

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1112 del 24/07/2017

Seduta Num. 29

Questo lunedì 24 **del mese di** luglio
dell' anno 2017 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Caselli Simona	Assessore
4) Corsini Andrea	Assessore
5) Costi Palma	Assessore
6) Gazzolo Paola	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Petitti Emma	Assessore
9) Venturi Sergio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Costi Palma

Proposta: GPG/2017/1223 del 21/07/2017

Struttura proponente: SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: PRESA D'ATTO DEL DOCUMENTO "PROPOSTA DI RIDEFINIZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PERINATALE (OSTETRICA E NEONATOLOGICA) IN EMILIA-ROMAGNA" E RICHIESTA DEROGA EX DM 11/11/2015 PER I PUNTI NASCITA CON MENO DI 500 PARTI ANNUI.

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- l'Accordo sancito in Conferenza Unificata nella seduta del 16 dicembre 2010 sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" (Rep. Atti n. 137/CU), la cui prima linea d'azione definisce le misure di politica sanitaria e di accreditamento, dettagliate negli allegati 1a (misure di politica sanitaria e accreditamento) e 1b (standard per la riorganizzazione delle U.O. di ostetricia, pediatria/neonatologia e terapia intensiva neonatale);
- il DM Salute n. 70 del 02.04.2015, pubblicato sulla G.U. n. 127 del 04.06.2015, che formalizza il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- la propria deliberazione n. 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal D.M. Salute 70/2015" che approva il documento "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera";
- il DM Salute 11.11.2015 che integra il DM Salute 19.12.2014 con cui è stato rinnovato presso il Ministero della Salute il Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn), istituito con DM del 12.04.2011, al fine di garantire la sicurezza e l'implementazione della qualità del percorso nascita mediante l'attuazione completa dei contenuti del suddetto Accordo;
- le proprie deliberazioni n. 42/2014, n. 1957/2015 e n. 361/2017 di nomina dei componenti della Commissione Percorso Nascita regionale;

Valutato che il suddetto DM Salute 11.11.2015 prevede all'art. 1 la possibilità che le Regioni possano presentare al Tavolo di Monitoraggio di cui al DM 29.07.2015 eventuali richieste di mantenere in attività punti nascita con volume di parti inferiori ai 500 anno, in deroga a quanto previsto dall'Accordo del 2010;

Considerato che, con la sopracitata delibera 2040/2015, la Giunta ha affidato alla Commissione consultiva tecnico-scientifica Percorso Nascita regionale (di seguito Commissione) la realizzazione di uno specifico approfondimento sugli ultimi 5 anni di attività della rete dei punti nascita regionali, tenendo anche conto dei contenuti dell'atto di indirizzo della Assemblea Legislativa regionale n. 827, del 26 giugno 2015, proponendo alla Giunta le decisioni relativamente alla rete dei punti nascita regionali e all'adeguamento alle previsioni dei già citati Accordo 16 dicembre 2010 e DM 70/2015;

Preso atto che la Commissione con nota Prot. NP/2017/0001535 del 26.01.2017 ha consegnato all'Assessore Politiche per la salute e alla Direttrice Generale Cura della persona, salute e welfare il proprio approfondimento contenuto nel documento "Proposta di ridefinizione della rete ospedaliera perinatale (ostetrica e neonatologica) in Emilia-Romagna";

Considerato che su tale documento l'Assessore Politiche per la Salute ha richiesto alla Direttrice Generale Cura della persona, salute e welfare una valutazione di congruità in data 16 febbraio 2017 e che gli esiti di tale valutazione sono stati presentati alla Commissione nella seduta del giorno 11 aprile 2017;

Tenuto conto che, a seguito degli ulteriori approfondimenti intervenuti, comprensivi della valutazione delle istanze presentate dai territori interessati, la Commissione ha inviato con nota Prot. NP/2017/14623 la versione definitiva del documento "Proposta di ridefinizione della rete ospedaliera perinatale (ostetrica e neonatologica) in Emilia-Romagna";

Valutato pertanto di prendere atto del documento "Proposta di ridefinizione della rete ospedaliera perinatale (ostetrica e neonatologica) in Emilia-Romagna";

Ritenuto che permangano elementi di specificità, non solo relativamente ai punti nascita con volume di attività inferiore ai 500 parti/anno che insistono nel cratere dei sismi 20 e 29 maggio 2012 (Cento-FE e Mirandola-MO), come indicato nel documento succitato, ma anche negli ulteriori punti nascita con volume di attività, al 31/12/2016, inferiore ai 500 parti/anno;

Valutato come tali elementi di specificità siano da riferire o alla condizione orografica (Borgo Val di Taro-PR, Castelnuovo ne' Monti-RE e Pavullo nel Frignano-MO) o al fatto di avere registrato un numero di parti inferiore ai 500/anno solo relativamente al 2016 (Scandiano-RE);

Considerato pertanto di avviare le procedure per la richiesta di deroga al competente Ministero, ai sensi del DM 11/11/2015, relativamente a tutti i punti nascita con volume di attività, al 31/12/2016, inferiore ai 500 parti/anno;

Valutati positivamente, rispetto alla rispondenza alla necessità di tenere in considerazione i succitati elementi di specificità, i contenuti delle schede redatte sulla base del Protocollo metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/anno sviluppato dalla Commissione per il Percorso Nascita nazionale ai sensi dell'art.1 del D.M. 11/11/2015;

Valutata altresì la necessità di garantire, per i punti nascita per i quali la procedura di richiesta di deroga avrà esito positivo, l'adeguamento, qualora non già idonei, agli standard operativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'allegato 1b

dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010;

Considerate:

- la L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;
- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale" e successive modifiche;

Visti:

- la L.R. 26 novembre 2001 n.43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporto di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche;
- la propria deliberazione n.2416 del 29 dicembre 2008 concernente "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007." e s.m. per quanto applicabile;

Richiamati inoltre:

- il D. Lgs. 14 marzo 2013, n.33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni." e succ. mod.;
- la determinazione n.12096 del 25 luglio 2016 recante "Ampliamento della trasparenza ai sensi dell'art.7 comma 3 DLgs 33/2013, di cui alla deliberazione della Giunta regionale 26 gennaio 2016 n.66";
- la propria deliberazione n. 89 del 30 gennaio 2017 "Approvazione piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019";
- n.486 del 10 aprile 2017 recante "Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019";
- la propria deliberazione n. 468 del 10 aprile 2017 avente ad oggetto: "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna", ed in particolare gli artt. 21 e 22 dell'Allegato A), parte integrante e sostanziale della deliberazione medesima;

Richiamate infine le seguenti proprie deliberazioni, esecutive ai sensi di legge:

- n.56 del 25 gennaio 2016 concernente "Affidamento degli incarichi di Direttore Generale della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 43 della L.R. n.43/2001";

- n.270 del 29 febbraio 2016 concernente "Attuazione prima fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n.622 del 28 aprile 2016 recante "Attuazione seconda fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n.702 del 16 maggio 2016 recante "Approvazione incarichi dirigenziali conferiti nell'ambito delle Direzioni Generali - Agenzie - Istituto, e nomina dei Responsabili della prevenzione della corruzione, della trasparenza e accesso civico, della sicurezza del trattamento dei dati personali, e dell'anagrafe per la stazione appaltante.";
- n.1107 del 11 luglio 2016 recante "Integrazione delle declaratorie delle strutture organizzative della giunta regionale a seguito dell'implementazione della seconda fase della riorganizzazione avviata con la delibera 2189/2015";
- n.1681 del 17 ottobre 2016 concernente "Indirizzi per la prosecuzione della riorganizzazione della macchina amministrativa regionale avviata con delibera n. 2189/2015";
- n. 2344 del 21 dicembre 2016 recante "Completamento della riorganizzazione della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare";

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

1. di prendere atto il documento "Proposta di ridefinizione della rete ospedaliera perinatale (ostetrica e neonatologica) in Emilia-Romagna", proposto dalla Commissione consultiva tecnico-scientifica Percorso Nascita regionale, allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale;
2. di avviare le procedure per la richiesta di deroga al competente Ministero, ai sensi del DM 11/11/2015, relativamente a tutti i punti nascita con volume di attività, al 31/12/2016, inferiore ai 500 parti/anno, in relazione agli elementi di specificità rappresentati in premessa;
3. di approvare le schede allegate alla presente deliberazione, quale sua parte integrante e sostanziale, relative a ciascuno dei punti nascita interessati, redatte sulla base del Protocollo metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/anno sviluppato dalla Commissione per il Percorso Nascita nazionale ai sensi dell'art.1 del D.M. 11/11/2015;
4. di dare mandato all'Assessore alle Politiche per la Salute di trasmettere la presente deliberazione al competente Ministero

ai fini di attivare con immediatezza le procedure previste dal DM 11/11/2015 e di relazionare con tempestività alla Giunta, circa gli esiti delle richieste di cui trattasi;

5. di garantire, per i punti nascita per i quali la procedura di richiesta di deroga avrà esito positivo, l'adeguamento, qualora non già idonei, agli standard operativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'allegato 1b dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010;
6. di dare atto infine che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa.

Proposta di riorganizzazione dell'assistenza alla nascita in Emilia-Romagna: ridefinizione della rete territoriale e ospedaliera perinatale (ostetrica e neonatologica)

Premessa

L'assistenza alla nascita non è un insieme di interventi isolati, ma un percorso di sostegno e accompagnamento nelle diverse tappe dell'evento riproduttivo. È questo, in estrema sintesi, il *filo rosso* che guida le politiche della Regione Emilia-Romagna sul tema: in tutto il territorio - da prima del concepimento fino al termine dei primi *mille giorni* (gravidanza compresa) del nuovo nato - è prevista un'offerta assistenziale che si concretizza in interventi definiti, consulenze e controlli. Offerta garantita attraverso una *rete* fatta di **consultori, Case della salute, presidi ambulatoriali**, ospedali con **punti nascita di primo livello (Spoke)** e ospedali con **punti nascita di secondo livello (Hub)**.

All'interno di questa rete, i diversi *nodi* collaborano e le professioniste e i professionisti interagiscono offrendo – all'interno delle strutture, o presso il domicilio della donna – prestazioni specifiche. I compiti, il numero e la distribuzione delle strutture e dei professionisti vengono ciclicamente modificati, per adattarli ai bisogni della salute della popolazione – che cambiano – e al variare degli indicatori socio-sanitari. L'obiettivo è mantenere – dove già esistono – o raggiungere gli standard di efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza richiesti.

La Direttiva alle Aziende sanitarie sul percorso nascita 533/08: obiettivi

L'*Organizzazione mondiale della sanità* (WHO-OMS) ha prodotto nel 2016 delle *raccomandazioni* sull'assistenza alla gravidanza come *esperienza positiva*, raggiunta coniugando la sicurezza con la personalizzazione, l'autodeterminazione delle donne e delle coppie con la qualità dell'assistenza¹. Obiettivi che la Regione Emilia-Romagna persegue da anni e che sono definiti e descritti nella *Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita 533/08*. Tra questi, vanno sottolineati:

- la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita a protezione della fisiologia;
- l'appropriatezza del controllo del benessere fetale in fase di travaglio;
- il miglioramento dell'assistenza, per quanto riguarda possibili disturbi emotivi, della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino;
- il supporto alla relazione madre-bambino, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno;
- la valutazione della qualità percepita del percorso nascita;
- l'offerta di corsi di accompagnamento alla nascita *di base* e di corsi di accompagnamento rivolti nello specifico alla popolazione svantaggiata o fragile.

1. Il contesto normativo: la riorganizzazione di punti nascita nell'Accordo Stato-Regioni

L'Accordo della *Conferenza Unificata Stato Regioni (Accordo Stato-Regioni)* del dicembre 2010 prevede la riorganizzazione dei punti nascita e, a questo fine: «[...] raccomanda di adottare stringenti criteri per la **riorganizzazione** della rete assistenziale, **almeno 1000 nascite l'anno quale parametro standard** a 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 l'anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni [...]».

Queste soglie sono state tracciate per **accrescere la sicurezza della donna e dei neonati**, indicando le modalità di razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse, con l'integrazione territorio-ospedale al primo posto e la suddivisione della rete ospedaliera in punti nascita di primo e di secondo livello.

L'Accordo Stato-Regioni è stato integrato da tre documenti pubblicati successivamente:

- il DM 70/2015, che definisce i rapporti volume/esiti dei punti nascita per il loro mantenimento in attività;
- il DM 11/11/2015, che prevede che il *Comitato Percorso Nascita nazionale* debba esprimersi **entro 90 giorni su eventuali richieste di deroghe avanzate dalle Regioni**;
- il *Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili*². In questo documento, il *Comitato Percorso Nascita nazionale* definisce gli **standard strutturali, tecnologici e di personale** indispensabili per l'ottenimento della deroga alla chiusura da parte del Ministero.

Fig. 1. Punti nascita per volume di attività Emilia-Romagna 2017³: *Hub e Spoke*



2. I punti nascita *Spoke* in Emilia-Romagna

I **punti nascita** attualmente attivi in Emilia-Romagna (2017) **sono 26** (figura 1), di cui 17 *Spoke* e 9 *Hub*, distribuiti in modo non omogeneo sul territorio.

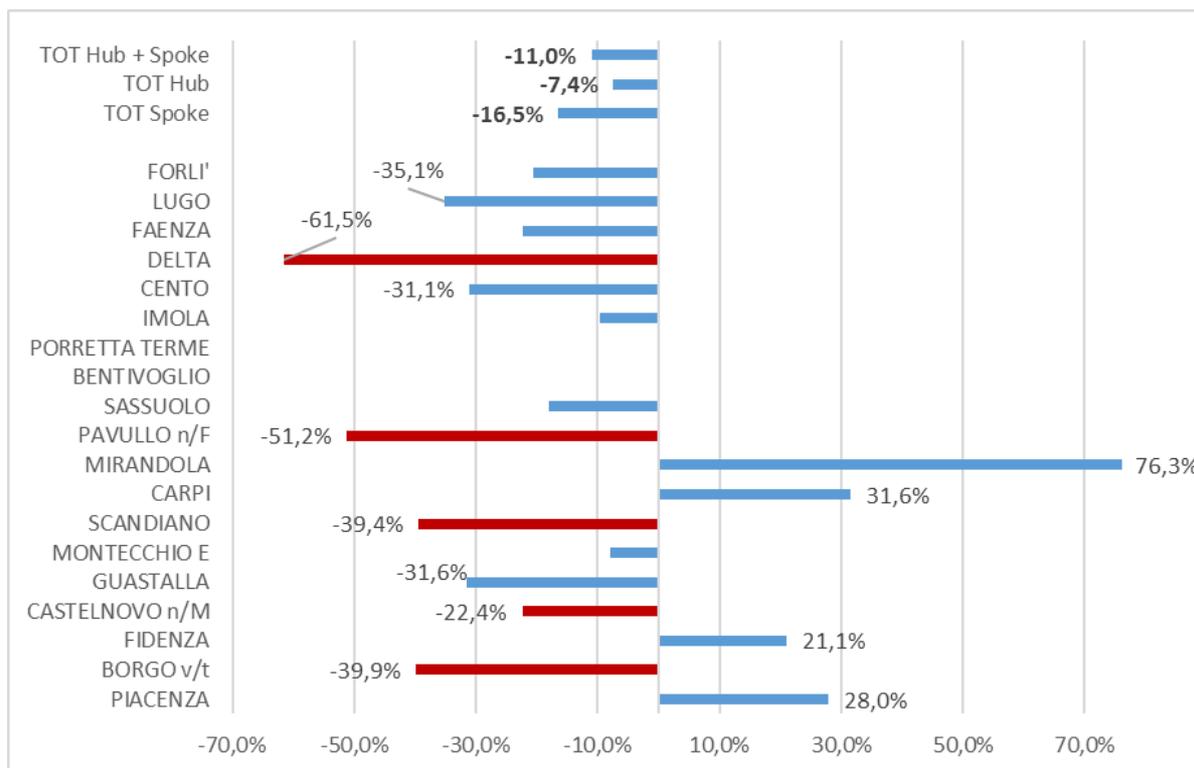
Il numero delle nascite nei singoli *Spoke* fra il 2012 e il 2016, il numero totale delle nascite e la loro distribuzione in *Spoke* e *Hub* sono descritti in tabella I. Emerge con chiarezza - nel quinquennio considerato - una **riduzione complessiva dell'11% delle nascite**, di dimensione marcatamente superiore negli *Spoke* (-16,5%) rispetto agli *Hub* (-7,4%) e quantitativamente più rilevante (oltre che nell'ospedale del Delta, che ha sospeso l'attività nel 2016) negli ospedali di Pavullo nel Frignano (Mo), Borgo Val di Taro (Pr), Scandiano (Re), Lugo (Ra), Guastalla (Re), Cento (Fe) e Castelnovo ne' Monti (Re) (figura 2). Questo trend negativo pare persistere: nei dati SDO (non ancora consolidati) dei primi cinque mesi del 2017 si è osservata un'ulteriore contrazione complessiva del 5,2% dei parti (12.617) rispetto ai primi cinque mesi del 2016 (13.313).

Alla riduzione della natalità regionale risulta associato un incremento nel 2016, in confronto al 2012, degli *Spoke* con meno di 500 parti l'anno (da 6 a 7) e una contrazione dei punti nascita con 500-999 parti l'anno (da 9 a 7) e con 1000 o più parti l'anno (da 5 a 4).

Tab. I. Numero delle nascite nei punti nascita *Spoke* dell'Emilia-Romagna, 2012-2016³

<i>Punto nascita</i>	2012	2013	2014	2015	2016	Δ% 2012-16
Fiorenzuola d'Arda	691	633	.	.	.	
Piacenza	1400	1406	1885	1789	1792	28,0%
Borgo Val di Taro	203	168	166	154	122	-39,9%
Fidenza	778	848	919	920	942	21,1%
Castelnovo ne' Monti	192	196	151	162	149	-22,4%
Guastalla	1066	881	846	835	729	-31,6%
Montecchio Emilia	693	714	702	715	638	-7,9%
Scandiano	803	661	615	554	487	-39,4%
Carpi	967	1373	1235	1235	1273	31,6%
Mirandola	240	400	445	399	423	76,3%
Pavullo nel Frignano	404	359	318	261	197	-51,2%
Sassuolo	1572	1276	1278	1348	1289	-18,0%
Bentivoglio	654	575	647	551	655	0,2%
Porretta Terme	160	112	10	.	.	
Imola	1036	1019	955	994	937	-9,6%
Cento	599	568	498	448	413	-31,1%
Delta	455	361	311	264	175	-61,5%
Faenza	819	810	774	715	636	-22,3%
Lugo	926	807	736	630	601	-35,1%
Forlì	1400	1318	1218	1138	1112	-20,6%
Totale <i>Spoke</i>	15058	14485	13709	13112	12570	-16,5%
Totale <i>Hub</i>	23196	22328	22128	21991	21481	-7,4%
Totale <i>Hub + Spoke</i>	38254	36813	35837	35103	34051	-11,0%

*Δ% = aumento o riduzione percentuale delle nascite registrati fra 2012 e 2016

Fig. 2. Differenza percentuale nel numero dei parti negli *Spoke** dell'Emilia-Romagna, 2012-2016³

* le barre in rosso identificano i punti nascita di cui si propone la chiusura

Quello appena descritto è il contesto organizzativo e demografico regionale in cui si colloca l'*Accordo Stato-Regioni*, in cui la possibilità di mantenere attivi punti nascita con volumi di attività inferiori a 1000 parti l'anno, ma comunque non al di sotto dei 500, è circoscritta a **particolari condizioni di bisogno in aree geografiche** con grosse difficoltà ad attivare il trasporto assistito per le donne in gravidanza.

Per questo la Giunta, con delibera 2040/2015, ha conferito mandato alla *Commissione nascita regionale* di contribuire alla "[...] attuazione di un piano di ridefinizione della rete dei punti nascita (PN), che miri a **garantire le soglie di volume, di esito e di rischio previste dal DM 70/2015** tenuto conto degli andamenti nel tempo e delle risultanze degli specifici approfondimenti attuati".

3. La valutazione della rete perinatale della Regione

Una revisione sistematica degli studi disponibili ha rilevato come **la centralizzazione delle nascite** (in ospedali, cioè, con volumi di attività consistenti) **migliori la salute neonatale nei nati di peso molto basso e gravemente pre-termine**⁴. Le prove che nascere in grandi ospedali abbia esiti migliori anche per le madri e i nati a termine sono più limitate, principalmente per la rarità degli eventi più gravi (come le mortalità materna e perinatale).

La *Commissione nascita regionale* ha preso in considerazione tutti gli studi disponibili. Come quello svolto negli Stati Uniti in cui le complicazioni ostetriche sono risultate più frequenti negli ospedali a basso volume di attività⁵; i professionisti che assistono un numero ridotto di parti hanno registrato una frequenza di complicazioni superiore a quella dei professionisti

con alti volumi di attività⁶. Uno studio condotto in California, classificando 736.643 nascite in 267 ospedali in base al volume di attività, ha rilevato una frequenza superiore di emorragia del post-partum negli ospedali rurali con 50-1199 parti l'anno⁷.

Sulla base di queste conoscenze, nell'esame della rete perinatale regionale, la *Commissione nascita regionale* **ha congiuntamente considerato tre elementi:**

- (a) indicatori di efficacia e appropriatezza dell'assistenza
- (b) il volume di attività soglia al di sotto del quale considerare la chiusura di un punto nascita
- (c) l'impatto che il terremoto del maggio 2012 ha avuto su parte del territorio regionale e sull'attività di alcuni punti nascita.

La *Commissione nascita* ritiene che il processo di ridefinizione della rete debba partire dalla **riaffermazione del riconoscimento e del rispetto della fisiologia nel percorso nascita;** elementi, questi, che rappresentano lo **strumento più utile per la riduzione dei tagli cesarei primari**^{8,9,10} (cioè primi tagli cesarei in assoluto nella vita riproduttiva della donna) e, di conseguenza, per **aumentare efficacia e appropriatezza** dell'assistenza perinatale.

4. La qualità delle cure nei punti nascita *Spoke* della rete: come valutare?

Non è sempre possibile valutare la qualità dell'assistenza perinatale – ovunque, e non solo in Emilia-Romagna – usando come indicatori i decessi e le gravi malattie di madri e neonati perché, fortunatamente, si tratta di casi molto rari, e ciò non rende possibile un confronto statisticamente significativo.

Bisogna, quindi, ricorrere all'analisi e alla valutazione di altri indicatori, definiti *di processo*, come la frequenza del taglio cesareo e di nati per classe di peso (per esempio, inferiore a 2500 o 1500 grammi) o per età gestazionale (prima di 37 o 34 settimane).¹¹

Qual è, a questo riguardo, la situazione negli *Spoke* dell'Emilia-Romagna?

Nel 2016, la frequenza di **nati a età gestazionali basse** in punti nascita privi di terapia intensiva neonatale (TIN) è risultata pari a 11,75% per i nati a meno di 33 settimane. La frazione di nati di **peso inferiore a 2500 grammi** registrati in punti nascita con meno di 1000 parti l'anno è stata dell'9,11%.³

Più complessa la valutazione dell'assistenza ai **nati** tra la 34esima e la fine della 36esima settimane (*late-preterm*), una categoria segnata da alti tassi di morbosità neonatale e che pone rilevanti problemi di natura assistenziale^{12,13,14,15}. Nel 2016, **oltre un quarto** (26,3%; 518 casi) di questi *late-preterm* sono nati **in centri privi di terapia intensiva neonatale; la quota più alta** (57,3%; 297 nati) **è stata registrata in punti nascita con meno di 1000 parti l'anno**, in cui la presenza di pediatri con competenza clinica adeguata non è necessariamente assicurata. Considerando che circa la metà delle nascite *late-preterm*

avviene attraverso induzione del travaglio o parto cesareo programmato¹⁶, occorre interrogarsi **quanto sia appropriato effettuare questo tipo di intervento in un punto nascita sprovvisto di terapia intensiva o semi-intensiva neonatale.**

Tab. II. Tassi di tagli cesarei nei punti nascita *Spoke* dell'Emilia-Romagna, 2016^{3,17}

<i>punto nascita</i>	<i>n° parti</i> ³	<i>tagli cesarei totale %</i> ³	<i>tagli cesarei primari %</i> ^{17,*}
Piacenza	1792	32	24,6
Borgo Val di Taro	122	35,2	28,8
Fidenza	942	24,6	16,1
Castelnovo ne' Monti	149	29,5	18,9
Guastalla	729	24,3	15,7
Montecchio Emilia	638	24,8	17
Scandiano	487	19,1	11,4
Carpi	1.273	16,4	12,2
Mirandola	423	17	10,9
Pavullo nel Frignano	197	13,7	11,2
Sassuolo	1.289	20,5	14,7
Bentivoglio	655	20,2	14,6
Imola	937	32	23,3
Cento	413	26,2	18,5
Delta (chiuso nel 2016)	175	38,3	26,2
Faenza	636	22,2	16,8
Lugo	601	21,5	17,3
Forlì	1.112	27,7	19,5

*Le celle evidenziate indicano i punti nascita in cui, nel 2016, si è osservato il superamento della *soglia di cesarei* per volume di attività

La percentuale di **tagli cesarei** presenta un'ampia variabilità nei punti nascita *Spoke* dell'Emilia-Romagna (tabella II). I sistemi di valutazione meno articolati distinguono, fra tutti i cesarei, i tagli cesarei *primari*, definiti come i “tagli cesarei eseguiti per qualsiasi indicazione, sia in caso di travaglio spontaneo che indotto, in donne primipare o pluripare e che non abbiano subito in precedenza un taglio cesareo”. Il DM 70/2015 pone al 15% il tasso massimo di tagli cesarei primari in maternità con meno di 1000 parti l'anno e il 25% come tasso massimo di tagli cesarei primari in maternità con 1000 o più parti l'anno. La tabella II mostra come **in 9 Spoke** dell'Emilia-Romagna, nel 2016, **il tasso di tagli cesarei primari abbia superato le soglie indicate dal decreto ministeriale**. In questa analisi sono stati utilizzati i criteri definiti nella griglia LEA del Ministero della salute (indicatori su cui le Regioni vengono valutate ai fini della ripartizione di una quota di fondo sanitario). Con

questa modalità il tasso viene calcolato da fonte SDO considerando a numeratore i ricoveri con DRG di parto cesareo (DRG 370-371), a denominatore tutti i ricoveri con DRG di parto (DRG 370-375); si escludono le donne con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio ricovero per parto e le dimissioni con diagnosi di nato morto.

Non solo tagli cesarei primari: una valutazione più approfondita

Da una prima analisi emerge dunque come **in 9 su 17 dei punti nascita Spoke la frequenza di tagli cesarei primari sia superiore a quella prevista a livello nazionale**. La valutazione della *Commissione* è riuscita ad andare oltre, perché in Emilia-Romagna sono disponibili informazioni molto dettagliate sulla frequenza di cesarei in specifici sottogruppi di popolazione. Ciò è stato possibile utilizzando la *classificazione* cosiddetta di Robson^{18,19,20}, che consente appunto di valutare i singoli punti nascita sulla loro **appropriatezza e sicurezza**. Elementi, questi, costitutivi della qualità assistenziale.

Unicamente per i punti nascita di Borgo Val di Taro e Castelnovo ne' Monti non è stato possibile, per il piccolo numero di parti, effettuare un'analoga elaborazione statistica, ma ciò non aggiungerebbe nulla di nuovo. Infatti, **nel 2016, a Borgo Val di Taro si è registrato il valore massimo regionale di tasso di tagli cesarei (35,2%) e a Castelnovo ne' Monti è terminata con taglio cesareo più di una gravidanza su quattro (29,5%)**.

Gravidanze fisiologiche: perché, in proporzione, si fanno più cesarei negli Spoke piccoli?

Le **classi I e III di Robson** includono le donne (rispettivamente al primo parto o che hanno già partorito) con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo in "presentazione cefalica" (a testa *in giù*). La classe I ha interessato nel 2016 il **28,4%** della popolazione, contribuendo al **10,3%** del totale dei cesarei. La classe III ha compreso il **26,6%** della popolazione, contribuendo a **1,9%** del totale dei cesarei. In questi due gruppi è inclusa la **maggior frazione di donne con gravidanza fisiologica** e, infatti, il tasso di tagli cesarei è relativamente contenuto: pari a **9,5%** per la classe I e a **1,9%** per la classe III.

Nel 2016, per quanto riguarda la frequenza delle donne appartenenti a queste classi di Robson, sul totale della popolazione, non c'è sostanziale differenza fra gli *Hub* e gli *Spoke* di minori dimensioni. **E invece, a rigore, dovrebbero esserci, in proporzione, più donne ricoverate negli Spoke piccoli anziché negli Hub.**

Nelle **classi I** (tabella III) e **III** i tassi di **tagli cesarei** risultano **superiori negli Spoke con meno di 1000 parti l'anno rispetto agli Hub**; nella classe prima, rispettivamente, negli *Spoke* è **10,6%** e nella classe III **2,9%**, mentre negli *Hub* è di **9,7%** (classe I) e **1,5%** (classe III).

Una possibile spiegazione per il tasso di cesarei superiore che si osserva nei centri *Spoke piccoli* è di natura **organizzativa e attitudinale**: le risorse strutturali e professionali degli *Spoke* con meno di 1000 parti l'anno **non consentono una sorveglianza adeguata del travaglio di parto** e motivano un **maggior ricorso difensivo al taglio cesareo**. **Questo comportamento non è coerente con il principio dell'appropriatezza.**

Tab. III. Distribuzione e tasso medio di tagli cesarei, classe I di Robson, Emilia-Romagna 2016³

<i>tipologia punto nascita</i>	<i>popolazione rispetto al totale dei parti</i>	<i>tasso medio tagli cesarei</i>
<i>Hub</i>	28,3%	9,7%
<i>Spoke</i> ≥1000 parti/anno	26,5%	7,6%
<i>Spoke</i> <1000 parti/anno	29,7%	10,6%

Le **classi IIa e IVa** di Robson comprendono – rispettivamente nelle donne al primo parto e nelle donne che hanno già partorito – i cesarei successivi a induzione del travaglio, esclusi i casi (sempre di induzione) che rientrano in altre classi: gemelli, nati pretermine, feti con presentazione podalica o anomala e, nel caso di donne che hanno già partorito, i tagli cesarei pregressi. La frequenza, sul totale della popolazione, delle donne appartenenti a queste classi di Robson non differisce molto fra le diverse tipologie di punti nascita e sembra essere indipendente dal volume di attività dei centri (tabelle IV e V). Questo dato non corrisponde a quanto ci si aspetterebbe: la frequenza complessiva dovrebbe infatti crescere al crescere del volume di attività e risultare maggiormente elevata nei centri *Hub*, dove dovrebbero concentrarsi i parti indotti, a fronte di una patologia materna e/o fetale.

Tab. IV. Distribuzione e tasso medio di tagli cesarei, classi IIa di Robson, Emilia-Romagna 2016³

<i>tipologia punto nascita</i>	<i>popolazione rispetto al totale dei parti</i>	<i>tasso medio tagli cesarei</i>
<i>Hub</i>	13,3%	18,3%
<i>Spoke</i> ≥1000 parti/anno	12,4%	16,9%
<i>Spoke</i> <1000 parti/anno	10,2%	19,3%

Anche in questo caso, **contrariamente a quanto ci si aspetterebbe**, la frequenza delle donne in **classe IVa** di Robson cresce al diminuire del volume di attività e il tasso di cesarei è superiore negli *Spoke* piccoli (meno di 1000 parti l'anno) rispetto agli *Hub*.

Tab. V. Distribuzione e tasso medio di tagli cesarei, classi IVa di Robson, Emilia-Romagna 2016³

<i>tipologia punto nascita</i>	<i>popolazione rispetto al totale dei parti</i>	<i>tasso medio tagli cesarei</i>
<i>Hub</i>	6,6%	5,1%
<i>Spoke</i> ≥1000 parti/anno	7,1%	3,6%
<i>Spoke</i> <1000 parti/anno	7,2%	5,3%

Le **classi IIb e IVb** comprendono i tagli cesarei effettuati *prima* dell'inizio del travaglio (programmati o urgenti fuori travaglio), rispettivamente nelle donne che non hanno ancora partorito e in quelle che hanno già partorito. Poiché si ricorre al taglio cesareo programmato in presenza di una condizione patologica, **appare incongruente che la frequenza delle donne appartenenti a queste classi**, sul totale della popolazione, **risulti uguale o**, per quelle che hanno già partorito, **addirittura superiore nei centri che assistono meno di 1000 parti l'anno** (tabelle VI e VII).

Tab. VI. Distribuzione e tasso medio di tagli cesarei, classi IIb di Robson, Emilia-Romagna 2016³

<i>tipologia punto nascita</i>	<i>popolazione rispetto al totale dei parti</i>	<i>contributo al totale dei tagli cesarei</i>
<i>Hub</i>	3,8%	13,8%
<i>Spoke ≥1000 parti/anno</i>	3,6%	14,4%
<i>Spoke <1000 parti/anno</i>	3,9%	15,9%

Tab. VII. Distribuzione e tasso medio di tagli cesarei, classi IVb di Robson, Emilia-Romagna 2016³

<i>tipologia punto nascita</i>	<i>popolazione rispetto al totale dei parti</i>	<i>Contributo al totale dei tagli cesarei</i>
<i>Hub</i>	1,4%	5,1%
<i>Spoke ≥1000 parti/anno</i>	1,4%	5,6%
<i>Spoke <1000 parti/anno</i>	1,6%	6,7%

La **classe V** di Robson comprende i casi di donne che hanno già avuto un cesareo, esclusi i casi che rientrano in altre classi (gemelli, nati pretermine, feti con presentazione podalica o anomala). Si parla, per il 2016, di **9,8%** della popolazione delle partorienti che ha contribuito a quasi un terzo (**29,6%**) del totale dei cesarei. In questa classe, fra 2010 e 2016, il tasso di cesarei si è ridotto di 7,4 punti percentuali, mentre è aumentato (da 9,3% a 9,8%) il suo contributo al totale dei cesarei (tabella VIII).

Per le donne appartenenti a questa classe, sarebbe appropriato il ricovero in strutture con risorse – organizzative e professionali – adeguate per l'assistenza del cosiddetto *travaglio di prova* (senza ricorrere cioè automaticamente a un altro cesareo). Nel 2016, la percentuale di donne appartenenti a questa classe, sul totale della popolazione, non è stata di molto superiore nei centri *Hub* rispetto a quella registrata nei centri *Spoke* più piccoli. Il tasso di cesarei più alto si osserva comunque in quest'ultima tipologia di punto nascita.

Tab. VIII. Distribuzione e tasso medio di tagli cesarei, classe V di Robson, Emilia-Romagna 2016³

<i>tipologia punto nascita</i>	<i>popolazione rispetto al totale dei parti</i>	<i>tasso medio tagli cesarei</i>
<i>Hub</i>	9,8%	77,5%
<i>Spoke ≥1000 parti/anno</i>	11,1%	74,9%
<i>Spoke <1000 parti/anno</i>	8,9%	87,1%

5. Serve un nuovo contesto organizzativo e assistenziale

La struttura dell'offerta ospedaliera che è stata raffigurata dev'essere rapportata ai radicali mutamenti intervenuti nell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio negli anni più recenti. E questo sia sul versante gestionale e organizzativo che clinico.

Nuovi criteri relativi alla sicurezza delle cure impongono standard più rigorosi che in passato: il *Protocollo Metodologico*² del Comitato Percorso Nascita nazionale indica come **imprescindibile** la presenza nella struttura ospedaliera di **personale ostetrico e**

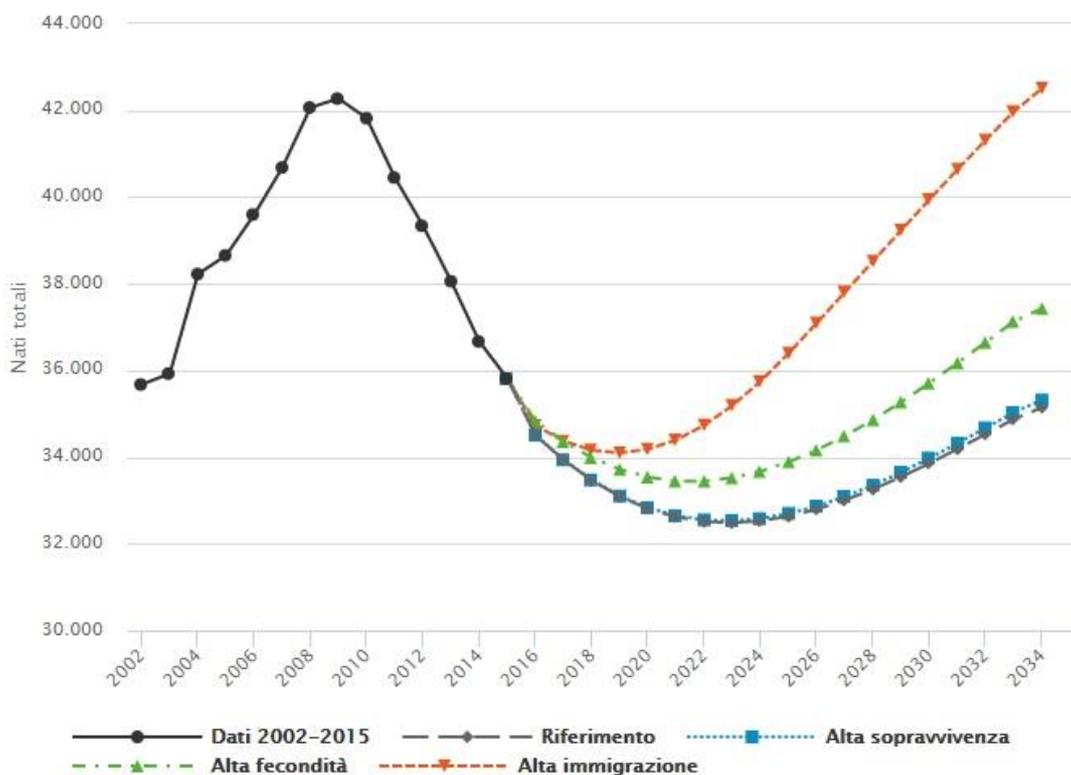
ginecologico per l'intero arco delle 24 ore, con il supporto di **pronta disponibilità integrativa notturna e festiva**; la **garanzia di almeno 2 ostetriche per turno** nei punti nascita con volume di attività fino a 1000 parti l'anno; relativamente alle altre professionalità,

«il *Comitato Percorso Nascita nazionale* ha espresso un parere tecnico sulla necessità di garantire assistenza con **guardia attiva anestesiológica e pediatrico/neonatólogica H24** in base alla considerazione che il parto, anche in condizioni di fisiología, può talvolta richiedere l'intervento urgente del pediatra e dell'anestesista dotati di idonee competenze per la gestione delle eventuali emergenze»¹.

Il modello organizzativo per l'assistenza neonatale nei punti nascita in deroga (con meno di 500 parti l'anno) prevede che

«[...] in ogni punto nascita [...] debba] **essere garantito un luogo fisico con le idonee attrezzature dove il personale competente** con le appropriate procedure **possa prontamente rianimare e stabilizzare un neonato**. Costituiscono elementi imprescindibili per l'implementazione di questo modello: la rigorosa selezione della tipologia di gravidanza ammessa al travaglio e parto che deve prevedere un valido sistema di indicatori; il collegamento effettivo, funzionale e organizzativo con una unità ospedaliera di neonatología/terapia intensiva neonatale (formazione dell'équipe neonatale con particolare riferimento alla gestione delle emergenze, sviluppo e mantenimento delle competenze, eventuale rotazione personale). La responsabilità organizzativa e gestionale dell'area neonatale deve essere affidata a uno specialista in pediatria con adeguata e comprovata esperienza in campo di assistenza neonatale, soprattutto per la gestione delle emergenze neonatali»¹.

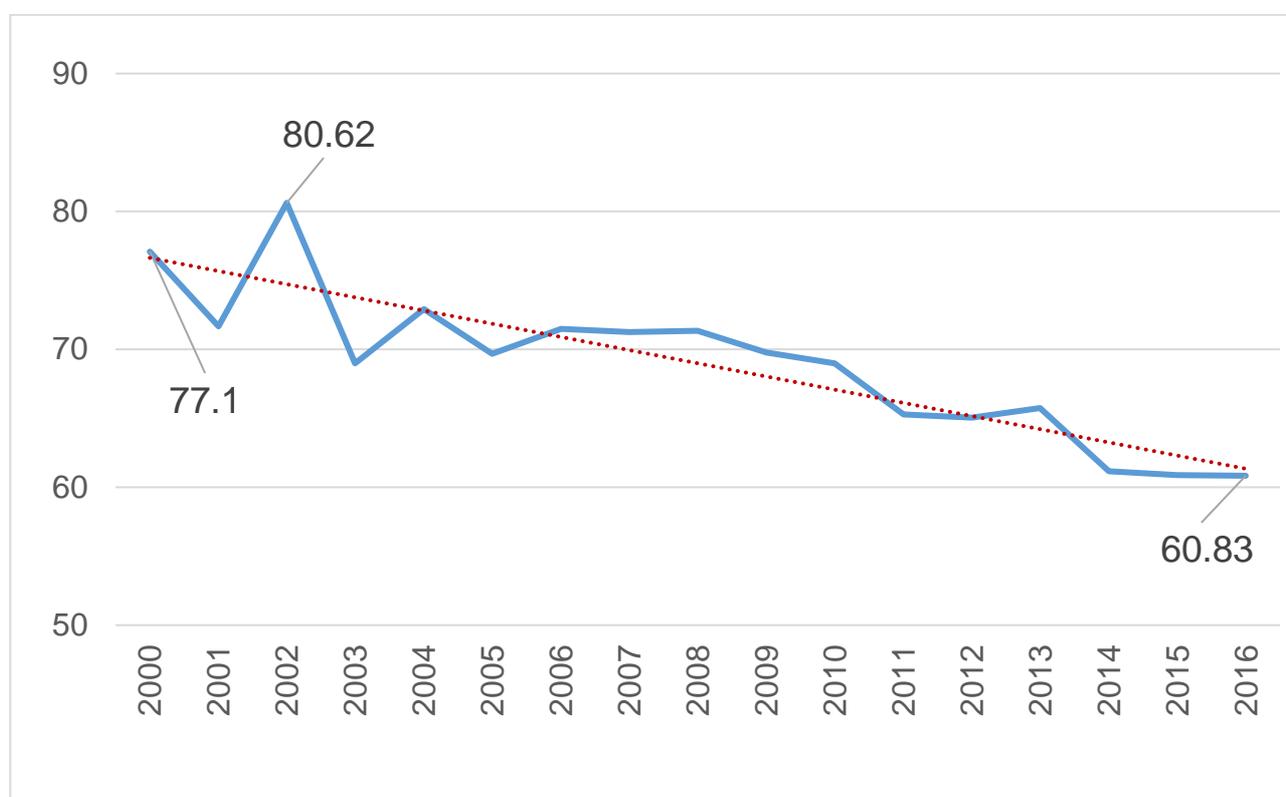
Fig. 3. Numero di tutti i nati in Emilia-Romagna, proiezioni al 2034²⁰



Un altro elemento da considerare è il **quadro demografico ed epidemiologico**, in Emilia-Romagna: si è modificato ed è attualmente caratterizzato da una costante contrazione delle nascite, come già detto nell'introduzione. Il mantenimento nel tempo di questa contrazione è confermato dalle proiezioni elaborate dal *Servizio statistica* della Regione, illustrate in figura 3²¹. Quindi, la riduzione dei parti nei singoli punti nascita è un fenomeno *non* temporaneo, che andrà progressivamente accentuandosi nonostante il contributo della popolazione di origine straniera.

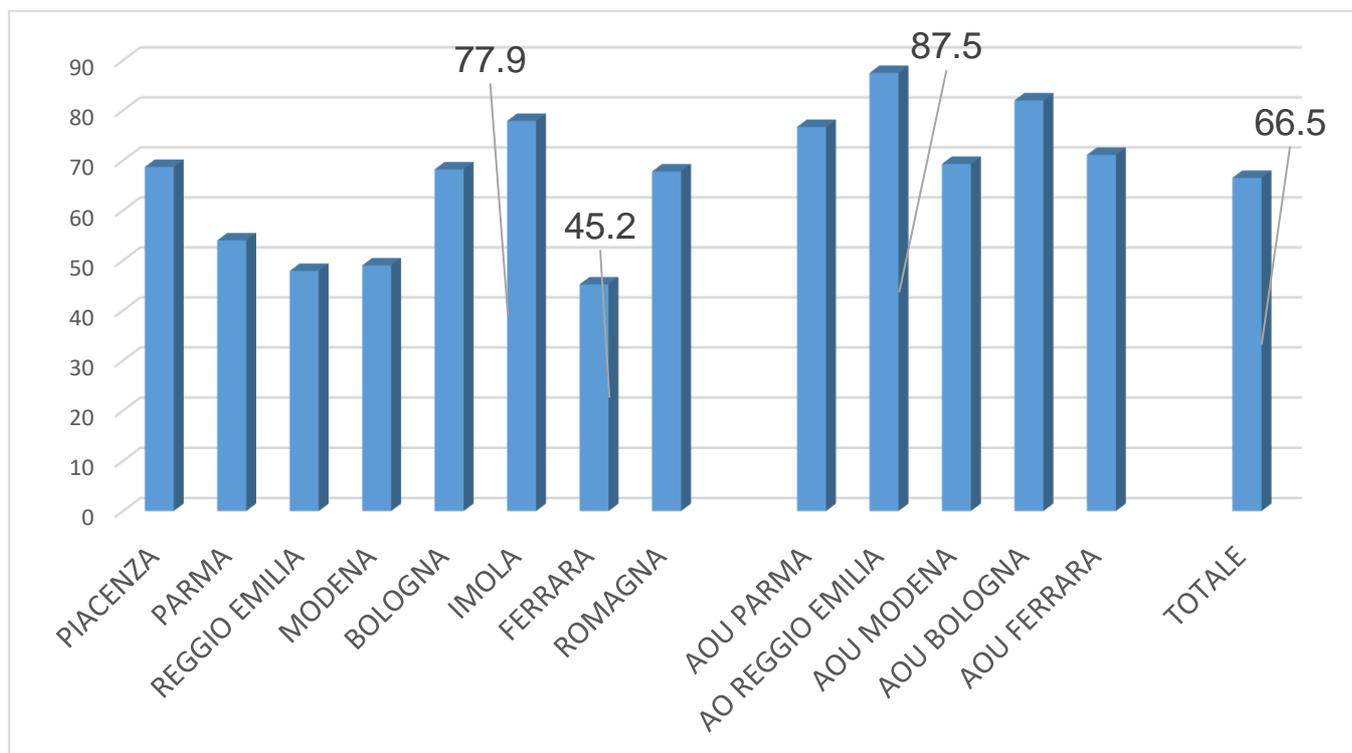
La contrazione delle nascite ha comportato una **riduzione dell'indice regionale di occupazione dei posti letto nei punti nascita Spoke**, sceso da **80,6** nel 2002 a **60,8** nel 2016 (figura 4).

Fig. 4. Indice di occupazione dei posti letto Spoke per anno, Emilia-Romagna 2000-2016²²



L'indice di occupazione dei posti letto di ostetricia e ginecologia degli *Spoke*, disponibile per singolo punto nascita o (nei casi delle Aziende sanitarie di Reggio nell'Emilia, Modena e Ferrara) aggregato per presidio ospedaliero provinciale, nel 2016 (ultimo dato disponibile) è risultato compreso fra 77,9% di Imola e 45,2% del presidio ospedaliero provinciale unico dell'AUSL di Ferrara (figura 5), mediamente inferiore a quello degli *Hub*, compreso fra 87,5 dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia e 45,2 di Cesena.

Fig. 5. Indice di occupazione dei posti letto, Emilia-Romagna 2016



Le **crescenti innovazioni** nei modelli di **assistenza** e nelle **tecnologie** presuppongono la disponibilità di ecografi e cardiocografi e richiedono un'assodata esperienza nel loro utilizzo e nell'interpretazione dei dati. Va inoltre ricordato che sviluppo e mantenimento delle competenze possono essere garantiti solo con un adeguato volume di attività. All'interno del punto nascita il *Protocollo Metodologico*² prevede la **disponibilità di radiologia, analisi chimico-cliniche e immuno-ematologiche**, anche attraverso la **pronta disponibilità** del personale addetto. Va comunque garantito un **tempo massimo** di risposta di un'ora (o meno di un'ora) per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilità della trasfusione.

Ne consegue che gli stessi criteri di **accreditamento** delle strutture ospedaliere di ostetricia, risalenti al 2004, **richiedono un radicale aggiornamento**. Aggiornamento che tenga in debito conto e comprenda le articolate e dettagliate indicazioni contenute nell'Allegato 1B dell'*Accordo Stato-Regioni* del 2010.

Le **risorse professionali** disponibili, infine, **risultano insufficienti e inadeguate**, in particolare per medici ostetrici e pediatri/neonatologi dei punti nascita *Spoke* con numero di parti inferiori a 500 e inferiori a 1000 l'anno. La carenza, già messa in evidenza dai dati dell'Audit del 2014, si è ancora più aggravata durante il 2016 e nei primi mesi del 2017 e **preclude, secondo la Commissione, la possibilità di presentare al Ministero della salute la richiesta di deroga per mantenere in attività i punti nascita con meno di 500 parti l'anno**. Questo perché, allo stato attuale, **non risultano sostenibili gli standard di sicurezza previsti**, in particolare la guardia attiva di 24 ore di ostetrica, ginecologo, anestesista e pediatra/neonatalogo.

La difficoltà è ulteriormente aggravata da **ostacoli al reclutamento di nuove risorse professionali**. Ostacoli rappresentati in primo luogo dalla mancata disponibilità di giovani specialisti a prestare servizio in questi centri, considerati poco “attraattivi” per la modesta complessità assistenziale.

I rappresentanti delle sezioni regionali emiliano-romagnole di *tutte* le società scientifiche di pediatria e neonatologia hanno recentemente presentato all'assessorato *Politiche per la salute* un documento che **conferma le difficoltà in cui si trova la rete pediatrica e neonatologica**, riprendendo anche la dichiarazione della *Società italiana di neonatologia* (20 dicembre 2016), secondo la quale

«Non bastano gli investimenti in attrezzature, non basta un aumento del numero dei medici e degli operatori sanitari; è indispensabile che il punto nascita ogni giorno, ogni settimana, ogni anno affronti un numero sufficiente di parti per “accumulare” esperienza e abitudine ad affrontare tutte le situazioni, anche quelle più difficili, rare e impreviste. Dobbiamo fare tutto il possibile per garantire, in tempi brevi, a mamma e bambino non solo di nascere bene, ma anche di nascere sicuri.»

6. Ipotesi per la ridefinizione della rete. I casi specifici di Mirandola e Cento

La *Commissione nascita* ha valutato i risultati dell'Audit regionale (2014) condotto su tutta la rete perinatale regionale - analizzata secondo la classificazione dei punti nascita in *Hub* e *Spoke* - insieme ai dati CeDAP 2016 confrontati con quelli degli anni precedenti e a quelli del primo trimestre 2017.

La *Commissione* ha inoltre considerato l'impatto che il **terremoto** del maggio 2012 ha avuto - in particolare - sui territori di **Mirandola** e di **Cento** dove, per problemi strutturali e di sicurezza, le funzioni dei punti nascita sono state sospese o limitate per alcuni mesi; territori dove tutt'ora persistono effetti dell'evento sismico. In entrambi i punti nascita il volume di attività, negli anni precedenti al sisma, era superiore ai 500 parti l'anno. La DGR 2040/2015 ha affidato alla *Commissione nascita* la realizzazione di «uno specifico approfondimento sugli ultimi 5 anni di attività della rete dei punti nascita», un arco temporale che - nel caso specifico di questi due - va necessariamente riferito al quinquennio 2013-2017.

Sono stati anche valutati i documenti redatti dall'*Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano* e dal *Comune di Borgo Val di Taro* e trasmessi alla *Commissione nascita* dalla *Direzione generale cura della persona, salute e welfare*. Le proposte sono state attentamente vagliate. Le analisi condotte dalla *Commissione* avevano già preso in considerazione le ipotesi avanzate in quei due documenti, giungendo alla conclusione che le soluzioni non erano percorribili e soprattutto non rispettavano i criteri dell'appropriatezza assistenziale. È stato inoltre preso in considerazione il documento - inviato dalla *Direzione generale* dell'Ausl di Ferrara all'assessorato *Politiche per la salute* - nel quale vengono riportati i risultati del monitoraggio della situazione a tre mesi dalla chiusura del punto nascita dell'ospedale del Delta. Le informazioni rilevate dopo la sospensione dell'attività di assistenza al parto concernono: la riallocazione dei parti nelle strutture limitrofe, l'avvio delle attività ambulatoriali sul territorio e presso gli ospedali del Delta e di Argenta per l'assistenza alla gravidanza, le attività di *day surgery* e *week surgery* programmate per la riconversione dei reparti interessati. L'analisi dimostra l'assenza complessiva di criticità e la pronta risposta garantita dai servizi di trasporto materno per i casi di emergenza-urgenza.

In base a queste considerazioni, tenendo conto delle difficoltà attraversate, delle sensibilità e delle aspettative degli abitanti delle aree colpite dal sisma, **la Commissione nascita regionale propone** di chiedere al *Comitato Percorso Nascita nazionale* la concessione della **deroga alla chiusura per i soli punti nascita di Mirandola e di Cento, purché siano rispettati i criteri necessari (da realizzare prima della richiesta)**. Alla fine del 2017, termine del periodo di osservazione, la situazione sarà riesaminata alla luce dei risultati conseguiti.

La *Commissione nascita* formula una proposta di **ridefinizione della rete perinatale per Area Vasta**. Nella descrizione che segue sono riportati **in grassetto gli Spoke candidati a sospendere l'attività**.

6.1. Area Vasta Emilia Nord (AVEN)

I nati in quest'area (15.603) costituiscono il 45,7% di tutti i nati in Emilia-Romagna; i parti sono distribuiti in 3 *Hub* dotati di terapia intensiva neonatale (Parma 2621 parti; Reggio Emilia 2049 parti; Modena 2859 parti) e in 11 *Spoke*, fra i quali Piacenza (1792 parti), Sassuolo (1289 parti), Carpi (1273 parti), Fidenza (942 parti), Guastalla (729 parti), Montecchio Emilia (638 parti), **Scandiano** (487 parti), Mirandola (423 parti), **Pavullo nel Frignano** (197 parti), **Borgo Val di Taro** (122 parti), **Castelnuovo ne' Monti** (149 parti).

L'elemento critico è rappresentato dal **volume di attività** dei punti nascita di cui si propone la chiusura. La loro dimensione attuale e la tendenza a una ulteriore riduzione del numero di eventi indica (in maniera inconvertibile, con la sola eccezione di Mirandola) l'impossibilità di conseguire e mantenere la *competenza di struttura*, come definita nel *Protocollo metodologico*². La proposta di chiusura, oltre che al ridotto volume di attività, è legata anche alla **manca di un servizio di guardia medica ostetrica notturna nel punto nascita di Borgo Val di Taro**, mentre la **presenza di due medici non è assicurata fino alle ore 20** nei punti di **Borgo Val di Taro**, Montecchio Emilia, Mirandola, **Pavullo nel Frignano**.

Non è presente un **servizio di guardia pediatrica notturna** nei punti nascita di **Borgo Val di Taro**, **Castelnuovo ne' Monti**, Montecchio, **Scandiano**, Mirandola, **Pavullo**. La presenza di un **pediatra non è assicurata fino alle ore 20** nei punti di **Borgo Val di Taro** e **Scandiano** (nei giorni festivi anche nei punti di **Castelnuovo ne' Monti** e Montecchio).

Questi requisiti, che non vengono soddisfatti negli Spoke elencati, costituiscono le garanzie assistenziali minime identificate dal Ministero della salute per l'attività. Va ricordato che i punti nascita con volumi di attività maggiori, ma ancora carenti a livello organizzativo, potrebbero migliorare grazie alla redistribuzione dei professionisti provenienti dai punti nascita chiusi.

In tabella IX è rappresentato – per ciascuno dei punti in AVEN dei quali si ipotizza la sospensione dell'attività – il numero delle nascite da residenti nel distretto, quante di queste nascite da residenti hanno avuto luogo nel punto nascita del distretto, il numero totale dei dimessi dal punto nascita con diagnosi di parto, il numero di casi in base ai quali è stata calcolata la potenziale redistribuzione in altri punti nascita (sulla base del tempo di percorrenza domicilio-ospedale). Non essendo l'anno 2016 ancora consolidato, è possibile un'impresione, di entità comunque irrilevante, nei numeri assoluti riportati. In tabella non è compreso lo *Spoke* di Mirandola, per il quale si intende richiedere – come già scritto – al *Comitato Percorso Nascita nazionale* la deroga alla chiusura in quanto rientra nel territorio colpito dal sisma e mostra un consistente aumento dell'attività (+76,3% nel periodo 2012-2016).

Tab. IX. AVEN. Nati 2016 residenti nell'area/distretto del punto nascita e redistribuzione degli assistiti in altri punti nascita sulla base del tempo di percorrenza

punto nascita	nati residenti nel distretto	residenti nel distretto nati nel punto nascita	totale dimesse per parto	casi re-distribuiti*	punto nascita alternativo 1	punto nascita alternativo 2	punto nascita alternativo 3
	n°	n° (%)	n°	n°	n° (%)	n° (%)	n° (%)
Borgo v/T	276	97 (35,1)	112	102	AOU Parma 98 (96,1)	Fidenza 4 (3,9)	...
Castelnuovo n/M	211	131 (62,1)	147	66	AO Reggio E. 39 (59,1)	Sassuolo 16 (24,2)	Montecchio E 7 (10,6)
Scandiano	640	301 (47,0)	478	348	AO Reggio E. 180 (51,7)	Sassuolo 117 (33,6)	AOU Modena 26 (7,5)
Pavullo n/F	273	136 (49,8)	190	162	Sassuolo 122 (75,3)	AOU Modena 26 (16)	BO Maggiore 11 (6,8)

*la redistribuzione delle dimissioni per parto in altri punti nascita sulla base del tempo di percorrenza è stata possibile unicamente per i casi geo-referenziati

6.2. Area Vasta Emilia Centro (AVEC)

In quest'area nasce il 29,5% di tutti i nati in Regione, distribuiti in 3 *Hub* dotati di TIN (Bologna S. Orsola 3321 parti; Bologna Maggiore 2931 parti; Ferrara 1589 parti) e 4 *Spoke*: Imola (937 parti), Bentivoglio (655 parti), Cento (413 parti). L'**ospedale del Delta** (175 parti) è stato chiuso (31.01.2017). La guardia ostetrica continua è garantita in tutti, ma la presenza di almeno due ginecologi fino alle ore 20 non è garantita nei punti nascita di Bentivoglio e di Cento. La guardia pediatrica notturna non è garantita a Bentivoglio e a Cento (per quest'ultimo, come già scritto, si vuole chiedere la deroga per via del sisma).

6.3. Azienda Sanitaria Romagna (già Area Vasta Romagna - AVR)

I nati in Romagna (8485) costituiscono il 24,8% di tutti i nati in Emilia-Romagna con 3 punti nascita *Hub* dotati di terapia intensiva neonatale (Rimini 2786 parti; Cesena 1940 parti; Ravenna; 1385 parti) e 3 *Spoke*: Forlì (1112 parti), Faenza (636 parti) e Lugo (601 parti).

La ristrutturazione della rete interessa tutto il territorio della provincia di Ravenna, dove ci sono due *Spoke*, Faenza e Lugo appunto, **entrambi con volume di attività nel 2016 di poco superiore ai 500 parti l'anno**.

Dal mese di agosto 2016, **per aumentare la sicurezza**, le donne ad alto e medio rischio che farebbero riferimento per partorire a Faenza e Lugo **vengono orientate verso i punti nascita che offrono un'assistenza appropriata** secondo il *Protocollo metodologico del Comitato Percorso Nascita nazionale*². Questo in attesa di procedere a una definitiva riorganizzazione della rete perinatale che prevede in quei due punti nascita l'istituzione di **una unità semplice di ostetricia e ginecologia** che farà **parte dell'Unità complessa di Ravenna**.

In tabella X sono descritte la provenienza dei nati nei punti nascita di Faenza e di Lugo nel 2016 e la stima della redistribuzione del numero totale dei nati in altri punti nascita. Anche in questo caso, non essendo i dati dell'anno 2016 ancora consolidati, è possibile una imprecisione, di entità comunque irrilevante, nei numeri assoluti riportati

Tab X. Ausl Romagna. Nati 2016 residenti nell'area/distretto dei punti nascita e redistribuzione degli assistiti in altri punti nascita sulla base del tempo di percorrenza

punto nascita	nati residenti nel distretto	residenti nel distretto nati nel punto nascita	totale dimessi per parto	casi re-distribuiti*	punto nascita alternativo 1	punto nascita alternativo 2	punto nascita alternativo 3
	n°	n° (%)	n°	n°	n° (%)	n° (%)	n° (%)
Faenza	676	469 (69,4)	605	487	Imola 342 (70,24)	Lugo 71 (14,6)	Forlì 63 (12,9)
Lugo	749	430 (57,4)	583	518	Ravenna 178 (34,4)	Faenza 168 (32,4)	Imola 149 (28,8)

*la redistribuzione delle dimissioni per parto in altri punti nascita sulla base del tempo di percorrenza è stata possibile unicamente per i casi geo-referenziati

7. Altre indicazioni per la riorganizzazione della rete

Le principali *diretrici* di cambiamento coerenti con quest'impostazione sono necessariamente indirizzate verso:

- il **potenziamento dei servizi territoriali**, con una forte integrazione della componente sanitaria, di quella sociale e di quella educativa, a garanzia della prossimità e della domiciliarità, del sostegno e dell'accompagnamento alla genitorialità in tutto il percorso;
- l'**accentuazione dell'integrazione fra strutture territoriali e ospedaliere**, ancorata ai principi della presa in carico della donna, della continuità assistenziale e dell'approccio multidisciplinare e multi-professionale;
- il **miglioramento degli indicatori di efficienza/efficacia dei servizi ospedalieri** in termini di tassi di occupazione, degenza media, tempi di attesa, appropriatezza dei regimi di erogazione e dei modelli assistenziali, indicatori di esito.

La **ridefinizione della rete ospedaliera** e la **chiusura** dei punti nascita **deve avvenire contestualmente a una ridefinizione dei contenuti e delle modalità di erogazione dell'assistenza**. I servizi integrati territorio-ospedale riorganizzeranno le attività precedentemente svolte all'interno o nel quadro dei punti nascita chiusi assicurando - per le popolazioni dei territori interessati, anche attraverso la mobilità del personale - tutte le prestazioni ambulatoriali e di ricovero diurno che potranno essere decentrate.

L'occasione della riorganizzazione dell'assistenza alla nascita nel distretto dove non sarà più possibile partorire dovrà essere considerata una straordinaria opportunità **per migliorare l'assistenza al percorso nascita**, con un'attenta personalizzazione e un accompagnamento, in particolare da parte dell'ostetrica, delle donne e delle loro famiglie.

Esempi di strategie e azioni che dovranno/potranno essere realizzate sono: l'**anagrafe di tutte le donne in gravidanza**, con *geo-localizzazione* della residenza per individuare eventuali difficoltà di accesso ai servizi sia programmati che in urgenza; il **primo colloquio informativo in gravidanza** (entro la 9^a-10^a settimana), offerto attivamente - con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta - a tutte le donne, incluse quelle assistite da libero professionisti; la **presa in carico e l'assistenza**, delle donne che scelgono di essere seguite in **gravidanza** dall'equipe della struttura pubblica consultoriale costituita da ostetrica, ginecologo/a, psicologo/a; la **consulenza**

ostetrica in gravidanza e nel post parto su richiesta della donna; il **contatto telefonico** dell'ostetrica che ha eseguito il primo colloquio nel secondo e terzo trimestre di gravidanza, per valutare il benessere della donna e l'insorgenza di eventuali difficoltà legate alla gestazione (il colloquio telefonico potrà essere sostituito da una visita domiciliare); l'**ambulatorio della gravidanza a termine**: primo accesso all'ospedale dove si prevede di partorire (anche sulla base delle condizioni di rischio) e successivi controlli - in integrazione con l'ospedale di riferimento - negli ambulatori distrettuali; l'**ambulatorio della gravidanza a rischio** nell'ospedale distrettuale, in integrazione con l'ospedale di riferimento e il consultorio familiare; l'**accompagnamento al parto**: verificare la fattibilità di accompagnamento al momento del parto, presso il punto nascita, da parte dell'ostetrica di riferimento durante la gravidanza (sarebbe l'ottimale); la **dimissione con presenza dell'ostetrica** che assisterà la neo-mamma nella prima settimana dopo il parto con una o più visite domiciliari e/o ambulatoriali in base al bisogno; la **dimissione del neonato** con l'appuntamento con il pediatra già definito; le **dimissioni protette** di madre e bambino nelle gravidanze multiproblematiche; l'**assistenza al puerperio ambulatoriale e domiciliare** (in base al bisogno) da parte delle ostetriche a tutte le neo-mamme del distretto; la **consulenza e sostegno per l'allattamento al seno h24**; la consulenza ostetrica e promozione della **ripresa della funzionalità del piano perineale** con interventi di gruppo e singoli sulla base del bisogno per tutte le puerpere; la **partecipazione attiva** ai progetti di **sostegno alla genitorialità "fragile"** e di promozione dei progetti *Nati per leggere* e *Nati per la musica*; il **potenziamento dell'offerta dei corsi di accompagnamento alla nascita e degli incontri nel post-partum** per promuovere il benessere di madre e bambino; **potenziamento della mediazione culturale** per la popolazione immigrata in difficoltà.

Queste strategie e azioni hanno bisogno di essere condivise, fatte proprie e promosse attivamente dai professionisti territoriali e ospedalieri che lavorano nel distretto e che, insieme, dovranno progettare e ridefinire l'assistenza sulla base delle peculiarità, dei bisogni e delle risorse. I protocolli assistenziali, sia della fisiologia che della patologia, andranno concordati tra i professionisti territoriali e ospedalieri del percorso nascita e i colleghi dei punti nascita di riferimento.

Questo processo deve essere realizzato contemporaneamente al completamento delle reti di trasporto materno e neonatale (STAM e STEN), il cui progetto - presentato dallo specifico gruppo di lavoro interno alla *Commissione nascita* - è in fase di ultimazione. L'elitransporto, allargato alle fasce orarie notturne, consentirà connessioni rapide ed efficaci tra i servizi di emergenza/urgenza e i punti nascita (preferibilmente *Hub*) di riferimento.

Le modifiche apportate alla rete dovrebbero comprendere la disponibilità di strutture alberghiere per ospitare le donne incinte, residenti in zone distanti dal punto nascita chiuso, che necessitano di controlli più ravvicinati *non* in regime di ricovero, o le nutrici con i bimbi ricoverati in terapia intensiva neonatale.

Orientare le donne incinte verso un numero ridotto di strutture ospedaliere può generare un'elevata concentrazione di ricoveri nei punti nascita, sia *Hub* che *Spoke*, di maggiori dimensioni. L'afflusso e la eterogeneità tra casi a basso e alto rischio può andare a scapito del rispetto della fisiologia e dei diritti delle donne e dei neonati. Parallelamente alla riorganizzazione della rete, è quindi auspicabile progettare e sperimentare - all'interno dei punti nascita - strutture nelle quali, al pari delle *alongside* o *onsite midwifery units* presenti nel Regno Unito^{23,24,25,26} e in altri paesi europei²⁷, i travagli di parto fisiologici (cosiddetti a *basso rischio*) **siano affidati alla responsabilità delle ostetriche**, portando a compimento

il progetto di “autonomia ostetrica” indicato dalla legge regionale sul *Percorso nascita* e incrementando contestualmente i livelli di efficacia, appropriatezza ed efficienza.

8. Conclusioni

Le proposte contenute in questo documento - redatto nella sua versione definitiva dopo due riunioni della *Commissione nascita regionale* appena insediata – sono state dibattute e condivise con i rappresentanti di tutti i percorsi nascita aziendali e provinciali e con i Direttori generali e sanitari delle Aziende coinvolte. Relativamente alle strutture sanitarie delle quali viene proposta la sospensione delle attività di assistenza al parto, tutti i Direttori hanno rilevato l'impossibilità di adeguare le attuali modalità assistenziali agli standard previsti dal *Protocollo metodologico*² per le richieste di mantenimento in attività dei punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni oro-geografiche difficili.

La *Commissione* conclude con l'indicazione di

sospendere l'assistenza al parto nei punti nascita di Borgo Val di Taro, Castelnovo ne' Monti, Scandiano e Pavullo nel Frignano, senza procedere alla richiesta di deroga al Comitato Percorso Nascita nazionale, poiché non sussistono le condizioni per sostenere quest'istanza;

intraprendere azioni e sviluppare strategie – come quelle proposte in questo documento – finalizzate ad accrescere qualità e valore del percorso nascita, con personalizzazione dell'assistenza e accompagnamento delle donne e delle loro famiglie.

Il documento è stato approvato all'unanimità.

Bibliografia

- ¹ World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization, 2016
- ² Ministero della Salute. Direzione generale della programmazione sanitaria. Direzione generale della prevenzione sanitaria. Comitato Percorso Nascita nazionale. Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili (art. 1 D.M. 11/11/2015). Testo integrale: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4483_listaFile_itemName_5_file.pdf (data di consultazione: 23.05.2017)
- ³ Regione Emilia-Romagna. Reportistica Predefinita CEDAP. URL: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/analisi-statistica/reportistica-predefinita> (data di consultazione: 23.05.2017)
- ⁴ Lasswell SM et al. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. *JAMA* 2010; 304:992-1000
- ⁵ Kyser KL et al. The association between hospital obstetrical volume and maternal postpartum complications. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207: 42. e1-17
- ⁶ Janakiraman V et al Hospital volume, provider volume, and complications after childbirth in U.S. hospitals. *Obstet Gynecol* 2011; 118:521-7
- ⁷ Jonathan M et al. The impact of hospital obstetric volume on maternal outcomes in term, non-low-birthweight pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212: 380.e1–380.e9

- 8 American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2014;123:693-711
- 9 Hodnett ED et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD003766
- 10 Aune I et al. Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women's perspectives. *Midwifery* 2015; 31:721-7
- 11 Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Quality and Safety and Health Policy Committees, Bailit JL, Gregory KD, Srinivas S, Westover T, Grobman WA, Saade GR. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Special Report: Current approaches to measuring quality of care in obstetrics. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215: B8-B16
- 12 Tita AT; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. What we have learned about scheduling elective repeat cesarean delivery at term. *Semin Perinatol* 2016; 40:287-90
- 13 Chan E et al. Long-term cognitive and school outcomes of late-preterm and early-term births: a systematic review. *Child Care Health Dev* 2016; 42:297-312
- 14 Spong CY. Improving birth outcomes key to improving global health. *JAMA* 2016; 316: 395-6
- 15 Richards JL et al. Temporal trends in late preterm and early term birth rates in 6 high-income countries in North America and Europe and association with clinician-initiated obstetric interventions. *JAMA* 2016; 316:410-9
- 16 Basevi V et al. La nascita in Emilia-Romagna. 12° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2014. Bologna: Regione Emilia-Romagna, 2015. Testo integrale: http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/files/la-nascita-in-emilia-romagna-12deg-rapporto-sui-dati-del-certificato-di-assistenza-al-parto-dati-anno-2014/at_download/file/CEDAP_Rapporto_2014.pdf (data di consultazione: 23.05.2017)
- 17 Regione Emilia-Romagna. LEA - Area ospedaliera - Altri indicatori-Parti cesarei primari. URL: <https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportER/public/Drill> (data di consultazione: 31.05.2017)
- 18 Betran AP et al, for the WHO Working Group on Caesarean Section. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG* 2016; 123:667-70
- 19 Vogel JP et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health* 2015; 3: e260-70
- 20 Betrán AP et al. A systematic review of the Robson classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. *PLoS One* 2014; 9:e 97769
- 21 Scenari demografici per l'Emilia-Romagna. URL: <http://statistica.regione.emilia-romagna.it/primo-piano/scenari-demografici-per-l2019emilia-romagna> (data di consultazione: 23.05.2017)
- 22 Regione Emilia-Romagna. PL Medi - Indicatori attività Posti Letto. URL: <https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportER/public/BackWizard> (data di consultazione: 31.05.2017)
- 23 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190. London: RCOG, 2014
- 24 Hollowell J et al. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. Southampton: NIHR Journals Library, 2015
- 25 Long Q et al. Onsite midwife-led birth units (OMBUs) for care around the time of childbirth: a systematic review. *BMJ Global Health* 2016; 1: e000096
- 26 Woo VG et al. Hospital-affiliated outpatient birth centers a possible model for helping to achieve the triple aim in obstetrics. *JAMA* 2016; 316:1441-2
- 27 Newburn M et al. Midwifery Unit Network – Policy research briefing 1. Philosophy of care and policy on midwifery unit care (June 2015). Testo integrale: <http://static1.squarespace.com/static/553ca2bee4b00f34b152cc73/t/559ac055e4b0050728db9bd0/1436205141945/Midwifery+Unit+Network+-+policy+research+briefing+1+Philosophy+and+policy+FINAL.pdf> (data di consultazione: 23.05.2017)

PUNTO NASCITA DI BORGO VAL DI TARO

Il **Distretto di Borgo Val di taro** comprende, oltre al comune di Borgo Val di Taro, i comuni di Albareto, Bardi, Bedonia, Berceto, Bore, Compiano, Fornovo, Madesano, Pellegrino Parmense, Solignano, Terenzo, Tornolo, Valmozzola, Varano De' Melegari, Varsi.

Il Punto nascita è un U.O. dell'**ospedale di Borgo Val di Taro** che assiste pazienti con patologie a media-bassa complessità e fa parte di una rete provinciale di ospedali che si integra su un modello hub and spoke.

Nati vivi nel distretto di Borgo val di Taro negli ultimi 5 anni

2012	2013	2014	2015	2016	Differenza 2012-2016
365	314	313	311	288	-21,1%

Nel 2016 il tasso grezzo di natalità nel distretto è pari a 6,9 per 1000 abitanti

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

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

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

Standard	Punto nascita
parti/anno	Si registra un decremento dei parti dal 2012 al 2016 del 36,55% (197 parti nel 2012 / 125 parti nel 2016)
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,	Presenti: direttore U.O. + 3 medici strutturati. Non medici a contratto, né a orario ridotto. Non medici con altro incarico istituzionale
presenza di personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico	<u>Non</u> esiste servizio di guardia ginecologica notturna. Presenza di due medici assicurata fino alle 16. Servizio di pronta disponibilità effettuato da 4 medici nei giorni feriali e nei giorni festivi.presenza di 1 ostetrica h24
garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno.	Ostetriche: 6 (nessuna a orario ridotto). Il personale infermieristico e operatori Socio-Sanitari sono in comune con l'adiacente U.O. di chirurgia generale.. Garantita presenza di 1 ostetrica al mattino, al pomeriggio e nel turno notturno (segue sia l'area di degenza che la sala parto).i Le ostetriche garantiscono l'assistenza anche nell'area ginecologica. L'assistenza ai neonati è a completo carico delle ostetriche.
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica H24	Esiste uno spazio dedicato.
Garantire assistenza con guardia attiva	Presente servizio di guardia anestesisti 24/24 ore .

anestesiologica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	
Garantire assistenza con guardia attiva pediatrico/neonatologica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	<u>Non</u> prevista guardia notturna. Presenza di un medico fino alle ore 16 nei giorni feriali. E' attiva la pronta disponibilità h 24 per il punto nascita e, nell'orario di guardia medica, per il PS.
devono essere presenti due sale travaglio - parto;	1 sala travaglio/parto; consente la permanenza della donna nel periodo travaglio - parto -post-partum (3h).
una sala operatoria deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPEL);	1 sala operatoria al di fuori del blocco travaglio- parto
area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale;	Esiste un'area dedicata alla sola gestione del travaglio / parto fisiologico, a gestione ostetrica con consulenza medica
devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale;	E attivo un ambulatorio della gravidanza a termine organizzato e gestito da ostetriche. Primo controllo a 40 ⁺⁰ settimane e.g. <u>Non</u> è attivo un ambulatorio di gravidanza a rischio.
garantire terapia sub-intensiva alla gravida ed alla puerpera;	la terapia sub intensiva è garantita dalla presenza h24 dell' anestesista
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale);	è garantita l' integrazione con lo STAM
garantire esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24; anche con pronta disponibilità del personale addetto; deve essere garantito un tempo massimo di risposta ≤ 1 ora per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilità della trasfusione	E' possibile, 24 ore su 24: effettuare esami urgenti, diagnostica per immagini ed emotrasfusione.

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

Standard	Punto nascita
garantire l'assistenza alla gravidanza e ai parti per epoca gestazionale > 34 settimane;	no , solamente oltre la 37 ° settimana
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica h24	Esiste uno spazio dedicato.
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	si

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;	<u>Non</u> esiste un servizio di analgesia in travaglio I trattamenti non farmacologici proposti sono: a. sostegno emotivo da parte dell'ostetrica b. immersione in acqua/doccia
rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in ed al sostegno dell'allattamento al seno;	Presenti 8 culle rooming-in. Rooming-in attivo 24 ore su 24. Un nato pretermine in buone condizioni può essere assistito al rooming-in se di peso >2300 g. e con e.g >36 settimane. Si riesce <u>sempre</u> a garantire l'osservazione di almeno una poppata, <u>non</u> si utilizza scheda di valutazione. La somministrazione di liquidi e formula avviene su prescrizione medica. L'integrazione è prevista per un calo ponderale del 10%. È prassi l'allattamento a richiesta. Dalla II giornata non è previsto un intervallo minimo tra poppate
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	E' possibile, 24 ore su 24: effettuare emotrasfusione.
garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;	E' possibile l'effettuazione di interventi ostetrico- ginecologici in emergenza
garantire terapia sub-intensiva alla gravida e alla puerpera; in ogni punto nascita deve essere garantito H24 l'immediato inizio delle manovre di rianimazione e la stabilizzazione di una donna, in travaglio o in fase puerperale, in attesa del trasferimento presso un luogo idoneo per il livello assistenziale. Deve essere disponibile inoltre un protocollo specifico per l'appropriata attivazione delle procedure in caso di necessità	E' garantita la terapia sub intensiva alla gravida e alla puerpera.
garantire esami di laboratorio e indagini di diagnostica per immagini in urgenza	E' possibile, 24 ore su 24: effettuare esami urgenti, diagnostica per immagini
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	L' U.O. è formalmente e funzionalmente collegata con i punti nascita di 2° livello
provvedere al trasferimento della gravida laddove si verificano condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad unità di II livello; deve essere disponibile una procedura	U.O. inserita nel protocollo STEN e STAM provinciali

interna e una procedura condivisa con U.O. di 2° livello/STAM del bacino di riferimento	
garantire il trasferimento a struttura di II livello delle gravide per le quali si preveda che il nascituro abbia bisogno di terapie intensive, salvo le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo S.T.E.N.; deve essere disponibile una procedura interna e procedure condivise con U.O. di 2° livello del bacino di riferimento	U.O. inserita protocollo STEN

Standard di Sicurezza

Standard	Punto nascita
Ognuna delle due sale travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, (si raccomanda un cardiocografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea, (riferimento LG ISPESL) nonché consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti;	1 sala travaglio/parto; consente la permanenza della donna nel periodo travaglio - parto -post-partum (3h). Vi sono spazi adeguati a favorire il contatto precoce madre-bambino
deve essere presente una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze h 24 nel blocco travaglio parto;	1 sala operatoria al di fuori del blocco travaglio- parto
devono essere presenti aree dedicate all'accettazione ostetrica;	Esiste uno spazio dedicato.
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;	Esiste un'area dedicata alla sola gestione del travaglio / parto fisiologico, a gestione ostetrica con consulenza medica. I trattamenti non farmacologici proposti sono: a. sostegno emotivo da parte dell'ostetrica b. immersione in acqua/doccia
una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;	l'osservazione post. Partum avviene nella sala travaglio o in camera di degenza
devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche e D.S.;	La degenza è separata da quella ginecologica. <u>Non</u> utilizzo di posti letto dell'area ginecologica per ricoveri ostetrici.
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	E attivo un ambulatorio della gravidanza a termine organizzato e gestito da ostetriche. Primo controllo a 40 ⁺⁰ settimane e.g. <u>Non</u> è attivo un ambulatorio di gravidanza a rischio. poiché non seguite dalla U.O. ma inviate al 2° livello
deve essere disponibile un servizio di rianimazione e terapia intensiva generale	non è presente un servizio di rianimazione e terapia intensiva

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	Si , sono presenti locali dedicati

Standard Tecnologici

Ogni 1000 parti/anno

	Accettazione	Travaglio-parto	Degenza	ambulatorio
Ecografi		1	Si	1
Cardiotocografo (*)		2		
Carrello emergenza		1	1	

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

Collegamenti fissi per aspirazione	
n. 1 apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche monouso	vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche monouso: 1
n. 1 forcipe	forcipe: 2
n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto	set pronti sterili per l'assistenza al parto: 2
n. 4 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo	Set pronti sterili 2
n. 2 set pronti sterili per Taglio Cesareo demolitore	set pronti sterili per TC demolitore:1
illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientabile	si
n. 1 orologio con contasecondi a muro	si
Possibilità di sterilizzazione	si
n. 2 elettrocardiografi	elettrocardiografo:1
n. 1 rilevatori di pressione arteriosa per ogni letto travaglio e parto	rilevatori di PA per ogni letto travaglio: 1
n. 4 pompe a siringa	pompe a siringa:2
pompe infusione continua	pompe infusione continua: 2
n. 2 saturimetri pulsati	saturimetri pulsati: 3
rilevatore Doppler portatile	rilevatore Doppler portatile: 2
n. 1 emogasanalizzatore	emogasanalizzatore:1 centralizzato

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

Standard Operativi

Standard	Punto nascita
Area neonatale (punti in deroga): < 500 nati/anno U.O. neonatologia/pediatria: 500 - 1000 nati/anno	

risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;	Presenti 2 pediatri strutturati a tempo pieno. . Non medici a orario ridotto. Un pediatra strutturato dedica alcune ore/settimana anche alla pediatria di comunità. <u>Nessun</u> medico ha una precedente esperienza in Unità di Terapia intensiva neonatale. <u>Nessun</u> medico ha effettuato, negli ultimi 3 anni, stage di formazione presso UTIN. <u>Non</u> vi sono infermiere specificamente dedicate alla sezione neonati. <i>Al bisogno ostetriche ed infermiere dell'ostetricia/pool dipartimentale collaborano con i pediatri nella cura dei neonati.</i>
garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in - degenza neonatale) affidata al pediatra-neonatologo;	è garantita l'assistenza pediatrica neonatale, presenza di isola neonatale e roaming in
garantire l'assistenza ai neonati di età gestazionale > 34 sett. Senza alterazioni dei parametri vitali;	no, solo oltre la 37° settimana
Area neonatale: 6 culle (fino a 500 nati/anno) destinate ai neonati sani; U.O. Neonatologia/Pediatria: 15 culle (500 - 1000 nati/anno) destinate ai neonati sani;	6 culle per neonati sani
garantire la guardia attiva h24 da parte del neonatologo o del pediatra con provata competenza nella assistenza neonatologica in sala parto con, nelle situazioni di emergenza, collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio;	Il pediatra è presente a tutti i parti. <u>Non</u> prevista guardia notturna del pediatra. Reperibilità pediatrica H24 Presenza anestesista h24
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza.	Garantita integrazione con STEN provinciale (Hub Parma)
garantire i servizi di diagnostica per immagine e di laboratorio già previsti nel 1° livello di ostetricia per le situazioni di emergenza	Per neonati invio al 2° livello HUB (come da protocollo STEN)

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

Standard	Punto nascita
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;	Il pediatra è presente a tutti i parti. <u>è</u> presente servizio di guardia anestesiológica.
garantire l'osservazione transizionale post-parto;	
Nelle aree neonatali garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e prevedere connessione funzionale e organizzativa con U.O. di Neonatologia/TIN	Oltre la 37° settimana

Nelle U.O. di neonatologia/pediatria garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e ai neonati che comunque richiedano monitoraggio polifunzionale e cure intermedie, ma che non necessitino di trattamenti intensivi.	
garantire formalmente e funzionalmente collegata con T.I.N. di riferimento;	Esistono raccomandazioni condivise con Centro Hub su ittero, ipoglicemia, rianimazione, SGA, LGA, pretermine, infezione da SGB, infezioni congenite, somministrazione surfactant.
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	non garantita sul neonato. prevista attivazione STEN, come da protocollo
garantire l'assistenza immediata d'urgenza ai soggetti che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche richiedenti l'intervento dello S.T.E.N., nell'attesa che il paziente possa essere preso in carico da quest'ultimo;	si
garantire accoglienza ai neonati trasferiti dalla T.I.N di II livello referente per l'area: solo per i punti nascita > 1000 parti/anno (favorire una rete che si occupa di livelli di assistenziali più bassi tramite il "Back Transport") come da protocolli condivisi con U.O. di II livello;	
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.;	vengono applicati tutti i protocolli nazionali/ regionali per il livello di appartenenza
favorire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto;	Presenti 8 culle rooming-in. Rooming-in attivo 24 ore su 24. Un nato pretermine in buone condizioni può essere assistito al rooming-in se di peso >2300 g. e con e.g >36 settimane. . Si riesce <u>sempre</u> a garantire l'osservazione di almeno una poppata, <u>non</u> si utilizza scheda di valutazione. La somministrazione di liquidi e formula avviene su prescrizione medica. L'integrazione è prevista per un calo ponderale del 10%. È prassi l'allattamento a richiesta. Dalla II giornata non è previsto un intervallo minimo tra poppate
garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio (Distretto, Consultorio Familiare, P.L.S.);	Programmato un controllo presso ambulatorio ospedaliero entro 2 giorni, in assenza di dimissione appropriata.E' attivo il percorso di dimissione appropriata.
concorrere con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza	Vi sono circa 2 riunioni /anno <u>non programmate</u> per la definizione o il monitoraggio di raccomandazioni

epidemiologica dell'evento parto-nascita;	interessanti le due aree (neonatale ed ostetrica). Si effettua una riunione con ostetrici e pediatri per discussione dati CedAP.
favorire elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatri ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit.	L' integrazione fra pediatri e ostetrici è garantita dalla condivisione giornaliera di tutti i casi Nel caso di esito avverso relativo a feto , invio al 2° livello.Per esito avverso relativo al neonato viene effettuata una valutazione congiunta con gli ostetrici tura audit formale.

Standard di Sicurezza

Standard	Punto nascita
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	si
nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;	a. Lettini con pannello radiante: 2 b. Set incannulamento vasi: 1 c. Set materiale drenaggio pnx: 0 d. Pulsiossimetri: 1 e. Pompe a siringa: 1 f. Erogatori O2, aria compressa: Si g. Sistemi miscelazione: Si h. Sistemi umidificazione: Si i. Sistemi neo-puff: Si j. Incubatrice trasporto: 1
Le aree neonatali e U.O. di neonatologia devono prevedere: <input type="checkbox"/> aree ben distinte per assistenza al neonato sano e per assistenza alla patologia che non richiede ricovero in UTIN, con possibilità di attuare misure di isolamento nel sospetto di infezione; <input type="checkbox"/> area per la pulizia e sterilizzazione delle culle e delle incubatrici; <input type="checkbox"/> ambulatori e area D.H. per il follow-up, indagini strumentali di controllo post dimissione, ecc. <input type="checkbox"/> possibilità di accogliere i genitori senza limitazioni di orario	No si si si
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;	Presenti 8 culle rooming-in. Rooming-in attivo 24 ore su 24. Un nato pretermine in buone condizioni può essere assistito al rooming-in se di peso >2300 g. e con e.g >36 settimane. Si riesce <u>sempre</u> a garantire l'osservazione di almeno una poppata, <u>non</u> si utilizza scheda di valutazione. La somministrazione di liquidi e formula avviene su prescrizione medica.

	<p>L'integrazione è prevista per un calo ponderale del 10%.</p> <p>È prassi l'allattamento a richiesta. Dalla II giornata non è previsto un intervallo minimo tra poppate</p>
<p>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;</p>	<p>Due posti letto dedicati per le cure minime. Accesso madre libero 24 ore su 24. Un nato pretermine in buone condizioni può essere assistito presso la Sezione neonati, se peso >2300 g. e >36 settimane di età gestazionale. Presso le cure minime della sezione neonati possono essere ricoverati bambini che presentino difficoltà di alimentazione o fototerapia, <u>non</u> quelli che necessitano di terapia antibiotica.</p>
<p>devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino.</p>	
<p>devono essere previsti ambulatori per follow-up e sostegno all'allattamento materno.</p>	<p>Esiste un'offerta attiva di consulenza per il sostegno all'allattamento dopo la dimissione.</p> <p>Viene fornito materiale informativo relativo a gruppi o servizi preposti al sostegno all'allattamento.</p>

Standard Tecnologici

Isola Neonatale	2 lettini per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante;	Lettini con pannello radiante: 2
	2 erogatori di O2, aria compressa e sistema di aspirazione	Erogatori O2, aria compressa:1
	2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali	Sistemi miscelazione: 1 Sistemi umidificazione: 1i
	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	Set incannulamento vasi: 1 Set materiale drenaggio pnx:1 Sistemi neo-puff: Si
	2 misuratore P.A. (disponibile)	
	3 pompa a siringa (disponibile)	Pompe a siringa: 1
	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.	Incubatrice trasporto: 1

Area neonatale e U.O Neonatologia/pediatria:	2 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (fino a 500 nati/anno).	incubatrici:2
	2 pannelli radianti	pannelli radianti o lettini riscaldati:2
	2 lampade per fototerapia	lampade per fototerapia: 1
	3 aspiratori da rete centralizzata	sistemi di aspirazione: 2
	3 erogatori di O2 ed aria	sistemi erogazione O e aria e vuoto: 2
	1 lettore di glucosemia	lettore di glucosemia:1
	1 bilirubinometro	bilirubinometro:1
	3 mastosuttori	mastosuttori:1
	4 saturimetri percutanei	saturimetri percutanei: 2
	4 pompe per microinfusione (adatte ai volumi di infusione neonatale)	pompe per microinfusione: 0

Il presidio ospedaliero deve disporre h24 di:	ecografo con sonda adatta alla diagnostica neonatale	si
	apparecchio radiologico portatile	no
	apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi	si
	elettrocardiografo portatile	si
	laboratorio per ricerche ematochimiche, immunoematologiche e microbiologiche	si
	servizio immunotrasfusionale	Solo emoteca

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

Nella provincia di Parma sono presenti altri 2 punti nascita oltre a quello di Borgo Val di Taro: un hub (Ospedale Maggiore di Parma), e 1 spoke, con n. di parti/anno < 1000 (Fidenza).

STAM attivato	Si
STEN attivato	Si

I Centri Hub di riferimento sono il Punto nascita e la Neonatologia dell'Ospedale Maggiore di Parma

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

1. Bacino di utenza dell'Ospedale

Comuni le cui donne hanno contribuito ad almeno il 5% del totale parti del Punto	N.ro dimissioni	Indice dipendenza (struttura - popolazione)
--	-----------------	---

Nascita		
BORGHO VAL DI TARO	24	21,43%
BEDONIA	18	16,07%
FORNOVO DI TARO	12	10,71%
MEDESANO	12	10,71%
BERCETO	7	6,25%
PARMA	6	5,36%
BARDI	6	5,36%

2. Tasso di fidelizzazione:

Rapporto percentuale tra le donne residenti in un Comune che hanno partorito e quelle che hanno partorito nel Punto Nascita indice	N.ro dimissioni	Indice dipendenza (popolazione - struttura)
BEDONIA	18	100,00%
ALBARETO	4	100,00%
VALMOZZOLA	3	100,00%
TORNOLO	1	100,00%

3. Distanza tra Comune di residenza e Comune sede del Punto Nascita indice:

Comune	Punto Nascita indice	Km.
MADESANO	BORGHO VAL DI TARO	47,4
FORNOVO	BORGHO VAL DI TARO	43,6
VARANO DE' MELEGARI	BORGHO VAL DI TARO	46,1
VARSÌ	BORGHO VAL DI TARO	42,2
BORE	BORGHO VAL DI TARO	46,3
BARDI	BORGHO VAL DI TARO	29,6
PELLEGRINO PARMENSE	BORGHO VAL DI TARO	60,9
SOLIGNANO	BORGHO VAL DI TARO	35,8
BERCETO	BORGHO VAL DI TARO	29,0
VALMOZZOLA	BORGHO VAL DI TARO	25,5
BEDONIA	BORGHO VAL DI TARO	15,1
ALBARETO	BORGHO VAL DI TARO	9,1
COMPIANO	BORGHO VAL DI TARO	12,7
TORNOLO	BORGHO VAL DI TARO	15,6
TERENZO	BORGHO VAL DI TARO	53,3

4. Tempo di percorrenza tra Comune di residenza e Comune sede del Punto Nascita indice:

Comune	Punto Nascita indice	Tempo min.
MADESANO	BORGHO VAL DI TARO	41
FORNOVO	BORGHO VAL DI TARO	38
VARANO DE' MELEGARI	BORGHO VAL DI TARO	39
VARSÌ	BORGHO VAL DI TARO	58
BORE	BORGHO VAL DI TARO	72
BARDI	BORGHO VAL DI TARO	42
PELLEGRINO	BORGHO VAL DI TARO	62

PARMENSE		
SOLIGNANO	BORGIO VAL DI TARO	49
BERCETO	BORGIO VAL DI TARO	32
VALMOZZOLA	BORGIO VAL DI TARO	38
BEDONIA	BORGIO VAL DI TARO	19
ALBARETO	BORGIO VAL DI TARO	13
COMPIANO	BORGIO VAL DI TARO	16
TORNOLO	BORGIO VAL DI TARO	22
TERENZO	BORGIO VAL DI TARO	54

5. Distanza tra Comune di residenza e Comune sede dei Punto Nascita alternativo:

Comune	Punto nascita alternativo 1 (Hub)	KM	Punto nascita alternativo 2 (spoke)	KM
BORGIO VAL DI TARO	PARMA	75,5	FIDENZA	78,5
MADESANO	PARMA	35,0	FIDENZA	21,6
FORNOVO	PARMA	21,9	FIDENZA	35,0
VARANO DE' MELEGARI	PARMA	43,3	FIDENZA	46,3
VARSI	PARMA	60,8	FIDENZA	63,8
BORE	PARMA	51,0	FIDENZA	51,0
BARDI	PARMA	72,1	FIDENZA	67,9
PELLEGRINO PARMENSE	PARMA	43,9	FIDENZA	29,6
SOLIGNANO	PARMA	51,1	FIDENZA	54,1
BERCETO	PARMA	69,7	FIDENZA	72,6
VALMOZZOLA	PARMA	72,7	FIDENZA	73,5
BEDONIA	PARMA	88,8	FIDENZA	91,8
ALBARETO	PARMA	82,5	FIDENZA	85,5
COMPIANO	PARMA	89,6	FIDENZA	92,5
TORNOLO	PARMA	89,0	FIDENZA	92,0
TERENZO	PARMA	38,6	FIDENZA	53,2

6. Tempo di percorrenza tra Comune di residenza e Comune sede del Punto Alternativo:

Comune	Punto nascita alternativo 1 (Hub)	TEMPO (MINUTI)	Punto nascita alternativo 2 (spoke)	TEMPO (MINUTI)
BORGIO VAL DI TARO	PARMA	68	FIDENZA	59
MADESANO	PARMA	20,5	FIDENZA	26
FORNOVO	PARMA	44	FIDENZA	43,8
VARANO DE' MELEGARI	PARMA	44	FIDENZA	35
VARSI	PARMA	65	FIDENZA	55
BORE	PARMA	37	FIDENZA	37
BARDI	PARMA	75	FIDENZA	70
PELLEGRINO PARMENSE	PARMA	69	FIDENZA	38
SOLIGNANO	PARMA	60	FIDENZA	50
BERCETO	PARMA	63	FIDENZA	53

VALMOZZOLA	PARMA	77	FIDENZA	68
BEDONIA	PARMA	103	FIDENZA	73
ALBARETO	PARMA	76	FIDENZA	67
COMPIANO	PARMA	107	FIDENZA	78
TORNOLO	PARMA	104	FIDENZA	74
TERENZO	PARMA	58	FIDENZA	49

7. Altezza sul livello del mare del Comune (Municipio):

Comune	ALTEZZA SUL LIVELLO DEL MARE
BORGO VAL DI TARO	411
MADESANO	136
FORNOVO	158
VARANO DE' MELEGARI	190
VARSÌ	426
BORE	835
BARDI	625
PELLEGRINO PARMENSE	410
SOLIGNANO	232
BERCETO	852
VALMOZZOLA	565
BEDONIA	500
ALBARETO	512
COMPIANO	519
TORNOLO	620
TERENZO	541

8. Popolazione complessiva del bacino di utenza:

Comune	POPOLAZIONE -N. ABITANTI (1.1.2017)
ALBARETO	2.150
BARDI	2.189
BEDONIA	3.419
BERCETO	2.072
BORE	743
BORGO VAL DI TARO	6.921
COMPIANO	1.092
FORNOVO DI TARO	6.020
MEDESANO	10.884
PELLEGRINO PARMENSE	1.041
SOLIGNANO	1.772
TERENZO	1.184
TORNOLO	985
VALMOZZOLA	533
VARANO DE' MELEGARI	2.679
VARSÌ	1.204

TOTALE	44.888
--------	--------

PUNTO NASCITA DI CASTELNOVO NE' MONTI

Il **Distretto di Castelnovo ne' Monti** comprende, oltre al comune di Castelnovo ne' Monti, i comuni di Carpineti, Casina, Ventasso (fusione dei comuni di Busana, Collagna, Ligonchio, Ramiseto) Toano, Vetto, Villa Minozzo.

Il Punto nascita è un U.O. dell'**ospedale di Castelnovo ne' Monti** che assiste pazienti con patologie a media-bassa complessità e fa parte di una rete provinciale di ospedali che si integra su un modello Hub and Spoke.

Nati vivi nel distretto di Castelnovo ne' Monti negli ultimi 5 anni

2012	2013	2014	2015	2016	Differenza 2012-2016
250	231	211	223	230	-8,0%

Nel 2016 il tasso grezzo di natalità nel distretto è pari a 6,9 per 1000 abitanti

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

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

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

Standard	Punto nascita
parti/anno	Si registra un decremento dei nati dal 2012 al 2016 del 22,4% (192 nel 2012 - 149 nel 2016) con trend in ulteriore calo nei primi 5 mesi del 2017 (33 parti al 31/5/2017).
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,	Presenti: direttore U.O. (in condivisione con centro hub) + 5 medici strutturati. Un medico a contratto (30 ore), Un medico a orario ridotto (24 ore). Non medici con altro incarico istituzionale Ostetriche: 8,5 (3 part-time 18 ore) In ostetricia/ginecologia vi sono 6 infermieri che garantiscono l'assistenza h 24 in sezione nido e degenza. Le ostetriche garantiscono l'assistenza anche nell'area ginecologica.
presenza di personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico	Presenza di un medico assicurata fino alle 20. Esiste servizio di guardia notturna (svolta in collaborazione con professionisti dell'AOU di Reggio Emilia).
garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno.	Garantita presenza di 1 ostetrica per la sala parto 24 h/24. E' presente ogni mattina una ostetrica per le attività ambulatoriali. <i>Tutte le mattine è presente la coordinatrice ostetrica.</i> Garantita presenza di 1 infermiera in tutti i turni. L'infermiera segue sia la degenza che la sala parto.
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica H24	Esiste uno spazio dedicato.

Garantire assistenza con guardia attiva anestesiológica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	Presente servizio di guardia anestesiológica.
Garantire assistenza con guardia attiva pediatrica/neonatologica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	<u>Non</u> prevista guardia notturna. Il servizio notturno è garantito da un medico in Pronta Disponibilità (PD). Presenza di un medico in guardia attiva fino alle ore 20.00 nei feriali, ed alle ore 14.00 nei prefestivi. Nei giorni festivi medico in PD 24h/24h. Nei prefestivi il servizio pomeridiano è garantito da un medico in PD. Servizio PD effettuata da 3 medici
devono essere presenti due sale travaglio - parto;	2 sale travaglio/parto; una delle due consente la permanenza della donna nel periodo travaglio - parto -post-partum (3h).
una sala operatoria deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPESEL);	1 sala operatoria al di fuori del blocco travaglio- parto
area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale;	Esiste un'area dedicata alla sola gestione del travaglio / parto fisiologico, a gestione ostetrica con consulenza medica.
devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale;	E' attivo un ambulatorio della gravidanza a termine per 8 ore settimana. È attivo un ambulatorio di gravidanza a rischio per 12 ore settimanali.
garantire terapia sub-intensiva alla gravida ed alla puerpera;	
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale);	garantita
garantire esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24; anche con pronta disponibilità del personale addetto; deve essere garantito un tempo massimo di risposta ≤ 1 ora per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilità della trasfusione	E' possibile, 24 ore su 24: effettuare esami urgenti, diagnostica per immagini ed emotrasfusione.

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

Standard	Punto nascita
garantire l'assistenza alla gravidanza e ai parti per epoca gestazionale > 34 settimane;	L'assistenza presso il Centro è a partire da 36 ⁺¹ settimane di gestazione.

garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica h24	Esiste uno spazio dedicato.
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;	una delle due sale parto consente la permanenza della donna nel periodo travaglio - parto -post-partum (3h) Vi sono spazi adeguati a favorire il contatto precoce madre-bambino.
garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore farmacologiche e non;	<u>Non</u> esiste un servizio di analgesia in travaglio I trattamenti non farmacologici proposti sono: a. sostegno emotivo da parte dell'ostetrica b. immersione in acqua/doccia Nel corso del periodo dilatante vi è la possibilità di - immersione in acqua - libertà di movimento - posizione preferita - assumere liquidi - assumere solidi Nel corso del periodo espulsivo vi è possibilità di libertà di movimento e di assumere la posizione preferita sia in periodo espulsivo sia all'espulsione
rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in ed al sostegno dell'allattamento al seno;	Presenti 6 culle rooming-in. Rooming-in attivo 24 ore su 24. Un nato pretermine in buone condizioni può essere assistito al rooming-in se di peso >2000 g. o di età gestazionale >35 settimane. Il contatto precoce è offerto a tutte le madri, se l'adattamento neonatale è regolare, per nati di e.g. ≥36 setti. e di peso ≥ 2000 grammi. Il contatto avviene entro la prima ora sia in caso di parto eutocico, sia di parto cesareo. Si riesce <u>sempre</u> a garantire l'osservazione di almeno una poppata, <u>non</u> si utilizza scheda di valutazione. È prassi l'allattamento a richiesta. Dalla II giornata è previsto un intervallo minimo tra poppate (2 ore).
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	E' possibile 24 ore su 24 effettuare emotrasfusione
garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;	
garantire terapia sub-intensiva alla gravida e alla puerpera; in ogni punto nascita deve essere garantito H24 l'immediato inizio delle manovre di	

rianimazione e la stabilizzazione di una donna, in travaglio o in fase puerperale, in attesa del trasferimento presso un luogo idoneo per il livello assistenziale. Deve essere disponibile inoltre un protocollo specifico per l'appropriata attivazione delle procedure in caso di necessità	
garantire esami di laboratorio e indagini di diagnostica per immagini in urgenza	E' possibile, 24 ore su 24: effettuare esami urgenti, diagnostica per immagini
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	Esistono linee guida, protocolli o procedure condivisi con il Centro Hub (<i>non specificati i temi</i>).
provvedere al trasferimento della gravida laddove si verificano condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad unità di II livello; deve essere disponibile una procedura interna e una procedura condivisa con U.O. di 2° livello/STAM del bacino di riferimento	In caso di grave preeclampsia si richiede consulenza al Centro Hub in tutti i casi. Il modello Hub e Spoke non si esaurisce nel trasferimento presso il Centro Hub ma contempla anche un confronto sui casi clinici tra i due Centri. Se la donna partorisce presso il Centro Hub e viene dimessa senza back transport, ne viene data <u>sempre</u> comunicazione al Centro Spoke, in forma orale.
garantire il trasferimento a struttura di II livello delle gravide per le quali si preveda che il nascituro abbia bisogno di terapie intensive, salvo le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo S.T.E.N.; deve essere disponibile una procedura interna e procedure condivise con U.O. di 2° livello del bacino di riferimento	In caso di grave FGR si richiede consulenza al Centro Hub in tutti i casi. Il modello Hub e Spoke non si esaurisce nel trasferimento presso il Centro Hub ma contempla anche un confronto sui casi clinici tra i due Centri.

Standard di Sicurezza

Standard	Punto nascita
Ognuna delle due sale travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, (si raccomanda un cardiocografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea, (riferimento LG ISPEL) nonchè consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti;	<ul style="list-style-type: none"> a. vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche monouso: 4 b. forcipe: 1 c. set pronti sterili per l'assistenza al parto: 4 d. set pronti sterili per effettuazione TC: 2 e. set pronti sterili per TC demolitore¹ f. pompe a siringa: 1 g. pompe infusione continua: 1 h. saturimetri pulsati: 2 i. rilevatori di PA per ogni letto travaglio: 2 j. rilevatore Doppler portatile: 1 k. elettrocardiografo: Si l. emogasanalizzatore: Si m. ecografo h.24: Si
deve essere presente una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le	1 sala operatoria al di fuori del blocco travaglio- parto

emergenze h 24 nel blocco travaglio parto;	
devono essere presenti aree dedicate all'accettazione ostetrica;	Esiste uno spazio dedicato.
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;	Esiste un'area dedicata alla sola gestione del travaglio / parto fisiologico, a gestione ostetrica con consulenza medica. Nell'ambito degli interventi di analgesia è disponibile: 1 vasca e 4 docce.
una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;	Si
devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche e D.S.;	La degenza è separata da quella ginecologica. Circa 2 posti letto dell'area ginecologica sono utilizzati quotidianamente per ricoveri ostetrici.
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	E' attivo un ambulatorio della gravidanza a termine per 8 ore settimanali. È attivo un ambulatorio di gravidanza a rischio per 12 ore settimanali.
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

Ogni 1000 parti/anno

	Accettazione		Travaglio-parto		Degenza		Ambulatorio	
Ecografi	1	Si	1	Si	1		1	
Cardiotocografo (*)	1	Si	2	2				
Carrello emergenza		Si	1		1			

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

Collegamenti fissi per aspirazione	Si
n. 1 apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche monouso	4
n. 1 forcipe	Si
n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto	4
n. 4 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo	2
n. 2 set pronti sterili per Taglio Cesareo demolitore	1

illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientabile	Si
n. 1 orologio con contasecondi a muro	Si
Possibilità di sterilizzazione	Si
n. 2 elettrocardiografi	Si portatili, in struttura (non dedicato in reparto)
n. 1 rilevatori di pressione arteriosa per ogni letto travaglio e parto	2 + 1 monitor multiparametrico
n. 4 pompe a siringa	1
pompe infusione continua	1
n. 2 saturimetri pulsati	2
rilevatore Doppler portatile	1
n. 1 emogasanalizzatore	Si

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

Standard Operativi

Standard	Punto nascita
Area neonatale (punti in deroga): < 500 nati/anno U.O. neonatologia/pediatria: 500 - 1000 nati/anno	
risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;	Responsabile SOS dipartimentale dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia + 1 medico strutturato ed 1 medico per attività di pediatria di comunità. Nessun medico è in grado di effettuare intubazione e di posizionare CVO, 2/4 in grado di effettuare rachicentesi, 1/4 di effettuare ecografia cerebrale. Dal giugno 2013 il Responsabile ed i 2 medici svolgono circa 12 ore settimanali presso Neonatologia e Pediatria ASMN, in orario di servizio, per formazione ed integrazione Nell'area materno-infantile (pediatria e ostetricia ginecologia) operano 12 infermiere; 1 Operatore Socio Sanitario (a 18 ore). Vi sono 6 infermiere specificamente dedicate all'U.O. di pediatria. Sono presenti h 24 n. 2 infermiere nell'area materno-infantile (pediatria e ostetricia ginecologia sono contigue), 1 al Nido/Ostetricia e 1 in Pediatria (mattino, pomeriggio, notte).
garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in - degenza neonatale) affidata al pediatra-neonatologo;	Esiste un responsabile fisso del percorso nascita e uno della Sezione neonati/Nido
garantire l'assistenza ai neonati di età gestazionale > 34 sett. Senza alterazioni dei parametri vitali;	non garantita: il protocollo in essere dal 2016 prevede la centralizzazione delle situazioni di parto imminente sotto le 37 settimane di età gestazionale. Solo assistenza a neonati fisiologici a termine di peso presunto >2.500 grammi.
Area neonatale: 6 culle (fino a 500	Lettoni con pannello radiante: 2

nati/anno) destinate ai neonati sani; U.O. Neonatologia/Pediatria: 15 culle (500 - 1000 nati/anno) destinate ai neonati sani;	Esiste una sezione Nido (3 incubatrici) in cui possono essere assistiti i neonati che necessitano di "cure minime": osservazione frequente, monitoraggio FC/FR/SatO2, fototerapia, ossigenoterapia nei distress respiratori lievi.
garantire la guardia attiva h24 da parte del neonatologo o del pediatra con provata competenza nella assistenza neonatologica in sala parto con, nelle situazioni di emergenza, collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio;	<u>Non</u> prevista guardia notturna. Il servizio notturno è garantito da un medico in Pronta Disponibilità (PD). Presenza di un medico in guardia attiva fino alle ore 20.00 nei feriali, ed alle ore 14.00 nei prefestivi. Nei giorni festivi medico in PD 24h/24h. Nei prefestivi il servizio pomeridiano è garantito da un medico in PD. Servizio PD effettuata da 3 medici
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza.	G arantita come da procedura
garantire i servizi di diagnostica per immagine e di laboratorio già previsti nel 1° livello di ostetricia per le situazioni di emergenza	Garantiti esami ematochimici e diagnostica per immagini (tranne RNM e TAC con MdC)

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

Standard	Punto nascita
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;	Presenza del pediatra prevista in caso di: parto cesareo e operativo, parto pretermine (<36 sett.); CTG non rassicurante; liquido amniotico tinto 2.
garantire l'osservazione transizionale post-parto;	La prima visita del pediatra avviene entro le prime 12 ore di vita. <i>In assenza di problemi segnalati, si effettua tra la 4^a e la 12^{ma} ora di vita</i>
Nelle aree neonatali garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e prevedere connessione funzionale e organizzativa con U.O. di Neonatologia/TIN	non garantita: il protocollo in essere dal 2016 prevede la centralizzazione delle situazioni di parto imminente sotto le 37 settimane di età gestazionale. Solo assistenza a neonati fisiologici a termine di peso presunto >2.500 grammi.
Nelle U.O. di neonatologia/pediatria garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e ai neonati che comunque richiedano monitoraggio polifunzionale e cure intermedie, ma che non necessitino di trattamenti intensivi.	Presenza di un pediatra in guardia attiva fino alle ore 20.00 nei feriali, ed alle ore 14.00 nei prefestivi. Nei giorni festivi medico in PD 24h/24h. Nei prefestivi il servizio pomeridiano è garantito da un medico in PD. Si assistono solo neonati fisiologici a termine di peso >2.500 grammi
garantire formalmente e funzionalmente collegata con T.I.N. di riferimento;	garantita
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	E' possibile 24 ore su 24 effettuare emotrasfusione solo su adulti. Per i neonati è prevista attivazione dello STEN
garantire l'assistenza immediata	garantita

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 trasferiti dalla T.I.N di II livello referente per l'area: solo per i punti nascita > 1000 parti/anno (favorire una rete che si occupa di livelli di assistenziali più bassi tramite il "Back Transport") come da protocolli condivisi con U.O. di II livello;	
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.;	Si
favorire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto;	Il contatto precoce è offerto a tutte le madri se l'adattamento neonatale è regolare. Il contatto avviene entro la prima ora sia in caso di parto vaginale, sia di parto cesareo. In caso di cesareo il bambino è portato nudo alla madre.
garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio (Distretto, Consultorio Familiare, P.L.S.);	Programmato un controllo presso pediatra di famiglia entro 4 giorni. In caso di dimissione protetta esistono protocolli di intesa con il servizio sociale mentre per quello che riguarda i servizi territoriali e i pediatri di famiglia c'è la consuetudine di contattarli telefonicamente al bisogno.
concorrere con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita;	Si effettua una riunione annuale per discussione dati (CedAP). E' prevista, conseguentemente, una valutazione congiunta, con gli ostetrici, dei dati.
favorire elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatri ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit.	<u>Non</u> è prevista la discussione tra neonatologi/pediatri e ostetrici per donne ricoverate con: minaccia di parto pretermine, grave restrizione di crescita, feto con anomalie maggiori, altre problematiche ritenute meritevoli di attenzione. La discussione relativa ai casi sopraccitati avviene <u>saltuariamente</u> . Nei casi sopraccitati è previsto qualche volta un incontro del neonatologo con la madre/coppia. Nel caso di esito avverso relativo a feto e neonato viene <u>sempre</u> effettuata una valutazione congiunta con gli ostetrici. L'audit formale avviene <u>sempre</u> , viene adottata una classificazione di appropriatezza degli interventi. Vi sono riunioni <u>periodiche</u> per la definizione

	<p>o il monitoraggio di raccomandazioni interessanti le due aree (neonatale ed ostetrica).</p> <p>Esiste un gruppo di lavoro (formazione sul campo) costituito da professionisti delle due aree sui temi di salute perinatale (allattamento al seno).</p>
--	---

Standard di Sicurezza

Standard	Punto nascita
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	E' presente una sola isola neonatale. Una seconda è recuperabile in Comparto Operatorio
nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;	<p>a. Lettini con pannello radiante: 2</p> <p>b. Set incannulamento vasi: 2</p> <p>c. Set materiale drenaggio pnx: 0</p> <p>d. Pulsiossimetri: 2 + 1 monitor multiparametrico neonatale</p> <p>e. Pompe a siringa: 1</p> <p>f. Erogatori O2, aria compressa: Si</p> <p>g. Sistemi miscelazione: Si</p> <p>h. Sistemi umidificazione: Si</p> <p>i. Sistemi neo-puff: Si</p> <p>j. Incubatrice trasporto: 1</p>
<p>Le aree neonatali e U.O. di neonatologia devono prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aree ben distinte per assistenza al neonato sano e per assistenza alla patologia che non richiede ricovero in UTIN, con possibilità di attuare misure di isolamento nel sospetto di infezione; • area per la pulizia e sterilizzazione delle culle e delle incubatrici; • ambulatori e area D.H. per il follow-up, indagini strumentali di controllo post dimissione, ecc. • possibilità di accogliere i genitori senza limitazioni di orario 	Il locale NIDO è aperto ai genitori. E' presente stanza dedicata per visite di controllo. Non è prevista assistenza a neonati patologici o con sospetta infezione.
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;	Si
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;	<p>Presenti 6 culle rooming-in 24h su 24h La madre ha la possibilità di affidare alle cure infermieristiche il bambino per un certo lasso di tempo.</p> <p>Esiste una sezione Nido (3 incubatrici) in cui possono essere assistiti i neonati che necessitano di "cure minime": osservazione</p>

	frequente, monitoraggio FC/FR/SatO2, fototerapia, ossigenoterapia nei distress respiratori lievi in cui la madre ha accesso libero 24h su 24h
devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino.	Si
devono essere previsti ambulatori per follow-up e sostegno all'allattamento materno.	Esiste un'offerta attiva di consulenza per il sostegno all'allattamento dopo la dimissione. Viene fornito materiale informativo relativo a gruppi o servizi preposti al sostegno all'allattamento

Standard Tecnologici

Isola Neonatale	2 lettini per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante;	Lettini con pannello radiante: 2
	2 erogatori di O2, aria compressa e sistema di aspirazione	Erogatori O2, aria compressa e aspirazione: Si
	2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali	Sistemi miscelazione: Si
	2 valvole di limitazione del picco pressorio dei gas erogati	Si
	3 set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico disponibili h24	Set incannulamento vasi: 2 Set materiale drenaggio prnx: 0 Sistemi umidificazione: Si Sistemi neo-puff: Si
	2 misuratore P.A. (disponibile)	1 monitor multiparametrico neonatale
	3 pompa a siringa (disponibile)	Pompe a siringa: 1
	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.	Incubatrice trasporto: 1

Area neonatale e U.O Neonatologia/pediatria:	2 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (fino a 500 nati/anno).	incubatrici: 3 (1 da trasporto)
	2 pannelli radianti	pannelli radianti o lettini riscaldati: 2
	2 lampade per fototerapia	lampade per fototerapia: 1
	3 aspiratori da rete centralizzata	sistemi di aspirazione: 2
	3 erogatori di O2 ed aria	sistemi erogazione O e aria e vuoto: 2
	1 lettore di glucosemia	lettore di glucosemia: Si
	1 bilirubinometro	bilirubinometro: Si
	3 mastosuttori	mastosuttori: Si
	4 saturimetri percutanei	saturimetri percutanei: 2
	4 pompe per microinfusione (adatte ai volumi di infusione neonatale)	pompe per microinfusione: 2

Il presidio ospedaliero deve disporre h24 di:	ecografo con sonda adatta alla diagnostica neonatale	SI
	apparecchio radiologico portatile	SI
	apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi	SI
	elettrocardiografo portatile	SI
	laboratorio per ricerche ematochimiche, immunoematologiche e microbiologiche	SI (no esami microbiologici in loco h 24)
	servizio immunotrasfusionale	Presenza di Emoteca e plasma fresco congelato

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

Nella provincia di Reggio Emilia sono presenti altri 4 punti nascita oltre a quello di Castelnovo ne' Monti: un hub (Arcispedale S.Maria Nuova di Reggio Emilia), e 3 spoke, tutti con n. di parti/anno < 1000 (Scandiano, Guastalla e Montecchio).

STAM attivato	Si
STEN attivato	Si

I Centri Hub di riferimento sono il Punto nascita e la Neonatologia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia

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

1. Bacino di utenza dell'Ospedale

Comuni le cui donne hanno contribuito ad almeno il 5% del totale parti del Punto Nascita	N.ro dimissioni	Indice dipendenza (struttura - popolazione)
Castelnovo ne' monti	51	34,69%
Toano	19	12,93%
Ventasso (fusione ex comuni di Busana, Collagna, Ligonchio, Ramiseto)	17	11,56%
Villa Minozzo	14	9,52%
Carpinetti	13	8,84%
Casina	11	7,48%
Vetto	10	6,80%

2. Tasso di fidelizzazione:

Non c'è un indice di dipendenza (popolazione-struttura) > 80%

3. Distanza tra Comune di residenza e Comune sede del Punto Nascita indice:

Comune	Punto Nascita indice	Km.
CARPINETI	CASTELNOVO NE' MONTI	12,3
CASINA	CASTELNOVO NE' MONTI	15,7
TOANO	CASTELNOVO NE' MONTI	24,6
VENTASSO:		
Località BUSANA	CASTELNOVO NE' MONTI	13,9
Località COLLAGNA	CASTELNOVO NE' MONTI	20,5
Località LIGONCHIO	CASTELNOVO NE' MONTI	28,4
Località RAMISETO	CASTELNOVO NE' MONTI	15,0
VETTO	CASTELNOVO NE' MONTI	12,8
VILLA MINOZZO	CASTELNOVO NE' MONTI	17,8

4. Tempo di percorrenza tra Comune di residenza e Comune sede del Punto Nascita indice:

Comune	Punto Nascita indice	Tempo min.
CARPINETI	CASTELNOVO NE' MONTI	20

CASINA	CASTELNOVO NE' MONTI	20
TOANO	CASTELNOVO NE' MONTI	35
VENTASSO:		
Località BUSANA	CASTELNOVO NE' MONTI	19
Località COLLAGNA	CASTELNOVO NE' MONTI	27
Località LIGONCHIO	CASTELNOVO NE' MONTI	42
Località RAMISETO	CASTELNOVO NE' MONTI	22
VETTO	CASTELNOVO NE' MONTI	18
VILLA MINOZZO	CASTELNOVO NE' MONTI	25

5. Distanza tra Comune di residenza e Comune sede del Punto Nascita alternativo:

Comune	Punto nascita alternativo (Hub)	KM
CARPINETI	REGGIO EMILIA	37,1
CASINA	REGGIO EMILIA	28,7
TOANO	REGGIO EMILIA	56,9
VENTASSO:		
Località BUSANA	REGGIO EMILIA	55,3
Località COLLAGNA	REGGIO EMILIA	62
Località LIGONCHIO	REGGIO EMILIA	68,9
Località RAMISETO	REGGIO EMILIA	56,1
VETTO	REGGIO EMILIA	44,1
VILLA MINOZZO	REGGIO EMILIA	49,1
CASTELNOVO NE' MONTI	REGGIO EMILIA	42,1

6. Tempo di percorrenza tra Comune di residenza e Comune sede del Punto Alternativo:

Comune	Punto nascita alternativo (Hub)	TEMPO (MINUTI)
CARPINETI	REGGIO EMILIA	50
CASINA	REGGIO EMILIA	42

TOANO	REGGIO EMILIA	67
VENTASSO:		
Località BUSANA	REGGIO EMILIA	70
Località COLLAGNA	REGGIO EMILIA	79
Località LIGONCHIO	REGGIO EMILIA	92
Località RAMISETO	REGGIO EMILIA	72
VETTO	REGGIO EMILIA	57
VILLA MINOZZO	REGGIO EMILIA	64
CASTELNOVO NE' MONTI	REGGIO EMILIA	55

7. Altezza sul livello del mare del Comune (Municipio):

Comune	ALTEZZA SUL LIVELLO DEL MARE
VETTO	447
CARPINETI	562
CASINA	574
VILLA MINOZZO	684
CASTELNOVO NE' MONTI	750
TOANO	842
VENTASSO:	
Località RAMISETO	781
Località BUSANA	855
Località COLLAGNA	930
Località LIGONCHIO	949

8. Popolazione complessiva del bacino di utenza:

Comune	POPOLAZIONE N-ABITANTI (1.1.2017)
CARPINETI	4014
CASINA	4530
TOANO	4470
VENTASSO:	4247
Località BUSANA	
Località COLLAGNA	
Località LIGONCHIO	
Località RAMISETO	
VETTO	1858
VILLA MINOZZO	3687
CASTELNUOVO NE' MONTI	10452
TOTALE	33258

PUNTO NASCITA DI SCANDIANO

Il **Distretto di Scandiano** comprende, oltre al comune di Scandiano, i comuni di Baiso, Casalgrande, Castellarano, Rubiera e Viano.

Il Punto nascita è una U.O. dell'**ospedale di Scandiano** che assiste pazienti con patologie a media-bassa complessità e fa parte di una rete provinciale di ospedali che si integra su un modello hub and spoke.

Nati vivi nel distretto di Scandiano negli ultimi 5 anni

2012	2013	2014	2015	2016	Differenza 2012-2016
867	793	712	769	681	-21,5%

Nel 2016 il tasso grezzo di natalità nel distretto è pari a 8,03 per 1000 abitanti

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

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

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

Standard	Punto nascita
parti/anno	Si registra un decremento dei nati dal 2012 al 2016 del -39,4% (803 nel 2012 - 487 nel 2016) con trend in ulteriore calo nei primi mesi del 2017 (175 parti nei primi 5 mesi)
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,	Presenti: direttore U.O. + 7 medici strutturati. Non medici a contratto. Un medico a orario ridotto (doppia legge 104) e un medico idoneo solo ad attività ambulatoriali come da indicazione del medico competente. Ostetriche: 15 (3 ostetrica a orario ridotto: 24 h). Le ostetriche garantiscono l'assistenza anche nell'area ginecologica. Sono presenti 6 infermiere; ruotano anche nella sezione Nido e in ginecologia; Sono presenti 1 Operatori Socio Sanitari.
presenza di personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico	Presenza di due medici assicurata fino alle 20.00, di cui 1 medico impegnato in attività ambulatoriali. Esiste servizio di guardia festiva, prefestiva e notturna svolto da 6 medici di cui 1 ad orario ridotto per doppia 104. Esiste servizio di pronta disponibilità effettuato da 6 medici di cui 1 ad orario ridotto per doppia 104, nei giorni feriali e nei festivi.
garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno.	Garantita presenza di 1 ostetrica in sala parto e 1 ostetrica o infermiera in area degenza nei turni mattutini, pomeridiani e notturni 1 ostetrica al mattino è impegnata negli

	ambulatori
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica H24	Esiste uno spazio dedicato.
Garantire assistenza con guardia attiva anestesiológica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	Presente servizio di guardia anestesiológica
Garantire assistenza con guardia attiva pediatrica/neonatologica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	Non esiste servizio di guardia festiva e notturna. Non presenza di neonatologi ma di medici pediatri. Presenza di un medico fino alle ore 18 nei giorni feriali e reperibile di notte e nei festivi. Servizio di pronta disponibilità svolto da 3 medici; i pediatri effettuano anche attività di pediatria di comunità per il Distretto (compre vaccinazioni)
devono essere presenti due sale travaglio - parto;	2 sale travaglio/parto; entrambe consentono la permanenza della donna nel periodo travaglio - parto -post-partum (3h).
una sala operatoria deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPEL);	1 sala operatoria al di fuori dal blocco travaglio- parto. Personale di sala e pediatra reperibile di notte e nei festivi.
area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale;	<u>Non</u> esiste un'area dedicata alla sola gestione del travaglio / parto fisiologico.
devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale;	È attivo un ambulatorio di gravidanza a rischio per 10 ore settimanali. È attivo un ambulatorio della gravidanza a termine a gestione ostetrica con eventuale consulenza del medico di guardia come da normativa regionale.
garantire terapia sub-intensiva alla gravida ed alla puerpera;	Non esiste reparto di terapia sub-intensiva. L'eventuale assistenza è garantita dall'anestesista con successivo trasferimento al centro Hub;
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale);	È garantita. Servizio gestito con centro hub di Reggio Emilia
garantire esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24; anche con pronta disponibilità del personale addetto; deve essere garantito un tempo massimo di risposta ≤ 1 ora per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilità della trasfusione	È possibile, 24 ore su 24 effettuare: <ul style="list-style-type: none"> • esami ematochimici urgenti (tra le 24.00 e le 7.00 si invia provetta al centro hub) • diagnostica per immagini • emotrasfusioni sulla mamma (non sul neonato)

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

Standard	Punto nascita
garantire l'assistenza alla gravidanza e ai	il protocollo in essere dal 2016 prevede la

parti per epoca gestazionale > 34 settimane;	centralizzazione delle situazioni di parto imminente sotto le 37 settimane di età gestazionale. Solo assistenza a neonati fisiologici a termine di peso presunto >2.500 grammi.
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica h24	Esiste uno spazio dedicato.
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;	tutto quanto richiesto è garantito
garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore farmacologiche e non;	<u>Non</u> esiste servizio di analgesia in travaglio I trattamenti non farmacologici proposti sono: sostegno emotivo da parte dell'ostetrica, immersione in acqua/doccia, digitopressione
rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in ed al sostegno dell'allattamento al seno;	Rooming-in attivo 24 ore su 24. La madre ha la possibilità di affidare alle cure infermieristiche il bambino per un certo lasso di tempo. Si riesce sempre a garantire l'osservazione di almeno una poppata, La somministrazione di liquidi e formula avviene solo su prescrizione medica, l'integrazione è prevista per un calo ponderale >10% È prassi l'allattamento a richiesta. Dalla II giornata non è previsto un intervallo minimo tra poppate. È prevista una doppia pesata nel corso della degenza solo su richiesta del medico. La "spremitura" avviene mediante tiralatte
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	E' possibile, 24 ore su 24: effettuare emotrasfusione solo sugli adulti (mamme) e non sui neonati;
garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;	E' garantito
garantire terapia sub-intensiva alla gravida e alla puerpera; in ogni punto nascita deve essere garantito H24 l'immediato inizio delle manovre di rianimazione e la stabilizzazione di una donna, in travaglio o in fase puerperale, in attesa del trasferimento presso un luogo idoneo per il livello assistenziale. Deve essere disponibile inoltre un protocollo specifico per l'appropriata attivazione delle procedure in caso di necessità	Non esiste reparto di terapia sub-intensiva. L'eventuale assistenza necessaria è garantita dall'anestesista con successivo trasferimento al centro Hub;
garantire esami di laboratorio e indagini di diagnostica per immagini in urgenza	E' possibile, 24 ore su 24 effettuare: <ul style="list-style-type: none"> • esami ematochimici urgenti (tra le 24.00 e le 7.00 si invia provetta al centro hub)

	<ul style="list-style-type: none"> diagnostica per immagini (tranne RMN e TAC con MdC)
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	Esistono linee guida, protocolli o procedure condivisi (STEN, STAM, assistenza al travaglio fisiologico, VBAC, emorragia post-partum, emorragia massiva, esami pre-ricovero della gravidanza a termine, etc.).
provvedere al trasferimento della gravida laddove si verificano condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad unità di II livello; deve essere disponibile una procedura interna e una procedura condivisa con U.O. di 2° livello/STAM del bacino di riferimento	Esistono protocolli o procedure condivise con UO secondo livello/STAM
garantire il trasferimento a struttura di II livello delle gravide per le quali si preveda che il nascituro abbia bisogno di terapie intensive, salvo le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo S.T.E.N.; deve essere disponibile una procedura interna e procedure condivise con U.O. di 2° livello del bacino di riferimento	Esistono protocolli o procedure condivise con UO secondo livello sia per quanto riguarda le STAM che lo STEN

Standard di Sicurezza

Standard	Punto nascita
Ognuna delle due sale travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, (si raccomanda un cardiocografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea, (riferimento LG ISPESL) nonché consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti;	2 sale travaglio/parto autosufficienti per arredamento e dotazione tecnologica; E' possibile effettuare due parti in contemporanea
deve essere presente una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze h 24 nel blocco travaglio parto;	1 sala operatoria al di fuori dal blocco travaglio- parto. Le emergenze vengono garantite con personale ostetrico e medico presente in attesa dell'arrivo dei reperibili.
devono essere presenti aree dedicate all'accettazione ostetrica;	Esiste uno spazio dedicato.
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;	Non esiste un'area dedicata alla sola gestione del travaglio / parto fisiologico. I trattamenti non farmacologici proposti sono: sostegno emotivo da parte dell'ostetrica, immersione in acqua/doccia, digitopressione
una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;	l'osservazione post-partum avviene in sala parto
devono essere presenti aree per le	La degenza non è separata da quella

degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche e D.S.;	ginecologica.
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	È attivo un ambulatorio di gravidanza a rischio per 10 ore settimanali. È attivo un ambulatorio della gravidanza a termine a gestione ostetrica con eventuale consulenza del medico di guardia come da 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;	Non esiste reparto di terapia intensiva. L'eventuale assistenza necessaria è garantita dall'anestesista con successivo trasferimento al centro Hub; i rapporti con il centro hub sono normati da protocolli e procedure specifiche.
se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali dedicati	Non sono presenti locali dedicati per IVG

Standard Tecnologici

Ogni 1000 parti/anno

	Accettazione		Travaglio-parto		Degenza		ambulatorio	
Ecografi	1	Si	1	Si	1	Si	1	Si
Cardiotocografo (*)	1	Si	2	Si	1	Si	1	No
Carrello emergenza	1	No	1	Sì	1	No		No

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

Il carrello dell'emergenza è unico per il reparto in quanto la dimensione dello stesso lo consente.

Collegamenti fissi per aspirazione	
n. 1 apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche monouso	vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche monouso: 20
n. 1 forcipe	forcipe: 1
n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto	set pronti sterili per l'assistenza al parto: 9
n. 4 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo	set pronti sterili per effettuazione TC: 4
n. 2 set pronti sterili per Taglio Cesareo demolitore	set pronti sterili per TC demolitore: 2
illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientabile	presente
n. 1 orologio con contasecondi a muro	Presente in sala operatoria
Possibilità di sterilizzazione	
n. 2 elettrocardiografi	elettrocardiografo: Si 1 in reparto
n. 1 rilevatori di pressione arteriosa per ogni letto travaglio e parto	rilevatori di PA per ogni letto travaglio: 1
n. 4 pompe a siringa	pompe a siringa: 0
pompe infusione continua	pompe infusione continua: 2
n. 2 saturimetri pulsati	saturimetri pulsati: 2

rilevatore Doppler portatile	rilevatore Doppler portatile: 1
n. 1 emogasanalizzatore	emogasanalizzatore: Si 1

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

Standard Operativi

Standard	Punto nascita
Area neonatale (punti in deroga): < 500 nati/anno U.O. neonatologia/pediatria: 500 - 1000 nati/anno	
risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;	presenti 2 pediatri di ruolo e 1 incaricato (con orario in parte desdicato all'attività della pediatria di comunità). Non medici a orario ridotto, né a contratto Nell'area nido operano 6 infermiere/ostetriche .
garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in - degenza neonatale) affidata al pediatra-neonatologo;	l'assistenza neonatale è affidata ai pediatri. Non sono presenti neonatologi.
garantire l'assistenza ai neonati di età gestazionale > 34 sett. Senza alterazioni dei parametri vitali;	non garantita: il protocollo in essere dal 2016 prevede la centralizzazione delle situazioni di parto imminente sotto le 37 settimane di età gestazionale. Solo assistenza a neonati fisiologici a termine di peso presunto >2.500 grammi.
Area neonatale: 6 culle (fino a 500 nati/anno) destinate ai neonati sani; U.O. Neonatologia/Pediatria: 15 culle (500 - 1000 nati/anno) destinate ai neonati sani;	Presenti 11 culle rooming-in. Esiste una sezione Nido in cui possono essere assistiti i neonati che necessitano di "cure minime": osservazione frequente, monitoraggio FC/FR/SatO2, fototerapia, ossigenoterapia nei distress respiratori lievi, etc.
garantire la guardia attiva h24 da parte del neonatologo o del pediatra con provata competenza nella assistenza neonatologica in sala parto con, nelle situazioni di emergenza, collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio;	Non servizio di guardia notturna festiva e prefestiva. Presenza di un medico fino alle ore 18 nei giorni feriali e reperibile di notte e nei festivi. Servizio di pronta disponibilità svolto da 3 medici;. <u>Non</u> medici con precedente esperienza in Unità di Terapia intensiva neonatale. E' prevista la collaborazione con l'anestesista.
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza.	garantita
garantire i servizi di diagnostica per immagine e di laboratorio già previsti nel 1° livello di ostetricia per le situazioni di emergenza	Esiste la possibilità di effettuare solo Rx, 24 ore su 24, ed esami urgenti (invio provette all'hub dalle ore 24.00 alle ore 7.00). <u>Non</u> possibilità di effettuare emotrasfusione sul neonato.

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

Standard	Punto nascita
garantire l'assistenza in sala parto, fin	garantita

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;	garantita
Nelle aree neonatali garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e prevedere connessione funzionale e organizzativa con U.O. di Neonatologia/TIN	Garantita: si assistono solo neonati fisiologici a termine di peso > 2.500 grammi. Eventuali nascite pretermine vengono trasferite nel centro hub.
Nelle U.O. di neonatologia/pediatria garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e ai neonati che comunque richiedano monitoraggio polifunzionale e cure intermedie, ma che non necessitino di trattamenti intensivi.	Come sopra
garantire formalmente e funzionalmente collegata con T.I.N. di riferimento;	garantita
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	<u>Non</u> possibilità di effettuare emotrasfusione sul neonato
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;	garantita
garantire accoglienza ai neonati trasferiti dalla T.I.N di II livello referente per l'area: solo per i punti nascita > 1000 parti/anno (favorire una rete che si occupa di livelli di assistenziali più bassi tramite il "Back Transport") come da protocolli condivisi con U.O. di II livello;	non è presente degenza pediatrica
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.;	presenti ed applicati
favorire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto;	Il contatto precoce è offerto a tutte le madri, se l'adattamento neonatale è regolare, il contatto avviene entro la prima ora in caso di parto eutocico, entro la seconda ora in caso di parto cesareo. Si riesce sempre a garantire l'osservazione di almeno una poppata, non si utilizza scheda di valutazione, La somministrazione di liquidi e formula avviene solo su prescrizione medica, l'integrazione è prevista per un calo ponderale $> 10\%$. È prassi l'allattamento a richiesta. Dalla II giornata non è previsto un intervallo minimo tra poppate. È prevista una doppia pesata

	nel corso della degenza solo su richiesta del medico. La "spremitura" avviene mediante tiralatte
garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio (Distretto, Consultorio Familiare, P.L.S.);	In caso di dimissione protetta <u>discreto</u> livello di attuazione protocolli di intesa con <u>servizi territoriali</u> e <u>pediatri di famiglia</u> . Programmato un controllo presso pediatra di famiglia entro 7 giorni.
concorrere con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita;	Si effettua una riunione per discussione dati CedAP e altri dati (dati neonatali da lettere di dimissione, relazioni sanitarie, feedback da centri Hub ,...) con la presenza sia di neonatologi che ostetrici
favorire elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatri ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit.	Prevista la discussione con gli ostetrici per donne ricoverate con: minaccia parto pretermine, grave restrizione della crescita, feto con anomalie maggiori, diabete, pre-eclampsia, ipertensione, problemi psico-sociali, con aggiornamento quotidiano. Nel caso di esito avverso relativo a feto e neonato viene effettuata una valutazione congiunta con gli ostetrici. L'audit formale avviene <u>sempre</u> , <u>non</u> viene adottata una classificazione di appropriatezza degli interventi. Si svolgono 4 riunioni/anno <u>non programmate</u> , per la definizione o il monitoraggio di raccomandazioni interessanti le due aree (neonatale ed ostetrica). Esiste un gruppo di lavoro costituito da professionisti delle due aree sui seguenti temi: Hub e Spoke, VBAC, trasferimenti neonatali.

Standard di Sicurezza

Standard	Punto nascita
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	garantito
nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;	si
Le aree neonatali e U.O. di neonatologia devono prevedere: <ul style="list-style-type: none"> • aree ben distinte per assistenza al neonato sano e per assistenza alla patologia che non richiede ricovero in UTIN, con possibilità di attuare misure di isolamento nel sospetto di infezione; 	Il locale NIDO è aperto ai genitori. E' presente stanza dedicata per visite di controllo. Non è prevista assistenza a neonati patologici o con sospetta infezione.

<ul style="list-style-type: none"> • 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;	SI
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;	Presenti 11 culle rooming-in. Rooming-in attivo 24 ore su 24. La madre ha la possibilità di affidare alle cure infermieristiche il bambino per un certo lasso di tempo.
devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino.	SI
devono essere previsti ambulatori per follow-up e sostegno all'allattamento materno.	Esiste un'offerta attiva aziendale di consulenza per il sostegno all'allattamento dopo la dimissione (consulenza telefonica, ambulatorio ostetrico e pediatrico, visita a domicilio) Viene fornito materiale informativo relativo a gruppi o servizi preposti al sostegno all'allattamento

Standard Tecnologici

Isola Neonatale	2 lettini per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante;	Lettini con pannello radiante: 2
	2 erogatori di O2, aria compressa e sistema di aspirazione	Erogatori O2, aria compressa e aspirazione: Si
	2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali	Sistemi miscelazione: Si Sistemi umidificazione: No
	2 valvole di limitazione del picco pressorio dei gas erogati	SI
	3 set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico disponibili h24	Set incannulamento vasi: 2 Set materiale drenaggio pnx: 0 Sistemi neo-puff: Si
	2 misuratore P.A. (disponibile)	No
	3 pompa a siringa (disponibile)	Pompe a siringa: 0
	1 incubatrice da trasporto con dotazioni come da indicazioni dello S.T.E.N. per trasporto	Incubatrice trasporto: 1

	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 neonatale e U.O Neonatologia/pediatria:	2 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (fino a 500 nati/anno).	Sono a disposizione 3 incubatrici (di cui 1 dedicata al trasporto esterno). Le 2 incubatrici in dotazione sono ubicate nella stanza nido dove vengono eseguite le visite.
	2 pannelli radianti	pannelli radianti o lettini riscaldati: 2
	2 lampade per fototerapia	lampade per fototerapia: 3
	3 aspiratori da rete centralizzata	presenti
	3 erogatori di O2 ed aria	sistemi erogazione O e aria e vuoto: 3
	1 lettore di glucosemia	lettore di glucosemia: Si
	1 bilirubinometro	bilirubinometro: Si
	3 mastosuttori	mastosuttori: Si
	4 saturimetri percutanei	saturimetri percutanei: 4
	4 pompe per microinfusione (adatte ai volumi di infusione neonatale)	pompe per microinfusione: 0

Il presidio ospedaliero deve disporre h24 di:	ecografo con sonda adatta alla diagnostica neonatale	Si
	apparecchio radiologico portatile	Si
	apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi	Si
	elettrocardiografo portatile	Si
	laboratorio per ricerche ematochimiche, immunoematologiche e microbiologiche	Si in integrazione con centro hub
	servizio immunotrasfusionale	Non presente servizio ma emoteca per trasfusioni su adulti

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

Nella provincia di Reggio Emilia sono presenti altri 4 punti nascita oltre a quello di Scandiano: un hub (Arcispedale S.Maria Nuova di Reggio Emilia), e 3 spoke di cui 2 con n. parti/anno < 1000 (Guastalla e Montecchio) e 1 con n. parti/anno < 500 (Castelnovo ne' Monti).

STAM attivato	Si
---------------	----

STEN attivato	Si
---------------	----

I Centri Hub di riferimento sono il Punto nascita e la Neonatologia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia

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

1. Bacino di utenza dell'Ospedale

Comuni le cui donne hanno contribuito ad almeno il 5% del totale parti del Punto Nascita - anno 2016-	N.ro dimissioni	Indice dipendenza (struttura - popolazione)
SCANDIANO	124	25,94%
CASALGRANDE	66	13,81%
REGGIO NELL'EMILIA	64	13,39%
RUBIERA	51	10,67%
CASTELLARANO	45	9,41%

2. Popolazione complessiva del bacino di utenza:

Comune	POPOLAZIONE -N. ABITANTI (1.1.2017)
SCANDIANO	25679
BAISO	3287
CASALGRANDE	19250
CASTELLARANO	15298
RUBIERA	14888
VIANO	3354
TOTALE	81756

PUNTO NASCITA DI MIRANDOLA

Il **Distretto di Mirandola** comprende, oltre al comune di Mirandola, i comuni di Cavezzo, San Felice, Concordia, Finale Emilia, San Possidonio, Medolla, Camposanto, San Prospero

Il Punto nascita è un U.O. dell'**ospedale di Mirandola** che assiste pazienti con patologie a media-bassa complessità e fa parte di una rete provinciale di ospedali che si integra su un modello Hub and Spoke.

L'ospedale di Mirandola è collocato nell'area del cratere dell'evento sismico avvenuto nel 2012 che ne ha determinato la chiusura per alcuni mesi dal 20 maggio 2012 al 3 gennaio 2013.

Nati vivi nel distretto di Mirandola negli ultimi 5 anni

2012	2013	2014	2015	2016	Differenza 2012-2016
843	732	724	688	713	-15,4%

Nel 2016 il tasso grezzo di natalità nel distretto è pari a 8,4 per 1000 abitanti

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

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

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

Standard	Punto nascita
parti/anno	Si registra un incremento dei nati dal 2012 al 2016 del 76.3% (240 nel 2012 - 423 nel 2016)
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,	Presenti: direttore U.O. (senza ore di assistenza Carpi-Mirandola) + 3 medici strutturati. Di cui un medico a orario ridotto (Legge 104, 33 h); il supporto indispensabile alla copertura di turni e servizi è garantito dalla sinergia con la U.O. di Carpi. Ostetriche: 12 (2 a orario ridotto: 30 ore) Infermiere: 4. Sono presenti 6 Operatori Socio Sanitari
presenza di personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico	Presenza di due medici assicurata fino alle 14. Poi un medico in guardia attiva x le restanti 18 ore. Servizio di pronta disponibilità effettuato a rotazione dai medici delle UU.OO. Di Carpi e di Mirandola.
garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno.	Garantita presenza di 1 ostetrica o 1 infermiera in area degenza e 1 in sala parto nei turni mattutini e pomeridiani e notturni (h 24, sempre)
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica H24	Esiste uno spazio dedicato. Disponibilità di: cardiocografo (al bisogno), ecografo, carrello di emergenza (dedicato).
Garantire assistenza con guardia attiva	Presente servizio di guardia anestesologica

anestesiologica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	H24
Garantire assistenza con guardia attiva pediatrica/neonatologica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	<u>Non</u> è prevista guardia notturna. Presenza di un medico fino alle ore 20 (feriali e festivi); 2 medici fissi su Mirandola ed integrazione con il team di Carpi. Previsto Servizio pronta disponibilità, svolto dai 2 medici fissi sulla U.O. con supporto integrativo di Carpi (Nota: dal 2013 solo per sala parto, non per PS).
devono essere presenti due sale travaglio - parto;	2 sale travaglio-parto che consentono la permanenza della donna dal travaglio alle 3 ore successive al parto.
una sala operatoria deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPEL);	1 sala operatoria dedicata nel blocco travaglio-parto a fianco delle sale travaglio-parto.
area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale;	Esiste un'area dedicata alla sola gestione del travaglio / parto fisiologico; a gestione ostetrica e consulenza medica.
devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale;	È attivo un ambulatorio di gravidanza a rischio per 8 ore settimanali. E attivo un ambulatorio della gravidanza a termine, organizzato e gestito da ostetriche. Primo controllo per presa in carico a 37 ⁺⁰ settimane e.g.
garantire terapia sub-intensiva alla gravida ed alla puerpera;	Possibile
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale);	STAM attivo
garantire esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24; anche con pronta disponibilità del personale addetto; deve essere garantito un tempo massimo di risposta ≤ 1 ora per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilità della trasfusione	E' possibile, 24 ore su 24: effettuare esami urgenti (escluso: PCR, ALT, LDH, acidi biliari e proteinuria), diagnostica per immagini ed emotrasfusione.

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

Standard	Punto nascita
garantire l'assistenza alla gravidanza e ai parti per epoca gestazionale > 34 settimane;	Si, ≥ a 37 settimane per il parto.
garantire, con spazi dedicati,	Esiste uno spazio dedicato.

l'accettazione ostetrica h24	Disponibilità di: cardiocografo (al bisogno), ecografo, carrello di emergenza (dedicato).
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;	<p>presenza di percorsi dedicati alla gravidanza, parto e puerperio fisiologici in integrazione con i servizi consultoriali territoriali.</p> <p>E' stato prodotto materiale informativo relativo a modalità di sostegno all'allattamento al seno, caratteristiche dell'assistenza in travaglio, in quali casi il parto cesareo è considerato elettivo, modalità di partecipazione della persona di fiducia al travaglio di parto.</p> <p>E' stato creato un sito, Nascere a Mirandola, ed un blog: http://nascereamirandola.ausl.mo.it/</p>
garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore farmacologiche e non;	<p>Nel corso del <i>periodo dilatante</i> vi è la possibilità di</p> <ul style="list-style-type: none"> - immersione in acqua - libertà di movimento - posizione libera/preferita - assumere liquidi - assumere solidi <p>Nel corso del <i>periodo espulsivo</i> vi è possibilità di libertà di movimento e di assumere la posizione preferita sia in periodo espulsivo sia all'espulsione.</p>
rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in ed al sostegno dell'allattamento al seno;	Nessun ostacolo organizzativo presente
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	si
garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;	Si. Il personale di sala operatoria, di notte e nei festivi, è in pronta disponibilità.
garantire terapia sub-intensiva alla gravida e alla puerpera; in ogni punto nascita deve essere garantito H24 l'immediato inizio delle manovre di rianimazione e la stabilizzazione di una donna, in travaglio o in fase puerperale, in attesa del trasferimento presso un luogo idoneo per il livello assistenziale. Deve essere disponibile inoltre un protocollo specifico per l'appropriata attivazione delle procedure in caso di necessità	Si ,garantita
garantire esami di laboratorio e indagini di diagnostica per immagini in urgenza	E' possibile, 24 ore su 24: effettuare esami urgenti (escluso: PCR, ALT, LDH, acidi biliari e proteinuria; di notte e festivi attivo in PS il sistema POCT), diagnostica per immagini ed emotrasfusione
essere formalmente e funzionalmente collegata con i punti nascita di II livello secondo il modello hub e spoke	Presenza di protocolli STAM e STEN con Hub di riferimento

attraverso protocolli operativi e percorsi assistenziali condivisi	
provvedere al trasferimento della gravida laddove si verificano condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad unità di II livello; deve essere disponibile una procedura interna e una procedura condivisa con U.O. di 2° livello/STAM del bacino di riferimento	Esiste sia la procedura per il trasferimento vs l'HUB di riferimento (Carpi) che per lo STAM per i grandi prematuri per i quali l'HUB è Modena
garantire il trasferimento a struttura di II livello delle gravide per le quali si preveda che il nascituro abbia bisogno di terapie intensive, salvo le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo S.T.E.N.; deve essere disponibile una procedura interna e procedure condivise con U.O. di 2° livello del bacino di riferimento	SI. Vedi punto precedente. Protocollo STEN e relative procedure: presenti.

Standard di Sicurezza

Standard	Punto nascita
Ognuna delle due sale travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, (si raccomanda un cardiocografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea, (riferimento LG ISPESL) nonché consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti;	si
deve essere presente una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze h 24 nel blocco travaglio parto;	1 sala operatoria dedicata nel blocco travaglio- parto a fianco delle sale travaglioparto.
devono essere presenti aree dedicate all'accettazione ostetrica;	Esiste uno spazio dedicato. Disponibilità di: cardiocografo (al bisogno), ecografo, carrello di emergenza (dedicato).
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;	Nel corso del periodo dilatante vi è la possibilità di <ul style="list-style-type: none"> - immersione in acqua - libertà di movimento - posizione preferita - assumere liquidi - assumere solidi Nel corso del periodo espulsivo vi è possibilità di libertà di movimento e di assumere la posizione preferita sia in periodo espulsivo sia all'espulsione.
una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;	L'osservazione viene effettuata in sala travaglio-parto
devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle	La degenza è separata da quella

ginecologiche e D.S.;	ginecologica. <u>Non</u> utilizzo di posti letto dell'area ginecologica per ricoveri ostetrici
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	Presenti
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;	si
se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali dedicati	La degenza avviene in stanza senza la presenza di pazienti ricoverate con altre diagnosi

Standard Tecnologici

Ogni 1000 parti/anno

	Accettazione	Travaglio-parto	Degenza	ambulatorio
Ecografi	1	1(§)		1
Cardiotocografo (*)	1	2		1
Carrello emergenza	1	1	1	1

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

(§) Al bisogno viene spostato quello dell'accettazione

Collegamenti fissi per aspirazione	
n. 1 apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche monouso	32
n. 1 forcipe	1
n. 8 set pronti sterili per l'assistenza al parto	8
n. 4 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo	4
n. 1 set pronti sterili per Taglio Cesareo demolitore	1
illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientabile	si
n. 1 orologio con contasecondi a muro	si
Possibilità di sterilizzazione	si
n. 2 elettrocardiografi	si
n. 1 rilevatori di pressione arteriosa per ogni letto travaglio e parto	si
n. 0 pompe a siringa	no
pompe infusione continua 1	1
n. 2 saturimetri pulsati	2
rilevatore Doppler portatile	si
n. 0 emogasanalizzatore	E' presente in laboratorio analisi ed in medicina (con utilizzo routinario)

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

Standard Operativi

Standard	Punto nascita
Area neonatale (punti in deroga): < 500 nati/anno U.O. neonatologia/pediatria: 500 - 1000 nati/anno	
risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;	Presenti: direttore U.O. (al 10%) + 2 medici strutturati. Integrazione con l'UO di Pediatria di Carpi per il completamento del fabbisogno orario medici pediatri. Nell'area pediatrica/neonatale è garantita copertura infermieristica h 24
garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in - degenza neonatale) affidata al pediatra-neonatologo;	Si
garantire l'assistenza ai neonati di età gestazionale > 34 sett. Senza alterazioni dei parametri vitali;	Si, \geq a 37 settimane.
Area neonatale: 6 culle (fino a 500 nati/anno) destinate ai neonati sani; U.O. Neonatologia/Pediatria: 15 culle (500 - 1000 nati/anno) destinate ai neonati sani;	Presenti 15 culle rooming-in attivo H24
garantire la guardia attiva h24 da parte del neonatologo o del pediatra con provata competenza nella assistenza neonatologica in sala parto con, nelle situazioni di emergenza, collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio;	<u>Non</u> prevista guardia notturna. Presenza di un medico fino alle ore 20 (feriali e festivi). Previsto Servizio pronta disponibilità diurna nei festivi e notturna Presenza in loco di 2 medici pediatri, supportati a rotazione dai pediatri della U.O. di Carpi <u>Competenze professionali</u> : 0/2 è in grado di effettuare intubazione, 2/2 sono in grado di posizionare CVO, 0/2 in grado di effettuare rachicentesi e di assistere neonato in nCPAP, 1/2 in grado di effettuare ecografia cerebrale. <u>Nessun</u> medico ha una precedente esperienza in Unità di Terapia intensiva neonatale. Negli ultimi 5 anni, i <u>medici</u> hanno effettuato stage di formazione presso UTIN.
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza.	Si
garantire i servizi di diagnostica per immagine e di laboratorio già previsti nel 1° livello di ostetricia per le situazioni di emergenza	Si

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

Standard	Punto nascita
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;	si
garantire l'osservazione transizionale post-parto;	si
Nelle aree neonatali garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e prevedere connessione funzionale e organizzativa con U.O. di Neonatologia/TIN	Si, \geq a 37 settimane. Connessione funzionale con TIN: è prevista.
Nelle U.O. di neonatologia/pediatria garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e ai neonati che comunque richiedano monitoraggio polifunzionale e cure intermedie, ma che non necessitino di trattamenti intensivi.	Per queste situazioni è previsto il trasferimento di mamma e neonato nelle UU.OO. Di Carpi
garantire formalmente e funzionalmente collegata con T.I.N. di riferimento;	Garantito
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	Esiste la possibilità di effettuare, 24 ore su 24, diagnostica per immagini E' possibile effettuare 24 ore su 24 emotrasfusione, in coordinamento con il 118 e con il centro Trasfusionale di Modena.
garantire l'assistenza immediata d'urgenza ai soggetti che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche richiedenti l'intervento dello S.T.E.N., nell'attesa che il paziente possa essere preso in carico da quest'ultimo;	Si, con alcuni limiti sopra esplicitati nella esperienza di rianimazione neonatale.
garantire accoglienza ai neonati trasferiti dalla T.I.N di II livello referente per l'area: solo per i punti nascita > 1000 parti/anno (favorire una rete che si occupa di livelli di assistenziali più bassi tramite il "Back Transport") come da protocolli condivisi con U.O. di II livello;	
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.;	Si
favorire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto;	Si
garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio (Distretto, Consultorio Familiare, P.L.S.);	Si
concorrere con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati	Si

necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita;	
favorire elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatri ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit.	Si

Standard di Sicurezza

Standard	Punto nascita
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;	Si
Le aree neonatali e U.O. di neonatologia devono prevedere: <input type="checkbox"/> aree ben distinte per assistenza al neonato sano e per assistenza alla patologia che non richiede ricovero in UTIN, con possibilità di attuare misure di isolamento nel sospetto di infezione; <input type="checkbox"/> area per la pulizia e sterilizzazione delle culle e delle incubatrici; <input type="checkbox"/> ambulatori e area D.H. per il follow-up, indagini strumentali di controllo post dimissione, ecc. <input type="checkbox"/> possibilità di accogliere i genitori senza limitazioni di orario	No Si Si Si
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;	Si
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;	Si
devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino.	Si
devono essere previsti ambulatori per follow-up e sostegno all'allattamento materno.	Si

Standard Tecnologici

Isola Neonatale	2 lettini per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante;	2
	2 erogatori di O2, aria compressa e sistema di aspirazione	2
	2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali	2
	2 valvole di limitazione del picco pressorio dei gas erogati	2
	3 set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico disponibili h24	3
	2 misuratore P.A. (disponibile)	1
	3 pompa a siringa (disponibile)	2
	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.	1

Area neonatale e U.O Neonatologia/pediatria:	2 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (fino a 500 nati/anno).	2
	2 pannelli radianti	2
	2 lampade per fototerapia	1
	3 aspiratori da rete centralizzata	2
	3 erogatori di O2 ed aria	2+2+1
	1 lettore di glucosemia	3
	1 bilirubinometro	2
	3 mastosuttori	2 el + 2 man
4 saturimetri percutanei	3	

	4 pompe per microinfusione (adatte ai volumi di infusione neonatale)	2
--	--	---

Il presidio ospedaliero deve disporre h24 di:	ecografo con sonda adatta alla diagnostica neonatale	1
	apparecchio radiologico portatile	1

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

Nella provincia di Modena sono presenti altri 4 punti nascita oltre a quello di Mirandola : un hub (Policlinico di Modena), e 3 spoke, di cui due con più di 1000 parti anno (Sassuolo e Carpi) e 1 con meno di 500 parti/anno (Pavullo)) situato nell'area del cratere dell'evento sismico del 2012.

STAM attivato	Si
STEN attivato	SI

I Centri Hub di riferimento sono il Punto nascita e la Neonatologia del Policlinico di Modena

1. Bacino di utenza dell'Ospedale

Comuni le cui donne hanno contribuito ad almeno il 5% del totale parti del Punto Nascita - anno 2016 -	N.ro dimissioni	Indice dipendenza (struttura - popolazione)
MIRANDOLA	121	32,27%
FINALE EMILIA	62	16,53%
SAN FELICE SUL PANARO	55	14,67%
MEDOLLA	28	7,47%
CONCORDIA SULLA SECCHIA	27	7,20%

2. Popolazione complessiva del bacino di utenza:

Comune	POPOLAZIONE -N. ABITANTI (1.1.2017)
CAMPOSANTO	3.189
CAVEZZO	7.021
CONCORDIA SULLA SECCHIA	8.524
FINALE EMILIA	15.617
MEDOLLA	6.286
MIRANDOLA	23.688
SAN FELICE SUL PANARO	10.855
SAN POSSIDONIO	3.620
SAN PROSPERO	5.964
TOTALE	84.764

PUNTO NASCITA DI PAVULLO NEL FRIGNANO

Il **Distretto di Pavullo** comprende, oltre al comune di Pavullo, i comuni di Serramazzone, Lama Mocogno, Polinago, Sestola, Fanano, Montecreto, Pieve Pelago, Riolunato, Fiumalbo.

Il Punto nascita è un U.O. dell'**ospedale di Pavullo** che assiste pazienti con patologie a bassa complessità e fa parte di una rete provinciale di ospedali che si integra su un modello hub and spoke.

Nati vivi nel distretto di Pavullo negli ultimi 5 anni

2012	2013	2014	2015	2016	Differenza 2012-2016
370	332	305	306	286	- 22,7%

Nel 2016 il tasso grezzo di natalità nel distretto è pari a 7,03 per 1000 abitanti

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

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

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

Standard	Punto nascita
parti/anno	Si registra un decremento dei nati dal 2012 al 2016 del 51.2% (404 nel 2012 - 197 nel 2016)
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,	Presenti: 4 medici strutturati dell'U.O. di Pavullo e 1 medico proveniente dall'equipe di Sassuolo, a rotazione, per 36 ore settimanali.+ direttore a scavalco con U.O di Sassuolo Non medici a contratto, né a orario ridotto. Ostetriche: 14 (1 a 18 ore) Non presenti né infermiere, né Operatori Socio Sanitari
presenza di personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico	Servizio di guardia notturna svolto da 5 medici. Servizio di pronta disponibilità effettuato da 4 medici (feriali e festivi).
garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno.	L'assistenza per la degenza di ostetricia e ginecologia e per il nido e per la sala parto è garantita da un doppio turno h 24
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica H24	Esiste uno spazio dedicato
Garantire assistenza con guardia attiva anestesologica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	Presente servizio di guardia anestesologica
Garantire assistenza con guardia attiva pediatrico/neonatologica H24 all'interno	2 medici + 1 Direttore a scavalco con U.O di Sassuolo + media mensile di 8 gettoni di 18

della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	ore per servizio di pronta disponibilità <u>Non</u> prevista guardia notturna. Presenza di un medico fino alle ore 19,30 (feriali e festivi). Servizio pronta disponibilità: 3 medici.
devono essere presenti due sale travaglio - parto;	1 sala travaglio/parto; consente la permanenza della donna nel periodo travaglio - parto -post-partum (3h)
una sala operatoria deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPEL);	1 sala operatoria al di fuori del blocco travaglio- parto
area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale;	Esiste un'area dedicata alla sola gestione del travaglio / parto fisiologico.
devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale;	E' attivo un ambulatorio della gravidanza a termine organizzato e gestito da ostetriche. Primo controllo a 37+0 settimane e.g. <u>Non</u> è attivo un ambulatorio di gravidanza a rischio . Nell'ambito dell'ambulatorio della gravidanza a termine sono state definite delle ore destinate all'ambulatorio della gravidanza a rischio
garantire terapia sub-intensiva alla gravida ed alla puerpera;	è garantita al bisogno presso la medicina
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale);	garantita
garantire esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24; anche con pronta disponibilità del personale addetto; deve essere garantito un tempo massimo di risposta ≤ 1 ora per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilità della trasfusione	I tecnici di radiologia sono reperibili nelle ore notturne, il radiologo non è presente né reperibile nelle ore notturne. L'emotrasfusione h24 è possibile con sangue O-Rh negativo presente in PS; Gli esami urgenti di microbiologia e ormonali non sono disponibili in struttura

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

Standard	Punto nascita
garantire l'assistenza alla gravidanza e ai parti per epoca gestazionale > 34 settimane;	>/= 37 settimane
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica h24	Esiste uno spazio dedicato
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	E' stato prodotto materiale informativo relativo a modalità di sostegno all'allattamento al seno, caratteristiche dell'assistenza in travaglio, in quali casi il parto cesareo è considerato elettivo, modalità di partecipazione della persona di fiducia al travaglio di parto. Sono presenti percorsi dedicati alla gravidanza parto puerperio fisiologici in integrazione con servizi territoriali consultoriali

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;	I trattamenti non farmacologici proposti: a. sostegno emotivo da parte dell'ostetrica b. immersione in acqua/doccia C. massaggio d. idropuntura
rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in ed al sostegno dell'allattamento al seno;	Si riesce <u>sempre</u> a garantire l'osservazione di almeno una poppata, si utilizza scheda di valutazione Esiste un'offerta attiva aziendale di consulenza per il sostegno all'allattamento dopo la dimissione Viene fornito materiale informativo relativo a gruppi o servizi preposti al sostegno all'allattamento
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	si
garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;	si a bassa complessità
garantire terapia sub-intensiva alla gravida e alla puerpera; in ogni punto nascita deve essere garantito H24 l'immediato inizio delle manovre di rianimazione e la stabilizzazione di una donna, in travaglio o in fase puerperale, in attesa del trasferimento presso un luogo idoneo per il livello assistenziale. Deve essere disponibile inoltre un protocollo specifico per l'appropriata attivazione delle procedure in caso di necessità	si
garantire esami di laboratorio e indagini di diagnostica per immagini in urgenza	I tecnici di radiologia sono reperibili nelle ore notturne, il radiologo non è presente né reperibile nelle ore notturne. L'emotrasfusione h24 è possibile con sangue O-Rh negativo presente in PS; Gli esami urgenti di microbiologia e ormonali non sono disponibili in struttura
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	garantita
provvedere al trasferimento della gravida laddove si verificano condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad unità di II livello; deve essere disponibile una procedura interna e una procedura condivisa con U.O. di 2° livello/STAM del bacino di riferimento	garantita
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	garantita

<p>emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo S.T.E.N.; deve essere disponibile una procedura interna e procedure condivise con U.O. di 2° livello del bacino di riferimento</p>	
---	--

Standard di Sicurezza

Standard	Punto nascita
Ognuna delle due sale travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, (si raccomanda un cardiocografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea, (riferimento LG ISPESL) nonchè consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti;	presenza di 1 sala travaglio/parto;
deve essere presente una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze h 24 nel blocco travaglio parto;	1 sala operatoria al di fuori del blocco travaglio- parto
per un numero di parti >1200/anno deve essere garantita la possibilità di impiegare le sale parto come sale operatorie per effettuazione di cesarei nella struttura ospedaliera;	
devono essere presenti aree dedicate all'accettazione ostetrica;	Esiste uno spazio dedicato
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;	garantita
una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;	garantita
devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche e D.S.;	separazione funzionale e non strutturale
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	E' attivo un ambulatorio della gravidanza a termine organizzato e gestito da ostetriche. Primo controllo a 37+0 settimane e.g. <u>Non</u> è attivo un ambulatorio di gravidanza a rischio . Nell'ambito dell'ambulatorio della gravidanza a termine sono state definite delle ore destinate all'ambulatorio della gravidanza a rischio
deve essere disponibile un servizio di rianimazione e terapia intensiva generale o un collegamento formalizzato con lo stesso attraverso protocolli operativi e percorsi assistenziali	garantita

condivisi;	
se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali dedicati	Stanze dedicate

Standard Tecnologici

Ogni 1000 parti/anno

	Accettazione	Travaglio-parto	Degenza	ambulatorio
Ecografi	1			1
Cardiotocografo (*)	1	1	1	1
Carrello emergenza	1 carrello adulto e 1 neonatale		1	

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

Collegamenti fissi per aspirazione	
n. 1 apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche monouso	si
n. 1 forcipe	si
n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto	si
n. 4 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo	si
n. 2 set pronti sterili per Taglio Cesareo demolitore	si
illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientabile	si
n. 1 orologio con contasecondi a muro	si
Possibilità di sterilizzazione	no
n. 2 elettrocardiografi	no
n. 1 rilevatori di pressione arteriosa per ogni letto travaglio e parto	Si per ogni letto da parto
n. 4 pompe a siringa	No 1
pompe infusione continua	2
n. 2 saturimetri pulsati	1
rilevatore Doppler portatile	3
n. 1 emogasanalizzatore	1

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

Standard Operativi

Standard	Punto nascita
Area neonatale (punti in deroga): < 500 nati/anno U.O. neonatologia/pediatria: 500 - 1000 nati/anno	
risorse umane adeguate sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure	-2 medici a tempo pieno - 1 Direttore a scavalco con UO Sassuolo+ una media di 8 turni medici mensili a gettone

professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;	Nell'area pediatrica operano 6 infermiere e 1,5 operatori socio-sanitari; non vi sono puericultrici. <u>Non</u> vi sono infermiere specificamente dedicate alla sezione neonati. <i>Il nido fisiologico viene gestito da personale che afferisce alla U.O. di ostetricia.</i>
garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in - degenza neonatale) affidata al pediatra-neonatologo;	garantita
garantire l'assistenza ai neonati di età gestazionale > 34 sett. Senza alterazioni dei parametri vitali;	garantita >= 37 settimane
Area neonatale: 6 culle (fino a 500 nati/anno) destinate ai neonati sani; U.O. Neonatologia/Pediatria: 15 culle (500 - 1000 nati/anno) destinate ai neonati sani;	garantita
garantire la guardia attiva h24 da parte del neonatologo o del pediatra con provata competenza nella assistenza neonatologica in sala parto con, nelle situazioni di emergenza, collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio;	<u>Non</u> prevista guardia notturna. Presenza di un medico fino alle ore 19,30 (feriali e festivi). Servizio pronta disponibilità: 3 medici Presente servizio di guardia anestesiológica. <u>Competenze professionali</u> : (0/3) in grado di effettuare intubazione, 3/3 sono in grado di posizionare CVO <u>Nessun</u> medico ha una precedente esperienza in UTIN. Negli ultimi 3 anni, 3 su 3 medici hanno effettuato stage di formazione presso UTIN.
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza.	garantita
garantire i servizi di diagnostica per immagine e di laboratorio già previsti nel 1° livello di ostetricia per le situazioni di emergenza	garantita

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

Standard	Punto nascita
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;	garantita in collaborazione anestesista
garantire l'osservazione transizionale post-parto;	garantita
Nelle aree neonatali garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e prevedere connessione funzionale e organizzativa con U.O. di Neonatologia/TIN	>= 37 settimane
Nelle U.O. di neonatologia/pediatria garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e ai neonati che comunque richiedano monitoraggio polifunzionale e cure intermedie, ma che non necessitino di trattamenti intensivi.	>= 37 settimane
garantire formalmente e funzionalmente	garantita

collegata con T.I.N. di riferimento;	
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	non garantita, si provvede al trasferimento del neonato all'Hub (come da protocollo STEN)
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;	garantita
garantire accoglienza ai neonati trasferiti dalla T.I.N di II livello referente per l'area: solo per i punti nascita > 1000 parti/anno (favorire una rete che si occupa di livelli di assistenziali più bassi tramite il "Back Transport") come da protocolli condivisi con U.O. di II livello;	
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.;	garantita
favorire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto;	garantita
garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio (Distretto, Consultorio Familiare, P.L.S.);	garantita
concorrere con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita;	garantita
favorire elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatri ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit.	garantita

Standard di Sicurezza

Standard	Punto nascita
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	Non garantita
nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;	garantita
Le aree neonatali e U.O. di neonatologia devono prevedere:	garantita

<ul style="list-style-type: none"> • aree ben distinte per assistenza al neonato sano e per assistenza alla patologia che non richiede ricovero in UTIN, con possibilità di attuare misure di isolamento nel sospetto di infezione; • area per la pulizia e sterilizzazione delle culle e delle incubatrici; • ambulatori e area D.H. per il follow-up, indagini strumentali di controllo post dimissione, ecc. • possibilità di accogliere i genitori senza limitazioni di orario 	
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;	garantita
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;	garantita
devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino.	garantita
devono essere previsti ambulatori per follow-up e sostegno all'allattamento materno.	garantita

Standard Tecnologici

Isola Neonatale	2 lettini per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante;	1
	2 erogatori di O2, aria compressa e sistema di aspirazione	1
	2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali	1
	2 valvole di limitazione del picco pressorio dei gas erogati	1
	3 set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico disponibili h24	2
	2 misuratore P.A.	2

	(disponibile)	
	3 pompa a siringa (disponibile)	1
	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.	1

Area neonatale e U.O Neonatologia/pediatria:	2 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (fino a 500 nati/anno).	garantita
	2 pannelli radianti	2
	2 lampade per fototerapia	2
	3 aspiratori da rete centralizzata	si
	3 erogatori di O2 ed aria	si
	1 lettore di glucosemia	si
	1 bilirubinometro	si
	3 mastosuttori	no
	4 saturimetri percutanei	3
	4 pompe per microinfusione (adatte ai volumi di infusione neonatale)	si

Il presidio ospedaliero deve disporre h24 di:	ecografo con sonda adatta alla diagnostica neonatale	si
	apparecchio radiologico portatile	si
	apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi	si
	elettrocardiografo portatile	no
	laboratorio per ricerche ematochimiche, immunoematologiche e microbiologiche	Esiste la possibilità di effettuare, 24 ore su 24, esami urgenti. Non è possibile effettuare 24 ore su 24 diagnostica per immagini e emotrasfusione. <i>E possibile effettuare 24 /24 ore RX torace, Rx Addome, ecc); nelle ore notturne non è possibile avere il referto del radiologo né effettuare ecografie In Ospedale è sempre presente sangue 0 negativo.</i>
servizio immunotrasfusionale	no	

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

Nella provincia di Modena sono presenti altri 4 punti nascita oltre a quello di Pavullo: un hub (Policlinico di Modena), e 3 spoke, di cui due con più di 1000 parti anno (Sassuolo e Carpi) e 1 con meno di 500 parti/anno (Mirandola) situato nell'area del cratere dell'evento sismico del 2012.

STAM attivato	Si
STEN attivato	SI

I Centri Hub di riferimento sono il Punto nascita e la Neonatologia del Policlinico di Modena

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

1. Bacino di utenza dell'Ospedale

Comuni le cui donne hanno contribuito ad almeno il 5% del totale parti del Punto Nascita	N.ro dimissioni	Indice dipendenza (struttura - popolazione)
Pavullo nel Frignano	71	37,37%
Serramazzone	25	13,16%
Pievepelago	13	6,84%

2. Tasso di fidelizzazione:

Non c'è un indice di dipendenza (popolazione-struttura) > 80%

3. Distanza tra Comune di residenza e Comune sede del Punto Nascita indice:

Comune	Punto Nascita indice	Km.
FANANO	PAVULLO	23,9
FIUMALBO	PAVULLO	36,4
LAMA MOCOGNO	PAVULLO	14,5
MONTECRETO	PAVULLO	23,8
PIEVEPELAGO	PAVULLO	31,4
POLINAGO	PAVULLO	18
RIOLUNATO	PAVULLO	26,8
SERRAMAZZONI	PAVULLO	13,1
SESTOLA	PAVULLO	22,3

4. Tempo di percorrenza tra Comune di residenza e Comune sede del Punto Nascita indice:

Comune	Punto Nascita indice	Tempo min.
FANANO	PAVULLO	38
FIUMALBO	PAVULLO	50
LAMA MOCOGNO	PAVULLO	21
MONTECRETO	PAVULLO	34
PIEVEPELAGO	PAVULLO	43

POLINAGO	PAVULLO	27
RIOLUNATO	PAVULLO	36
SERRAMAZZONI	PAVULLO	18
SESTOLA	PAVULLO	39

5. Distanza tra Comune di residenza e Comune sede del Punto Nascita alternativo:

Comune	Punto nascita alternativo 1 (spoke > 1000 parti)	KM	Punto nascita alternativo 2 (Hub)	KM
FANANO	SASSUOLO	60,3	MODENA	64,3
FIUMALBO	SASSUOLO	71	MODENA	75,2
LAMA MOCOGNO	SASSUOLO	49,1	MODENA	53,3
MONTECRETO	SASSUOLO	54,8	MODENA	62,6
PIEVEPELAGO	SASSUOLO	66	MODENA	70,2
POLINAGO	SASSUOLO	38,5	MODENA	53,7
RIOLUNATO	SASSUOLO	61,4	MODENA	65,6
SERRAMAZZONI	SASSUOLO	25,3	MODENA	36,7
SESTOLA	SASSUOLO	58,6	MODENA	68,3
PAVULLO	SASSUOLO	37,3	MODENA	41,5

6. Tempo di percorrenza tra Comune di residenza e Comune sede del Punto Alternativo:

Comune	Punto nascita alternativo 1 (spoke > 1000 parti)	TEMPO (MINUTI)	Punto nascita alternativo 2 (Hub)	TEMPO (MINUTI)
FANANO	SASSUOLO	70	MODENA	82
FIUMALBO	SASSUOLO	87	MODENA	100
LAMA MOCOGNO	SASSUOLO	58	MODENA	70
MONTECRETO	SASSUOLO	71	MODENA	83
PIEVEPELAGO	SASSUOLO	80	MODENA	93
POLINAGO	SASSUOLO	47	MODENA	72
RIOLUNATO	SASSUOLO	73	MODENA	86
SERRAMAZZONI	SASSUOLO	35	MODENA	48
SESTOLA	SASSUOLO	76	MODENA	90
PAVULLO	SASSUOLO	42	MODENA	54

7. Altezza sul livello del mare del Comune (Municipio):

Comune	ALTEZZA SUL LIVELLO DEL MARE
FANANO	640
FIUMALBO	953
LAMA MOCOGNO	842
MONTECRETO	864
PIEVEPELAGO	781

POLINAGO	810
RIOLUNATO	716
SERRAMAZZONI	791
SESTOLA	1020
PAVULLO	682

8. Popolazione complessiva del bacino di utenza:

Comune	POPOLAZIONE -N. ABITANTI (1.1.2017)
FANANO	2.974
FIUMALBO	1.249
LAMA MOCOGNO	2.716
MONTECRETO	931
PAVULLO NEL FRIGNANO	17.551
PIEVEPELAGO	2.271
POLINAGO	1.645
RIOLUNATO	703
SERRAMAZZONI	8.298
SESTOLA	2.486
TOTALE	40.824

PUNTO NASCITA DI CENTO

Il **Distretto Ovest** comprende, oltre al comune di Cento, i comuni di Bondeno, Terre del Reno, Poggiorenatico, Vigarano Mainarda.

Il Punto nascita è un U.O. dell'**ospedale di Cento** che assiste pazienti con patologie a media-bassa complessità ed è uno dei due ospedali provinciali che si integra su un modello Hub and Spoke.

L'ospedale di Cento è collocato nell'area del cratere dell'evento sismico avvenuto nel 2012

Nati vivi nel distretto Ovest negli ultimi 5 anni

2012	2013	2014	2015	2016	Differenza 2012-2016
747	704	606	574	575	-23,0%

Nel 2016 il tasso grezzo di natalità nel distretto è pari a 7,4 per 1000 abitanti

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

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

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

Standard	Punto nascita
parti/anno	Si registra un decremento dei nati dal 2012 al 2016 del -31,1% (599 nel 2012 - 413 nel 2016)
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,	Presenti: direttore U.O. + 8 medici strutturati. Non medici a contratto, né a orario ridotto Presenza di specializzandi provenienti dall'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cona.
presenza di personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico	Presenza di due medici assicurata fino alle 20. Servizio di guardia notturna svolto da 8 medici. Servizio di pronta disponibilità svolto da 8 medici nei feriali e nei festivi.
garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno.	Ostetriche: 14 (di cui 3 a 24 ore e 11 a 36 ore settimanali) Presenti 2 Operatori Socio Sanitari. Garantita presenza di 2 ostetriche per ogni turno (M - P - N) tra l'area di degenza e l'area di sala parto. Garantita la presenza di 1 ostetrica diurnista dal lunedì al venerdì. L'assistenza ai neonati in Rooming-in è a completo carico delle ostetriche
garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica H24	Esiste uno spazio dedicato
Garantire assistenza con guardia attiva	Presente servizio di guardia anestesiologicala

anestesiologica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	
Garantire assistenza con guardia attiva pediatrica/neonatologica H24 all'interno della struttura ospedaliera o del presidio ospedaliero sede di punto nascita*	<u>Non</u> prevista guardia notturna attiva, prevista Pronta Disponibilità notturna e festiva, garantita a turno da 3 medici pediatri. Presenza di un medico pediatra fino alle ore 18 nei giorni feriali, nel completamento dell'arco orario fino alle ore 8 della mattina successiva Pediatra in reperibilità. Reperibilità H 24 nei festivi.
devono essere presenti due sale travaglio - parto;	2 sale travaglio/parto; 1 delle 2 consente la permanenza della donna nel periodo travaglio - parto -post-partum (3h).
una sala operatoria deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPEL);	1 sala operatoria al di fuori del blocco travaglio-parto (assai contigua)
area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale;	Esiste un'area dedicata alla sola gestione del travaglio / parto fisiologico, a gestione ostetrica con consulenza medica
devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale;	E' attivo un ambulatorio della gravidanza a termine, organizzato come da normativa regionale. E' attivo un ambulatorio di gravidanza a medio rischio, collegato con il centro HUB dell'AUOSP Fe per gravidanze ad alto rischio.
garantire terapia sub-intensiva alla gravida ed alla puerpera;	E' presente nel complesso ospedaliero di Cento un servizio di Terapia Intensiva, setting assistenziale adeguato anche alla gravida o puerpera che lo necessiti.
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale);	Esiste una procedura interaziendale per lo S.T.A.M. collegata sempre con l'AUOSP Fe e in collaborazione con il Servizio di Emergenza Urgenza territoriale.
garantire esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24; anche con pronta disponibilità del personale addetto; deve essere garantito un tempo massimo di risposta ≤ 1 ora per la refertazione degli esami di laboratorio, delle indagini di diagnostica per immagini o per la disponibilità della trasfusione	E' possibile, 24 ore su 24: effettuare esami urgenti, diagnostica per immagini ed emotrasfusione.

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

Standard	Punto nascita
garantire l'assistenza alla gravidanza e ai parti per epoca gestazionale > 34 settimane;	Il Punto nascita garantisce assistenza alla gravidanza e ai parti in epoca gestazionale > 36 settimane; esiste un collegamento con l'HUB dell'AUOSP di Fe < 36 settimane

garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica h24	Esiste uno spazio dedicato
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;	Il Punto Nascita garantisce alla donna partoriente la riservatezza, la tranquillità, il riconoscimento della propria dignità, una adeguata informazione, il diritto di vivere il parto come evento naturale, attraverso spazi strutturali con stanze di degenza con 1 / 2 posti letto, con Sala travaglio con confort assistenziali sia di tipo naturale che medico e garantisce la presenza di una persona scelta dalla donna.
garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore farmacologiche e non;	Esiste un servizio di analgesia in travaglio (24 ore su 7 giorni). Gratuitamente per tutti i travagli. I trattamenti non farmacologici proposti sono: sostegno emotivo da parte dell'ostetrica, immersione in acqua/doccia (Nell'ambito degli interventi di analgesia è disponibile:1 vasca)
rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in ed al sostegno dell'allattamento al seno;	Presenti 12 culle rooming-in. Rooming-in attivo 24 ore su 24. Un nato pretermine in buone condizioni può essere assistito al rooming-in se di peso >2000 g. e con e.g >35 settimane. La madre ha la possibilità di affidare alle cure ostetriche il bambino per un certo lasso di tempo.
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	E' possibile, 24 ore su 24, effettuare emotrasfusione.
garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;	Il Punto Nascita garantisce tutte le emergenze e urgenze sia di carattere ostetrico che ginecologico
garantire terapia sub-intensiva alla gravida e alla puerpera; in ogni punto nascita deve essere garantito H24 l'immediato inizio delle manovre di rianimazione e la stabilizzazione di una donna, in travaglio o in fase puerperale, in attesa del trasferimento presso un luogo idoneo per il livello assistenziale. Deve essere disponibile inoltre un protocollo specifico per l'appropriata attivazione delle procedure in caso di necessità	Esistono procedure di emergenza applicate in collaborazione con il Servizio di Anestesia e Rianimazione (presente H 24 in struttura), sia per le emergenze relative alla donna che al bambino
garantire esami di laboratorio e indagini diagnostiche per immagini in urgenza	E' possibile, 24 ore su 24, effettuare esami urgenti, diagnostica per immagini.
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	Sono in via di formalizzazione protocolli operativi e percorsi condivisi con l'AUOSP di Fe in quanto Centro HUB di riferimento
provvedere al trasferimento della gravida laddove si verificano condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad unità di II livello; deve essere disponibile una procedura interna e una procedura condivisa con	Esiste una procedura operativa condivisa con il Centro HUB dell'AUOSP di Fe denominata STAM

U.O. di 2° livello/STAM del bacino di riferimento	
garantire il trasferimento a struttura di II livello delle gravide per le quali si preveda che il nascituro abbia bisogno di terapie intensive, salvo le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo S.T.E.N.; deve essere disponibile una procedura interna e procedure condivise con U.O. di 2° livello del bacino di riferimento	Esiste una procedura operativa condivisa con il Centro HUB dell'AUOSP di Fe denominata STEN

Standard di Sicurezza

Standard	Punto nascita
Ognuna delle due sale travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, (si raccomanda un cardiocrografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea, (riferimento LG ISPEL) nonché consentire l'accesso a persona indicata dalle partorienti;	2 sale travaglio/parto; 1 delle 2 consente la permanenza della donna nel periodo travaglio - parto -post-partum (3h), dotate di tutte le attrezzature previste dalla LG ISPEL. E' consentito l'accesso alle persone indicate dalla partorienti
deve essere presente una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze h 24 nel blocco travaglio parto;	Esiste 1 sala operatoria dedicata attigua alla Sala Parto
devono essere presenti aree dedicate all'accettazione ostetrica;	Esiste uno spazio dedicato
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;	Esiste un'area dedicata alla sola gestione del travaglio / parto fisiologico, a gestione ostetrica con consulenza medica. I trattamenti non farmacologici proposti sono: sostegno emotivo da parte dell'ostetrica, immersione in acqua/doccia (Nell'ambito degli interventi di analgesia è disponibile:1 vasca)
una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;	Esiste una zona dedicata alla osservazione post partum
devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche e D.S.;	Con il procedere del processo per Intensità di Cura l'area ginecologica è stata inglobata nella Piastra Chirurgica e il reparto principale è tutto a carattere ostetrico.
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	E' attivo un ambulatorio della gravidanza a termine, come previsto dalla normativa regionale. E' attivo un ambulatorio di gravidanza a medio rischio collegato con il centro HUB dell'AUOSP Fe per gravidanze ad alto rischio.
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;	E' presente nel complesso ospedaliero di Cento un servizio di Terapia Intensiva, setting assistenziale adeguato anche alla gravida o puerpera che lo necessita.

se la struttura garantisce il servizio IVG, devono essere presenti locali dedicati	Sono presenti due stanze di Day Hospital dedicate alla Legge 194
--	--

Standard Tecnologici

Ogni 1000 parti/anno

	Accettazione	Travaglio-parto	Degenza	ambulatorio
Ecografi	1	1	1	1
Cardiotocografo (*)	1	2	1	1
Carrello emergenza	1 (condiviso con la degenza)	1	1	1 (condiviso con gli ambulatori del piano)

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

Collegamenti fissi per aspirazione	Esistenti
n. 1 apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche monouso	vacuum extractor con relativi accessori sterili e/o ventose ostetriche monouso: 3
n. 1 forcipe	forcipe: 1
n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto	set pronti sterili per l'assistenza al parto: 10
n. 4 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo	set pronti sterili per effettuazione TC: 4
n. 2 set pronti sterili per Taglio Cesareo demolitore	set pronti sterili per TC demolitore: 2
illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientabile	Esistente in ogni Sala Parto
n. 1 orologio con contasecondi a muro	Esistente in ogni Sala Parto
Possibilità di sterilizzazione	Esistente presso la Sala Operatoria
n. 2 elettrocardiografi	elettrocardiografi: Si
n. 1 rilevatori di pressione arteriosa per ogni letto travaglio e parto	rilevatori di PA per ogni letto travaglio: 1
n. 4 pompe a siringa	pompe a siringa: 2
pompe infusione continua	pompe infusione continua: 3
n. 2 saturimetri pulsati	saturimetri pulsati: 2
rilevatore Doppler portatile	rilevatore Doppler portatile: 2
n. 1 emogasanalizzatore	emogasanalizzatore: presente in Terapia Intensiva

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

Standard Operativi

Standard	Punto nascita
Area neonatale (punti in deroga): < 500 nati/anno U.O. neonatologia/pediatria: 500 - 1000 nati/anno	Esiste una U.O. semplice di pediatria ed allergologia pediatrica che afferisce alla direzione di struttura complessa di ginecologia ed ostetricia
risorse umane adeguate sulla base dei	Presenti: direttore U.O. + 2 medici strutturati.

carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate;	Non medici a contratto né a orario ridotto: 2/3 medici sono in grado di effettuare intubazione, 1/3 è in grado di posizionare CVO ed effettuare rachicentesi, 2/3 in grado di assistere neonato in nCPAP, 1/3 in grado di effettuare ecografia cerebrale. Due medici hanno una precedente esperienza in Unità di Terapia intensiva neonatale. Negli ultimi 3 anni, nessun medico ha effettuato stage di formazione presso UTIN. L'assistenza neonatale viene prestata dallo stesso organico che opera sia in sala parto sia in degenza ostetrica: 14 ostetriche. Sono presenti 2 ostetriche in area di degenza istetrica/rooming in/sala parto nei turni mattutini, pomeridiani e notturni. Nessuna ostetrica è in grado di assistere un bambino che necessiti di gavage, di monitoraggio cardiorespiratorio o di terapia infusioneale. Nessuna ostetrica è in grado di assistere un neonato in nCPAP (<i>i neonati necessitanti di quest'assistenza vengono assistiti al centro Hub</i>).
garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in - degenza neonatale) affidata al pediatra-neonatologo;	Esiste un responsabile fisso del percorso nascita e un responsabile fisso della Sezione neonati/Nido
garantire l'assistenza ai neonati di età gestazionale > 34 sett. Senza alterazioni dei parametri vitali;	L'assistenza viene garantita sopra le 36 sett. Al di sotto viene inviata al centro Hub di riferimento
Area neonatale: 6 culle (fino a 500 nati/anno) destinate ai neonati sani; U.O. Neonatologia/Pediatria: 15 culle (500 - 1000 nati/anno) destinate ai neonati sani;	Solo Rooming-in con 12 culle
garantire la guardia attiva h24 da parte del neonatologo o del pediatra con provata competenza nella assistenza neonatologica in sala parto con, nelle situazioni di emergenza, collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio;	<u>Non</u> prevista guardia notturna attiva pediatrica ma prevista pronta disponibilità svolto da 3 medici. Prevista pronta disponibilità h24 nei giorni festivi. Presenza di un medico fino alle 18 nei giorni feriali Presente servizio di guardia anestesologica h24.
garantire l'integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza.	Esiste la procedura STEN con l'Hub di riferimento
garantire i servizi di diagnostica per immagine e di laboratorio già previsti nel 1° livello di ostetricia per le situazioni di emergenza	Esiste la possibilità di effettuare, 24 ore su 24, emocromo, PCR ed Rx torace <u>Non</u> è possibile effettuare 24 ore su 24 altri esami urgenti e altra diagnostica per immagini

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

Standard	Punto nascita
garantire l'assistenza in sala parto, fin dalla nascita, con garanzia di	Si garantisce

rianimazione primaria neonatale h24 con eventuale collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio ove necessario;	
garantire l'osservazione transizionale post-parto;	Si garantisce
Nelle aree neonatali garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e prevedere connessione funzionale e organizzativa con U.O. di Neonatologia/TIN	Si garantisce ma sopra le 36 settimane (sotto le 36 settimane è previsto collegamento funzionale con l'Hub di riferimento)
Nelle U.O. di neonatologia/pediatria garantire assistenza a tutti i neonati con età gestazionale ≥ 34 settimane e ai neonati che comunque richiedano monitoraggio polifunzionale e cure intermedie, ma che non necessitino di trattamenti intensivi.	Si garantisce monitoraggio glicemico e bilirubinemico con possibilità di foto terapia. In tutti gli altri casi, collegamento con l'Hub di riferimento
garantire formalmente e funzionalmente collegata con T.I.N. di riferimento;	E' garantito
garantire la disponibilità di emotrasfusioni h24;	<u>Non</u> è possibile effettuare 24 ore su 24 emotrasfusione sul neonato . prevista attivazione STEN
garantire l'assistenza immediata d'urgenza ai soggetti che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche richiedenti l'intervento dello S.T.E.N., nell'attesa che il paziente possa essere preso in carico da quest'ultimo;	Si garantisce il trasporto STEN. In attesa del neonatologo, è garantita la rianimazione neonatale da parte degli anestesisti e pediatri presenti
garantire accoglienza ai neonati trasferiti dalla T.I.N di II livello referente per l'area: solo per i punti nascita > 1000 parti/anno (favorire una rete che si occupa di livelli di assistenziali più bassi tramite il "Back Transport") come da protocolli condivisi con U.O. di II livello;	Esiste una procedura di back transport con l'Hub di riferimento
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.;	Vengono effettuati tutti i protocolli nazionali/regionali predisposti per il livello di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali, ecc.;
favorire le pratiche del rooming-in, l'allattamento al seno ed il contatto precoce dopo il parto;	Presenti 12 culle rooming-in. Rooming-in attivo 24 ore su 24. Un nato pretermine in buone condizioni può essere assistito al rooming-in se di peso >2000 g. e con e.g >35 settimane. La madre ha la possibilità di affidare alle cure infermieristiche il bambino per un certo lasso di tempo.
garantire con lettera di dimissione al neonato l'integrazione con il territorio (Distretto, Consultorio Familiare, P.L.S.);	Programmato un controllo presso il pediatra di famiglia entro 7 giorni In caso di dimissione protetta <u>non esistono</u> protocolli di intesa con <u>servizi territoriali e pediatri di famiglia</u> ;
concorrere con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati	Si svolgono riunioni programmate (1-2 volte al mese) per la definizione o il monitoraggio

necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita;	di raccomandazioni interessanti le due aree (neonatale ed ostetrica). Esiste un gruppo di lavoro costituito da professionisti delle due aree su diversi temi: natimortalità, sangue cordonale Si effettuano riunioni congiunte ostetrici e neonatologi, per discussione dei casi clinici
favorire elevati livelli di integrazione funzionale tra neonatologi/pediatri ed ostetrici atti a garantire il massimo della sicurezza nell'ambito di un processo multidisciplinare e complesso anche attraverso regolare attività di audit.	Prevista la discussione con gli ostetrici per donne ricoverate con: minaccia parto pretermine, grave restrizione della crescita, feto con anomalie maggiori. La discussione relativa ai casi sopracitati prevede un aggiornamento <u>settimanale</u> Nel caso di esito avverso relativo a feto e neonato viene effettuata una valutazione congiunta con gli ostetrici. L'audit formale avviene <u>sempre</u> , viene adottata una classificazione di appropriatezza degli interventi

Standard di Sicurezza

Standard	Punto nascita
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	E' possibile assistere contemporaneamente due neonati
nell'isola neonatale l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico ed alla tipologia di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;	a. Lettini con pannello radiante: 2 b. Set incannulamento vasi: 2 c. Set materiale drenaggio pnx: 0 d. Pulsiossimetri: 2 e. Pompe a siringa: 1 f. Erogatori O2, aria compressa: Si g. Sistemi miscelazione: Si h. Sistemi umidificazione: Si i. Sistemi neo-puff: Si j. Incubatrice trasporto: 1
Le aree neonatali e U.O. di neonatologia devono prevedere: <ul style="list-style-type: none"> • aree ben distinte per assistenza al neonato sano e per assistenza alla patologia che non richiede ricovero in UTIN, con possibilità di attuare misure di isolamento nel sospetto di infezione; • area per la pulizia e sterilizzazione delle culle e delle incubatrici; • ambulatori e area D.H. per il follow-up, indagini strumentali di controllo post dimissione, ecc. • possibilità di accogliere i genitori senza limitazioni di orario 	E presente un'area di assistenza al neonato sano, tutti gli altri casi descritti vengono trasferiti all'Hub di riferimento Esiste l'area di pulizia delle culle e delle incubatrici Esiste un ambulatorio per il follow up indagini strumentali di controllo post dimissione, ecc Si durante la presenza dei pediatri in reparto
la distribuzione degli spazi di degenza puerperale deve tener conto delle	Presenti 12 culle rooming-in. Rooming-in attivo 24 ore su 24. La madre ha la

esigenze minime strutturali che favoriscono la pratica del rooming-in e la promozione dell'allattamento al seno;	possibilità di affidare alle cure ostetriche il bambino per un certo lasso di tempo. Si riesce sempre a garantire l'osservazione di almeno una poppata, si utilizza scheda di valutazione. E' di prassi l'allattamento a richiesta. Dalla II giornata non è previsto un intervallo minimo tra le poppate. L'integrazione di liquidi avviene su prescrizione medica e formula anche su decisione non medica L'integrazione avviene per calo ponderale >10%. La spremitura avviene con l'ausilio di tiralatte La doppia pesata è prevista solo su richiesta del medico
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;	Non sono disponibili incubatrici, sono presenti due termoculle da trasporto di cui 1 dotata di respiratore. Un nato pretermine in buone condizioni può essere assistito presso la Sezione neonati, se peso >2000 g. e >35 settimane di età gestazionale. Presso le cure minime della sezione neonati possono essere ricoverati bambini che necessitino di fototerapia, <u>non</u> quelli che presentino difficoltà di alimentazione o che necessitino di terapia antibiotica.
devono essere predisposti spazi funzionali per lo stoccaggio del latte materno, per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino.	Esiste uno spazio dedicato solo per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino.
devono essere previsti ambulatori per follow-up e sostegno all'allattamento materno.	Esiste un'offerta attiva di consulenza per il sostegno all'allattamento dopo la dimissione (consulenza telefonica, ambulatorio ostetrico, visite a domicilio); Viene fornito materiale informativo relativo a gruppi o servizi preposti al sostegno all'allattamento.

Standard Tecnologici

Isola Neonatale	2 lettini per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante;	Lettini con pannello radiante: 2
	2 erogatori di O2, aria compressa e sistema di aspirazione	Erogatori O2, aria compressa: Si
	2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali	Sistemi miscelazione: Si Sistemi umidificazione: Si
	2 valvole di limitazione del picco pressorio dei gas erogati	si
	3 set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico disponibili h24	Set incannulamento vasi: 2 Set materiale drenaggio pnx: 0 Sistemi neo-puff: Si
	2 misuratore P.A. (disponibile)	si

	3 pompa a siringa (disponibile)	Pompe a siringa: 1
	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.	Incubatrice trasporto: 1

Area neonatale e U.O Neonatologia/pediatria:	2 incubatrici (si escludono incubatrici da trasporto) con sistema di monitoraggio cardio respiratorio (fino a 500 nati/anno).	incubatrici: 2 culle da trasporto
	2 pannelli radianti	pannelli radianti o lettini riscaldati: 2
	2 lampade per fototerapia	lampade per fototerapia: 2
	3 aspiratori da rete centralizzata	sistemi di aspirazione: 2
	3 erogatori di O2 ed aria	sistemi erogazione O e aria e vuoto: 2
	1 lettore di glucosemia	lettore di glucosemia: Si
	1 bilirubinometro	bilirubinometro: Si
	3 mastosuttori	mastosuttori: Si
	4 saturimetri percutanei	saturimetri percutanei: 2
	4 pompe per microinfusione (adatte ai volumi di infusione neonatale)	pompe per microinfusione: 1

Il presidio ospedaliero deve disporre h24 di:	ecografo con sonda adatta alla diagnostica neonatale	Non è presente nel presidio ospedaliero
	apparecchio radiologico portatile	Non è presente nel presidio ospedaliero
	apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi	si
	elettrocardiografo portatile	Non è presente nel presidio ospedaliero
	laboratorio per ricerche ematochimiche, immunoematologiche e microbiologiche	si
	servizio immunotrasfusionale	si

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

Nella provincia di Ferrara, oltre a quello di Cento, è presente un punto nascita hub (Arcispedale Sant'Anna di Ferrara)

STAM attivato	Si
STEN attivato	Si

I Centri Hub di riferimento sono il Punto nascita e la Neonatologia dell'Arcispedale Sant'Anna di Ferrara

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

1. Bacino di utenza dell'Ospedale

Comuni le cui donne hanno contribuito ad almeno il 5% del totale parti del Punto Nascita-anno 2016 -	N.ro dimissioni	Indice dipendenza (struttura - popolazione)
CENTO	178	48,37%
CREVALCORE	31	8,42%
SAN GIOVANNI IN PERSICETO	31	8,42%
BONDENO	25	6,79%
SANT'AGOSTINO	23	6,25%
PIEVE DI CENTO	22	5,98%

2. Popolazione complessiva del bacino di utenza:

Comune	POPOLAZIONE -N. ABITANTI (1.1.2017)
BONDENO	14.462
CENTO	35.651
POGGIO RENATICO	9.881
VIGARANO MAINARDA	7.588
TERRE DEL RENO	10.009
TOTALE	77.591

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2017/1223

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1112 del 24/07/2017

Seduta Num. 29

OMISSIS

L'assessore Segretario

Costi Palma

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi