamento;
possibilità di effettuare diagnostica per immagine h24;
Funzioni collegate ai livelli assistenziali
Garantire il coordinamento con le strutture di Classe *** funzionalmente collegate;
garantire il coordinamento dello Io S.T.E.N_ (o integrarsi funzionalmente con lo S.T.E.N. dedicato se esistente) per l'area assegnata;
dovranno essere garantite elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatrati e ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit;
collaborare con U.O.C. di neuropsichiatria infantile e di terapia riabilitativa, per usufruire delle relative competenze per il neonato sin dalle prime fasi della degenza.
SICUREZZA
aree di degenza secondo standard specifici con possibilità di distinzioni di aree funzionali (terapia sub-Intensiva, ecc.);
ambulatori per follow-up e controlli specialistici post dimissione ed eventualmente D.H.;

ALLEGATOC alla Dgr n. 2238 del 23 dicembre 2016

pag. 7/7

aree per laboratori
aree sufficienti per effettuare procedure specialistiche quali: diagnostica per immagini, chirurgica, oculistica, ecc.;
aree di servizio quali: spogliatoio e filtro, depositi vari, spazio destinato a genitori e parenti, zona di ristoro per il personale, lavaggio incubatrici;
area di coordinamento dello S.T.E.N.