

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno lunedì 19 **del mese di** dicembre
dell' anno 2011 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Errani Vasco	Presidente
2) Saliera Simonetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Gazzolo Paola	Assessore
5) Lusenti Carlo	Assessore
6) Marzocchi Teresa	Assessore
7) Melucci Maurizio	Assessore
8) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
9) Peri Alfredo	Assessore
10) Rabboni Tiberio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: REQUISITI SPECIFICI PER L' ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE DI PEDIATRIA

Cod.documento GPG/2011/1853

Num. Reg. Proposta: GPG/2011/1853

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamata la legge regionale n.34 del 12 ottobre 1998, recante "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, in attuazione del DPR 14 gennaio 1997" e successive modificazioni, e richiamato in particolare l'art. 8, che demanda alla Giunta regionale, sentita la competente Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali, il compito di determinare i requisiti ulteriori per l'accreditamento di cui al comma 4 dell'art.2 del DPR 14 gennaio 1997, uniformi per le strutture pubbliche e private, con riferimento alle funzioni sanitarie individuate nella programmazione regionale per garantire i livelli di assistenza sanitaria previsti dal Piano Sanitario Nazionale;

Considerato che:

- con propria deliberazione n. 327 del 23 febbraio 2004, recante "Applicazioni della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti" si è provveduto, al punto 2.6 del dispositivo ad approvare l'allegato n.3, nel quale sono definiti, ai sensi di quanto disposto al comma 1 dell'art. 8 della sopracitata legge regionale, requisiti generali e specifici per l'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti dell'Emilia Romagna;
- con il richiamato provvedimento, si è previsto, altresì, al punto 2.9 del dispositivo come compito dell'Agenzia sanitaria regionale, la predisposizione delle proposte per l'integrazione ed il periodico aggiornamento dei requisiti per l'accreditamento;

Preso atto che:

- l'Agenzia sanitaria regionale, in esecuzione di quanto disposto dal punto 2.9 della citata deliberazione n. 327/04, ha elaborato il documento allegato al presente atto, che definisce i requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Pediatria;

Acquisito il parere della Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali espresso nella seduta del 13/12/2011;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore per le Politiche per la salute;

Delibera

1. di approvare ad integrazione dell'allegato n. 3 della deliberazione n. 327 del 23 febbraio 2004, i requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Pediatria, come definite nell'Allegato n.1 quale parte integrante del presente provvedimento;

2. di pubblicare il presente provvedimento ed il relativo allegato sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

3. di dare mandato alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali di predisporre, entro il 31 dicembre 2012, un testo coordinato dell'allegato n. 3 della propria delibera n. 327/2004 riportante tutte le integrazioni e modifiche dei requisiti specifici dell'accreditamento delle strutture.

Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Pediatria

Per quel che riguarda la dotazione di personale individuata nelle varie articolazioni in cui si configura il servizio, questa deve essere rapportata ad una lettura complessiva delle dotazioni e dell'organizzazione della struttura oggetto dell'applicazione dei requisiti.

Premessa

La funzione specialistica “Pediatria” definisce il processo necessario per produrre l’assistenza sanitaria ai soggetti dell’età evolutiva dalla nascita al compimento di 18 anni, con particolare riferimento alle patologie croniche e fatte salve modalità specifiche di passaggio in cura definite localmente.

Questa funzione si articola in due macroaree:

1. Medicina dell’età evolutiva territoriale
2. Medicina dell’età evolutiva ospedaliera (Neonatologia e Pediatria Ospedaliera).

MEDICINA DELL’ETA’ EVOLUTIVA OSPEDALIERA

Il miglioramento delle condizioni socio economiche della popolazione, lo sviluppo delle cure primarie e il ruolo svolto dai Pediatri di Libera Scelta, la tendenza generale alla dimissione precoce, all’utilizzo di modalità assistenziali alternative al ricovero ordinario quali il Day Hospital, l’osservazione breve (OB), gli ambulatori specialistici, hanno determinato la riduzione dei posti letto e comportato una razionalizzazione e riqualificazione delle Unità Operative di Pediatria più aderente ai nuovi bisogni e alle attuali esigenze assistenziali .

Il presente documento ha recepito quanto contenuto nelle varie Carte dei diritti del bambino ricoverato in ospedale, la cui versione più diffusa è la Carta EACH (1989) che riassume in 10 punti le raccomandazioni della Risoluzione del Parlamento europeo (maggio 1986).

Le funzioni svolte dalla medicina dell’età evolutiva ospedaliera si articolano nelle seguenti aree di assistenza:

- Neonato fisiologico
- Patologia neonatale
- Pediatria Ospedaliera
- Day Hospital
- Ambulatorio.

Tali funzioni vengono esercitate secondo diverse modalità organizzative che nelle strutture ospedaliere possono essere presenti singolarmente o tra loro aggregate.

- Punto nascita
- Neonatologia
 - Cure minime
 - Cure intermedie
 - Terapia intensiva neonatale
- Strutture di Pediatria con degenza a ciclo continuo e con funzioni di pediatria specialistica
- Day Hospital
- Ambulatori

Sigle e acronimi

T.I.N =	Terapia Intensiva Neonatale
A.A.P.=	American Academy of Pediatrics
S.T.E.N =	Servizio di Trasporto ed Emergenza Neonatale
ROOMING-IN =	Permanenza del neonato accanto alla madre nella stessa stanza
M.E.F.=	Morte endouterina fetale
O.B. =	Osservazione Breve
P.S. =	Pronto Soccorso
D.H. =	Day Hospital
O.S.S. =	Operatore Socio Sanitario
E.C.M. =	Educazione Continua in Medicina
P.L.S. =	Pediatri di Libera Scelta
S.D.O. =	Scheda di Dimissione Ospedaliera
U.O. =	Unità Operativa

NEONATOLOGIA

PREMESSA

Le U.O. di Neonatologia hanno come Mission l'assistenza ai pazienti in età neonatale, intesa quest'ultima come il periodo della vita che va dalla nascita ai 28 giorni di vita, almeno per i nati a termine di gestazione.

L'organizzazione dei servizi ospedalieri regionali è basata sul modello a rete, tra centri Hub e centri Spoke, che riconosce come punto di forza l'integrazione, tra operatori e servizi, necessaria a garantire la continuità assistenziale e l'efficienza del sistema.

L'organizzazione dell'assistenza ostetrico neonatale si articola su 3 livelli, ciascuno dei quali richiede differenti requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, così come diverse competenze professionali. Deve esserci corrispondenza tra i livelli di assistenza ostetrica e quelli di assistenza neonatale. Il bacino di utenza del terzo livello può essere anche superiore a quello provinciale e riferirsi a bacini di area vasta o regionali.

L'assistenza neonatale può essere scomposta nelle seguenti FUNZIONI:

- Assistenza in sala parto
- Osservazione transizionale
- Assistenza al neonato fisiologico
- Assistenza minima
- Assistenza intermedia
- Assistenza intensiva
- Isolamento

I° LIVELLO

- Assistenza in sala parto
- Osservazione transizionale
- Assistenza al neonato fisiologico

Sulla base di considerazioni da riportare ad aspetti organizzativi a carattere locale, un I° livello assistenziale può comprendere anche le seguenti funzioni:

- Assistenza minima
- Isolamento

II° LIVELLO

Deve garantire tutte le funzioni previste per il 1° livello alle quali si aggiunge la

- Assistenza intermedia

III° LIVELLO

Alle funzioni previste per il II° livello assistenziale si aggiunge la:

- Assistenza intensiva

Requisiti Comuni

Descriviamo di seguito i **Requisiti generali Strutturali , Tecnologici e Organizzativi** validi per ciascun livello e successivamente quelli propri per garantire le funzioni descritte in precedenza.

Le funzioni di base comuni a tutti i livelli possono condividere spazi e personale in funzione dell'organizzazione e della struttura esistente localmente.

REQUISITI GENERALI DI STRUTTURA

L'area di degenza ostetrica deve prevedere camere per le puerpere che per motivazioni varie sono in condizioni psicologiche difficili.

L'area complessiva dedicata all'assistenza dei neonati deve prevedere, oltre ai locali destinati alla degenza, anche:

- un ambulatorio per le visite dei neonati
- la disponibilità di un locale dedicato alla preparazione e alla conservazione dei latti compreso il latte materno anche in comune con la pediatria.
- essere disponibile, anche in area attigua al reparto, un ambiente per la comunicazione tra operatori sanitari ed i genitori dei neonati, in grado di rispettare i diversi bisogni di privacy;

REQUISITI GENERALI TECNOLOGICI

Per la degenza è indispensabile disporre di almeno:

- N 2 incubatrici/infant warmers
- N 2 pannelli radianti
- N 2 lampade per fototerapia (se si svolge Assistenza Minima)
- N 1 bilirubinometro transcutaneo/capillare
- N 1 centrifuga
- N 1 lettore per glucosemia
- N 3 Mastosuttori elettrici

Vanno, inoltre, previsti:

- - N 1 frigorifero con le caratteristiche richieste per l'adeguata conservazione del latte
- - N 1 frigorifero con le caratteristiche richieste per l'adeguata conservazione dei farmaci
- - N 1 scaldabiberon
- - N 1 bilancia per neonato
- - N 1 incubatrice per il trasporto neonatale (disponibile nell'area ostetrico/neonatale)
- - Carrello per la rianimazione neonatale

REQUISITI GENERALI ORGANIZZATIVI

Devono essere previsti collegamenti funzionali con il centro di TIN di riferimento.

Deve essere disponibile la procedura per la rianimazione neonatale.

Deve essere disponibile la procedura per il trasporto neonatale.

Deve essere disponibile la procedura per l'allattamento al seno o utilizzo del latte materno (blud), anche in caso di trasferimento del neonato

I° Livello

Strutture che, in assenza di patologie accertate, assistono neonati normali con età gestazionale > alle 34 settimane.

FUNZIONE: ASSISTENZA IN SALA PARTO

Assistenza al neonato immediatamente dopo il parto.

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente, devono essere previsti i seguenti requisiti.

A) REQUISITI STRUTTURALI

Nelle singole sale parto/sale operatorie ostetriche deve essere prevista un'area predisposta per fornire le prime cure al neonato e per intraprendere un'eventuale rianimazione.

All'interno del blocco parto/operatorio deve essere prevista un'area, definita isola neonatale, che deve disporre di una superficie di almeno 8 mq per poter assicurare l'assistenza contemporanea di almeno 2 neonati; l'isola neonatale deve essere bene identificata ed accessibile.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

L'isola neonatale deve disporre dei seguenti presidi:

- N 1 lettino da rianimazione con pannello radiante servocontrollato con termoregolazione, con accesso su 3 lati e dotato di materassino non comprimibile;
- N 2 prese di O₂;
- N 2 prese di aria compressa;
- N 2 prese di vuoto;
- N 2 sistemi di miscelazione dei gas medicali;
- disponibilità nel blocco operatorio/parto di almeno 1 aspiratore di sicurezza con alimentazione elettrica/batteria;
- N 2 valvole di limitazione del picco pressorio dei gas erogati;
- Attrezzature e materiale per la rianimazione neonatale in quantità tali da garantire la eventuale rianimazione contemporanea di 2 neonati;
- N 2 pulsiossimetri di cui 1 disponibile;
- N 1 orologio contasecondi;

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Ad ogni parto deve essere presente almeno un operatore in grado di iniziare in modo adeguato la rianimazione neonatale.

Il personale medico ed infermieristico/ostetrico deve garantire l'assistenza d'urgenza al neonato patologico e tendere alla stabilizzazione fino alla presa in carico dello STEN e/o del centro di riferimento.

Deve essere quindi garantita la presenza in struttura di un pediatra/neonatologo o di un anestesista rianimatore in grado di prestare una rianimazione intensiva al neonato.

FUNZIONE: OSSERVAZIONE TRANSIZIONALE

Ogni struttura deve garantire un'adeguata osservazione delle fasi iniziali caratterizzanti l'adattamento del neonato alla vita extrauterina cui vengono sottoposti:

- neonati che presentano disturbi dell'adattamento lievi e/o transitori (o che sono a rischio di presentarli);
- neonati patologici limitatamente alla fase di stabilizzazione prima del trasporto al centro di riferimento per le cure neonatali;
- neonati fisiologici che non possono risiedere vicino alla madre.

A) REQUISITI STRUTTURALI

- lo spazio dedicato all'osservazione transitoria deve prevedere non meno di 2 postazioni, con almeno 1 incubatrice o infant warmer;
- in questo spazio ogni culla deve disporre di almeno 4 mq di superficie e la distanza tra due culle deve essere di almeno 80 cm;
- lo spazio dedicato a questa osservazione deve essere prevista in vicinanza dell'area di degenza della madre.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Per ciascuna postazione devono, inoltre, essere disponibili:

- N 2 prese elettriche
- N 1 fonte per O₂
- N 1 sistema di aspirazione
- N 1 pulsiossimetro
- N 1 incubatrice o infant warmer

Nell'area deve essere presente un carrello dedicato per la rianimazione neonatale.

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

La responsabilità dell'assistenza neonatale, in quest'area, compete al pediatra/neonatologo.

Non essendo richiesto personale necessariamente dedicato in modo continuativo, deve esistere una procedura per l'attribuzione dell'assistenza non medica al neonato in funzione delle sue caratteristiche.

FUNZIONE: ASSISTENZA AL NEONATO FISIOLOGICO

Al fine di facilitare l'instaurarsi di una adeguata relazione tra i genitori e il bambino e l'inizio dell'allattamento al seno è importante permettere la continuità della relazione madre/neonato anche attraverso un'organizzazione che ne permetta la degenza nella stessa stanza (**Rooming-in**).

Questa modalità assistenziale deve garantire la valutazione delle fasi di adattamento neonatale e permettere comunque alle madri che ne facciano richiesta di poter accogliere transitoriamente il neonato in ambiente dedicato (**Nido**).

A) REQUISITI STRUTTURALI

- Le stanze di degenza, laddove si attui il **Rooming-in**, non devono prevedere più di 3 posti letto.
- Per le mamme e per ogni posto letto va previsto uno spazio non inferiore ai 3 mq, per la culla del neonato.

- Il numero di culle complessive previste per la degenza di neonati “sani”, deve essere non inferiore a 6 (per punti nascita con 500 parti/anni) oppure rispettare il rapporto di almeno 10 per 1000 parti/anno.
- Nelle stanze di degenza dove si attua il rooming in deve essere prevista la presenza di un fasciatoio per le cure igieniche del neonato.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

La responsabilità dell’assistenza neonatale in quest’area compete al pediatra/neonatologo che deve garantire la pronta disponibilità 24/24 ore.

FUNZIONE: ASSISTENZA MINIMA

Assistenza dei neonati (in particolare di basso peso) non affetti da patologie maggiori, provenienti anche dal domicilio, ma che richiedono modalità di alimentazione o di assistenza che vanno al di là dell’assistenza del neonato fisiologico.

Questa modalità assistenziale può essere garantita all’interno di un’area/locale attigua all’area di degenza delle madri, nella quale possono essere accolti anche neonati bisognosi di cure minime (per esempio fototerapia) o di osservazione transizionale oppure neonati provenienti dalle cure intermedie quando in condizioni stabili ma non ancora dimissibili.

A) REQUISITI STRUTTURALI

- per questa attività assistenziale è necessario prevedere una superficie per posto letto di 5 mq ed una distanza tra le culle non inferiore ad 1 metro.
- almeno n.1 fasciatoio.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

- N° 1 fonte di O2 ogni 2 culle;
- N° 1 sistema di aspirazione ogni 2 culle;
- N°1 pulsiossimetro
- Almeno n.2 prese elettriche per postazione

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

- il Pediatra o il Neonatologo, responsabile di questa funzione assistenziale, deve garantire la presenza o la pronta disponibilità 24/24 ore;

Requisiti organizzativi comuni alle quattro funzioni del primo livello

Personale

La responsabilità dell’assistenza neonatale compete al pediatra/neonatologo che deve garantire la presenza o la pronta disponibilità 24/24 ore.

Deve essere garantita la presenza di almeno 1 infermiere/ostetrica 24/24 ore

La dotazione del personale si incrementa in base ai volumi di attività, mantenendo di norma un rapporto complessivo 1:8 neonati, tenendo conto del modello organizzativo adottato, dell’effettivo utilizzo del nido e per quest’ultima funzione dell’apporto di Puericultrici o di Operatori SocioSanitari.

Procedure

Deve essere disponibile una procedura per la gestione della rianimazione neonatale.

Deve essere disponibile una procedura che regoli la presenza infermieristica/ostetrica.

Deve essere disponibile una procedura e devono essere garantiti i collegamenti funzionali con la U.O. di Neonatologia/TIN di riferimento.

Deve essere disponibile una procedura per la dimissione appropriata “precoce” anche in riferimento alla esecuzione degli screening neonatali.

II° Livello

La struttura Neonatologica di II° livello assolve tutte le funzioni sopra descritte per il I° livello, e si caratterizza in quanto assolve la funzione di seguito descritta.

Le strutture sono dotate di almeno 4 posti letto.

Requisiti generali di Struttura

DOTAZIONE AMBIENTI/SPAZI DI SUPPORTO anche in comune

- Locale medico
- Locale Infermieristico con postazione monitoraggio
- Locale Coordinamento
- Area attesa visitatori
- Area Soggiorno nutrici
- Alloggio nutrici
- Ambulatorio controllo Post-Dimissione/Follow-Up
- Stanza "tiralatte"
- Lactarium

Requisiti generali Tecnologici

Oltre ai requisiti generali previsti per il primo livello nell' area devono essere presenti:

- un carrello per le emergenze neonatali
- n° 1 aspiratore di sicurezza con alimentazione elettrica/batteria
- n° 1 bombola di O₂ trasportabile
- Sistema di umidificazione e riscaldamento dei gas medicali
- Almeno n° 4 incubatrici e/o infant warmers
- Almeno n° 4 pompe volumetriche
- n° 1 monitor multiparametrico ogni 2 posti letto
- n° 1 pulsiossimetro ogni 2 posti letto
- almeno n° 1 apparecchiatura per CPAP nasale / Ventilazione meccanica (laddove si trattiene il neonato bisognoso di ventilazione meccanica per una stabilizzazione prevista entro le 24/48 ore)

FUNZIONE: ASSISTENZA INTERMEDIA

In quest'area vengono accolti neonati di età gestazionale • alle 32 settimane e/o con peso • ai 1.500 gr. e neonati patologici che richiedono monitoraggio polifunzionale e cure intermedie ma che non necessitano di assistenza intensiva o sub intensiva. In questa categoria sono compresi anche i neonati provenienti dalla Neonatologia di III livello e che non necessitano di cure intensive.

In quest'area devono essere garantite le seguenti prestazioni:

- O₂ terapia eventualmente con naso-cannule controllata attraverso misurazione della FiO₂ e monitoraggio incruento della SaO₂
- Misurazione della PA incruenta
- Alimentazione mediante sondino oro-naso gastrico
- Infusione parenterale di farmaci e supporti nutrizionali con pompa, escludendo la nutrizione parenterale totale protratta al di là delle 48 ore
- Exsanguinotrasfusione

- Possibilità di effettuare al letto Radiografia di torace e addome, ecografia cerebrale, ECG, emogasanalisi, ecocardiografia

A) REQUISITI STRUTTURALI

- L'area dedicata all'assistenza intermedia deve essere ubicata in prossimità della Sala Parto/Sala Operatoria.
- Lo spazio necessario in quest'area deve essere di almeno 8 mq per posto letto. Lo spazio interposto fra le incubatrici, le culle o gli infant warmers deve essere di almeno 1,20 mt.
- I corridoi devono essere larghi almeno 1.60 mt.
- Zona filtro per genitori
- Zona filtro personale
- L'area dedicata all'assistenza intermedia può essere strutturata in un unico ambiente o in più stanze.
- Almeno un fasciatoio e un lavandino per stanza.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Per ogni singola postazione di ricovero devono essere disponibili:

- almeno n. 6 prese elettriche
- n°. 2 fonti di O₂
- n°. 2 uscite per aria compressa
- n°. 1 sistema di aspirazione

Devono essere disponibili:

- apparecchiatura per EGA
- apparecchiatura per ECG
- Set per Exsanguinotrasfusione
- Presidi per micrometodiche
- Presidi dedicati alla CARE (contenimento, protezione da inquinamento acustico, poltrone per marsupioterapia, allattamento, ecc.)
- una apparecchiatura radiologica portatile;
- schermi piombati per l'adeguata protezione dei neonati e del personale;
- lampada scialitica portatile
- ecografo color Doppler con sonde idonee allo studio di vari organi ed apparati, in particolare encefalo e cuore;

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Dotazione di Personale

Questo livello assistenziale comporta:

- un rapporto personale infermieristico-neonato di 1:4
- deve essere garantita la guardia attiva neonatologica/pediatrica 24/24 h. ed un servizio di pronta disponibilità, da valutare anche in rapporto alle modalità organizzative del trasporto neonatale.

Acquisizione Servizi/Interfacce

Deve essere garantito (24/24 h. 7/7gg.) il collegamento funzionale con:

- T.I.n° di riferimento
- Laboratorio
- Servizio Immunotrasfusionale
- Radiologia comprendendo anche la disponibilità di indagini ecografiche.

Inoltre devono essere definiti collegamenti funzionali con i servizi di consulenza almeno per le seguenti specialità:

- Chirurgia Pediatrica
- Neurochirurgia
- Cardiologia con competenze pediatriche (In particolare disponibilità per Ecocardiografia)
- Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- Oculistica
- Genetica
- Fisiatria
- Psicologia

III° Livello

FUNZIONE: ASSISTENZA INTENSIVA

Le caratteristiche organizzative, tecnologiche e strutturali di questa funzione devono essere tali da assicurare gli adeguati livelli assistenziali a qualsiasi neonato affetto da patologia medica e/o chirurgica, per i quali si renda necessario un supporto cardiorespiratorio e/o di altro tipo e comunque continuativo. (Ventilazione meccanica, CPAP nasale, catetere venoso centrale/nutrizione parenterale)

Afferiscono a questi centri i punti nascita di 1° e 2° livello.

La struttura è dotata di almeno 6 posti letto.

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente e ai requisiti previsti per il II livello, devono essere previsti i seguenti requisiti.

A) REQUISITI STRUTTURALI

L'area dedicata all'assistenza intensiva neonatale deve:

- essere ubicata in prossimità della Sala Parto/Sala Operatoria
- essere facilmente raggiungibile dal punto di accesso delle ambulanze all'ospedale
- possedere la postazione di lavoro infermieristica
- presentare incubatrici, infant warmer e/o culle separati tra loro con distanza di almeno 1,80 metri, ed i corridoi devono garantire il passaggio delle principali attrezzature diagnostiche
- essere previsto un accesso differenziato per il personale di assistenza ed i parenti e/o visitatori
- ed ogni singolo accesso deve avere un'adeguata zona filtro prima dell'ingresso al reparto;
- essere previsto uno spazio idoneo per le attività di piccolo laboratorio (emogasanalisi, bilirubinometro, ecc.);
- essere previsto uno spazio deposito per le attrezzature non utilizzate, per il lavaggio delle stesse e la conservazione dei materiali di consumo;
- essere previsto uno spazio adeguato per la preparazione e la conservazione del latte;
- essere prevista la preparazione centralizzata (farmacia) delle sacche per la NPT o in alternativa deve essere individuata una zona destinata alla preparazione sterile delle medesime, compresa la cappa a flusso laminare;
- essere previsto un ambiente per il soggiorno delle mamme dei neonati ricoverati, possibilmente in area attigua al reparto di degenza

B) REQUISITI TECNOLOGICI

ciascun posto letto necessita di:

- incubatrice per l'assistenza di neonati di basso peso e/o di età gestazionale estremamente bassa;
- un monitor cardiorespiratorio multiparametrico
- n°4 pompe volumetriche e n° 3 pompe infusionali per la nutrizione parenterale, enterale, la somministrazione di farmaci, ecc.;
- n°1 ventilatore meccanico di tipo convenzionale
- n°1 sistema per la somministrazione della CPAP nasale (dedicato o associato al ventilatore meccanico)
- Almeno 16 prese di corrente connesse sia alla rete regolare che alla rete ausiliaria
- Almeno 3 prese per l'ossigeno

- Almeno 3 prese per l'aria compressa
- Almeno 3 prese per il vuoto
- bombole di ossigeno d'emergenza (disponibili nell'area)
- 4 prese di rete dati (in caso di nuove strutture o ristrutturazioni)
- campanello di emergenza (in caso di nuove strutture o ristrutturazioni)

Oltre alle apparecchiature, le attrezzature e gli accessori e materiali di consumo previste nell'area di terapia intermedia vanno aggiunte ulteriori attrezzature:

- infant warmer con opportuna superficie radiante, indicata nell'assistenza dei neonati chirurgici o comunque portatori di drenaggi, in numero adeguato ai volumi di attività;
- ventilatore per HFOV (n° adeguato ai volumi di attività ed alle prassi assistenziali)
- attrezzatura adeguata per la somministrazione di Ossido Nitrico;
- drenaggi pleurici con sistema di aspirazione per il trattamento del pneumotorace;
- monitor transcutaneo pO₂ e pCO₂;
- centrale di monitoraggio all'interno della postazione di lavoro infermieristica;
- sistema per il trattamento ipotermico;

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

- deve essere garantita la guardia attiva neonatologica 24/24 h. ed un servizio di pronta disponibilità;
- deve essere garantito ai genitori dei neonati il necessario supporto psicologico, con l'individuazione della figura di riferimento esperta nella presa in carico dei genitori nelle diverse fasi del percorso nascita in cui emerge questo bisogno;
- devono essere predisposti disporre di protocolli condivisi tra le diverse professionalità dell'organizzazione afferenti all'area perinatale, in grado d'indirizzare le scelte assistenziali in quelle condizioni estreme che richiedono comportamenti eticamente rilevanti;
- deve essere disponibile la procedura per il controllo del dolore;
- deve essere disponibile la procedura per la gestione del rischio clinico con particolare riferimento alle misure di prevenzione, controllo e sorveglianza delle infezioni ospedaliere;
- deve esserci collegamento funzionale documentato con i servizi che seguono le gravidanze a rischio e con i centri di neonatologia di 1° e 2° livello che afferiscono al proprio bacino di utenza e con le strutture ginecologiche che praticano la PMA;
- deve essere assicurato un servizio di trasporto neonatale comprensivo della pratica del back-transport. Per il funzionamento di tale servizio devono essere disponibili specifici protocolli e/o percorsi assistenziali con i centri afferenti e di riferimento. (La gestione del trasporto neonatale, qualora non regolamentata da specifica normativa regionale, deve essere regolarmente proceduralizzata e deve prevedere specifica attenzione alla formazione degli operatori coinvolti, all'adeguatezza delle attrezzature e della loro manutenzione);

Dotazione di Personale

- il personale medico deve essere previsto in n° minimo di 7 unità oltre al Responsabile dell'U.O.. Le diverse caratteristiche assistenziali delle singole U.O. possono richiedere una dotazione organica superiore
- la dotazione di personale infermieristico deve rispettare il rapporto 1:2 nell'area intensiva

Qualificazione Percorsi

- deve essere garantita una dimissione protetta, in accordo con i PLS ed i servizi territoriali, in grado di garantire l'adeguata continuità assistenziale nelle fasi successive al ricovero ospedaliero; in particolare, deve essere previsto un programma di assistenza domiciliare per i neonati affetti da patologie croniche;
- deve essere garantito, per i neonati definiti “a rischio neurologico”, un adeguato follow-up almeno per il 1° anno di vita. Devono essere definiti programmi di follow-up protratti negli anni, in grado di meglio valutare l'outcome neuroevolutivo dei neonati dimessi dal singolo centro, ricorrendo a programmi integrati con i servizi di neuropsichiatria infantile.
- Deve essere posta attenzione alla “care” del neonato e della sua famiglia, facilitando e sostenendo le relazioni tra questi. In particolare deve essere previsto l'accesso libero dei genitori in reparto.

Funzione Isolamento I° II° III° LIVELLO
--

FUNZIONE: ISOLAMENTO

In caso di necessità di isolamento, anche per il neonato bisognoso di assistenza intensiva, deve essere disponibile una stanza funzionale allo scopo.

Trasporto Neonatale - Servizio Trasporto Di Emergenza Neonatale – STEN

PREMESSA

Nella nostra Regione, sulla base dei lavori condotti da gruppi professionali e da specifiche commissioni, si propone il modello di STEN attivabile a richiesta.

Tale modello può essere strutturato sia a livello di singole aziende che a livello di area vasta.

- **STEN attivabile su richiesta** : utilizza personale in servizio presso un centro di III livello che viene temporaneamente distaccato per l'attività di trasporto. Si tratta prevalentemente di personale reperibile e l'attività di trasporto si esplica per lo più verso la TIN di appartenenza. In alternativa si utilizza personale della Centrale operativa 118, relativamente al personale infermieristico.

Il volume ottimale di attività di uno STEN di questo tipo si ritiene debba essere inferiore ai 150-200 trasporti l'anno.

L'attivazione del trasporto neonatale può rispondere a diverse necessità che permettono di differenziare schematicamente:

- **Trasporto Primario**, inteso come trasporto del neonato dal punto nascita ad un centro di livello superiore (II o III livello a seconda dei casi);
- **Trasporto Interterziario**, inteso come trasporto del neonato tra centri di III livello, necessario per l'esecuzione di particolari indagini diagnostiche e/o procedimenti terapeutici specialistici non presenti in loco, oppure, per indisponibilità di posti letto del centro trasferente;
- **Back-transport**: inteso come trasporto del neonato, guarito dalla patologia di base o comunque stabilizzato e tale da non richiedere assistenza intensiva o sub intensiva, dal centro di livello superiore al punto nascita di residenza o comunque più prossimo a questa.

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente, devono essere previsti i seguenti requisiti.

A) Requisiti tecnologici:

Caratteristiche dell'ambulanza:

oltre alla dotazione minima presente per l'ambulanza attiva, deve essere prevista

- Aria medica
- Prese di alimentazione 220 volt non inferiori a 3
- Sistema di fissaggio idoneo per la tipologia dell'incubatrice

L'incubatrice utilizzata per il trasporto neonatale deve essere dotata di:

- servocontrollo della temperatura;
- ventilatore meccanico.

Devono essere disponibili:

- Monitor polifunzionale/pulsiossimetro;
- Pompe infusive (in numero sufficiente per le singole necessità);
- Borsa/Zaino da trasporto contenente quanto previsto nella check-list dei presidi/farmaci necessari all'assistenza del neonato critico;

B) Requisiti organizzativi

- L'equipe assistenziale deve essere costituita da un neonatologo e da un infermiere competente in rianimazione neonatale, oltre all'autista e al soccorritore (figura non necessaria in presenza dell'infermiere del 118) che compongono l'equipaggio dell'ambulanza;
- deve essere disponibile la procedura del trasporto, condivisa tra i Centri (I, II e III livello) coinvolti nel servizio di trasporto neonatale e che contenga almeno:
 - modalità di attivazione;
 - i criteri di inclusione;
 - modalità per la stabilizzazione del neonato;
 - modalità di passaggio delle informazioni;
 - modalità di comunicazione con i genitori;
- il servizio di trasporto, qualora si configuri in ambito di area vasta, deve avere un coordinamento dedicato;
- la Struttura deve prevedere le modalità per l'attivazione delle unità mediche e/o infermieristiche necessarie all'organizzazione del trasporto
- deve essere garantito almeno 1 audit/anno con i punti nascita afferenti al servizio di trasporto neonatale, per l'esame di eventuali criticità e l'adozione di azioni correttive o di miglioramento.

Personale

Al fine di garantire il servizio, aggiuntivo rispetto a quanto già offerto dai Centri di III livello, devono essere individuate risorse aggiuntive in funzione del volume di attività.

Clinical competence

- Il neonatologo impegnato nel servizio di trasporto neonatale deve aver raggiunto il livello 3 di competence;
- il personale impegnato nel trasporto deve:
 - conoscere le attrezzature in dotazione e per questo deve aver svolto un training specifico di addestramento;
 - conoscere le caratteristiche proprie dell'ambulanza e le corrette modalità assistenziali durante il trasporto;
 - conoscere le procedure ed i protocolli inerenti il trasporto neonatale;
 - partecipare ai corsi di formazione/aggiornamento sulla rianimazione neonatale per l'area di competenza almeno con cadenza biennale.

Clinical Competence e Formazione

Il responsabile della U.O. deve dotarsi di strumenti atti a verificare, in base alle esigenze specifiche ed in ragione dei livelli tecnico-assistenziali da garantire, che gli operatori sanitari abbiano le conoscenze e le competenze necessarie ad erogare le prestazioni previste nel rispetto di standard operativi predefiniti.

- Il personale infermieristico/ostetrico che assiste il neonato deve essere competente nell'esecuzione delle fasi iniziali della rianimazione neonatale anche attraverso la partecipazione a corsi di formazione sul tema (Formazione a cadenza annuale e retraining a cadenza biennale).
- Il personale che assiste il neonato deve essere competente sugli aspetti comunicativo-relazionali focalizzati sul governo del clima interno e sulla relazione con la famiglia del neonato
- Il personale che assiste il neonato deve essere competente sulle tecniche per la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno, in particolare nelle condizioni di patologia
- Devono essere garantiti l'addestramento e la formazione degli operatori coinvolti nell'assistenza peri/neonatale, coinvolgendo gli operatori dei centri afferenti in caso di attività pianificata dal centro hub di riferimento.

Competenza individuale

Devono essere documentati i percorsi di aggiornamento e formazione del personale medico e infermieristico.

Lo sviluppo e mantenimento delle competenze deve essere programmato secondo un piano di formazione che tenga conto dei criteri e dei requisiti della E.C.M..

Per ogni medico e per ogni tipo di intervento (in relazione al livello di complessità dell'intervento) può essere individuato uno dei seguenti livelli:

Livello I: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico

Livello II: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico

Livello III: è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione

Livello IV: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico

Il requisito minimo per ogni U.O. per l'accreditamento è rappresentato dalla presenza in organico di almeno il 50% di neonatologi in possesso dei livelli 3 e 4 e comunque deve essere garantita la presenza in servizio o la pronta disponibilità di almeno un professionista con livello 3 o 4 di competenze in relazione ai compiti assegnati alla U.O.

Il neonatologo che opera in Terapia intensiva neonatale deve:

- essere in grado di affrontare, diagnosticare e trattare in autonomia le patologie neonatali che richiedono assistenza intensiva ed essere in grado di affrontare le principali situazioni di emergenza sanitaria;
- essere in grado di conoscere e applicare le tecniche di monitoraggio non invasive/invasive dei parametri cardiologici, emodinamici, respiratori, neurologici, metabolici, ecc.;
- conoscere le principali esigenze organizzative della U.O., del dipartimento e dell'Azienda, anche in relazione alle implicazioni bioetiche e legali della pratica clinica.

I principali compiti specifici identificati per il neonatologo:

Intubazione oro/nasotracheale

Incanulamento vaso centrale: vena ombelicale, via percutanea

Ventilazione meccanica convenzionale

Ventilazione meccanica oscillatoria

Possibili standard per operare in autonomia

Intubazioni (esecuzione di almeno 5 con supervisione, mantenimento almeno 3/anno in autonomia)

Incanulamento vena ombelicale (almeno 5 con supervisione e mantenimento almeno 3/anno in autonomia)

via percutanea (almeno 5 con supervisione e almeno 3/anno in autonomia)

Ventilazione meccanica convenzionale (gestione con supervisione di almeno 8 pazienti, mantenimento gestione autonoma di almeno 5/anno)

Ventilazione meccanica oscillatoria (gestione con supervisione di almeno 5 casi, mantenimento gestione autonoma di almeno 2/anno)

FORMAZIONE

Per i Responsabili di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture organizzative semplici deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

Deve esistere un piano annuale di formazione della U.O. secondo quanto indicato negli obiettivi del Piano Annuale delle attività. Il piano di aggiornamento del personale deve tener conto della necessità di acquisire i crediti formativi previsti.

Deve essere individuato un set di indicatori per la valutazione della performance.

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
-------------	---	--	-----------	-------------------------	---	---------------	---	--

Indicatori								
Tasso di mortalità perinatale	N° nati morti + morti nella 1a settimana di vita/1000 nati vivi		Indicatore epidemiologico specifico	3,6%0	Regionale/ aziendale	Banca del registro mortalità regione E-R/ nati ISTAT	Rilevazione a cura delle singole U.O. (registro o altro) a cadenza annuale	Confronto con le altre U.O. e valutazione del trend
Tasso di mortalità nei neonati VLBW	N° neonati VLBW morti durante il ricovero/totale nati VLBW ricoverati		Indicatore epidemiologico specifico	15,9%	Regionale	Registro regionale nascita pretermine	Rilevazione a cura delle singole U.O a cadenza annuale	Confronto con le altre U.O. e valutazione del trend
Allattamento esclusivo al seno alla dimissione	N° neonati dimessi dal "Nido" con allattamento al seno/ n° totale dei neonati dimessi dal Nido	N° neonati con allattamento esclusivo al seno/n° totale di neonati dimessi dal Nido	Indicatori di processo	> 90% > 88%*	Regionale/ aziendale U.O	Dati CEDAP (annuale) RER- APEC (triennale)	Rilevazione a cura delle singole U.O a cadenza annuale	Confronto con le altre U.O., valutazione del trend, eventuali azioni di miglioramento * utile per inquadrare scenario delle singole realtà aziendali
Allattamento al seno alla dimissione in neonati VLBW	N° neonati VLBW allattati al seno alla dimissione / n° totale di neonati VLBW dimessi		Indicatori di processo	> al 50%	U.O., aziendale	Registro nato pretermine regione E-R	Rilevazione a cura della U.O. (registro regionale)	Particolarmente utile per la valutazione dell'efficacia delle diverse iniziative assistenziali centrati sulla care; eventuale correlazione con l'utilizzo della banca del latte

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	------------------	--------------------------------	---	----------------------	--	---

Indicatori								
Incidenza ROP 3°-4° stadio in neonati VLBW	N° neonati VLBW morti durante il ricovero/totale nati VLBW ricoverati		Indicatore epidemiologico specifico	< al 3,5%	Regionale/aziendale	Registro regionale nascita pretermine	Rilevazione a cura delle singole U.O a cadenza annuale	Confronto con le altre U.O., valutazione del trend, pianificazione necessità trattamento in centro specializzato (regionale ?)
Incidenza di sepsi tardive in neonati VLBW	N° neonati VLBW con sepsi tardiva/ n° totale di neonati VLBW dimessi		Indicatori di efficacia	< al 5%	U.O., aziendale	Registro nato pretermine regione E-R	Rilevazione a cura della U.O. (registro regionale)	Utile per controllo delle infezioni nei reparti di T.I.n° (verifica rispetto delle procedure specifiche in uso nei reparti))
Sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utenza	N° segnalazioni negative sul servizio ricevuto/totale dei neonati ricoverati		Indicatori di qualità percepita	< al 5%	U.O Aziendale		Rilevazione periodica a cura delle singole U.O	Valutazione gradimento/criticità dei servizi offerti

PEDIATRIA OSPEDALIERA

Oltre ai requisiti generali e specifici della normativa vigente, devono essere previsti i seguenti requisiti.

Degenza Ordinaria

Degenza pediatrica: ricovera bambini e adolescenti fino al compimento di 18 anni di vita. Può ricoverare anche neonati con necessità di assistenza minima.

L'attività di degenza ordinaria deve garantire volumi di attività tali da determinare una appropriata occupazione dei posti letto, il mantenimento della competenza clinica al trattamento e l'appropriatezza dei ricoveri

La struttura è costituita da un modulo di almeno 10 posti letto.

A) REQUISITI STRUTTURALI

Si richiamano i requisiti autorizzativi delle degenze.

In particolare: le camere di degenza pediatrica devono essere dotate di posto letto per accompagnatore e le degenze pediatriche devono essere dotate di spazi di soggiorno e svago, ad uso esclusivo dei bambini. Tali spazi debbono essere almeno uno per area di degenza.

Le stanze di degenza devono disporre di un massimo di 4 posti letto compresi i posti letto/poltrona per l'accompagnatore, in funzione anche dell'età e del grado di dipendenza del bambino. (Tale requisito deve essere posseduto da tutte le strutture di nuova costruzione o in corso di ristrutturazione).

Le stanze di degenza devono essere dotate di bagno autonomo (tale requisito deve essere posseduto da tutte le strutture di nuova costruzione o in corso di ristrutturazione).

Considerata la possibilità di ricoverare lattanti (< 2 aa.), i bagni delle stanze dove si prevede di ricoverarli devono avere un lavandino (vaschetta) tale da consentire l'igiene del bambino piccolo.

Deve essere prevista la disponibilità di un locale dedicato alla preparazione e alla conservazione dei lattati compreso il latte materno.

Deve essere individuato uno spazio per i colloqui con i genitori che consenta la privacy.

La struttura, gli impianti, gli arredi, i giocattoli in dotazione alla degenza pediatrica devono rispondere ai requisiti di sicurezza per l'età.

B) REQUISITI /TECNOLOGICI/ STRUMENTALI

- I letti di degenza devono essere adeguati all'età del paziente, secondo le tre tipologie disponibili, e ne deve essere previsto l'utilizzo flessibile.
- Carrello per l'emergenza pediatrica dotato anche di pulsiossimetro.
- Monitor per il monitoraggio dei principali parametri vitali (cardiorespiratori).
- Almeno un Pulsiossimetro ogni 5 pl.
- Almeno due Sfigmomanometri con bracciali di misure diverse.
- Otoscopio.
- Elettrocardiografo portatile (disponibile).
- Apparecchi per aerosol terapia 1 ogni 5 pl.
- Misuratore glicemico.
- Aspiratore mobile (disponibile).

- Disponibilità di fonte luminosa mobile ad alta intensità.
- Disponibilità di fonte di calore radiante.
- Pompe per infusione e.v. (50% dei posti letto).
- Disponibilità di pompa per infusione enterale.
- Disponibilità di sistemi antidecubito.
- Sistemi per la misurazione del peso e della statura correlati all'età dei pazienti.

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

I requisiti organizzativi sono strettamente correlati con le funzioni da garantire e i volumi di attività. Devono essere previste procedure e istruzioni operative relative:

- alle principali attività svolte
- alla gestione del rischio clinico con particolare riferimento alle misure di prevenzione, controllo e sorveglianza delle infezioni ospedaliere
- alla gestione, conservazione e preparazione dei latti compreso quello materno
- alla gestione organizzativa per l'assistenza del bambino con malattia infettiva contagiosa

Nelle Unità Operative che assistono pazienti cronici e comunque nei casi di degenze di lunga durata deve essere garantito il collegamento funzionale con la scuola e garantite le condizioni per realizzare la continuità del percorso educativo.

Caratteristiche delle prestazioni

Le caratteristiche delle prestazioni devono soddisfare i seguenti criteri:

1. Assicurare la specialità del trattamento,
2. Promuovere il coinvolgimento del bambino e dei familiari
3. Assicurare il comfort del soggetto in età evolutiva e dei familiari

- Per assicurare la specialità di trattamento:
 - Tutto il personale ha una formazione pediatrica.
 - Deve essere garantita la presenza di un pediatra h 24
- Il coinvolgimento del bambino e dei genitori comporta che:
 - la presenza del genitore o delegato accanto al bambino durante la degenza (24/24 ore) deve essere favorita.
 - Sia consentita la presenza del genitore alle procedure diagnostiche e terapeutiche.
- Per assicurare il comfort del bambino e dei familiari
 - Il paziente in particolari condizioni di disagio, sofferenza o rischio (es. paziente terminale) deve avere la disponibilità di una stanza riservata che possa accogliere più familiari.
 - È garantita la fruizione gratuita dei pasti per la madre che allatta
 - È garantita la fruizione dei pasti per il genitore/delegato.

Dotazione di Personale

- La dotazione minima è di due unità di assistenza Infermieristica h 24
- Ulteriori risorse di personale devono essere individuate in funzione della intensità assistenziale e di attività pediatriche aggiuntive in carico alla UO (es PS, OB, etc).

Day Hospital pediatrico

Oltre ai requisiti generali e specifici della normativa vigente, devono essere previsti i seguenti requisiti.

A) REQUISITI STRUTTURALI

Ogni stanza di DH deve disporre di un massimo di 4 posti letto/poltrone.

Considerata la possibilità di ricoverare lattanti, il bagno deve prevedere un lavandino tale da consentire l'igiene del bambino piccolo.

Deve essere prevista la disponibilità di un locale dedicato alla preparazione e alla conservazione dei latti compreso il latte materno anche in comune con la degenza.

Deve essere garantito uno spazio di soggiorno e svago, ad uso esclusivo dei bambini.

La struttura, gli impianti, gli arredi, i giocattoli presenti devono rispondere ai requisiti di sicurezza per l'età.

Deve essere garantito uno spazio per i colloqui con i genitori che consenta la privacy, anche in comune con altre strutture.

Il DH può essere strutturato in ambienti separati o essere inserito nell'area di degenza, in questo caso si deve prevedere un accesso che non richieda l'attraversamento del reparto di degenza.

B) REQUISITI STRUMENTALI/TECNOLOGICI

- Carrello con tutto il materiale dedicato all'emergenza-urgenza adatto alle diverse età disponibile presso i locali del DH o nelle strette vicinanze.
- Disponibilità di un Pulsiossimetro.
- Disponibilità di Sfigmomanometri con bracciali di misure diverse.
- Disponibilità di Elettrocardiografo portatile.
- Misuratore glicemico.
- Disponibilità di Aspiratore mobile.
- Disponibilità di fonte luminosa mobile ad alta intensità.
- Pompe per infusione e.v.
- Sistemi di misurazione per il peso e l'altezza correlati con l'età dei pazienti.

Quando il DH è funzionalmente collegato con il reparto di degenza, le dotazioni strumentali e tecnologiche possono essere condivise.

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Esiste una procedura contenente i criteri e modalità di accesso, e modalità di dimissione

La struttura condivide le procedure e i percorsi assistenziali con l'unità operativa di appartenenza

Dotazione di Personale

Durante l'attività è prevista la presenza di almeno un infermiere e la disponibilità di un pediatra; deve essere presente una procedura per attivare un secondo infermiere laddove richiesto da specifiche esigenze assistenziali. La dotazione di personale deve essere proporzionata ai volumi di attività.

Caratteristiche delle prestazioni

Le caratteristiche delle prestazioni devono soddisfare i criteri individuati per la degenza:

1. Assicurare la specialità del trattamento,
 2. Promuovere il coinvolgimento del bambino e dei familiari
 3. Assicurare il comfort del soggetto in età evolutiva e dei familiari
-
- Per assicurare la specialità di trattamento:
 - Tutto il personale ha una formazione pediatrica.
 - Il coinvolgimento del bambino e dei genitori comporta che:
 - la presenza del genitore o delegato accanto al bambino durante la degenza deve essere favorita
 - Sia consentita la presenza del genitore alle procedure diagnostiche e terapeutiche.
 - Per assicurare il comfort del bambino e dei familiari
 - È garantita la fruizione gratuita dei pasti per la madre che allatta
 - È garantita la fruizione dei pasti per il genitore/delegato.

Ambulatorio pediatrico

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente, devono essere previsti i seguenti requisiti.

A) REQUISITI STRUTTURALI

La struttura, gli impianti, gli arredi, i giocattoli presenti devono rispondere ai requisiti di sicurezza per l'età

Esiste una linea telefonica dedicata collegata con l'esterno.

Sala d'attesa.

Spazio riservato all'allattamento.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

- Un carrello per l'emergenza-urgenza è disponibile presso i locali dell'ambulatorio o al piano.
- Sono presenti le attrezzature correlate alle specifiche attività specialistiche, tali attrezzature possono essere condivise con le unità operative di riferimento.
- Attrezzature per la misurazione del peso e della statura correlate all'età.
- Sfigmomanometri con bracciali di diversa misura in funzione dell'età.
- Otoscopio.

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Dotazione di Personale

Disponibilità di personale infermieristico in funzione delle attività svolte (anche condiviso) con competenze pediatriche.

Requisiti minimi di attività

Esistono almeno tre attività ambulatoriali ad orientamento specialistico a cadenza settimanale.

Procedure

Esistenza di una procedura relativa alle modalità di prenotazione e accesso alle visite ambulatoriali.

Osservazione Breve – (OB)

Area destinata all'osservazione breve con disponibilità di posti letto, collocata c/o l'ambulatorio di urgenza pediatrica o presso i reparti di degenza, all'interno della UO di Pediatria

Disponibilità di 1 pl ogni 5.000 accessi, o almeno 1 pl ogni U.O.C di Pediatria, modulabile in base alle necessità assistenziali. Laddove la OB sia collocata diversamente, devono essere comunque posseduti i requisiti della OB "interna".

- La durata della degenza in OB: > 6 ore < di 36 ore

A) REQUISITI STRUTTURALI:

Per ogni posto letto, devono essere previste:

- 1 presa di ossigeno
- 1 presa per aspirazione
- 3 prese di corrente
- ove necessario, anche il posto per accompagnatore
- 1 sorgente luminosa orientabile disponibile.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

- carrello della emergenza urgenza
- pulsiossimetro
- apparecchio aerosol-nebulizzatore
- strisce reattive per test rapidi sul sangue e sulle urine
- strisce tornasole (per analisi estemporanee di eventuali sostanze caustiche ingerite)
- glucometro
- otoscopio
- set gastrolusi
- cateteri
- pompe da infusione

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Dotazione di Personale

Se OB è interna all'UO lo stesso personale previsto per il reparto, per l'OB collocato diversamente deve essere previsto:

- 1 infermiere h 24;
- 1 pediatra h 24 (nella struttura pediatrica)
- 1 O.S.S. disponibile nella struttura ospedaliera

Procedure

Sono definiti:

- Protocolli clinico-assistenziali per le principali patologie trattate in OB
- Protocolli di Triage Pediatrico
- Strumenti di documentazione clinica che permettano la tracciabilità delle attività clinico-assistenziali svolte
- La struttura ha definito i criteri per l'accesso appropriato all'OB

Acquisizione servizi

Le Unità Operative di Pediatria si interfacciano attraverso rapporti funzionali con numerosi servizi a valenza diagnostica, a supporto clinico-assistenziale e organizzativo.

I principali servizi diagnostici di cui la struttura si avvale sono:

- 1. Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia**
- 2. Radiologia**
- 3. Ecografia**
- 4. Cardiologia**

1. Laboratorio di Analisi Chimico - cliniche e Laboratorio di Microbiologia

Devono essere concordati protocolli di accesso alle prestazioni nelle situazioni *ordinarie*, di *urgenza*, di *emergenza* e di *reperibilità*.

E' presente una procedura concordata con il servizio che comprenda anche le modalità di effettuazione di esami con micro metodi.

2. Radiologia

3. Ecografia

Devono esistere protocolli concordati con i servizi di riferimento sulle modalità di accesso ordinarie e in urgenza.

4. Cardiologia

Devono esistere protocolli concordati con il servizio di riferimento sulle modalità di accesso ordinarie e in urgenza.

Le Strutture a supporto clinico-assistenziale sono:

- 1. Servizio di Anestesia e Rianimazione**
- 2. Dipartimento Cure Primarie**
- 3. Neuropsichiatria infantile**
- 4. Pronto Soccorso**
- 5. Servizio Sociale**
- 6. Ostetricia e ginecologia**

- Servizio di Anestesia e Rianimazione

Devono essere codificati con i servizi competenti i protocolli di richiesta di intervento routinario, d'urgenza e in emergenza.

- Dipartimento Cure Primarie

Deve essere disponibile una procedura concordata con il dipartimento Cure Primarie che consenta l'attivazione della rete dei servizi territoriali finalizzata a garantire la continuità assistenziale.

- Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza

Si deve poter disporre all'interno della struttura in cui opera, o a livello extra - aziendale di competenze di natura neuropsichiatrica infantile accessibili secondo procedure concordate.

- **Pronto soccorso**

Deve essere disponibile una procedura aziendale che declini la modalità di accesso/trasferimento e che descriva il percorso di affidamento e di presa in carico dell'urgenza pediatrica

- **Servizio Sociale**

Deve essere disponibile una procedura concordata con il servizio che consenta l'attivazione della rete dei servizi territoriali finalizzata a garantire la continuità assistenziale e la presa in carico del bambino con rischio sociale e particolari situazioni come il maltrattamento e l'abuso sessuale.

- **Ostetricia e Ginecologia**

Deve essere disponibile una procedura concordata che definisca la modalità di accesso/trasferimento e il percorso di affidamento e di presa in carico del neonato.

Clinical competence e formazione

Caratteristiche del personale medico ed infermieristico

Il personale medico deve avere una competenza che copra le principali patologie della età evolutiva e che garantisca l'avvio del percorso diagnostico-assistenziale curando la relazione con il paziente e la famiglia curando anche i percorsi educazionali, di prevenzione e di gestione del rischio clinico.

Proprio per la molteplicità di patologie seguite e trattate nelle diverse fasce d'età, oltre a possedere nozioni base deve possedere capacità di interpretazione degli accertamenti effettuati con le principali metodiche di base della diagnostica per immagini e di laboratorio.

Nell'ambito del lavoro di equipe e dello scambio di competenze di particolare importanza risulta essere la valorizzazione del ruolo degli infermieri e il rapporto con il pediatra di libera scelta e più in generale con i servizi del territorio.

Devono essere disponibili in particolare le competenze per

- effettuare una valutazione globale del bambino e adolescente
- adattare i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali nel contesto delle caratteristiche socio-sanitarie della famiglia
- valutare la dimissibilità da ricovero
- valutare e trattare l'urgenza
- effettuare l'inquadramento specialistico della patologia
- effettuare otoscopie
- effettuare rachicentesi

Competenza individuale

Devono essere documentati i percorsi di aggiornamento e formazione del personale sanitario e tecnico.

Per ogni operatore, in relazione ai livelli di complessità degli interventi, deve essere individuato uno dei seguenti livelli:

Livello I: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico

Livello II: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico

Livello III: è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione

Livello IV: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico

Il requisito minimo per ogni U.O. per l'accreditamento è rappresentato dalla presenza di almeno 50% in possesso dei livelli 3 e 4 e comunque deve essere garantita la presenza in servizio o la pronta disponibilità di almeno un professionista con livello 3 o 4 di competenze in relazione ai compiti assegnati alla U.O.

Le competenze di base del Personale del reparto di Pediatria:

Ogni anno il responsabile della struttura valuta il livello di competenza del personale medico in riferimento ai metodi e strumenti utilizzati nella struttura; sulla base dei bisogni formativi identificati costruisce piani di aggiornamento individualizzati.

Il personale infermieristico deve possedere le conoscenze sulle peculiarità del paziente Pediatrico, sulla valutazione multidimensionale e sul nursing Pediatrico. Al fine di assicurare tali conoscenze,

deve essere effettuata una valutazione annuale, a cura del coordinatore infermieristico, delle competenze e deve essere stilato un piano di aggiornamento individuale e di équipe.

FORMAZIONE

Per i Responsabili di U.O. deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

Lo sviluppo e mantenimento delle competenze deve essere programmato secondo un piano di formazione che tenga conto dei bisogni e dei requisiti della E.C.M. (per il personale del ruolo sanitario).

Qualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali

Sono definiti i percorsi da attivare:

- in caso di richiesta di visita urgente nel bambino che accede al servizio;
- per i bambini che necessitano di cure intensive;
- per garantire la comunicazione efficace (mediatori culturali)
- Procedure per la gestione dei casi di violenza ai minori

Sono effettuate indagini per misurare la soddisfazione degli utenti rispetto alla comunicazione con i professionisti di riferimento.

Protocolli e/o linee guida per le principali patologie sono disponibili e condivise all'interno dell'équipe.

Nella dimissione devono essere garantiti:

- La lettera di dimissione con gli accertamenti eseguiti durante la degenza ordinaria o il ciclo di DH e le indicazioni terapeutiche e il follow up.
- La copia dell'iter diagnostico e terapeutico durante l'OB.
- La continuità assistenziale nelle fasi successive al ricovero ospedaliero, in accordo con i PLS ed i servizi territoriali sanitari e sociali.
- Almeno un incontro multidisciplinare in caso di dimissioni protette.

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
-------------	---	--	-----------	-------------------------	---	---------------	---	--

Indicatori								
Appropriatezza dell'impiego dell'OB	N° di pazienti reclutati in OB/N° totale degli accessi al servizio		Evitare l'utilizzo eccessivo e improprio dell'OB	• 10%		Scheda registrazione paziente		
Appropriatezza del ricovero in OB	N° di pazienti in OB che passano al ricovero in degenza/N° totale dei pazienti in OB		Valutare il corretto inquadramento della patologia	• 25%		Scheda registrazione paziente		
Appropriatezza della dimissione	n° ricoveri ripetuti per la stessa problematica entro 48 ore dalla dimissione /n° Tot Ricoveri		Evitare dimissioni improprie	< 5%		SDO		
Appropriatezza ricovero per gastroenterite	n° pazienti ricoverati per gastroenterite con disidratazione/ tot ricoveri per gastroenterite			>75%		SDO		

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	------------------	--------------------------------	---	----------------------	--	---

Indicatori								
Appropriatezza ricovero per bronchiolite	n° pazienti con bronchiolite che necessitano di O2/ tot ricoveri per bronchiolite		Rispetto linee guida	>50%		SDO		
Sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utenza	N° segnalazioni negative sul servizio ricevuto/totale dei bambini ricoverati		Indicatori di qualità percepita	< 1%	U.O Aziendale		Rilevazione periodica a cura delle singole U.O	Valutazione gradimento/criticità dei servizi offerti

Indice

Premessa.....	.....
NEONATOLOGIA.....	.....
Requisiti Comuni.....	.....
I° Livello.....	.....
II° Livello .....	.....
Acquisizione Servizi/Interfacce.....	.....
III° Livello .....	.....
Funzione Isolamento I° II° III° LIVELLO.....	.....
Trasporto Neonatale - Servizio Trasporto Di Emergenza Neonatale – STEN .....	.....
Clinical Competence e Formazione.....	.....
Indicatori .....	.....
PEDIATRIA OSPEDALIERA.....	.....
Degenza Ordinaria .....	.....
Day Hospital pediatrico.....	.....
Ambulatorio pediatrico.....	.....
Osservazione Breve – (OB).....	.....
Acquisizione servizi.....	.....
Clinical competence e formazione.....	.....
Qualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali .....	.....
Indicatori .....	.....

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Mariella Martini, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2011/1853

data 09/11/2011

IN FEDE

Mariella Martini

omissis

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

Il Responsabile del Servizio
Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'