

Allegato 1b

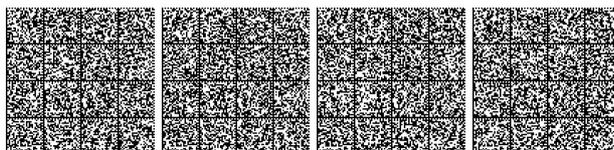
STANDARD PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLE U.O. DI OSTETRICIA E DELLE UNITÀ OPERATIVE DI PEDIATRIA/NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (TIN)**A) U.O. OSTETRICIA DI I LIVELLO (500 - 1000 parti/anno) (*)**

Unità che assistono gravidanze e parti, in età gestazionale ≥ 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

- parti/anno: 500 - 1000;
- 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;
- garantire assistenza con personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico;
- garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno;
- garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica h24
- disponibilità di assistenza anestesiológica h24 all'interno della struttura ospedaliera;
- garantire assistenza pediatrica/neonatologica h24;
- si raccomandano come adeguati per l'assistenza/degenza ostetrica a 15/20 posti letto ogni 1000 parti/anno;
- devono essere presenti due sale travaglio - parto. Le sale travaglio-parto (riferimento LG ISPESL) devono essere 3 se il numero dei parti >1000/anno e 4 oltre i 2000 parti/anno;
- una sala operatoria deve sempre essere pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPESL);
- 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 normativa regionale;
- garantire terapia sub-intensiva alla gravida ed alla puerpera;
- garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale);
- garantire esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24.



Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

- garantire l'assistenza alla gravidanza e ai parti per epoca gestazionale \geq 34 settimane;
- garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica h24;
- 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;
- garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore farmacologiche e non;
- rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in ed al sostegno dell'allattamento al seno;
- garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;
- garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;
- garantire terapia sub-intensiva alla gravida ed alla puerpera;
- garantire esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini urgenti;
- essere formalmente e funzionalmente collegata con i punti nascita di II livello secondo il modello hub e spoke;
- provvedere al trasferimento della gravida (STAM) laddove si verificano condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad unità di II livello (*).
- 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 (*);

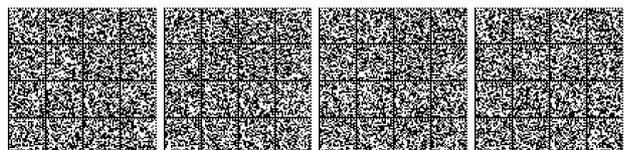
(*) *Delegare il Ministero per la redazione di linee guida per l'attivazione dello STAM/STEN*

Standard di sicurezza

Si raccomanda che le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale siano 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 – degenza 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.

- Ogni sala travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, attrezzatura (si raccomanda un cardiocrografo 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;
- deve essere presente una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze h24 nel blocco travaglio-parto;
- devono essere presenti punti/aree dedicate all'accettazione ostetrica;
- 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;
- una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;
- devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche e D.S.;
- 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;
- deve essere disponibile un servizio di rianimazione e terapia intensiva generale o un collegamento formalizzato con lo stesso;
- se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali dedicati

Standard tecnologici

Ove non diversamente predisposto dalle Regioni gli standard tecnologici raccomandati sono elencati nella tabella a).

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	(*)	1	1
Cardiotocografo (**)	1	2	1	1
Carrello emergenza	1	1	1	
Collegamenti fissi per aspirazione				
n. 1 apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche monouso				
n. 1 forcipe				
n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto				
n. 4 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo				
n. 2 set pronti sterili per Taglio Cesareo demolitore				
illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientabile				
n. 1 orologio con contasecondi a muro				
Possibilità di sterilizzazione all'interno del blocco travaglio parto				
n. 2 elettrocardiografi				
n. 1 rilevatori di pressione arteriosa per ogni letto travaglio e parto.				
n. 4 pompe a siringa				
pompe infusione continua				
n. 2 saturimetri pulsati				
rilevatore Doppler portatile				
n. 1 emogasanalizzatore				

(*) E' altresì necessario garantire la disponibilità di un ecografo h24 per le emergenze ostetriche e nell'area travaglio – parto.

(**) 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.



B) UNITA' OPERATIVE PEDIATRICHE/NEONATOLOGICHE DI I LIVELLO (nati/anno 500 - 1000) (*)

Unità che assistono neonati sani ed i nati con patologia che non richiedano ricovero presso T.I.N. (II livello).

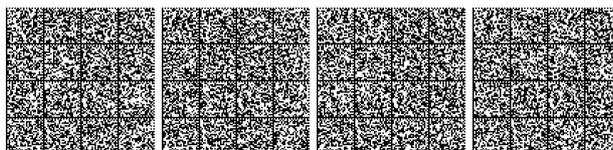
() Il numero di parti/anno > di 1000 non determina cambiamento di livello, essendo i requisiti per il II livello pediatrico/neonatologico legati anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di punto nascita di II livello e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura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

Standard Operativi

- nati/anno: 500 - 1000;
- risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;
- garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in – degenza neonatale) affidata al pediatra–neonatologo;
- garantire l'assistenza ai neonati di età gestazionale \geq 34 sett. senza alterazione dei parametri vitali;
- U.O. di pediatria – neonatologia con livelli di autonomia funzionale determinata da norme regionali. Sono raccomandate come adeguate culle:15 ogni mille nati/anno destinate ai neonati sani; posti letto 4,5 ogni mille nati/anno, con dotazione di almeno 4 incubatrici;
- garantire l'assistenza 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;
- garantire un laboratorio d'urgenza attivo h24, con possibilità di eseguire tutti gli esami ematochimici con micrometodi ;
- garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza;
- garantire diagnostica per immagine nelle situazioni di emergenza

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;
- garantire l'osservazione transizionale post-parto;
- garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale \geq 34 settimane e neonati patologici e che comunque richiedano monitoraggio polifunzionale e cure intermedie, ma che non necessitino di trattamenti intensivi.
- garantire formalmente e funzionalmente collegata con T.I.N. di riferimento;
- 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;
- garantire accoglienza ai neonati ritrasferiti dalla T.I.N di II livello referente per l'area.



- garantire l'applicazione di protocolli nazionali/regionali predisposti per il livello di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali, ecc.;
- garantire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto;
- garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio;
- 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/pediatri ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit.

Standard sicurezza

Si raccomanda che le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale siano 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 – degenza neonatale preferibilmente sullo stesso piano dell'edificio o quanto meno allocate nel medesimo, sebbene in piani differenti, ma ben collegati attraverso ascensori dedicati.

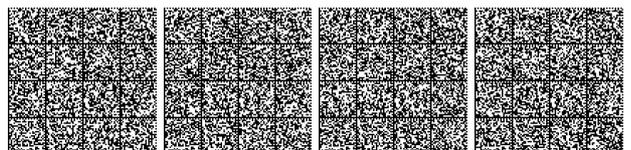
Tali requisiti devono essere soddisfatti ogni qualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

- 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;
- nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;
 - aree ben distinte per assistenza al neonato sano e per assistenza alla patologia intermedia, 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
- 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;
- devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino.
- ambulatori per follow-up e sostegno all'allattamento materno.

Standard tecnologici

Ove non diversamente predisposto dalle Regioni gli standard tecnologici raccomandati sono elencati nella tabella b).

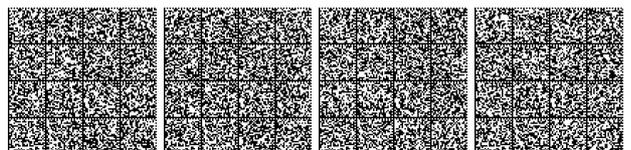
Specificatamente deve essere predisposto un piano di controllo e di valutazione periodica dello stato di conservazione e di efficienza delle tecnologie a disposizione, con predisposizione di una scheda per ogni singola apparecchiatura indicante le scadenze previste e i controlli effettuati nel rispetto 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 dev'essere continua e adeguata al contesto tecnologico utilizzato, con criteri di manutenzione dedicati (normativa ISO 9000 – manutenzione attrezzature).

Tab b)

Isola neonatale	<ul style="list-style-type: none"> • 2 lettini per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante; 3 se il numero dei parti • >1000/anno e 4 oltre i 2000 parti/anno • 2 erogatori di O₂, aria compressa e sistema di aspirazione • 2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali • 2 valvole di limitazione del picco pressorio dei gas erogati • 3 set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per incannulamento dei vasi ombelicali • e posizionamento di drenaggio toracico disponibili h24 • 2 saturimetro percutaneo (disponibile) • 2 misuratore P.A. (disponibile) • 3 pompa a siringa (disponibile) • 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.
Area degenza rooming-in: per ogni 500 nati/anno sono indispensabili:	<ul style="list-style-type: none"> • 2 incubatrici • 2 pannelli radianti • 2 lampade per fototerapia • 3 aspiratori da rete centralizzata • 3 erogatori di O₂ ed aria • 1 lettore di glucosemia • 1 bilirubinometro • 3 mastosuttori
Area degenza patologia intermedia: in ogni punto nascita dovrà essere garantita la capacità di gestire neonati con patologia intermedia e dovranno essere disponibili per 1000 nati/anno:	<ul style="list-style-type: none"> • 6 incubatrici • 10 lettini • 4 pannelli radianti • 2 lampade per fototerapia • 2 sistemi di aspirazione • 4 sistemi di erogazione di O₂ e aria e vuoto dotati di controllo FiO₂ • 3 pompe per microinfusione • 2 saturimetri percutanei • 1 lettore di glucosemia • 1 bilirubinometro • 1 misuratore P.A. • 1 microscopio
Il presidio ospedaliero deve disporre h24 di:	<ul style="list-style-type: none"> • ecografo • apparecchio radiologico portatile • apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi • elettrocardiografo portatile • laboratorio per ricerche ematochimiche, immunoematologiche e microbiologiche • servizio immunotrasfusionale



C) U.O. OSTETRICIA DI II LIVELLO (parti/anno > 1000) (*)

Unità che assistono gravidanza e parto indipendentemente dal livello di rischio per madre e feto.

() I requisiti per il II livello sono legati oltre che al numero di parti 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

- bacino di utenza, comprensivo delle strutture di I livello afferenti, corrispondente ad almeno 5000 parti/anno (**);
- parti/anno: > 1000;
- 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;
- garantire assistenza con personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva ed eventuale pronta disponibilità pomeridiana;
- garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1500 parti/anno almeno 3 ostetriche per turno; 4 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;
- garantire assistenza anestesiologicala h24;
- garantire guardia attiva, h24, con supporto di pronta reperibilità integrativa h24 da parte di neonatologi;
- si raccomandano come adeguati per l'assistenza/degenza ostetrica 15/20 posti letto ogni 1000 parti/anno;
- tre sale travaglio – parto. Le sale travaglio-parto (riferimento LG ISPELS) devono essere 4 oltre i 2000 parti/anno;
- una sala operatoria sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPELS);
- per un numero di parti >1200/anno deve essere garantita una seconda sala operatoria d'emergenza nella struttura ospedaliera;
- garantire 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;
- garantire la possibilità di ecografia nell'area travaglio parto e nell'area di accettazione-emergenza;
- garantire terapia intensiva alla gravida ed alla puerpera;
- garantire il coordinamento S.T.A.M. in accordo con la programmazione regionale integrandosi con il servizio urgenza /emergenza territoriale);
- possibilità di usufruire, anche attraverso una pronta disponibilità integrativa, di competenze specialistiche per la gravida (psicologica, cardiologica, neurologica, nefrologica, ecc.);
- garantire h24 ore l'utilizzo di diagnostica per immagini, laboratorio d'urgenza e emotrasfusioni;

*(**) Il vincolo quantitativo di almeno 5000 nati/anno che orienta la programmazione regionale nel numero dei punti nascita di II livello, può non accompagnarsi ad una precisa identificazione dei bacini di utenza in determinate aree con ridotta densità di popolazione e condizioni oro-geografiche disagiate, nelle quali il vincolo quantitativo di 5000 nati/anno può essere inferiore ma non al di sotto di 3500 nati/anno.*



Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

- garantire l'assistenza a qualsiasi gravidanza e parto, specialmente nelle condizioni di alto rischio perinatale;
- 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
- garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore non farmacologiche;
- garantire rooming-in e alla promozione dell'allattamento al seno;
- garantire le competenze per l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;
- garantire terapia intensiva alla gravida ed alla puerpera;
- garantire esami di laboratorio urgenti ed indagini di diagnostica per immagini urgenti;
- essere formalmente e funzionalmente collegata con i punti nascita di I livello secondo il modello hub e spoke;
- coordinare la rete del trasporto d'emergenza (integrandosi con il servizio servizio urgenza /emergenza territoriale), per quanto attiene ai trasferimenti delle gravide a rischio dalle strutture di livello inferiore in accordo con la programmazione regionale.
- Le Regioni, in base alle evidenze epidemiologiche e nell'ambito della loro programmazione, individuano, presso i punti nascita di II livello, i centri regionali o interregionali per la diagnosi prenatale e ne assicurano la qualità delle attività.

Le Regioni identificano il centro con compiti di coordinamento e di assicurazione continua di qualità delle attività di diagnosi prenatale per l'area territoriale di competenza.

Ogni centro di diagnosi prenatale deve essere collegato con il centro di coordinamento regionale o interregionale che, a sua volta, deve essere collegato con il Registro nazionale delle malformazioni congenite il quale ha, tra le proprie funzioni, l'assicurazione ed il miglioramento continuo della qualità.

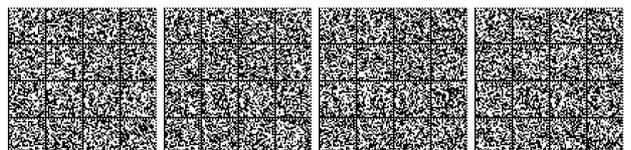
Il dati di ogni centro di diagnosi prenatale devono confluire al Registro regionale o interregionale per le malformazioni congenite.

Standard di sicurezza

Si raccomanda che le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale siano 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 – degenza 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.

- Ogni sala travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, attrezzatura (si raccomanda un cardiocografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno tre parti in contemporanea, (riferimento LG ISPESL) nonchè consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti;
- una sala operatoria sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPESL);



- per un numero di parti >1200/anno deve essere garantita una seconda sala operatoria d'emergenza nella struttura ospedaliera;
- devono essere presenti aree dedicate al pronto soccorso ostetrico;
- 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;
- una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;
- devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche, aree dedicate a patologie materno-fetali, D.S.;
- devono essere presenti ambulatori per la gravidanza a termine e per la gravidanza a rischio, ambulatori di ecografia ostetrica e di diagnostica strumentale, in accordo con la normativa regionale;
- deve essere disponibile, nel presidio ospedaliero, un servizio di rianimazione e di terapia intensiva generale;
- se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali dedicati;
- si raccomanda ambulatorio anestesiologicalo ai fini della visita ed adeguata informazione alla paziente per partoanalgesia/TC programmato.

Standard tecnologici

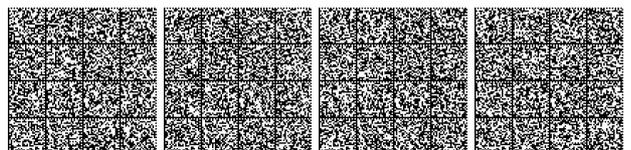
Ove non diversamente predisposto dalle Regioni gli standard tecnologici raccomandati sono elencati nella tabella a).

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	(*)	1	1
Cardiotocografo (**)	1	2	1	1
Carrello emergenza	1	1	1	
Collegamenti fissi per aspirazione				
n. 1 apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche monouso				
n. 1 forcipe				
n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto				
n. 4 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo				
n. 2 set pronti sterili per Taglio Cesareo demolitore				
illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientatile				
n. 1 orologio con contasecondi a muro				
Possibilità di sterilizzazione all'interno del blocco travaglio parto				
n. 2 elettrocardiografi				



D) UNITA' OPERATIVE NEONATOLOGICHE DI II LIVELLO - (Centri TIN) (*)

bacino di utenza di almeno 5000 nati/anno e almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita <1500gr; > 1000 nati/anno nella struttura (Inborn);

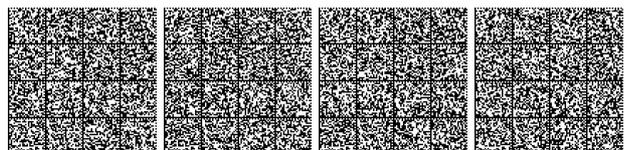
Unità che assistono neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva.

() I requisiti per il II livello sono legati oltre che dal numero di parti 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*

Rappresentano eccezione U.O. neonatologiche di II livello, senza punto nascita nella stessa struttura, purché collocate in strutture super-specialistiche con la possibilità di erogare prestazioni particolarmente complesse. Il ricovero dei neonati in queste unità dovrebbe avvenire, di norma, solo se tali prestazioni si rendono necessarie.

Standard Operativi

- bacino di utenza di almeno 5000 nati/anno;
- 1000 nati/anno nella struttura (Inborn); almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita <1500gr
- risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;
- 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
 - letti di neonatologia/patologia neonatale rapportati al volume dell'attività (come nel I livello); eventuali letti supplementari per esigenze chirurgiche (cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia ricostruttiva, ecc.)
 - dotazione di incubatrici non inferiore a venti;
- garantire guardia attiva, h24, con supporto di pronta reperibilità integrativa h24 da parte di neonatologi;
- 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;
- si raccomanda la possibilità di poter attivare, h24, in rapporto alle esigenze emergenti, ed in base alle convenzioni sottoscritte, consulenze ed interventi di cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia ricostruttiva, oculistica, valutazione emodinamica, broncoscopia, ecc.;
- possibilità di effettuare diagnostica per immagine h24;

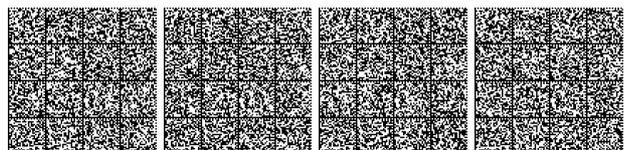


Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

- garantire l'assistenza in sala parto, fin dalla nascita, con garanzia di rianimazione primaria neonatale h24;
- garantire l'osservazione transizionale post-parto;
- assistere i soggetti "inborn" ed "outborn" necessitanti di assistenza intensiva di qualsiasi peso o età gestazionale;
In particolare deve accogliere:
 - neonati in ventilazione assistita intubati o no;
 - neonati chirurgici in fase pre e post operatoria;
 - neonati con malformazioni complesse;
 - neonati con gravi compromissioni delle funzioni vitali e/o che abbisognino di procedure diagnostiche invasive oppure specialistiche;
 - neonati che devono terminare il percorso di accrescimento e sviluppo prima di essere dimessi, qualora non sia possibile un trasposto presso U.O. di I livello;
 - neonati che richiedono procedure diagnostiche invasive o trattamenti che necessitano di monitoraggi, ecc.;
 - neonati non dimissibili affetti da patologie croniche, né trasferibili in U.O. di I livello.
- Garantire il coordinamento con le strutture di I livello funzionalmente collegate;
- garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;
- garantire il coordinamento dello lo S.T.E.N. (o integrarsi funzionalmente con lo S.T.E.N. dedicato se esistente) per l'area assegnata;
- si raccomanda l'applicazione di protocolli nazionali/regionali predisposti per il livello di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali, ecc.;
- garantire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto;
- garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio;
- garantire con l'U.O. di Ostetricia dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita e outcome neonatale;
- dovranno essere garantite 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;
- 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.

Le U.O. di II livello dovrebbero far parte di strutture con adeguate articolazioni funzionali ed organizzative in grado di garantire, per la madre e per il neonato, le massime competenze diagnostico-terapeutiche a livello subspecialistico, oppure essere funzionalmente collegate con queste ultime attraverso contratti e convenzioni, in particolare per quanto riguarda la chirurgia neonatale, la cardiocirurgia e la neurochirurgia. In caso di particolare attrazione di casistica da parte delle U.O. chirurgiche subspecialistiche, dovrà essere adeguata la dotazione dei posti letto.

Nelle aree ad alta densità di popolazione, per esempio le aree metropolitane, il vincolo quantitativo di almeno 5000 nati/anno che orienta la programmazione regionale del numero delle U.O. di II livello, può non accompagnarsi ad una precisa identificazione dei bacini di utenza. Al di fuori di questa circostanza si raccomanda di evitare l'attivazione di sub-U.O. di T.I.N. con meno di 6 posti letto per bacini inferiori a 4000 nati/anno, salvo in casi con ridotta densità di popolazione e condizioni oro-geografiche disagiate.



Va altresì posta particolare attenzione alle evidenze correlate alla dimissione protetta dei soggetti dimessi dalle T.I.N. con particolari condizioni sociali, malattie gravi disabilitanti, malattie rare, ecc. richiedenti interventi sanitari e socio-assistenziali multidisciplinari domiciliari e/o ambulatoriali.

Standard di Sicurezza

Si raccomanda che le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale siano 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 – degenza 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;
- nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;
- 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;
- devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino. Se presente la banca del latte dovrà avere locali specificamente dedicati.
- 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.;
- 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.

Standard Tecnologici

Ove non diversamente predisposto dalle Regioni gli standard tecnologici raccomandati sono elencati nella tabella c).

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'impianistica e agli infortuni sul lavoro dev'essere continua e adeguata al contesto tecnologico utilizzato, con criteri di manutenzione dedicati (normativa ISO 9000 – manutenzione attrezzature).

Isola neonatale: come I livello

Area degenza nido – rooming- in e patologia intermedia: come I livello

Tab. c)

Area degenza terapia intensiva – subintensiva:

ATTREZZATURE	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA SUBINTENSIVA
Incubatrici	P.L. + 50%	P.L. + 20%
Respiratori	P.L. + 2 riserva	
O2 - CO2 transcutanea	P.L. + 2 riserva	
Saturimetri O2	P.L. + 2 riserva	50% P.L.
Pressione arteriosa cruenta	P.L.	
Pressione arteriosa non cruenta	P.L.	30% P.L.
Monitor cardiorespirografico	P.L. + 1 riserva	30% P.L.
Monitor FC + FR		P.L.
Pompa di infusione	2 x P.L. + 30% riserva	P.L.
Aspiratori	P.L. + 50%	50% P.L.
Ossimetri	P.L.	50% P.L.
Incubatrice da trasporto	2	
Apparecchio Rx dedicato(portatile)	1	
Ecografo (con ecodoppler)	1	
Apparecchiatura per terapia con Ossido Nitrico	1	
Apparecchiatura per trattamento ipotermico	1	
Possibilità sterilizzazione incubatrici	SI	
Possibilità effettuazione alimentazione enterale	SI	
Disponibilità (24/24 ore) di tecnologie avanzate	SI	

