

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 novembre 2019, n. 2155

Approvazione schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: "Definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria/Neonatologia ai sensi dell'Accordo Stato – Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010". Obiettivo Piano Operativo 2016-2018 GOOSP 01.02.01.05.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Responsabile P.O., dal Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

Visto:

- il D.Lgs. 502/1992 s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali.
- la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, rispettivamente in data 10.7.2014 e 5.08.2014, ha sancito l'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5.6.2003, n. 131, concernente il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014- 2016 e l'intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, concernente il regolamento recante "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- la legge 23 dicembre 1996, n. 662 avente ad oggetto "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" che all'art. 1 "Misure in materia di sanità", pubblico impiego, istruzione, finanza regionale e locale, previdenza e assistenza" comma 28 introduce per la prima volta nell'ordinamento giuridico italiano il concetto di PDT: *"Allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio delle gestioni, i medici abilitati alle funzioni prescrittive conformano le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici, cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa. I percorsi diagnostici e terapeutici sono individuati ed adeguati sistematicamente dal Ministro della sanità, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, sentite la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri e le società scientifiche interessate, acquisito il parere del Consiglio superiore di sanità. Il Ministro della sanità stabilisce, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, gli indirizzi per l'uniforme applicazione dei percorsi stessi in ambito locale e le misure da adottare in caso di mancato rispetto dei protocolli medesimi, ivi comprese le sanzioni a carico del sanitario che si discosti dal percorso diagnostico senza giustificati motivi."*
I PDT erano quindi stati inizialmente concepiti come uno strumento di coordinamento finalizzato, tra le altre cose, al conseguimento di una maggiore razionalizzazione delle risorse.
- il decreto del Ministero della Sanità del 10 settembre 1998 "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità";
- il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 avente ad oggetto: "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419" che all'art. 1 **"Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza" comma 10, lettera h, stabilisce che il Piano sanitario nazionale indica "le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo**

sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza" riconoscendo pertanto i PDT come strumento di garanzia dei LEA e mezzo di revisione e valutazione della pratica clinica;

- il Regolamento regionale 13 gennaio 2005, n. 3 avente ad oggetto: *"Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie"*;
- l'Accordo siglato nel dicembre 2006 tra la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per l'attivazione del Sistema nazionale per le linee guida (SNLG);
- la Legge 27 dicembre 2006, n. 296 avente ad oggetto *"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)"* che all'art 1, comma 796, lettera m, stabilisce che *"I percorsi diagnostico-terapeutici sono costituiti dalle linee-guida di cui all'articolo 1, comma 283, terzo periodo, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, nonché da percorsi definiti ed adeguati periodicamente con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Comitato strategico del Sistema nazionale linee-guida, di cui al decreto del Ministro della salute 30 giugno 2004, integrato da un rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri"*.

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

- l'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010, ai sensi dell'articolo 9 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento concernente *"Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"*;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 2528 del 23/11/2010 avente ad oggetto: *"Recepimento Accordo Stato Regioni n. 62/CSR del 29/04/2010. Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, previsto dall'articolo 3, comma 1, dell'Ordinanza del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali 26 febbraio 2009, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sull'esportazione di campioni di sangue da cordone ombelicale per uso autologo"*;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 131 del 31/01/2011 e ss.mm.ii. con cui la Regione Puglia ha recepito il suddetto Accordo Stato - Regioni concernente *"Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"* e ha istituito il Comitato Percorso Nascita regionale (CPNR), con funzione di coordinamento e verifica delle attività;
- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 avente ad oggetto *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*:
L'art. 1, comma 2 dell'Allegato 1 stabilisce che "...l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare. (...) L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine ...".
- la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 avente ad oggetto: *"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)"*:
L'art. 1, comma 539 dispone che "... tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) (...) per la rilevazione del rischio di inappropriatazza nei percorsi diagnostici e terapeutici...";

- la deliberazione n. 413 del 11/03/2015 con cui la Giunta regionale ha recepito delle Linee guida “Gravidanza fisiologica” realizzate dall’Istituto Superiore di Sanità. Nelle predette linee guida, nell’ambito del capitolo “L’organizzazione dell’assistenza alla donna in gravidanza” definisce il contenuto dell’Agenda della Gravidanza;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 780 del 31/05/2016 avente ad oggetto: “Recepimento progetto dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS) ad oggetto “Sorveglianza della mortalità materna”. Costituzione Comitato regionale”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1659 del 26/10/2016 avente ad oggetto: “Approvazione Linee Guida “Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) mediante Mifeprestone (Ru 486) e Misoprostolo”. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1009 del 28/05/2013;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1933 del 30/11/2016 di approvazione, tra l’altro, del Protocollo Operativo “Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)”;
- la Legge 8 marzo 2017, n.24, (legge Gelli) avente ad oggetto “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”che all’art. 5 “Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee-guida” prevede che *“Gli esercenti le professioni sanitarie, nell’esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco...”*;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 678 del 9/5/2017 avente ad oggetto: “Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell’Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010 “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”. Approvazione del modello unico regionale dell’Agenda della Gravidanza”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 796 del 29/05/2017 avente ad oggetto: “Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell’Allegato 7 - Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto” dell’Accordo Stato – Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Approvazione del protocollo regionale per la partoanalgesia”;
- il Regolamento regionale di riordino della Rete ospedaliera 10 marzo 2017, n. 7 e ss.mm.ii. avente ad oggetto: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015”, modificato dal Regolamento regionale n. 3/2018 e dalla D.G.R. n. 1141/2018;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 658 del 24/04/2018 di approvazione del modello unico regionale del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA);
- Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 avente ad oggetto: “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1439 del 2/8/2018 avente ad oggetto: “Istituzione della Rete regionale di radiologia interventistica. Definizione del modello organizzativo e del setting assistenziale per procedura”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 128 del 6 febbraio 2018 relativa all’approvazione del Piano Operativo della Regione Puglia 2016-2018, sottoscritto con i Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF);
- la deliberazione di Giunta regionale n. 191 del 20/02/2018 avente ad oggetto: “Qualificazione del Percorso Nascita e riduzione del quota di parti cesarei primari in attuazione dell’Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Costituzione della la “task – force punti nascita per la riduzione del taglio cesareo”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 328 del 13/3/2018 avente ad oggetto: “Banca del Sangue

Cordonale della Regione Puglia: disposizioni utilizzo di emocomponenti topici (gel piastrinico da sangue cordonale/collirio). Modifica e integrazione della D.G.R. n. 1498 dell'1/8/2008";

- la Legge Regionale n. 9 del 02/05/2017 avente ad oggetto: "Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 882 del 15/05/2019 avente ad oggetto: "Qualificazione del Percorso Nascita in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010: "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della Regione Puglia di accompagnamento all'evento nascita e dell'Agenda della Gravidanza". Modifica e integrazione della D.G.R. n. 678 del 9/5/2017";
- il Regolamento regionale 23 luglio 2019, n. 16 "Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie".

Atteso che:

- a) il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e, specificamente, il punto 8 "Reti ospedaliere" prevede (cfr. 8.1.1.) che all'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale con particolare riferimento alle reti infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita, medicine specialistiche, oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare;
- b) lo stesso D.M. n.70/2015 prevede altresì che "per la definizione delle reti sopra elencate le regioni adottino specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-regioni sulle rispettive materie;
- c) nell'ambito del Piano Operativo 2016-2018, sottoscritto con i Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e Finanze), di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 129 del 6/2/2018, è stato previsto tra l'altro, nell'ambito del "Percorso Nascita", quanto segue:

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

Pertanto, rispetto ai predetti obiettivi, la Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", in attuazione del punto GOOS 01.02.01.5, ha predisposto il Regolamento sui requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici

delle UU.OO. di "Ostetricia e Ginecologia" e "Pediatria/Neonatologia" ed Ministeri affiancanti nel verbale della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, tenutasi in data 15 novembre 2018, hanno espresso il seguente parere:

"Tavolo e Comitato prendono atto della nuova versione del Regolamento Regionale che sembra garantire nei PN di I Livello, sebbene solo formalmente, i requisiti previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010. Alla predisposizione dell'atto formale, deve far seguito la fattiva attuazione del regolamento, ovvero avviare le azioni necessarie a garantire nei PN tutti i requisiti e gli standard dettati dall'Accordo citato".

Nel verbale della riunione congiunta del 18 luglio 2019 del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, i Ministeri affiancanti hanno rilevato quanto segue:

- *"Nella scorsa riunione Tavolo e Comitato restavano in attesa dell'adozione formale del Regolamento Regionale (RR) sulla Definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia" e di Pediatria/Neonatologia, e sollecitavano la regione all'attuazione dello stesso al fine di garantire nei PN regionali tutti i requisiti e gli standard dettati dall'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010.*

Tavolo e Comitato restano in attesa dell'approvazione definitiva del Regolamento Regionale in questione e dell'avvio del percorso di accreditamento previsto".

Alla luce di quanto sopra esposto, si propone di:

1. approvare, in attuazione dell'obiettivo GOOSP 01.02.01.05 del Piano Operativo 2016-2018, lo schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: "Definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria/Neonatologia ai sensi dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
2. trasmettere il presente provvedimento alla competente Commissione Consiliare per il parere di cui all'art. 44, comma 2, della L. R. n. 7/2004 (Statuto della Regione Puglia);
3. rinviare ad una successiva seduta, ad espletamento degli adempimenti di cui al punto precedente, l'adozione definitiva del Regolamento in questione.

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

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

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

LA GIUNTA

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

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare, in attuazione dell'obiettivo GOOSP 01.02.01.05 del Piano Operativo 2016-2018, lo schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: "Definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria/Neonatologia ai sensi dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010", nel testo di n. 14 facciate allegato, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di trasmettere il presente provvedimento alla competente Commissione Consiliare per il parere di cui all'art. 44, comma 2, della L. R. n. 7/2004 (Statuto della Regione Puglia);

3. di rinviare ad una successiva seduta, ad espletamento degli adempimenti di cui al punto precedente, l'adozione definitiva del Regolamento in questione;
4. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" alla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche", ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici nonché ai componenti del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR);
5. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" ai Ministeri affiancanti;
6. di pubblicare il presente atto sul BURP

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

REGOLAMENTO REGIONALE

Definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria/Neonatologia ai sensi dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010

1. U. O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA DI I LIVELLO

Si definiscono "Unità Operative Ostetricia di I livello" quelle che assistono gravidanze e parti (500 – 1000 parti/anno), in età gestazionale \geq 34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato, tipiche del II livello, per la madre e per il feto.

1.1 Requisiti strutturali

1.1.1 L'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia di I livello deve disporre di locali atti a garantire l'idoneità all'uso previsto ed in particolare le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale devono essere funzionalmente collegate fra loro in modo agevole.

1.1.2 Devono essere istituiti:

1.1.2.1 un blocco travaglio - parto (area travaglio - parto - sala operatoria ostetrica);

1.1.2.2 aree di degenza puerperale - nido - rooming-in - degenza neonatale.

Tali aree devono essere istituite sullo stesso piano dell'edificio o almeno allocate in piani differenti del medesimo edificio purchè ben collegati attraverso ascensori dedicati. Tali requisiti devono essere soddisfatti ogniqualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

1.1.2.3 Devono essere presenti due sale travaglio – parto. Ogni sala travaglio - parto deve essere autosufficiente per: arredamento, attrezzatura (un cardiocografo per posto letto) e dotazione impiantistica, in modo da rendere possibile l'espletamento di due parti contemporaneamente (riferimento LG ISPESL).

1.1.2.4 Nel blocco travaglio-parto deve essere, inoltre, presente una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze h24.

1.1.2.5 Ulteriori standard di sicurezza necessari sono:

1.1.2.5.1 devono essere presenti punti/aree dedicati all'accettazione ostetrica;

1.1.2.5.2 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;

1.1.2.5.3 una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;

1.1.2.5.4 devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche e di Day Surgery e Day - Service;

1.1.2.5.5 devono essere presenti ambulatori per la gravidanza a termine e per la gravidanza a rischio ed ambulatori di diagnostica per immagini in accordo con la normativa regionale;

1.1.2.5.6 deve essere disponibile un servizio di rianimazione e terapia intensiva generale o un collegamento formalizzato con lo stesso;

1.1.2.5.7 se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali e percorsi dedicati.

1.2 Requisiti tecnologici

1.2.1 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	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 rilevatore 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

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

1.2.2 Deve essere predisposto un piano di controllo e deve essere effettuata una 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. Inoltre, per quanto attiene la prevenzione e la sicurezza relativa ai rischi connessi all'uso di tecnologie, agli ambienti di lavoro, all'impiantistica e agli infortuni sul lavoro deve essere effettuata una valutazione continua e adeguata al contesto tecnologico utilizzato, con criteri di manutenzione dedicati (normativa ISO 9000 — manutenzione attrezzature).

1.2.3 All'interno dello stesso presidio devono essere disponibili le seguenti prestazioni diagnostiche: radiologia, le comuni analisi chimico-cliniche ed immunoematologiche.

1.3 Requisiti organizzativi

1.3.1 La Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia di I Livello deve:

1.3.1.1 garantire 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;

1.3.1.2 garantire assistenza con personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico;

1.3.1.3 garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda, fino a 1000 parti/anno, almeno 2 ostetriche per turno;

1.3.1.5 garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica h24;

1.3.1.6 garantire disponibilità di assistenza anestesiológica h24 all'interno della struttura ospedaliera;

1.3.1.7 garantire assistenza pediatrica/neonatologica h24;

1.3.1.8 garantire due sale travaglio - parto. Le sale travaglio - parto (riferimento LG ISPESL) devono essere 3 se il numero dei parti è > 1000/anno e 4 oltre i 2000 parti/anno;

1.3.1.9 garantire una sala operatoria, sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPESL);

1.3.1.10 garantire la presenza di area dedicata alla gestione del travaglio - parto fisiologico/naturale;

1.3.1.11 garantire la presenza di ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio, in accordo con la normativa regionale;

1.3.1.12 garantire terapia sub-intensiva alla gravida e alla puerpera;

1.3.1.13 garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale);

1.3.1.14 garantire esami di laboratorio e indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24.

1.3.2 La Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia di I Livello assicura le seguenti funzioni in quanto collegate al livello assistenziale:

1.3.2 garantire l'assistenza alla gravidanza e ai parti per epoca gestazionale \geq 34 settimane;

- 1.3.3 garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica h24;
- 1.3.4 garantire alla donna partorienti 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;
- 1.3.5 garantire un'adeguata assistenza all'evento "nascita" anche mediante tecniche di controllo del dolore, farmacologiche e non;
- 1.3.6 rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in e al sostegno dell'allattamento al seno;
- 1.3.7 garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;
- 1.3.8 garantire l'effettuazione di qualsiasi intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;
- 1.3.9 la struttura deve essere formalmente e funzionalmente collegata con i punti - nascita di II livello secondo il modello "hub e spoke";
- 1.3.10 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.
- 1.3.11 garantire il trasferimento a struttura di II livello delle gravide per le quali si preveda che il nascituro abbia bisogno di terapie intensive, salve le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo STEN.



2. U. O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA DI II LIVELLO

Si definiscono "Unità Operative Ostetricia di II livello" quelle che assistono gravidanza e parto (parti/anno > 1000) indipendentemente dal livello di rischio per madre e feto.

2.1 Requisiti strutturali

2.1.1 Le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale devono essere funzionalmente collegate fra loro in modo agevole.

2.1.2 Devono essere istituiti:

2.1.2.1 un blocco travaglio-parto (area travaglio - parto - sala operatoria ostetrica);

2.1.2.2 aree di degenza puerperale - nido - rooming-in - degenza neonatale.

Tali aree devono essere istituite sullo stesso piano dell'edificio o almeno allocate in piani differenti del medesimo edificio purchè ben collegati attraverso ascensori dedicati. Tali requisiti devono essere soddisfatti ogniqualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

2.1.3 Devono essere presenti tre sale travaglio - parto. Ogni sala travaglio-parto deve essere autosufficiente per: arredamento, attrezzatura (un cardiocografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da rendere possibile l'espletamento di almeno tre parti contemporaneamente (riferimento LG ISPEL) nonchè consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti.

2.1.4 Deve essere presente una sala operatoria sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPEL), salvo quanto previsto al punto 2.1.5.1.

2.1.5 Ulteriori standard di sicurezza necessari sono :

2.1.5.1 per un numero di parti >1200/anno deve essere garantita una seconda sala operatoria d'emergenza nella struttura ospedaliera;

2.1.5.2 devono essere presenti aree dedicate al pronto soccorso ostetrico;

2.1.5.3 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;

2.1.5.4 una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;

2.1.5.5 devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche ed aree dedicate a patologie materno-fetali, D.S.;

2.1.5.6 devono essere presenti ambulatori per la gravidanza a termine e per la gravidanza a rischio, ambulatori di ecografia ostetrica e di diagnostica strumentale;

2.1.5.7 deve essere disponibile, nel presidio ospedaliero, un servizio di rianimazione e di terapia intensiva generale;

2.1.5.8 se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali e percorsi dedicati;

2.1.5.9 si raccomanda ambulatorio anestesilogico ai fini della visita ed adeguata informazione alla paziente per partoanalgesia/TC programmato.

2.2 Requisiti tecnologici

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

	Accettazione	Travaglio-parto	Degenza	Ambulatorio
Ecografo	1	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 rilevatore 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

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

2.2.1 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 alla prevenzione e la sicurezza relative ai rischi connessi all'uso di tecnologie, agli ambienti di lavoro, all'impiantistica e agli infortuni sul lavoro devono essere continue e adeguate al contesto tecnologico utilizzato, con criteri di manutenzione dedicati (normativa ISO 9000 — manutenzione attrezzature).

2.2.2 All'interno dello stesso presidio devono essere disponibili le seguenti prestazioni diagnostiche: radiologia, le comuni analisi chimico-cliniche ed immunoematologiche.

2.3 Requisiti organizzativi

2.3.1 La Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia di II Livello deve:

- 2.3.1.1 garantire 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;
- 2.3.1.2 garantire assistenza con personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva ed eventuale pronta disponibilità pomeridiana. Si raccomandano due unità mediche h24 al di sopra dei 2000 parti/anno ;
- 2.3.1.3 garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomandano, 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;
- 2.3.1.4 garantire l'identificazione di un responsabile dedicato all'area ostetrica per la continuità e la qualità assistenziale;
- 2.3.1.5 garantire il funzionamento di un pronto soccorso ostetrico ginecologico h24;
- 2.3.1.6 garantire assistenza anestesiológica h24;
- 2.3.1.7 garantire guardia attiva, h24, con supporto di pronta reperibilità integrativa h24 da parte di neonatologi;
- 2.3.2 garantire tre sale travaglio — parto. Le sale travaglio-parto (riferimento LG ISPELS) devono essere 4 oltre i 2000 parti/anno;
- 2.3.3 garantire una sala operatoria sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPELS);
- 2.3.4 per un numero di parti >1200/anno deve essere garantita una seconda sala operatoria d'emergenza nella struttura ospedaliera;
- 2.3.5 garantire un'area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale;
- 2.3.6 garantire la presenza di ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale;
- 2.3.7 garantire la possibilità di ecografia nell'area travaglio parto e nell'area di accettazione-emergenza;
- 2.3.8 garantire terapia intensiva alla gravida e alla puerpera;
- 2.3.9 garantire il coordinamento S.T.A.M. in accordo con la programmazione regionale integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale;
- 2.3.10 garantire la possibilità di usufruire, anche attraverso una pronta disponibilità integrativa, di competenze specialistiche per la gravida (psicologica, cardiologica, neurologica, nefrologica, ecc.);

2.3.11 garantire h24 l'utilizzo di diagnostica per immagini, laboratorio d'urgenza ed emotrasfusioni.



3. UU. OO. NEONATOLOGICHE DI I LIVELLO

Si definiscono "Unità Operative pediatriche/neonatologiche di I livello" quelle che assistono neonati sani e i nati con patologia che non richiedano ricovero presso T.I.N. (U.O. di Neonatologia di II livello).

3.1 Requisiti strutturali

3.1.1 Le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale devono essere funzionalmente collegate fra loro in modo agevole.

3.1.2 Devono essere istituiti:

3.1.2.1 un blocco travaglio - parto (area travaglio - parto - sala operatoria ostetrica);

3.1.2.2 aree di degenza puerperale - nido - rooming-in - degenza neonatale.

Tali aree devono essere istituite sullo stesso piano dell'edificio o almeno allocate in piani differenti del medesimo edificio purchè ben collegati attraverso ascensori dedicati. Tali requisiti devono essere soddisfatti ogniquale volta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

3.1.2.3 Nell'area travaglio-parto deve essere possibile assistere contemporaneamente almeno due neonati in area dedicata (con "isole neonatali"), chiaramente identificata e facilmente accessibile, opportunamente attrezzata per la rianimazione neonatale.

3.1.2.4 In ciascuna isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico.

3.1.2.5 Le UU. OO. di neonatologia devono avere:

3.1.2.5.1 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;

3.1.2.5.2 area per la pulizia e sterilizzazione delle culle e delle incubatrici;

3.1.2.5.3 ambulatori e area D.H. per il follow-up, indagini strumentali di controllo post dimissione, ecc.;

3.1.2.5.4 Ulteriori standard di sicurezza necessari sono:

- 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 in osservazione e per l'allattamento;
- devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per la preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino;
- devono essere previsti ambulatori per follow-up e sostegno all'allattamento materno.

3.2 Requisiti tecnologici

3.2.1 Le Unità Operative di Pediatria/Neonatologia di primo livello devono possedere i seguenti requisiti:

Isola neonatale	<ul style="list-style-type: none"> • 2 lettini per rianimazione neonatale forniti di pannello radiante; 3 se il numero dei parti è >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 set NEO PUFF per ventilazione neonati • 3 set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per • incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico disponibili h24 • 2 saturimetri percutanei (disponibili) • 2 misuratore P.A. (disponibili) • 3 pompa a siringa (disponibili)
-----------------	--



4

	<ul style="list-style-type: none"> 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 STEN sarà lo stesso S.T.E.N. a mettere a disposizione culle da trasporto
Area degenza rooming-in: per Per >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 glicemia 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 a tal essere disponibili per 1000 nati/anno:	<ul style="list-style-type: none"> 6 incubatrici 10 culle 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 glicemia 1 bilirubinometro 1 misuratore P.A.
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

3.2.2. 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 alla prevenzione e alla 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).

3.2 Requisiti organizzativi

3.2.1 La U.O. di Neonatologia di I Livello deve:

3.2.1.1 disporre di risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate

3.2.1.2 garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in — degenza neonatale) affidata al pediatra - neonatologo;

3.2.1.3 garantire l'assistenza ai neonati di età gestazionale \geq 34 sett. senza alterazione dei parametri vitali;

3.2.1.4 garantire l'assistenza h24 da parte del neonatologo o del pediatra con provata competenza nell'assistenza neonatologica in sala parto con collaborazione, laddove richiesta e nelle situazioni di emergenza, dell'anestesista-rianimatore del presidio;

3.2.1.5 garantire un laboratorio d'emergenza attivo h24, con possibilità di eseguire tutti gli esami ematochimici, preferibilmente con micrometodi;

3.2.1.6 garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza;

- 3.2.1.7 garantire diagnostica per immagini nelle situazioni di emergenza.
- 3.2.2 Sono raccomandate come adeguate: 15 culle ogni mille nati/anno destinate ai neonati sani; posti letto: 4,5 ogni mille nati/anno, con dotazione di almeno 4 incubatrici;
- 3.2.3 La U.O. di Neonatologia di I Livello assicura le seguenti **funzioni** collegate ai livelli assistenziali:
- 3.2.3.1 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 richiesta;
- 3.2.3.2 garantire l'osservazione transizionale post-parto;
- 3.2.3.3 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;
- 3.2.3.4 garantire formalmente e funzionalmente assistenza collegata con T.I.N. di riferimento;
- 3.2.3.5 garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;
- 3.2.3.6 garantire l'assistenza immediata d'urgenza e la stabilizzazione ai neonati 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;
- 3.2.3.7 garantire accoglienza ai neonati ritrasferiti dalla T.I.N. di II livello referente per l'area;
- 3.2.3.8 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.;
- 3.2.3.9 garantire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto;
- 3.2.3.10 garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio;
- 3.2.3.11 concorrere con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita;
- 3.2.3.12 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.



ATTREZZATURE	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA SUB-INTENSIVA
Incubatrici	P.L. + 20%	50% P.L.
Respiratori	P.L. + 2 riserva	
O2 - CO2 transcutanea	P.L. + 2 riserva	
Monitor cardiorespirografico*	P.L. + 1 riserva	P.L.
Pompa di infusione	2x P.L. + 30% riserva	1 x P.L.
Aspiratori	P.L. + 10%	P.L.
Incubatrice da trasporto	2	
Apparecchio Rx dedicato (portatile)	1	
Ecografo (con ecodoppler)	1	
Apparecchiatura per terapia con Ossido Nitrico	SI	
Apparecchiatura per trattamento ipotermico	SI	
Possibilità sterilizzazione incubatrici	SI	
Possibilità effettuazione alimentazione enterale	SI	
Disponibilità (24/24 ore) di tecnologie avanzate	SI	

*I monitor cardiorespirografici devono avere moduli per saturimetria, PA cruenta (TIN) e incruenta.

4.2.2 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 alla prevenzione e alla 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).

4.2.3 Ulteriori standard tecnologici sono i seguenti:

Isola neonatale	•	3 lettini per rianimazione neonatale forniti di pannello radiante;
	•	3 erogatori di O ₂ , aria compressa e sistema di aspirazione
	•	3 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali
	•	3 set NEO PUFF per ventilazione neonati
	•	3 set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico disponibili h24
	•	3 saturimetri percutanei (disponibili)
	•	3 misuratore P.A. (disponibili)
	•	3 pompa a siringa (disponibili)
		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

11



Area degenza nido - rooming- in e patologia intermedia		stessi requisiti richiesti per le U.O. di Pediatria e Neonatologia di I livello.
--	--	--

4.3 Requisiti Organizzativi

4.3.1. La U.O. di Neonatologia di II Livello deve:

- 4.3.1.1 disporre di risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;
- 4.3.1.2 garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in, degenza neonatale, T.I.N.), affidata al pediatra - neonatologo;
- 4.3.1.3 garantire l'assistenza ai neonati fisiologici e patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva;
- 4.3.1.4 garantire T.I.N. e terapia sub-intensiva con posti letto secondo attribuzioni del Piano Regionale;
- 4.3.1.5 garantire guardia attiva h24, con supporto di pronta reperibilità integrativa h24 da parte di pediatri-neonatologi;
- 4.3.1.6 garantire la possibilità di usufruire h24 del servizio emotrasfusionale e del laboratorio con possibilità di eseguire tutti gli esami ematochimici, preferibilmente con micrometodi;
- 4.3.1.7 garantire l'integrazione nel sistema emergenza (STEN) sulla base del Piano Regionale STEN;
- 4.3.1.8 garantire la possibilità di attivare, h24, in rapporto alle esigenze emergenti e in base alle convenzioni sottoscritte, consulenze e interventi di cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia ricostruttiva, oculistica, valutazione emodinamica, broncoscopia, ecc.;
- 4.3.1.9 garantire la possibilità di effettuare diagnostica per immagini h24.

4.4 La U.O. di Neonatologia di II Livello assicura le seguenti funzioni collegate ai livelli assistenziali sono le seguenti:

- a) garantire l'assistenza in sala parto, fin dalla nascita, con garanzia di rianimazione primaria neonatale h24;
- b) garantire l'osservazione transizionale post-parto;
- c) assistere i soggetti "inborn" e "outborn" necessitanti di assistenza intensiva, di qualsiasi peso o età gestazionale:
 - neonati in ventilazione assistita intubati o non;
 - 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 trasporto 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;
- d) garantire il coordinamento con le strutture di I livello funzionalmente collegate;
- e) garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;
- f) garantire il coordinamento con lo S.T.E.N.;
- g) applicazione di protocolli nazionali/regionali;
- h) garantire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno e il contatto precoce dopo il parto;
- i) garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio;
- j) concorrere 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;
- k) garantire elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatri e ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit;

12



l) 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 UU.OO. di II livello devono far parte di strutture con adeguate articolazioni funzionali e organizzative, in grado di garantire, per la madre e per il neonato, le massime competenze diagnostico-terapeutiche a livello sub-specialistico oppure devono essere funzionalmente collegate con tali strutture mediante 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 UU.OO. chirurgiche sub-specialistiche, dovrà essere adeguata la dotazione dei posti letto.

5. CRITERI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLE UU.OO. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA E DI PEDIATRIA/NEONATOLOGIA

5.1 I Punti nascita (Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria/Neonatologia) delle strutture pubbliche e private, gli IRCCS privati e gli Enti Ecclesiastici devono rispettare i requisiti di cui al presente regolamento, nonché quelli del Regolamento regionale 23 luglio 2019, n. 16 e del Regolamento regionale n.3/2005, purché non siano in contrasto con il presente regolamento.

5.2 Le strutture pubbliche e private, gli IRCCS privati e gli Enti Ecclesiastici possono richiedere, congiuntamente, il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale con unico procedimento, nel rispetto di quanto stabilito all'articolo 24, comma 2 della legge 02/05/2017, n. 9 e ss.mm.ii.

5.3 In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 29 comma 5, lettere a) e b), della legge regionale le Aziende sanitarie locali, le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli IRCCS pubblici e gli Istituti privati e gli Enti ecclesiastici, qualora le Unità Operative di "Ostetricia e Ginecologia" e "Pediatria" siano inserite nella programmazione sanitaria, sono tenute ad adeguare le predette Unità Operative ai requisiti minimi di cui al presente regolamento, nel rispetto delle fasi e dei termini di seguito indicati:

5.3.1 Entro tre mesi dalla data dell'entrata in vigore del presente regolamento, le Aziende, gli Istituti e gli Enti di cui sopra predispongono e trasmettono al Servizio "Strategie e Governo dell'Offerta", di seguito denominato SGO, un piano di adeguamento ai requisiti con l'indicazione dei tempi necessari all'attuazione del piano stesso (c.d. cronoprogramma). In ogni caso l'adeguamento da realizzare in conformità al piano presentato ed approvato deve essere completato entro e non oltre il 31/12/2021.

5.3.2 I piani di adeguamento presentati devono essere approvati dalla Giunta Regionale entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine di presentazione, previa istruttoria svolta dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta e dalla Sezione Risorse strumentali e tecnologiche. In caso di mancata presentazione del piano entro il termine stabilito al punto precedente ovvero nel caso in cui nei successivi tre mesi la Giunta Regionale, esaminato il piano di adeguamento, decida di non approvarlo viene disposta la sospensione dell'attività della Unità Operativa interessata con determinazione dirigenziale della Sezione SGO.

5.4 Entro il 30/09/2020 la Giunta Regionale deve approvare i piani di adeguamento presentati successivamente al termine previsto al punto 5.3 ovvero non approvati nello stesso termine, previa valutazione delle controdeduzioni presentate dal Direttore generale o dal legale rappresentate dell'Ente.

5.5 I Direttori Generali e/o i legali rappresentanti, attuato il piano di cui al punto 5.3, presentano alla Regione istanza di accreditamento. Il Servizio Accreditamenti e Qualità attiva l'Organismo tecnicamente accreditante o comunque procede secondo quanto previsto all'art. 29, comma 9, della Legge regionale n. 9/2017 e ss.mm.ii.

5.6 Acquisito il parere favorevole secondo la procedura di cui al punto 5.5 il Servizio Accreditamenti e Qualità, con propria determinazione dirigenziale, accredita le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria/Neonatologia entro il 30/06/2022.

5.7 Dal 1/07/2022 la Regione, con provvedimento di Giunta regionale, alla dispone la chiusura delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria/Neonatologia per le quali le Aziende sanitarie locali, le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli IRCCS pubblici e gli Istituti privati e gli Enti ecclesiastici, non hanno provveduto all'adeguamento ai requisiti previsti dal presente regolamento revocando il

relativo accreditamento.

5.8 La Regione verifica il mantenimento dei requisiti di ciascuna Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia e Pediatria/Neonatologia accreditata secondo quanto previsto dall'art.24, comma 4, della Legge regionale n. 9/2017 e ss.mm.ii. con cadenza biennale, secondo le medesime procedure previste per l'accREDITAMENTO.

6. ABROGAZIONE DEI PUNTI B.01.1.13 E B.01.19 DEL REGOLAMENTO N. 3/2005

6.1 Sono abrogati i punti B.01.1.13 e B.01.19 del Regolamento n.3/2005 relativo alle Unità Operative di "Ostetricia e Ginecologia" e "Pediatria" a far data della pubblicazione sul B.U.R.P. del presente Regolamento.



Il presente allegato si compone
di n. 14 (quattordici) pagine
IL DIRIGENTE DI SEZIONE
(Giovanni Campobasso)