

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 2 dicembre 2011.

Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita.**L'ASSESSORE PER LA SALUTE**

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni sul riordino della disciplina in materia sanitaria;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" e la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie" per come ancora applicabile ai sensi dell'art. 32 della predetta legge regionale n. 5/09;

Visto il D.P.R. 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", che definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità in termini metodologici e prevede tra i requisiti generali richiesti alle strutture pubbliche e private che le stesse siano dotate di un insieme di attività e procedure concernenti la gestione, valutazione e miglioramento della qualità;

Visti gli accordi ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le Province di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale relativi agli anni 2009 e 2010 che prevedono rispettivamente al punto 9 (anno 2009) e 8 (anno 2010) la tutela della maternità e la promozione dell'appropriatezza del percorso nascita;

Vista la legge statale 15 maggio 1997 n. 127, in particolare l'art. 2 disposizioni in materia di stato civile e certificazione anagrafica recepita dalla Regione con l'art. 2 comma 3 della legge 7 settembre 1998 n. 23;

Visto il D.M. 24 aprile 2000 Adozione del progetto materno - infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000";

Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" che indica la necessità di individuare percorsi diagnostico-terapeutici sia per il livello di cura ospedaliera, sia per quello ambulatoriale;

Visto il decreto 18 gennaio 2006 "Rete regionale delle UTIN e delle neonatologie e linee guida per l'organizzazione del Servizio di trasporto emergenza neonatale (STEN)";

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 "Approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008", che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, e in particolare il punto 4.4 che promuove il Governo clinico quale strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive del S.S.N., allo scopo di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica;

Visto il Piano sanitario nazionale 2006-2008 che individua al punto 5.1 "La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza", la riduzione del ricorso al taglio cesareo,

raggiungendo il valore del 20%, in linea con i valori medi europei, attraverso la definizione di Linee guida nazionali per una corretta indicazione al taglio cesareo, l'attivazione di idonee politiche tariffarie per scoraggiarne il ricorso improprio;

Visto l'art. 1, comma 796, lett. b), della legge 27 dicembre 2006 n. 296, ai sensi del quale gli interventi, individuati dal Piano "sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste, possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione in materia di programmazione sanitaria";

Viste le raccomandazioni dell'O.M.S. inerenti lo standard minimo di attività per i punti nascita corrispondente a 500 parti/anno;

Visto il decreto 15 giugno 2009, n. 1150, recante "Indirizzi e criteri per il riordino, la rifunzionalizzazione e la riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale", con il quale sono stati approvati i criteri per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri di cui all'allegato 1 e le regole per il governo del sistema ospedaliero regionale e relative attività di controllo di cui all'allegato 2 dello stesso decreto;

Visto l'art. 2 del medesimo decreto che, per il perseguimento degli obiettivi del Piano e sulla base delle proposte delle aziende sanitarie della Regione, conferma fra l'altro l'obbligo dei direttori generali di avviare la rideterminazione delle piante organiche aziendali in funzione dei processi di ristrutturazione organizzativa, tenendo conto sia degli accorpamenti sia della rifunzionalizzazione dei presidi ospedalieri, anche perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale;

Visto il Patto per la salute 2010-2012 giusta intesa della conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni che prevede, tra l'altro, la riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;

Visto il piano di riordino della rete ospedaliera declinato a livello delle singole aziende con specifici provvedimenti del 25 maggio 2010;

Visto il decreto n. 1827 del 14 luglio 2010 "Rideterminazione tariffe parto" con il quale sono ridefinite le tariffe del parto cesareo, del parto fisiologico e in analgesia e contestualmente sono fornite indicazioni alle donne sulla scelta consapevole del parto cesareo;

Vista la convenzione stipulata in data 11 giugno 2010 tra la Regione siciliana e l'Ospedale Bambino Gesù di Roma per l'istituzione del "Centro cardiologico pediatrico del mediterraneo", temporaneamente allocata presso il presidio ospedaliero di Taormina, al fine di perseguire la capacità del S.S.R. di soddisfare pienamente la domanda del proprio bacino di utenza nonché dell'eccellenza e dello sviluppo dei servizi sanitari pediatrici con particolare riferimento alla cardiocirurgia pediatrica;

Visto l'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" nonché quanto previsto nella linea di azione 1 "Misure di politica sanitaria e di accreditamento (Allegati 1a - 1b - 1c)";

- razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle UU.OO. ostetrico-ginecologiche con

quelle neonatologiche/pediateriche, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali;

- attivazione, completamento e messa a regime del sistema di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN);
- adozione, laddove già non previsto dalle normative regionali in materia, di procedure di autorizzazione ed accreditamento istituzionale delle strutture sulla base dei criteri di individuazione dei requisiti concernenti i differenti livelli di assistenza ostetrica e neonatale, compreso la definizione delle risorse umane sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale;
- strategie di incentivazione/disincentivazione economica, incentrate su rimodulazione tariffaria e abbattimento oltre soglie di appropriatezza;
- adeguamento delle reti consultoriali regionali secondo quanto stabilito dalla legge 34/96 e adeguamento degli organici;
- presenza di obiettivi specifici nella valutazione dei direttori generali, dei direttori di dipartimento e di U.O.C.;

Visto, in particolare, quanto previsto nella linea di azione 1 dell'accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 "Misure di politica sanitaria e di accreditamento Allegato 1a" ...si raccomanda di adottare stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1.000 nascite/anno quale parametro standard cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita.

La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e comunque non al di sotto di 500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate con rilevanti difficoltà di attivazione dello STAM.

È infine necessario che in connessione con la riorganizzazione dei punti nascita si proceda ad un parallelo ridisegno delle unità operative di assistenza neonatale, corrispondenti per intensità di livello assistenziale ai punti nascita, nonché all'assicurazione dei servizi di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN);

Visto il decreto n. 3137 del 22 dicembre 2010, con il quale sono assegnate sul capitolo 413322 del bilancio regionale esercizio 2010 le risorse finanziarie necessarie all'attivazione e implementazione per la linea di attività riguardante i progetti STEN e STAM approvati con decreto n. 2175/10 per il raggiungimento degli obiettivi sanitari di piano anno 2010;

Visti i verbali con i quali il tavolo tecnico appositamente costituito, ha approvato il documento di riassetto e di rimodulazione della rete materno-infantile sul piano complessivo, comprensivo degli allegati concernenti anche gli standard previsti nel predetto documento;

Visto il Piano sanitario regionale 2011/2013 e specificatamente quanto previsto al punto 9.2.1 "Messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell'assistenza al parto e al neonato": "Nell'ambito della riqualificazione della rete ospedaliera e territoriale, la Regione, in linea con gli orientamenti programmatori nazionali e internazionali, intende rimodulare la rete materno-infantile per garantire adeguati standard di qualità relativamente all'organizzazione ed alle funzioni collegate all'assistenza.

Il processo di riorganizzazione della rete assistenziale materno-infantile è finalizzato ad attuare progressivamen-

te, nel triennio di validità del presente Piano, le "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" della Conferenza Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

A tal fine, recependo già le indicazioni di detto documento tecnico, la riorganizzazione della rete dei punti nascita dovrà essere articolata su due livelli assistenziali.

La costruzione della rete si basa sul principio della continuità assistenziale intesa come omogeneità dell'assistenza erogata attraverso percorsi specifici per gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio nonché realizzando un sistema fortemente integrato tra i vari livelli istituzionali sia in ambito sanitario sia sociosanitario e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le diverse strutture che operano in ospedale, nel distretto sanitario/sociosanitario e ospedaliero e gli altri servizi attivi nell'ambito dell'area materno-infantile.

L'obiettivo è di migliorare il livello dei LEA, gli indicatori di efficacia, di efficienza e di appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate, con particolare riferimento al numero dei parti cesarei garantendo maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini.

A tal fine il presente Piano si prefigge di riorganizzare le UU.OO di ostetricia e ginecologia, pediatria, neonatologia e terapia intensiva neonatale, organizzandone i livelli di assistenza anche in relazione alla complessità dell'attività svolta e all'organizzazione in rete dei servizi per patologia, volume e complessità.

Per quanto concerne la riorganizzazione delle UU.OO di ostetricia e ginecologia, in considerazione della disomogenea e talvolta anomala distribuzione territoriale delle stesse, il presente Piano intende valorizzarne ulteriormente il collegamento funzionale con la rete regionale di emergenza e potenziare il Servizio di trasporto per le emergenze neonatali (STEN) e Servizio di trasporto assistito materno (STAM) su base regionale, allo scopo di garantire ottimali livelli di efficacia, efficienza ed economicità gestionale.

Nell'ambito del più ampio processo di riqualificazione del percorso materno-infantile, con specifico provvedimento sarà definito il programma di dettaglio di riorganizzazione e "messa in sicurezza" dei punti nascita ove si terrà conto delle indicazioni contenute nel documento di indirizzo nazionale attraverso un percorso graduale d'integrazione del territorio a garanzia di sicurezza della madre e del bambino, tendendo progressivamente all'allineamento con gli standard nazionali. Contestualmente saranno riqualificate le Neonatologie con particolare riferimento ai requisiti organizzativi e tecnologici. In questo contesto, merita un'attenzione particolare la riorganizzazione delle UTIN (Unità di terapia intensiva neonatale) anche sotto l'aspetto della formazione specifica per gli operatori.;

Visto ancora il Piano sanitario regionale 2011/2013 e specificatamente quanto previsto al punto 9.2.1 "Messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell'assistenza al parto e al neonato" relativo ai criteri generali per la disattivazione/mantenimento dei punti nascita:

Nella prima fase di attuazione delle azioni volte a migliorare in termini di sicurezza, appropriatezza e qualità del percorso nascita per raggiungere gradualmente gli standard previsti dal citato documento tecnico del Ministero della salute, si è ritenuto di recepire le indica-

zioni dell'O.M.S., e le conformi prescrizioni nazionali (cfr. D.M. 24 aprile 2000 relativo all'adozione del progetto obiettivo materno-infantile), che fissano il livello minimo per ciascun punto nascita in almeno 500 parti annui, salve le eccezioni su cui infra.

Ed invero i punti nascita - presenti, in particolar modo, nell'Italia centrale e meridionale - con un numero di parti inferiori a 500, rappresentano ancora una quota intorno al 30% del totale; in tali strutture, inoltre, il numero di parti è esiguo (la media è inferiore ai 300 parti/anno) e rappresenta meno del 10% dei parti totali.

Partendo da tali premesse, il programma di "messa in sicurezza" e di costruzione della rete deve tenere conto non soltanto del numero dei parti/anno ma anche dell'andamento dell'attività ostetrica e ginecologica di tutte le strutture sanitarie pubbliche e private della Regione relativamente agli anni 2005-2009, come risultante dalle S.D.O. e dalla caratterizzazione quali-quantitativa di quest'ultima, e dovrà essere attuato sulla base delle seguenti direttrici:

1. la disattivazione dei punti nascita con numero di parti inferiore a 500/anno;
2. l'accorpamento delle unità operative sedi di punti nascita ancorché con numero di parti di 500 o più annui se vicini da realizzarsi nella struttura che presenta le migliori condizioni di sicurezza (Utin, rianimazione etc.).

In questa fase programmatoria, per la quale si terrà conto dei parametri e criteri sopra indicati, sarà fissato tuttavia il numero di almeno 1000 parti/anno quale parametro standard cui tendere progressivamente nel triennio;

Visto il decreto n. 1868 del 30 settembre 2011 "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita";

Considerato che il documento preliminare sui contenuti del nuovo Piano sanitario nazionale 2010-2012 prevede al punto 12.1 che saranno analizzati gli aspetti relativi alla sicurezza e alla umanizzazione del parto, al ricorso alla partoanalgesia e alla diminuzione dei tagli cesarei, alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno, alla razionalizzazione della rete dei punti nascita e delle Unità operative pediatriche-neonatologiche e delle Terapie intensive neonatali, al trasporto materno e neonatale;

Considerato che l'eccessivo ricorso al taglio cesareo ha portato l'Italia ad occupare il primo posto tra i paesi europei, superando i valori europei riportati nel rapporto Euro-Peristat sulla salute materno-infantile del dicembre 2008. In Italia nel 2008 il valore era del 38,4% con notevoli variazioni per area geografica, con presenza di valori più bassi nell'Italia settentrionale e più alti nell'Italia centrale e meridionale;

Considerato che in Italia nel 2008 sono stati effettuati circa 220.000 interventi di taglio cesareo il cui ricorso comporta un rischio di morte materna di 3-5 volte superiore rispetto al parto vaginale e con morbosità puerperale di 10-15 volte superiore;

Considerato che in Sicilia nel 2009 erano complessivamente presenti 70 punti nascita determinando una eccessiva frammentazione delle strutture di offerta nonché un sovradimensionamento delle unità operative con posti letto caratterizzati da bassi volumi di attività (circa il 40% con numero di parti inferiore a 500/anno);

Considerato che l'obiettivo della programmazione è di indicare i criteri per la definizione dei livelli e delle forme dell'offerta, per la produzione efficiente dei servizi, per garantire uniformità dei servizi nel territorio al fine di garantire la concentrazione dei livelli di attività e della

casistica correlata consentendo di conseguenza un'elevata esperienza professionale;

Ritenuto indispensabile a completamento dell'attività svolta presso il presidio ospedaliero "San Vincenzo" di Taormina dal "Centro cardiologico pediatrico del mediterraneo", istituire presso il predetto presidio la U.O. di UTIN con posti letto, al fine di perseguire la capacità del S.S.R. di soddisfare pienamente la domanda del proprio bacino di utenza nonché dell'eccellenza e dello sviluppo dei servizi sanitari pediatrici con particolare riferimento alla cardiocirurgia pediatrica;

Ritenuto di fondamentale importanza analizzare i dati di attività dell'ultimo quinquennio, al fine di valutare criticamente il mantenimento/disattivazione dei punti nascita pubblici e privati accreditati con un numero di parti inferiori a 500, definendo per ognuno il trend di attività e valutandone contestualmente l'attività sia sull'appropriatezza delle prestazioni sia al ruolo di riferimento provinciale che assolvono, ritenendo pertanto non esaustivo come standard l'esclusivo riferimento del numero dei parti/anno;

Ritenuto di dovere procedere a una riorganizzazione della rete assistenziale materno infantile, con particolare riferimento ai punti nascita, sviluppando contestualmente azioni per la promozione della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, facendo anche riferimento all'attività ginecologica svolta secondo le linee d'indirizzo del PSR sull'organizzazione in rete dei servizi per patologia, volume e complessità;

Ritenuto conseguenzialmente di dovere fare riferimento per la programmazione della rete dei punti nascita al PSR e all'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" e ai relativi allegati;

Ritenuto di riorganizzare la rete dei punti nascita su due diversi livelli organizzativi prevedendo un I livello e un II livello con standard operativi differenziati;

Rilevato comunque che la possibilità di pervenire a deroghe rispetto al limite di 1.000 parti/anno, come previsto nell'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, è legato alle strutture con un numero comunque non al di sotto di 500 parti/anno e che pertanto deve già disporsi che i direttori generali, nel triennio di validità del PSR, effettuino un monitoraggio annuale al fine di verificare il raggiungimento del numero minimo di 1000 parti/anno;

Ritenuto, altresì, di dovere, in questa fase programmatoria, mantenere i punti nascita con almeno 500 parti/anno, fissando tuttavia il numero di almeno 1.000 parti/anno, quale parametro standard a cui progressivamente tendere nel triennio, per il mantenimento dei punti nascita al fine di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica;

Ritenuto di dovere garantire la continuità assistenziale intesa come omogeneità dell'assistenza erogata, perseguendo modelli di continuità assistenziali che consentano la distinzione tra la gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio, attivando in tal senso un sistema fortemente integrato al fine di una collaborazione funzionale tra i vari livelli istituzionali, sinergizzando le attività territoriali e ospedaliere e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative, il distretto territoriale e ospedaliero, i consultori familiari e gli altri servizi attivi nell'ambito dell'area materno-infantile;

Ritenuto specificatamente fare riferimento per quanto attiene l'integrazione ospedale-territorio a quanto previsto nell'allegato 3 all'accordo Stato-Regioni 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";

Ritenuto conseguenzialmente di procedere alla disattivazione dei punti nascita pubblici e privati accreditati con numero di parti inferiori a 500/anno calcolati sulla media del quinquennio 2006/2010, e di procedere all'accorpamento delle unità operative dei punti nascita ancorchè con un numero di parti di 500/anno se vicini e comunque da realizzarsi nella struttura che garantisce condizioni e standard di sicurezza per la presenza delle UU.OO. di Utin, rianimazione e pediatria;

Considerato che fra gli obiettivi assegnati ai direttori generali per l'anno 2011 è stato specificatamente identificato il raggiungimento della percentuale di parto cesareo fissato al 20% sui parti primari;

Ritenuto, altresì, procedere, come previsto al punto 10 dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, alla costituzione del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNr) per il percorso nascita e del Comitato Percorso Nascita Aziendale/Locale (CPNa) uno per ognuna delle tre aree territoriali regionali (orientale, centrale, occidentale) che sarà coordinato dal CPNr e ritenuto che il CPNr va costituito come di seguito:

- DG sanità o referente
- DG aziendale
- Referente flussi informativi CeDAP e SDO
- Referente regionale programmazione ospedaliera
- Referente regionale programmazione territoriale
- Referente regionale programmazione emergenza/urgenza
- Referente regionale qualità
- Referenti dirigenti di ostetricia e ginecologia
- Referenti dirigenti di pediatria e neonatologia
- Referente professione ostetrica
- Referente direttore UOC anestesia e rianimazione
- Referente professione infermieristica
- Referente Mmg
- Referente Pls
- Rappresentante utenza

e che il CPNa va costituito come di seguito:

- DG aziendale
- Capo dipartimento
- Referenti direttore UOC ostetricia e ginecologia
- Referenti direttore UOC pediatria e neonatologia
- Referente direttore UOC anestesia e rianimazione
- Referente direttori di distretto
- Referente coordinatori CF
- Referente Mmg
- Referente Pls
- Referente professione infermieristica
- Referente professione ostetrica
- Rappresentante utenza;

Ritenuto utile che il Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNr) operi anche al fine di valutare la performance delle strutture pubbliche e private accreditate attraverso audit clinico per la valutazione della qualità del servizio e delle prestazioni erogate;

Ritenuto conseguentemente che nel caso in cui non sia mantenuto lo standard della percentuale di parto cesareo del 20% sui parti primari, di procedere sia per le strutture pubbliche sia private accreditate ad un abbattimento tariffario a datare dall'1 gennaio 2012, le cui modalità saranno definite con successivo provvedimento;

Ritenuto indispensabile adottare come strumento routinario di lavoro per le U.O. e di verifica del Comitato Percorso Nascita Regionale l'utilizzo della scala di Robson quale metro di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni effettuate dalle strutture pubbliche e private accreditate;

Ritenuto di prioritaria importanza provvedere ad avviare percorsi di formazione e aggiornamento, coinvolgendo attivamente anche le società scientifiche, di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita;

Ravvisata la necessità di implementare il sistema di elaborazione e diffusione di linee guida, protocolli assistenziali e raccomandazioni sulla sicurezza del percorso nascita e sul taglio cesareo;

Ravvisata pertanto, la necessità, di modificare la rete dei punti nascita secondo quanto già definito nei singoli decreti di rimodulazione del 25 maggio 2010, fermo restando le relative previsioni in quanto qui non modificate, al fine di renderli coerenti con le prescrizioni normative sopra richiamate e per quanto attiene i punti nascita di Lipari e Pantelleria si terrà conto delle eventuali modifiche in dipendenza delle determinazioni adottate dal Ministero della Salute con il Piano Nazionale Isole Minori, declinando la rete regionale per singola provincia come da allegato 1 in ragione della diversa modalità organizzativa adottata;

Ravvisata la necessità di provvedere, nelle aziende in cui vengono disattivati punti nascita, alla riorganizzazione del "percorso nascita", per offrire alle mamme e ai neonati una migliore qualità dell'assistenza e della presa in carico completa dal concepimento fino al periodo immediatamente precedente al parto, a tal fine i direttori generali di intesa con il Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNr) e il Comitato Percorso Nascita Aziendale/Locale (CPNa) dovranno produrre un proprio piano aziendale in cui siano definite le strutture e le modalità attraverso cui il percorso nascita potrà essere assicurato nel territorio anche sulla base delle caratteristiche della popolazione di riferimento;

Ravvisata la necessità di prevedere, per i punti nascita con 500/parti anno una gestione dipartimentale del personale assegnato, ai fini della crescita e del mantenimento dei livelli di competenza professionale, sia operando una rotazione dello stesso all'interno dei presidi del dipartimento materno-infantile sia prevedendo programmi di formazione e addestramento professionale obbligatorio;

Ritenuto che alla luce delle disposizioni normative e delle condizioni sopra richiamate, i punti nascita pubblici e privati accreditati sono quelli definiti nel presente decreto e come declinati per provincia nell'allegato 1, facente parte integrante del presente provvedimento, recante il Piano di rimodulazione della Rete regionale dei punti nascita;

Ritenuto che la rete regionale dei punti nascita in Sicilia va organizzata in 42 Unità Operative di diversa complessità e livelli di attività (hub e spoke), come di seguito indicato salvo ulteriori eventuali riduzioni e/o accorpamenti che dovessero intervenire in seguito all'applicazione dei piani attuativi presentati dai direttori generali e dalle strutture private accreditate fermo restando il limite minimo di 500 parti/anno;

1. 15 Punti nascita di II livello:

AMBITO TERRITORIALE	PROVINCIA	PRESIDIO	SEDE	N.	TOT.
SICILIA OCCIDENTALE	Provincia di Agrigento	"San Giovanni Di Dio"	Agrigento	1	6
	Provincia di Trapani	"S. Antonio Abate"	Trapani	1	
	Provincia di palermo	ARNAS "Civico"	Palermo	4	
		V. Sofia/Cervello	Palermo		
		AOUP "Giaccone"	Palermo		
	Buccheri La Ferla	Palermo			
SICILIA CENTRALE	Provincia di Caltanissetta	"Vittorio Emanuele"	Gela	1	2
	Provincia di Enna	"Umberto I"	Enna	1	
SICILIA ORIENTALE	Provincia di Catania	ARNAS "Garibaldi"	Catania	3	7
		"Cannizzaro"	Catania		
		AOUP "Vittorio Emanuele"	Catania		
	Provincia di Messina	"Papardo/Piemonte"	Messina	2	
		AOUP "Martino"	Messina		
	Provincia di Ragusa	"Civile Arezzo"	Ragusa	1	
Provincia di Siracusa	"Umberto I"	Siracusa	1		
Totale				15	

2. 27 Punti nascita di I livello:

AMBITO TERRITORIALE	PROVINCIA	PRESIDIO	SEDE	N.	TOT.
SICILIA OCCIDENTALE	Provincia di Agrigento	"Barone Lombardo"	Canicattì	2	12
		"Civili Riuniti"	Sciacca		
	Provincia di Palermo	"G. F. Ingrassia"	Palermo	8	
		"S. Cimino"	Termini		
		"Civico"	Partinico		
		Cdc "Candela"	Palermo		
		Cdc "Orestano"	Palermo		
		Cdc "Triolo Zanca"	Palermo		
		Cdc "Villa Serena"	Palermo		
	Cdc "Demma"	Palermo			
Provincia di Trapani	"Vittorio Emanuele II"	Castelvetrano	2		
	"S. Biagio"	Marsala			
SICILIA CENTRALE	Provincia di Caltanissetta	"S. Elia"	Caltanissetta	1	1
SICILIA ORIENTALE	Provincia di Catania	"Gravina"	Caltagirone	6	14
		"Maria SS Addolorata"	Biancavilla		
		"S. Marta e S. Venera"	Acireale		
		Cdc Gibiino	Catania		
		Cdc Falcidia	Catania		
		Cdc Gretter/Lucina	Catania		
	Provincia di Messina	"Barone Romeo"	Patti	4	
		"Generale"	Milazzo		
		"Generale"	Sant'Agata		
		"S. Vincenzo"	Taormina		
	Provincia di Ragusa	"Maggiore"	Modica	2	
		"R. Guzzardi"	Vittoria		
	Provincia di Siracusa	"Generale"	Lentini	2	
		"G. Di Maria"	Avola		
Totale				27	

Ritenuto di dovere puntualizzare che nei presidi nei quali sono rimodulati i punti nascita potrà continuarsi a garantire l'attività ginecologica e di assistenza per il percorso nascita soprattutto a livello ambulatoriale e di Day Hospital;

Considerato che il Servizio (STEN) per il trasporto dei neonati alle UTIN nella massima sicurezza possibile, consente di ridurre i rischi di mortalità e disabilità correlati con i danni perinatali ed è quindi requisito essenziale per il percorso nascita. Tale servizio è preposto anche al trasporto dei neonati pretermine e di quelli di peso molto basso, in quanto particolarmente a rischio di mortalità e di danni permanenti riconducibili ad una patologia respiratoria insorta o evidente alla nascita; in tali casi, la rianimazione alla nascita, la stabilizzazione delle condizioni cliniche e il trasporto assistito influenzano la possibilità e la qualità della sopravvivenza.

I Centri individuati dalla Regione per lo STEN intervengono su chiamata dei punti nascita e delle neonatologie, attraverso il coinvolgimento del servizio 118 e del personale medico ed infermieristico dedicato, operando sulla base di idonei protocolli operativi condivisi;

Stante tali considerazioni, il trasporto della gravida e del neonato deve ritenersi una componente essenziale della rete delle cure perinatali e pertanto al fine di salvaguardare la salute della donna del feto e del neonato, è

Punti STEN e STAM

AMBITO TERRITORIALE	PROVINCIA	PRESIDIO	SEDE	N.	TOT.
SICILIA OCCIDENTALE	Provincia di Agrigento	"San Giovanni Di Dio"	Agrigento	1	3
	Provincia di Trapani	"S. Antonio Abate"	Trapani	1	
	Provincia di Palermo	A.O. Villa Sofia-Cervello	Palermo	1	
SICILIA CENTRALE	Provincia di Caltanissetta	"Vittorio Emanuele"	Gela	1	2
	Provincia di Enna	"Umberto I"	Enna	1	
SICILIA ORIENTALE	Provincia di Catania	AOUP PO "S. Bambino"	Catania	1	5
	Provincia di Messina	"AOUP Martino"	Messina	2	
		"Barone Romeo"	Patti		
	Provincia di Ragusa	"Civile Arezzo"	Ragusa	1	
Provincia di Siracusa	"Umberto I"	Siracusa	1		

Ritenuto altresì al fine di privilegiare i più appropriati percorsi professionali, nello schema complessivo di riorganizzazione del percorso nascita, prevedere nelle dotazioni organiche delle aziende posti per infermieri con laurea in pediatria per i quali dovranno essere banditi appositi concorsi;

Ritenuto, altresì, di dovere disporre che i direttori generali delle aziende sanitarie provvedano ad un sistematico monitoraggio delle attività dei punti nascita con riferimento ai criteri di cui all'allegato 1 del decreto n. 1150/09, nonché al monitoraggio dei LEA, degli indicatori di efficacia, di efficienza e di appropriatezza, ed economicità delle prestazioni erogate, con particolare riferimento al tasso di parto cesareo, per individuare possibili modifiche per riqualificare i servizi sanitari, garantire maggiore soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini e al tempo stesso assicurare un più adeguato controllo della spesa, adeguando fin da subito i punti nascita, secondo il livello di complessità assegnato, agli standard infrastrutturali di cui all'allegato 3 al presente decreto;

Ritenuto di assegnare ai direttori generali delle aziende sanitarie il limite temporale massimo del 30 giugno 2012, nel quale presentare un apposito piano di riconversione, di intesa con il Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNr) e il Comitato Percorso Nascita Aziendale/Locale (CPNa), delle

necessario garantire un adeguato servizio di trasporto assistito materno e neonatale d'emergenza, STAM e STEN, che opereranno secondo le indicazioni di cui al protocollo operativo previsto nell'allegato 2;

Ravvisata la necessità che il Servizio (STAM) deve essere realizzato sulla base di un collegamento funzionale tra strutture territoriali e strutture di ricovero collegate in rete tra loro e con le reti regionali dell'emergenza-urgenza sanitaria territoriale (Servizio 118).

Per quanto possibile il trasporto materno deve essere programmato e prevedere il collegamento continuo tra struttura inviante e struttura ricevente. Il trasporto assistito materno può essere affidato, purchè in presenza di ostetrico e/o ginecologo, ai mezzi operativi afferenti ai dipartimenti di Emergenza-Urgenza (DEA) di I e II livello secondo le citate linee guida per il sistema di emergenza-urgenza del 1996, elaborate dal Ministero della salute in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992.

Ritenuto di identificare almeno in una prima fase il servizio STAM e il servizio STEN come di seguito dettagliato, ritenendo di potere procedere, in seguito alla prima identificazione, alla eventuale modifica delle sedi e dell'attività, prevedendo fin d'ora una riduzione del numero dei punti di STEN, sulla scorta dei risultati raggiunti, nel corso del prossimo triennio:

strutture interessate per l'accorpamento o la disattivazione dei punti nascita e di procedere entro il 30/09/2012 all'accorpamento o alla disattivazione dei predetti punti nascita secondo quanto previsto nel presente provvedimento;

Ritenuto di assegnare alle strutture private accreditate, il limite temporale massimo del 30/06/2012, nel quale presentare un apposito piano di riconversione, di intesa con il Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNr) e il Comitato Percorso Nascita Aziendale/Locale (CPNa), delle strutture interessate per l'accorpamento o la disattivazione dei punti nascita e di procedere entro il 30/09/2012 all'accorpamento o alla disattivazione dei predetti punti nascita secondo quanto previsto nel presente provvedimento;

Considerato che eventuali deroghe, in relazione di quanto previsto dal PSR, potranno essere stabilite in seguito alla presentazione dei piani di riconversione a datare dall'1 ottobre 2012;

Ritenuto di assegnare ai direttori generali delle aziende sanitarie l'attività di verifica dell'adozione di quanto previsto nell'apposito piano di riconversione delle strutture private accreditate interessate per l'accorpamento o la disattivazione dei punti nascita;

Ritenuto di doversi riservare con successivo provvedimento in base alle evidenze epidemiologiche, l'individuazione, presso i punti nascita di II livello, di centri regionali per

la diagnosi prenatale identificando anche i centri con compiti di coordinamento per l'area territoriale di competenza al quale ogni centro di diagnosi prenatale dovrà essere collegato, assicurando che, a sua volta, lo stesso deve essere collegato con il Registro nazionale delle malformazioni congenite al quale devono confluire dati di ogni centro di diagnosi prenatale regionale per le malformazioni congenite;

Ritenuto che 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 4000 nati/anno e tendenzialmente non saranno attivate U.T.I.N. con meno di 6 posti letto;

Ritenuto indispensabile assicurarsi l'attività di verifica, con periodicità annuale, e comunque nel corso del 2012, sugli adempimenti richiesti al direttore generale e sui risultati conseguiti, al fine di adottare, ove necessario, le eventuali modifiche alla rete materno - infantile;

Decreta:

Art. 1

È revocato il decreto n. 1868 del 30 settembre 2011 "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita".

Art. 2

La rete regionale dei punti nascita, viste le indicazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente richiamate e l'attività rilevata nel periodo 2006-2010, è costituita dai 42 punti nascita identificati nel presente piano di riordino, secondo le modalità e le indicazioni di cui agli allegati 1, 2 e 3 che costituiscono parte integrante del presente decreto come di seguito, salvo ulteriori eventuali riduzioni e/o accorpamenti che dovessero intervenire in seguito all'applicazione dei piani attuativi presentati dai direttori generali e da strutture private purchè sia rispettato il limite di 500 parti/anno, e fermo restando che nei presidi nei quali sono rimodulati i punti nascita potrà continuarsi a garantire l'attività ginecologica e di assistenza per il percorso nascita soprattutto a livello ambulatoriale e di Day Hospital:

1. 15 Punti nascita di II livello:

AMBITO TERRITORIALE	PROVINCIA	PRESIDIO	SEDE	N.	TOT.
SICILIA OCCIDENTALE	Provincia di Agrigento	"San Giovanni Di Dio"	Agrigento	1	6
	Provincia di Trapani	"S. Antonio Abate"	Trapani	1	
	Provincia di Palermo	ARNAS "Civico"	Palermo	4	
		V. Sofia/Cervello	Palermo		
		AOUP "Giaccone"	Palermo		
SICILIA CENTRALE	Provincia di Caltanissetta	"Vittorio Emanuele"	Gela	1	2
	Provincia di Enna	"Umberto I"	Enna	1	
SICILIA ORIENTALE	Provincia di Catania	ARNAS "Garibaldi"	Catania	3	7
		"Cannizzaro"	Catania		
		AOUP "Vittorio Emanuele"	Catania		
	Provincia di Messina	"Papardo/Piemonte"	Messina	2	
		AOUP "Martino"	Messina		
Provincia di Ragusa	"Civile Arezzo"	Ragusa	1		
Provincia di Siracusa	"Umberto I"	Siracusa	1		
Totale				15	

2. 27 Punti nascita di I livello:

AMBITO TERRITORIALE	PROVINCIA	PRESIDIO	SEDE	N.	TOT.
SICILIA OCCIDENTALE	Provincia di Agrigento	"Barone Lombardo"	Canicattì	2	12
		"Civili Riuniti"	Sciacca		
	Provincia di Palermo	"G. F. Ingrassia"	Palermo	8	
		"S. Cimino"	Termini		
		"Civico"	Partinico		
		Cdc "Candela"	Palermo		
		Cdc "Orestano"	Palermo		
		Cdc "Triolo Zanca"	Palermo		
		Cdc "Villa Serena"	Palermo		
	Cdc "Demma"	Palermo			
	Provincia di Trapani	"Vittorio Emanuele II"	Castelvetrano	2	
		"S. Biagio"	Marsala		

AMBITO TERRITORIALE	PROVINCIA	PRESIDIO	SEDE	N.	TOT.
SICILIA CENTRALE	Provincia di Caltanissetta	"S. Elia"	Caltanissetta	1	1
SICILIA ORIENTALE	Provincia di Catania	"Gravina"	Caltagirone	6	14
		"Maria SS Addolorata"	Biancavilla		
		"S. Marta e S. Venera"	Acireale		
		Cdc Gibiino	Catania		
		Cdc Falcidia	Catania		
		Cdc Gretter/Lucina	Catania		
	Provincia di Messina	"Barone Romeo"	Patti	4	
		"Generale"	Milazzo		
		"Generale"	Sant'Agata		
		"S. Vincenzo"	Taormina		
	Provincia di Ragusa	"Maggiore"	Modica	2	
		"R. Guzzardi"	Vittoria		
	Provincia di Siracusa	"Generale"	Lentini	2	
		"G. Di Maria"	Avola		
Totale				27	

Art. 3

È assegnato ai direttori generali delle aziende sanitarie il limite temporale massimo del 30 giugno 2012, nel quale presentare un apposito piano di riconversione, di intesa con il Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNr) e il Comitato Percorso Nascita Aziendale/Locale (CPNa), delle strutture interessate per l'accorpamento o la disattivazione dei punti nascita e di procedere entro il 30 settembre 2012 all'accorpamento o alla disattivazione dei predetti punti nascita secondo quanto previsto nel presente provvedimento.

Art. 4

È assegnato alle strutture private accreditate il limite temporale massimo del 30 giugno 2012, nel quale presentare un apposito piano di riconversione, di intesa con il Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNr) e il Comitato Percorso Nascita Aziendale/Locale (CPNa), delle strutture interessate per l'accorpamento o la disattivazione dei punti nascita e di procedere entro il 30 settembre 2012

all'accorpamento o alla disattivazione dei predetti punti nascita secondo quanto previsto nel presente provvedimento.

Art. 5

È assegnato ai direttori generali delle aziende sanitarie l'attività di verifica dell'adozione di quanto previsto nell'apposito piano di riconversione delle strutture private accreditate interessate per l'accorpamento o la disattivazione dei punti nascita, nel rispetto degli standard definiti all'allegato 3, cui progressivamente tendere nel triennio anche attraverso idonea programmazione delle risorse umane e finanziarie provvedendo tuttavia ad adeguare fin da subito i punti nascita, secondo il livello di complessità assegnato, agli standard infrastrutturali di cui all'allegato 3 al presente decreto.

Art. 6

Sono definite l'attivazione del sistema di trasporto STAM e contestualmente la messa a regime della rete dello STEN come di seguito:

Punti STEN e STAM

AMBITO TERRITORIALE	PROVINCIA	PRESIDIO	SEDE	N.	TOT.
SICILIA OCCIDENTALE	Provincia di Agrigento	"San Giovanni Di Dio"	Agrigento	1	3
	Provincia di Trapani	"S. Antonio Abate"	Trapani	1	
	Provincia di Palermo	A.O. Villa Sofia-Cervello	Palermo	1	
SICILIA CENTRALE	Provincia di Caltanissetta	"Vittorio Emanuele"	Gela	1	2
	Provincia di Enna	"Umberto I"	Enna	1	
SICILIA ORIENTALE	Provincia di Catania	AOUP PO "S. Bambino"	Catania	1	5
	Provincia di Messina	"AOUP Martino"	Messina	2	
		"Barone Romeo"	Patti		
	Provincia di Ragusa	"Civile Arezzo"	Ragusa	1	
Provincia di Siracusa	"Umberto I"	Siracusa	1		

Art. 7

L'Assessore per la salute provvede alla costituzione del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNr) e del Comitato Percorso Nascita Aziendale/Locale (CPNa) al fine di valutare la performance delle strutture pubbliche e private accreditate attraverso specifico audit clinico e nel caso in cui non venga mantenuto lo standard della percentuale di parto cesareo fissato per il 2011, 20% sui parti primari, procedere ad un abbattimento tariffario. I comitati sono così composti:

il CPNr è composto come di seguito:

- DG sanità o referente
- DG aziendale
- Referente flussi informativi CeDAP e SDO
- Referente regionale programmazione ospedaliera
- Referente regionale programmazione territoriale
- Referente regionale programmazione emergenza/urgenza
- Referente regionale qualità
- Referenti dirigenti di ostetricia e ginecologia
- Referenti dirigenti di pediatria e neonatologia
- Referente professione ostetrica
- Referente direttore UOC anestesia e rianimazione
- Referente professione infermieristica
- Referente Mmg
- Referente Pls
- Rappresentante utenza

il CPNa è composto come di seguito:

- DG aziendale
- Capo dipartimento
- Referenti direttore UOC ostetricia e ginecologia
- Referenti direttore UOC pediatria e neonatologia
- Referente direttore UOC anestesia e rianimazione
- Referente direttori di distretto
- Referente coordinatori CF
- Referente Mmg
- Referente Pls
- Referente professione infermieristica
- Referente professione ostetrica
- Rappresentante utenza.

Art. 8

I direttori generali d'intesa con il Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNr) e il Comitato Percorso Nascita Aziendale/Locale (CPNa) dovranno produrre un proprio piano aziendale in cui vengano definite le strutture e le modalità attraverso cui il percorso nascita potrà essere assicurato nel territorio anche sulla base delle caratteristiche della popolazione di riferimento.

In particolare nei distretti sede di disattivazione di punti nascita, dovranno attivare procedure e protocolli anche organizzativi al fine di garantire la continuità assistenziale, intesa come omogeneità dell'assistenza erogata, perseguendo modelli che consentano la distinzione tra gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio.

In tale senso dovrà essere attivato un sistema fortemente integrato per garantire il percorso materno-infantile attraverso una integrazione funzionale tra i vari livelli istituzionali, sinergizzando e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le attività territoriali e ospedaliere, i consultori familiari e gli altri servizi attivi nell'ambito dell'area materno-infantile.

Art. 9

I direttori generali della aziende sanitarie dovranno operare un monitoraggio annuale delle attività dei punti nascita con riferimento ai criteri di cui all'allegato 1, nonché ai LEA, degli indicatori di efficacia, di efficienza e di appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate, del tasso di parto cesareo, per identificare possibili modifiche per riqualificare i servizi sanitari, garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini e al tempo stesso assicurare un più adeguato controllo della spesa.

Art. 10

Il vincolo quantitativo di almeno 5.000 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 5.000 nati/anno può essere inferiore ma non al di sotto di 4.000 nati/anno e tendenzialmente non saranno attivate U.T.I.N. con meno di 6 posti letto.

Art. 11

I direttori generali al fine di privilegiare i più appropriati percorsi professionali, nello schema complessivo di riorganizzazione del percorso nascita, dovranno prevedere nelle dotazioni organiche delle aziende posti per infermieri con laurea in pediatria per i quali dovranno essere banditi appositi concorsi.

Art. 12

L'Assessore per la salute verificherà, con periodicità semestrale, gli adempimenti richiesti al direttore generale e i risultati conseguiti, al fine di adottare, ove necessario nel corso del 2013 le eventuali modifiche della rete materno-infantile ed il rispettivo livello assegnato alle singole strutture sulla scorta di raggiunti requisiti ad oggi non presenti.

Art. 13

Si fa carico al direttore generale dell'azienda sanitaria di dare in modo coordinato la più ampia e diffusa informazione agli utenti in ordine alla nuova articolazione ed allocazione dei punti nascita ospedalieri e dei servizi territoriali, al fine di garantire la continuità assistenziale e la sicurezza del percorso materno infantile.

Art. 14

Le linee di indirizzo che la Regione adotta per la programmazione della rete dei punti nascita, con le modifiche previste negli standard, sono quelle di cui all'accordo Stato-Regioni 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" e ai relativi allegati.

Art. 15

Si fa carico ai direttori generali delle aziende sanitarie di prevedere per i punti nascita con 500/parti anno che vengono confermati nel presente provvedimento una gestione dipartimentale del personale assegnato, ai fini della crescita e del mantenimento dei livelli di competenza professionale, operando una rotazione dello stesso

all'interno dei presidi del dipartimento materno-infantile e fermo restando, nel triennio di validità del PSR, il monitoraggio annuale dell'attività al fine di verificare il raggiungimento del numero minimo di 1.000 parti/anno per il mantenimento del punto nascita.

Art. 16

Si fa carico ai direttori generali delle aziende sanitarie di prevedere nei piani di riconversione programmi di formazione e addestramento professionale obbligatoria, specificando anche i contenuti, la durata e i metodi di verifica, coinvolgendo attivamente anche le società scientifiche, di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso, nonché implementare il sistema di elaborazione e diffusione di linee guida, protocolli assistenziali e raccomandazioni sulla sicurezza del percorso nascita e sul taglio cesareo, adottando come strumento routinario di lavoro per le U.O. e di verifica del Comitato Percorso Nascita Regionale l'utilizzo della scala di Robson quale metro di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni effettuate dalle strutture pubbliche e private accreditate.

Art. 17

È istituita presso il presidio ospedaliero "San Vincenzo" di Taormina la U.O. di UTIN con posti letto.

Art. 18

Eventuali deroghe, in relazione a quanto previsto dal PSR, potranno essere previste in seguito alla presentazione dei piani di riconversione a datare dall'1 ottobre 2012.

Art. 19

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 2 dicembre 2011.

RUSSO

Allegato 1

RETI PROVINCIALI PUNTI NASCITA

In seguito all'analisi effettuata sui dati di attività valutati per il periodo 2006-2010 nelle tabelle che seguono sono specificatamente indicati i punti nascita confermati per singola Provincia, mentre i valori riportati non configurano la sommatoria delle singole attività dei punti nascita per come oggi operanti ma rappresentano la stima dell'attività quinquennale dei punti nascita confermati conseguente alla riduzione degli stessi ed ai presumibili flussi delle gravide.

A.S.P. Agrigento

L'attività delle strutture pubbliche ad oggi esistenti è pari a 3551 parti calcolato quale valore medio degli ultimi cinque anni di attività.

L'attività delle strutture private ad oggi esistenti è pari a 153 parti calcolato quale valore medio degli ultimi cinque anni di attività.

Complessivamente l'attività del bacino provinciale è pari a 3704 parti calcolato quale stima del valore medio degli ultimi cinque anni il cui trend di attività è stabile.

PUNTO NASCITA ATTIVO	STIMA PARTI	LIVELLO	UTIN	STEN	STAM
Agrigento	2209	II	SI	SI	SI
Canicattì	844	I			
Sciacca	651	I			

La rete dei punti nascita in Provincia è rappresentata da 1 struttura di II livello e da 2 strutture di I livello, che potranno accogliere anche i parti provenienti dai punti nascita dismessi, presso i quali verrà in ogni caso garantita tutta l'attività relativa al percorso nascita con la sola esclusione dell'evento parto, nonché dalla attività di STEN e STAM.

A.S.P. Caltanissetta

L'attività delle strutture pubbliche ad oggi esistenti è pari a 2109 parti calcolato quale valore medio degli ultimi cinque anni di attività.

Nel territorio di competenza non sono attive case di cura private che effettuano attività ostetrico-ginecologica, pertanto complessivamente l'attività del bacino provinciale è pari a 2109 parti calcolato quale stima del valore medio degli ultimi cinque anni il cui trend di attività è stabile.

PUNTO NASCITA ATTIVO	STIMA PARTI	LIVELLO	UTIN	STEN	STAM
Gela	1454	II	SI	SI	SI
Caltanissetta	655	I			

La rete dei punti nascita in Provincia è rappresentata da 1 struttura di II livello e da 1 struttura di I livello, che potranno accogliere anche i parti provenienti dai punti nascita dismessi, presso i quali verrà in ogni caso garantita tutta l'attività relativa al percorso nascita con la sola esclusione dell'evento parto, nonché dalla attività di STEN e STAM.

Provincia e A.S.P. Catania

L'attività delle strutture pubbliche ad oggi esistenti è pari a 8997 parti calcolato quale valore medio degli ultimi cinque anni di attività.

L'attività delle strutture private ad oggi esistenti è pari a 3069 parti calcolato quale valore medio degli ultimi cinque anni di attività.

Complessivamente l'attività del bacino provinciale è pari a 12.066 parti calcolato quale stima del valore medio degli ultimi cinque anni il cui trend di attività è stabile.

Il Policlinico tendenzialmente dovrà concentrare le attività oggi esistenti, in un unico punto nascita entro 24 mesi.

PUNTO NASCITA ATTIVO	STIMA PARTI	LIVELLO	UTIN	STEN	STAM
Arnas garibaldi	2999	II	SI		
Cannizzaro	1179	II	SI		
AOUP "S. Bambino"	3091	II	SI	SI	SI
AOUP "Rodolico"	428				
Caltagirone	818	I	SI		
Biancavilla	530	I			
Acireale	825	I			
CDC Gibiino	503	I			
CDC Falcidia	755	I			
CDC Gretter/Lucina	938	I			

La rete dei punti nascita in Provincia è rappresentata da 3 strutture di II livello e da 6 strutture di I livello, che potranno accogliere anche i parti provenienti dai punti nascita dismessi, presso i quali verrà in ogni caso garantita tutta l'attività relativa al percorso nascita con la sola esclusione dell'evento parto, nonché dalla attività di STEN e STAM.

A.S.P. Enna

L'attività delle strutture pubbliche ad oggi esistenti è pari a 1483 parti calcolato quale valore medio degli ultimi cinque anni di attività.

Nel territorio di competenza non sono attive case di cura private che effettuano attività ostetrico-ginecologica pertanto complessivamente l'attività del bacino provinciale è pari a 1483 parti calcolato quale stima del valore medio degli ultimi cinque anni il cui trend di attività è stabile.

PUNTO NASCITA ATTIVO	STIMA PARTI	LIVELLO	UTIN	STEN	STAM
Enna	1483	II	SI	SI	SI

La rete dei punti nascita in Provincia è rappresentata da 1 struttura di II livello che potrà accogliere anche i parti provenienti dai punti nascita dismessi, presso i quali verrà in ogni caso garantita tutta l'attività relativa al percorso nascita con la sola esclusione dell'evento parto, nonché dalla attività di STEN e STAM.

Provincia e A.S.P. Messina

L'attività delle strutture pubbliche ad oggi esistenti è pari a 5337 parti calcolato quale valore medio degli ultimi cinque anni di attività.

Nel territorio di competenza non sono attive case di cura private che effettuano attività ostetrico-ginecologica pertanto complessivamente l'attività del bacino provinciale è pari a 5337 parti calcolato

quale stima del valore medio degli ultimi cinque anni il cui trend di attività è stabile

Il P.O. di Sant'Agata di Militello, nonostante al di sotto degli standard previsti di 500 parti/anno viene mantenuto poiché dovrà accogliere anche i parti provenienti dal punto nascita dismesso di Mistretta, fermo restando, presso quest'ultimo, tutta l'attività relativa al percorso nascita che verrà in ogni caso garantita con la sola esclusione dell'evento parto.

L'accorpamento delle unità operative sedi di punti nascita ancorché con numero di parti di 500 o più annui se vicini, quali Milazzo e Barcellona è da realizzarsi nella struttura che presenta le migliori condizioni di sicurezza (Utin, rianimazione etc).

PUNTO NASCITA ATTIVO	STIMA PARTI	LIVELLO	UTIN	STEN	STAM
Papardo / Piemonte	1565	II	SI		
AOUP	1050	II	SI	SI	SI
Patti*	702	I	SI	SI	SI
Milazzo	984	I			
Sant'Agata	500	I			
Taormina	536	I	SI		

La rete dei punti nascita in Provincia è rappresentata da 2 strutture di II livello e da 4 strutture di I livello, che potranno accogliere anche i parti provenienti dai punti nascita dismessi, presso i quali verrà in ogni caso garantita tutta l'attività relativa al percorso nascita con la sola esclusione dell'evento parto, nonché dalla attività di STEN e STAM, mentre per quanto attiene il punto nascita di Lipari si terrà conto delle eventuali modifiche in dipendenza delle determinazioni adottate dal Ministero della Salute con il Piano nazionale Isole Minori.

* Il punto nascita di Patti benché dotato di UTIN è classificato come I livello; tuttavia per la collocazione geografica deve ritenersi una componente importante della rete materno infantile e pertanto al fine di salvaguardare la salute della donna, del feto e del neonato e garantire un adeguato servizio di trasporto assistito materno e neonatale d'emergenza, è individuato quale sede di STAM e STEN che opereranno secondo le indicazioni di cui al protocollo operativo previsto nell'allegato 2.

Provincia e A.S.P. Palermo

L'attività delle strutture pubbliche ad oggi esistenti è pari a 9683 parti calcolato quale valore medio degli ultimi cinque anni di attività.

L'attività delle strutture private ad oggi esistenti è pari a 4119 parti calcolato quale valore medio degli ultimi cinque anni di attività.

Complessivamente l'attività del bacino provinciale è pari a 13.802 parti calcolato quale stima del valore medio degli ultimi cinque anni il cui trend di attività è stabile.

Il P.O. di Termini nonostante al di sotto degli standard previsti di 500 parti anno viene mantenuto poiché dovrà accogliere anche i parti provenienti dai punti nascita dismessi di Petralia e Cefalù fermo restando, presso questi ultimi, tutta l'attività relativa al percorso nascita che verrà in ogni caso garantita con la sola esclusione dell'evento parto.

La scelta di mantenere il punto nascita di Termini Imerese è dettata dall'esigenza di privilegiare la struttura pubblica anche considerata la mission principalmente oncologica prevista per la sperimentazione gestionale della fondazione "San Raffaele Giglio" di Cefalù nonché in considerazione dei minori tempi di percorrenza dal punto nascita di Petralia.

Si è altresì provveduto a identificare un solo punto nascita fra Alcamo e Partinico, definendo un protocollo di intesa interaziendale fra le A.S.P. di Palermo e Trapani che ha definito i reciproci rapporti e funzioni, fermo restando il mantenimento presso il P.O. di Alcamo di tutta l'attività relativa al percorso nascita.

PUNTO NASCITA ATTIVO	STIMA PARTI	LIVELLO	UTIN	STEN	STAM
Arnas Civico	2458	II	SI		
Villa Sofia Cervello	1804	II	SI	SI	SI
AOUP	1309	II	SI		
Buccheri	2163	II	SI		
Ingrassia	691	I	SI		
Termini	1040	I			
Partinico	1072	I			
CDC Candela	1053	I			

PUNTO NASCITA ATTIVO	STIMA PARTI	LIVELLO	UTIN	STEN	STAM
CDC Orestano	568	I			
CDC Villa Serena	819	I			
CDC Demma	622	I			

La rete dei punti nascita in Provincia è rappresentata da 4 strutture di II livello e da 8 strutture di I livello, che potranno accogliere anche i parti provenienti dai punti nascita dismessi, presso i quali verrà in ogni caso garantita tutta l'attività relativa al percorso nascita con la sola esclusione dell'evento parto, nonché dalla attività di STEN e STAM.

A.S.P. Ragusa

L'attività delle strutture pubbliche ad oggi esistenti è pari a 3564 parti calcolato quale valore medio degli ultimi cinque anni di attività.

Nel territorio di competenza non sono attive case di cura private che effettuano attività ostetrico-ginecologica pertanto complessivamente l'attività del bacino provinciale è pari a 3564 parti calcolato quale stima del valore medio degli ultimi cinque anni il cui trend di attività è stabile.

Si conferma il mantenimento delle strutture in atto esistenti.

PUNTO NASCITA ATTIVO	STIMA PARTI	LIVELLO	UTIN	STEN	STAM
Ragusa	1490	II	SI	SI	SI
Modica	1030	I			
Vittoria	1044	I			

La rete dei punti nascita in Provincia è rappresentata da 1 struttura di II livello e da 2 strutture di I livello, nonché dalla attività di STEN e STAM.

A.S.P. Siracusa

L'attività delle strutture pubbliche ad oggi esistenti è pari a 2629 parti calcolato quale valore medio degli ultimi cinque anni di attività.

L'attività delle strutture private ad oggi esistenti è pari a 400 parti calcolato quale valore medio degli ultimi cinque anni di attività.

Complessivamente l'attività del bacino provinciale è pari a 3029 parti calcolato quale stima del valore medio degli ultimi cinque anni il cui trend di attività è stabile.

PUNTO NASCITA ATTIVO	STIMA PARTI	LIVELLO	UTIN	STEN	STAM
Siracusa	1878	II	SI	SI	SI
Lentini	615	I			
Avola	536	I			

La rete dei punti nascita in Provincia è rappresentata da 1 struttura di II livello e da 2 strutture di I livello, che potranno accogliere anche i parti provenienti dai punti nascita dismessi, presso i quali verrà in ogni caso garantita tutta l'attività relativa al percorso nascita con la sola esclusione dell'evento parto, nonché dalla attività di STEN e STAM.

A.S.P. Trapani

L'attività delle strutture pubbliche ad oggi esistenti è pari a 2904 parti calcolato quale valore medio degli ultimi cinque anni di attività.

L'attività delle strutture private ad oggi esistenti è pari a 801 parti calcolato quale valore medio degli ultimi cinque anni di attività.

Complessivamente l'attività del bacino provinciale è pari a 3705 parti calcolato quale stima del valore medio degli ultimi cinque anni il cui trend di attività è stabile.

Il punto nascita di Alcamo ha effettuato nel quinquennio di riferimento un totale di 356 parti. Quest'ultimo dato colloca la struttura al di sotto degli standard previsti di 500 parti anno. Si è reso quindi necessario procedere alla disattivazione del predetto punto nascita, prevedendo tuttavia soluzioni organizzative e gestionali per facilitare il trasferimento delle attività presso il P.O. di riferimento di Partinico attraverso un protocollo di intesa interaziendale fra le A.S.P. di Palermo e Trapani che ha definito i reciproci rapporti e funzioni, fermo restando tutta l'attività relativa al percorso nascita che verrà in ogni caso garantita con la sola esclusione dell'evento parto.

Il P.O. di Marsala nonostante al di sotto degli standard previsti di 500 parti anno viene mantenuto poiché dovrà accogliere anche i

parti provenienti dal punto nascita di Mazara del Vallo temporaneamente in ristrutturazione.

PUNTO NASCITA ATTIVO	STIMA PARTI	LIVELLO	UTIN	STEN	STAM
Trapani	1848	II	SI	SI	SI
Castelvetrano	602	I			
Marsala	903	I			

La rete dei punti nascita in Provincia è in atto rappresentata da 1 struttura di II livello e da 2 strutture di I livello, che potranno accogliere anche i parti provenienti dai punti nascita dismessi, presso i quali verrà in ogni caso garantita tutta l'attività relativa al percorso nascita con la sola esclusione dell'evento parto, nonché dalla attività di STEN e STAM, mentre per quanto attiene il punto nascita di Pantelleria si terrà conto delle eventuali modifiche in dipendenza delle determinazioni adottate dal Ministero della salute con il Piano nazionale Isole Minori. Per quanto attiene il punto nascita di Mazara del Vallo i lavori di ristrutturazione in corso che interessano l'intero Presidio ne comportano la temporanea chiusura.

Allegato 2

RETE STEN E STAM

PROTOCOLLO OPERATIVO

STEN

Obiettivi e funzioni del Servizio

I servizi operano in maniera integrata per garantire il trasferimento protetto dei neonati che nascono o si trovano in un Ospedale pubblico o Casa di cure privata accreditata non in grado di garantire un livello assistenziale adeguato e corrispondente per appropriatezza ed efficacia alle necessità assistenziali.

Il trasporto del neonato è già di per se un fattore aggravante la prognosi, direttamente correlato alla durata del trasporto stesso, sebbene effettuato in condizioni ottimali di stabilizzazione.

Pertanto esso non vicaria il "trasferimento in utero", ove le condizioni cliniche lo consentano, quando è prevista o è probabile la nascita di un neonato che avrà la necessità di ricovero presso strutture assistenziali di 2° livello.

La centralizzazione delle gravidanze a rischio ostetrico - neonatologico in centri di II livello resta la scelta strategica fondamentale per una più razionale organizzazione delle cure perinatali.

I servizi si faranno altresì carico del trasferimento di neonati patologici tra Terapie Intensive Neonatali e da queste verso altri Reparti ad alta Specializzazione (Cardiologia, Chirurgia Pediatrica, Neurochirurgia etc.) nell'assoluta osservanza delle indicazioni alla attivazione dello S.T.E.N.

Nella piena osservanza delle indicazioni al trasferimento della gravida, il servizio interverrebbe soltanto per quei trasferimenti inevitabili per rischio non previsto o sottovalutato, indisponibilità di posti letto e indisponibilità nell'ospedale di sottospecialità chirurgiche.

Modello organizzativo

Tutti i servizi adottano il modello del servizio "attivabile su richiesta" e non "dedicato".

Il servizio è quindi integrato ad una Divisione di Terapia Intensiva Neonatale. Un medico ed una infermiera professionale della o delle U.O. durante il turno di servizio dovranno sganciarsi dall'attività assistenziale istituzionale ordinaria. Pertanto il numero delle presenze mediche ed infermieristiche dovrà essere tale da garantire il disimpegno di un medico e di un infermiere, senza penalizzare l'attività assistenziale di reparto. L'autista dell'ambulanza ed il barelliere durante il loro turno di lavoro saranno invece dedicati esclusivamente al trasporto neonatale. Il turno notturno per i medici e se fosse necessario per gli infermieri sarà svolto in regime di reperibilità.

Per ogni S.T.E.N. dovrà essere nominato un responsabile-coordinatore.

Bacini di utenza

Sono stati definiti gli ambiti territoriali di intervento per ogni singolo STEN e STAM.

Ogni punto nascita farà riferimento ad un solo servizio in rapporto al bacino di riferimento.

INDICAZIONI ALLA ATTIVAZIONE

Pazienti con età inferiore ai 30 giorni con

- 1) Distress respiratorio, anche lieve

- 2) Peso < 1.500 g
- 3) Peso 1.500-2000 g se previsione di patologie anche lievi
- 4) Età gestazionale <= 34 sett.
- 5) Asfissia con necessità di rianimazione avanzata
- 6) Cardiopatie congenite cianogene o dotto-dipendenti
- 7) Patologie chirurgiche che potrebbero compromettere le funzioni vitali
- 8) Malformazioni complesse che potrebbero compromettere le funzioni vitali
- 9) Intubati o con linee infusionali centrali
- 10) Alterazione dei parametri vitali

Il servizio non dovrà essere attivato al di fuori di queste indicazioni. Pertanto i punti nascita dovranno mantenere una autonoma capacità di trasferimento dei neonati in termini di attrezzature e di personale.

Quando attivare il servizio

Il servizio dovrà essere attivato a nascita già avvenuta dopo la rianimazione, l'iniziale stabilizzazione e la valutazione del neonatologo del centro trasferente, in caso eccezionale di non trasportabilità della donna dovranno essere attivati accordi specifici tra i punti nascita al fine di consentire una precoce attivazione del servizio. Pertanto la responsabilità della rianimazione-stabilizzazione sarà primitivamente del medico dell'ospedale trasferente.

Di conseguenza i punti nascita dovranno mantenere una capacità di trasferimento dei neonati autonoma in termini di attrezzature e personale da dedicare ai trasporti elettivi e programmabili.

Non obbligatorietà dell'attivazione

Qualora non sia possibile mantenere i tempi stabiliti per il trasporto, nel più breve tempo possibile e comunque entro i 60 minuti, il centro trasferente è autorizzato ad utilizzare i servizi di trasporto di altro sede STEN, o provvedere direttamente, soprattutto se i tempi di attesa espongono il neonato ad un maggior rischio.

Integrazione funzionale con la rete dell'emergenza territoriale 118

Per la gestione della rete regionale del servizio STEN è necessaria ed obbligatoria la integrazione ed il coordinamento con il 118 per poter garantire la copertura di tutte le richieste di intervento nei tempi e con le modalità più appropriate, pertanto il servizio si realizzerà sulla base del collegamento funzionale tra strutture territoriali e ospedaliere collegate in rete tra loro e con le reti del 118 che ne cura materialmente il trasporto.

Nel caso di richiesta di attivazione mentre il Servizio è impegnato in altro trasporto, la responsabilità del trasferimento, qualora l'attesa non sia compatibile con le condizioni cliniche del neonato, sarà del centro nascita e del 118.

Modalità di attivazione

Il servizio dovrà essere attivato tramite chiamata al 118, che metterà in contatto il centro trasferente con lo STEN di riferimento per acquisire informazioni cliniche ed anamnestiche sul neonato da trasferire che consentano di valutare l'adeguatezza della richiesta di attivazione. Per tale comunicazione si utilizzerà un numero telefonico dedicato dell'Unità operativa e/o un numero di cellulare dedicato. Ad ogni punto nascita ed alle U.T.I.N. saranno comunicati i numeri telefonici dello STEN di riferimento.

Trasporto con elisoccorso

Il trasporto via terra sarà sempre da preferire a quello con elicottero, ma quest'ultimo potrà essere utilizzato in situazioni limitate e concordate tra centro trasferente, 118 e STEN.

Compiti del centro trasferente

L'ospedale che trasferisce deve garantire:

- L'assistenza in sala parto e fino alla presa in carico da parte del team di trasporto
- Il consenso informato al trasferimento (modulo)
- La compilazione di una cartella di trasferimento completa (modello comune a tutti i punti nascita)
- Provette etichettate con sangue materno e fucolare.

Modulistica e modalità di archiviazione dei dati

La documentazione clinica deve riportare informazioni dettagliate su:

- Tempi di intervento
- Rianimazione eseguita in sala parto
- condizioni cliniche del neonato, tipo di monitoraggio ed assistenza erogata dai medici del centro trasferente
- Esame obiettivo completo

- Monitoraggio ed interventi di rianimazione-stabilizzazione effettuati dal team STEN prima della partenza
- Condizioni cliniche ed interventi effettuati durante il trasporto
- Condizioni cliniche all'arrivo nel centro ricevente.

La modulistica sarà comune a tutti i servizi, sarà in doppia copia, una per il centro ricevente ed una per l'archiviazione dei dati dallo STEN.

Dotazione di mezzi e strumentale minima

- 1) ambulanze del 118 con sistema di caricamento ed aggancio della culla da trasporto. Le ambulanze dovranno possedere bombole sia di ossigeno che di aria medica, gruppo elettrogeno, un numero sufficiente di prese da 12 e 220 volts, sistemi di illuminazione e di condizionamento adeguati.
- 2) incubatrici da trasporto, ciascuna con annesso:
 - 1 respiratore meccanico
 - un aspiratore elettrico
 - una pompa di infusione
 - un sistema di monitoraggio della saturazione arteriosa di O₂ e della F.C.
- 3) Una borsa con le attrezzature della rianimazione, compresi kit per la cateterizzazione dei vasi ombelicali e per il drenaggio del pneumotorace, ed i farmaci per la emergenza.

STAM

Il trasporto della gravida deve essere considerato una componente essenziale di un piano di regionalizzazione delle cure perinatali.

Il servizio di trasporto assistito materno (STAM) si realizzerà sulla base del collegamento funzionale tra strutture territoriali e ospedaliere collegate in rete tra loro e con le reti regionali dell'emergenza-urgenza del 118 che ne cura materialmente il trasporto. Lo STAM deve essere programmato e prevedere il collegamento continuo tra struttura inviante e ricevente. Il trasporto assistito materno, dovrà avvenire in presenza dell'ostetrica e se necessario di un ginecologo.

Allegato 3

STANDARD PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE DI OSTETRICIA E DELLE UNITÀ OPERATIVE DI PEDIATRIA/NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

A) U.O. Ostetricia di I livello

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

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;
- presenza di 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 1.000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno;
- garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica h24;
- disponibilità di assistenza anestesiológica e pediatrica/neonatalogica al parto nelle 24 ore anche con pronta disponibilità, entro 20 minuti, nelle ore notturne e i festivi;
- si raccomandano come adeguati per l'assistenza/degenza ostetrica 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 è $>$ 1.000/anno e 4 oltre i 2.000 parti/anno;
- una sala operatoria deve essere sempre 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 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;
- essere formalmente e funzionalmente collegata con i punti nascita di II livello secondo il modello hub e spoke attraverso protocolli operativi e percorsi assistenziali condivisi;
- 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.

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) nonché 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 attraverso protocolli operativi e percorsi assistenziali condivisi;
- 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 (*)	x	x	x	x
Cardiotocografo (**)	x	1 per ogni sala	x	x
Carrello emergenza	x	x	x	x
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				

(*) È 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) Unità operative pediatriche/neonatologiche di I livello

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

Standard operativi

- nati/anno: 500-1.000;
- 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-neonatalogo;
- garantire l'assistenza ai neonati di età gestazionale \geq 34 set. senza alterazione dei parametri vitali;
- U.O. di pediatria-neonatalogia 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 l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza;
- garantire i servizi di diagnostica per immagine e di laboratorio già previsti nel I livello di ostetricia per le 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.
- 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. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita;
- favorire elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatrati ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit.

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 il primo intervento e la rianimazione primaria neonatale, in attesa del trasferimento con lo STEN, e facilmente accessibile;
- nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;
- le U.O. di pediatria-neonatalogia devono prevedere:
 - 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;
- devono essere previsti 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 > 1.000/anno e 4 oltre i 2.000 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

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

Standard operativi

- bacino di utenza, comprensivo delle strutture di I livello afferenti, corrispondente ad almeno 5.000 parti/anno tuttavia tale vincolo può non accompagnarsi ad una precisa identificazione dei bacini di utenza attestandosi tendenzialmente fra 3000 e 3.500 nati/anno;
- parti/anno: > 1.000;
- 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 1.500 parti/anno almeno 3 ostetriche per turno; 4 fino a 2.000 parti/anno e 5 oltre i 2.000 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 1.500 parti/anno;
- garantire il funzionamento di un pronto soccorso ostetrico ginecologico h24;
- garantire assistenza anestesiológica h24 di cui h12 dedicate e h12 con presenza nella struttura;
- 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 2.000 parti/anno, con possibilità di essere impiegate come sale operatorie per effet-

- tuazione di cesarei;
- 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 l'utilizzo di diagnostica per immagini, laboratorio d'urgenza e emotrasfusioni.

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.

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 tre parti in contemporanea, (riferimento LG ISPEL) 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 ISPEL);
- per un numero di parti >1.200/anno deve essere garantita la possibilità di impiegare le sale parto come sale operatorie per effettuazione di cesarei 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 materne-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	x	disponibilità h24 per le emergenze ostetriche	x	x
Cardiocrografo (**)	x	1 per ogni sala	x	x
Carrello emergenza	x	x	x	x
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				

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

D) Unità operative neonatologiche di II livello - (centri UTIN)

Bacino di utenza di almeno 5.000 nati/anno e almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita < 1.500 gr; > 1.000 nati/anno nella struttura (Inborn);

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

Standard operativi:

- bacino di utenza di almeno 5.000 nati/anno tuttavia tale vincolo può non accompagnarsi ad una precisa identificazione dei bacini di utenza attestandosi tendenzialmente fra 3.000 e 3.500 nati/anno;
- 1.000 nati/anno nella struttura (Inborn); almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita < 1.500 gr;
- 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, U.T.I.N.), affidata al pediatra-neonatalogo;
- garantire assistenza ai neonati fisiologici e patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva;
- garantire U.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 (cardiologia, 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 possibilità di usufruire h24 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 cardiologia, neurochirurgia, chirurgia ricostruttiva, oculistica, valutazione emodinamica, broncoscopia, ecc.;
- possibilità di effettuare h24 diagnostica per immagine e un laboratorio d'urgenza con possibilità di eseguire tutti gli esami ematochimici con micrometodi.

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 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 garantiti elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatrati ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit;
- 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.

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'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).

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		
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	

(2011.50.3651)102

DECRETO 12 dicembre 2011.

Rete assistenziale per la malattia celiaca - Individuazione dei centri SPOKE regionali nel territorio e del centro HUB - Policlinico Paolo Giaccone - Palermo.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del S.S.N.;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nel testo modificato con il decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517;

Visto il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229;

Visto il DPCM 29 novembre 2001 (definizione dei livelli essenziali di assistenza), all'allegato 1, in tema di assistenza integrativa, include nei LEA l'erogazione dei prodotti dietetici a categorie particolari;

Visto il D.M. 8 giugno 2001 che, in materia di alimentazione particolare, all'art. 3, comma 3, obbliga le regioni

a fissare dei valori massimi di spesa a carico del SSN per pazienti affetti da "morbo celiaco";

Vista la legge 4 luglio 2005, n. 123 "Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia", pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 156 del 7 luglio 2005;Visto il D.M. 4 maggio 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 113 del 17 maggio 2006, con il quale vengono fissati i limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine, di cui all'art. 4, commi 1 e 2, della legge 4 luglio 2005, n. 123;

Visto l'art. 4 del medesimo D.M. 4 maggio 2006 che, relativamente all'erogazione dei prodotti dietetici senza glutine ai soggetti affetti da celiachia, abroga l'allegato 1 al D.M. 8 giugno 2001, facendo espresso riferimento al Registro nazionale dei prodotti, che il Ministero della salute aggiorna periodicamente;

Visto il decreto n. 8410 del 25 luglio 2006, che ha fissato i tetti di spesa massimi, secondo le disposizioni ministeriali, con riferimento alle fasce d'età e sesso;