

**Requisiti specifici per
l'accreditamento dei Consultori familiari,
delle Case di maternità e delle Strutture ambulatoriali
e di degenza di Ostetricia e Ginecologia**

Premessa

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA ED AL PARTO

Rispetto all'assistenza alla gravidanza ed al parto sono state emanate dalla WHO a Fortaleza (Brasile) nel 1985 una serie di Raccomandazioni, recentemente (1998) riprese da un panel d'esperti a Venezia in occasione del primo meeting della Perinatal Task Force in un documento di Raccomandazioni per la Regione Europa - WHO Europe.

In questo documento si afferma che:

l'assistenza al parto e alla gravidanza normale deve essere demedicalizzata, ove non ne sussista la necessità,

l'assistenza deve essere di tecnologia appropriata,

l'assistenza deve essere regionalizzata,

l'assistenza deve essere basata su prove d'efficacia,

l'assistenza deve essere multidisciplinare,

l'assistenza deve essere olistica,

l'assistenza deve essere centrata sulla famiglia,

l'assistenza deve essere culturalmente appropriata,

l'assistenza deve coinvolgere le donne nel prendere decisioni.

Già nel 1996 la WHO aveva puntualizzato quale dovesse essere il criterio per proporzionare le cure alla necessità assistenziale:

" Il fine di una moderna medicina perinatale è quello di ottenere una mamma ed un bimbo in perfetta salute con il livello di cure più basso compatibile con la sicurezza".

Sulla base di questi presupposti il gruppo ha estrapolato dalla bibliografia citata alcune indicazioni che verranno illustrate in seguito, a fine esplicativo sembra importante segnalare qui i seguenti punti:

- È basilare che gli interventi sanitari siano appropriati in termini d'efficacia ed efficienza tenendo conto del fatto che ogni intervento sanitario ed ogni esame diagnostico di laboratorio o strumentale comporta una possibilità di errore tanto maggiore quanto minore è la probabilità di effettiva presenza di patologia e che ogni errore diagnostico si traduce in un'invasività assistenziale ingiustificata;
- il grado di intensività e qualità dei controlli ha una "ricaduta sociale che condiziona pesantemente la cultura della nascita nel nostro Paese per cui il concetto di fisiologia della nascita intesa come competenza biologica va scomparendo" come è ignorata la definizione WHO che la "nascita rappresenta un importante evento personale, familiare e sociale ancor prima che sanitario";
- il grado di intensività dei controlli ha una ricaduta economica sul singolo e sulla collettività che non può essere trascurata.

ASSISTENZA GINECOLOGICA

Le Società scientifiche e WHO raccomandano una regionalizzazione delle cure ginecologiche con una classificazione dei presidi sulla base dell'intensità diagnostico-terapeutica; tuttavia si deve tenere presente che i dati disponibili sono scarsi e che si assiste ad una gran disparità d'organizzazione nelle varie aree geografiche del mondo, fatto certamente non eclatante poiché non sono paragonabili le esigenze e/o le risorse di Paesi tanto diversi anche per fenomeni culturali.

Quando si tratta di livelli d'assistenza distinti per complessità ed intensità delle funzioni in ginecologia, si deve ben tenere presente che sarebbero necessari delle distinzioni in base allo sviluppo in vari indirizzi della ginecologia attuale. In altre parole possiamo avere un alto numero di ricoveri ed interventi di chirurgia oncologica tali da classificare quella struttura come 2° o 3° livello (a secondo che si distinguano 2 o 3 livelli), ma una bassa affluenza per quanto riguarda la diagnostica e la terapia della sterilità, oppure la presenza di una chirurgia endoscopica ad alto livello con alto numero di interventi per patologia benigna.

Tuttavia, all'attuale stato delle cose, una distinzione troppo rigida dei vari indirizzi della ginecologia non appare aderente alla realtà regionale e nazionale anche se in un qualche modo deve essere tenuta presente.

Definizione e requisiti delle strutture

CONSULTORI FAMILIARI (Settore Salute donna)

I Consultori Familiari assicurano interventi socio-sanitari rivolti alla promozione della salute sessuale e riproduttiva delle donne, delle coppie e della famiglia. Per tali caratteristiche sono collocati in ambito distrettuale come unità operativa del dipartimento di cure primarie (individuate per le aree di competenza) in integrazione con gli altri servizi distrettuali ed ospedalieri, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta.

Aree di intervento

Le aree di intervento dei Consultori Familiari sono definite da varie leggi nazionali e regionali – L. 405/75, L. 194/78, L.R. 27/89, L. 34/96, L.R. 26/98, Atto deliberativo n° 309 1 Marzo 2000, D.M. 24 aprile 2000 – e si esplicano nell’offerta di:

informazione sui diritti spettanti alla donna in base alla legislazione nazionale e regionale in materia di tutela sociale della maternità e sulle modalità necessarie per il loro rispetto;

- informazione sui servizi sociali, sanitari, assistenziali, pubblici e di soggetti non istituzionali operanti sul territorio, sulle prestazioni erogate e sulle modalità per accedervi;
- attività di informazione e consulenza sui temi della sessualità;
- assistenza sanitaria, psicologica e sociale inerente la procreazione responsabile, la consulenza e la somministrazione di contraccettivi, l’informazione e la consulenza sulla regolazione e il controllo della fertilità;
- assistenza sanitaria, psicologica e sociale inerente la tutela della gravidanza e della maternità e l’assistenza domiciliare al puerperio;
- assistenza psicologica e sociale per le donne e le coppie che richiedono l’interruzione volontaria di gravidanza, secondo le procedure di cui agli articoli 4 e 5 della Legge 22 maggio 1978, n. 194;
- interventi socio-sanitari riferiti alla pubertà e alla menopausa;
- interventi di specialistica ginecologica di base ed interventi finalizzati alla diagnosi precoce dei tumori femminili;

assistenza psicologica e sociale al singolo, alla coppia e alla famiglia per difficoltà relazionali, per problemi di separazione e divorzio anche in riferimento alla consulenza sul diritto di famiglia;

assistenza al singolo e alla coppia in riferimento a difficoltà di ordine sessuale;

assistenza psicologica e sociale nei confronti dei minorenni che intendono contrarre matrimonio, prestando, se richiesta, collaborazione all’autorità giudiziaria ai sensi dell’art. 84 C.C.;

attività di informazione, di educazione alla salute e di promozione sociale sulle tematiche sopra indicate con particolare riferimento alla procreazione responsabile, alla preparazione al parto, all’allattamento, alle problematiche familiari dei genitori, alla menopausa.

In relazione agli obiettivi da perseguire e per la complessità organizzativa e tecnico-professionale il C.F. articola la propria attività all'interno del Nucleo di Cure Primarie (I livello) ed all'interno del Dipartimento di Cure Primarie (II livello).

Primo livello nei Nuclei di Cure Primarie (NCP) garantisce:

assistenza ginecologica, assistenza ostetrica e ginecologica alla gravidanza, al puerperio e all'allattamento, informazioni e colloqui relativi alla contraccezione, colloqui per problemi di sterilità e pre-concezionali, consulenza dell'ostetrica, pap-test (spontanei e di screening).

Secondo livello nel Dipartimento di Cure Primarie (DCP) garantisce:

oltre a quanto garantito dal 1° livello, interventi di educazione sanitaria a gruppi, lo spazio giovani, lo spazio per donne e bambini immigrati (là ove previsto), il livello diagnostico e terapeutico strumentale ambulatoriale dell'attività ostetrico-ginecologica, la consulenza e la terapia psicologica per le aree di interesse, la consulenza e la terapia sessuale, la gestione dell'attività di screening citologico, la gestione ed il coordinamento dei principali percorsi socio-sanitari legati alla salute sessuale e riproduttiva della donna (percorso sterilità, percorso nascita, percorso IVG ecc.).

PUNTI NASCITA

Per Punto Nascita si definisce un servizio dedicato a gravide, neonati e puerpere che fornisce assistenza alla gravidanza, al parto ed al primo puerperio.

CASE DI MATERNITÀ

Ivi vengono assistiti gravide, neonati e puerpere che necessitano di osservazione e monitoraggio clinico ordinariamente attuabili in una U.O. di ostetricia e ginecologia dotata di posti letto. In queste Unità si espletano parti di età gestazionale > 37 settimane ed in assenza di patologie accertate secondo le indicazioni della L.R. 26/98.

Volumi di attività: queste strutture sono accreditate in rapporto al bacino di utenza (almeno provinciale) ed al volume di attività (non inferiore a 50 parti/anno a regime).

PUNTI NASCITA CON POSTI LETTO

Si definiscono in quanto appartenenti a tre diversi livelli di complessità organizzativa e tecnico professionale. Tra U.O. ostetriche e neonatologiche-pediatriche deve esistere uniformità di livello assistenziale.

Livello di assistenza di base per l'area di afferenza: ivi vengono assistiti gravide, neonati e puerpere che necessitano di osservazione e monitoraggio clinico e nursing ordinariamente attuabili in una U.O. di ostetricia e ginecologia dotata di posti letto, ma anche interventi di resuscitazione, intubazione e stabilizzazione in attesa di trasferimento ai livelli superiori.

In queste U.O. si espletano parti di età gestazionale >34 settimane ed in assenza di patologie accertate che richiedano interventi subintensivi ed intensivi per la madre e per il neonato.

Volumi di attività: non meno di 500 parti/anno. In relazione a particolari situazioni possono essere previste strutture con volumi inferiori, nelle quali sia garantita la presenza/pronta disponibilità dei professionisti e procedure di integrazione concordate con

altri centri di riferimento; devono prevedere anche modalità di selezione delle pazienti con gravidanza fisiologica (indicatore <10% di parti cesarei).

Livello di assistenza subintensiva e di base per le relative aree di afferenza: ivi vengono assistiti gravide, neonati e puerpere che necessitano di supervisione e di monitoraggio e di continuo nursing e che possono necessitare di assistenza funzionale per insufficienza di organi/ apparati.

In queste U.O. si espletano parti a rischio di età gestazionale > 31 settimane in situazioni che non richiedono interventi di livello intensivo per il neonato, in particolare senza necessità di assistenza respiratoria con ventilazione meccanica.

Volumi di attività : non meno di 800 parti/anno.

Livello di assistenza intensiva, subintensiva e di base per le relative aree di afferenza: ivi vengono assistiti gravide, neonati e puerpere che necessitano di supporto tecnologico intensivo e sofisticato per insufficienza di organi/apparati e di assistenza respiratoria con ventilazione meccanica o che comunque necessitano di interventi medici complessi o intensivi.

In queste U.O. si espletano parti a rischio elevato.

Volumi di attività: non di meno di 1.000 parti per anno¹, inclusivi dei trasferimenti in utero dalle Case di Maternità e dalle strutture di assistenza subintensiva e di base all'interno della rete Hub & Spoke. Il bacino di utenza complessivo deve corrispondere ad almeno 5000 parti/anno.

Le Case di Maternità e le U.O. dell'area assistenziale di base accolgono tutte le pazienti della propria area con le necessità assistenziali indicate ed inviano ai livelli superiori tutta la restante patologia.

Le pazienti con le necessità assistenziali indicate (assistenza subintensiva) sono accolte nelle Unità Operative di assistenza subintensiva o – se del caso – di assistenza intensiva.

Le pazienti con le necessità assistenziali indicate sono accolte nelle Unità Operative di assistenza intensiva e successivamente riavviate alle U.O. di assistenza subintensiva o di assistenza di base.

Nella tabella che segue (Tabella 1) vengono sinotticamente riassunti i dati riportati precedentemente.

¹ Il dato minimo di attività va letto congiuntamente al riferimento al bacino di utenza.

Livello punto nascita	Caratteristiche assistenza ostetrica	Caratteristiche assistenza pediatrico/a neonatale	Assistenza erogabile
Casa di maternità	<ul style="list-style-type: none"> • Non meno di 50 parti a regime • Ostetrica • Consulenza ginecologo 	Consulenza pediatra/neonatologo secondo indicazioni L.R. 26/98	<ul style="list-style-type: none"> • Parti fisiologici (> 37 sett.)
U.O. di assistenza di base	<ul style="list-style-type: none"> • Non meno di 500 parti • Assistenza ostetrico/ginecologica h24 • Assistenza anestesiologicala (pronta disponibilità) 	Consulenza pediatra/neonatologo (pronta disponibilità)	<ul style="list-style-type: none"> • Parti fisiologici • Parti > 34 settimane
U.O. di assistenza subintensiva e di base	<ul style="list-style-type: none"> • Non meno di 800 parti • Assistenza ostetrico/ginecologica h24 • Assistenza anestesiologicala h 24 	Assistenza pediatrica/neonatalogica h24 con culle per patologia neonatale e culle per terapia neonatale subintensiva	<ul style="list-style-type: none"> • Parti fisiologici • Parti > 31 settimane • Parti in gravidanze a rischio intermedio
U.O. di assistenza intensiva, subintensiva e di base	<ul style="list-style-type: none"> • Non meno di 1000 parti • Assistenza ostetrico/ginecologica h24 • Assistenza anestesiologicala h24 	Assistenza pediatrica/neonatalogica h24 con culle per patologia neonatale e culle per terapia neonatale subintensiva ed intensiva	<ul style="list-style-type: none"> • Parti fisiologici • Parti prematuri indipendentemente dall'età gestazionale • Parti in gravidanze a rischio elevato

Tabella 1: Classificazione dei Punti Nascita secondo livelli assistenziali omogenei

STRUTTURE OPERATIVE DI GINECOLOGIA

Con il termine di strutture operative di Ginecologia si definiscono i servizi che forniscono assistenza specialistica ginecologica non erogabile in regime ambulatoriale. Esse si possono suddividere in tre diversi livelli di complessità organizzativa e tecnico professionale:

Primo livello

Sono strutture di ginecologia senza posti letto o con posti letto a ciclo diurno che erogano prestazioni di Day Hospital/Day Surgery.

Secondo livello

Sono strutture di ginecologia con posti letto in cui vengono assistite pazienti con condizioni cliniche a basso rischio chirurgico/anestesiologico, in quanto il secondo livello si colloca laddove non sono presenti branche specialistiche la cui presenza è necessaria per poter eseguire determinati interventi con ragionevole sicurezza. I soggetti affetti da altre concomitanti patologie (cardiocircolatorie, respiratorie ecc.) tali da richiedere la presenza di terapie intensive e di specialistiche adeguate, dovranno essere indirizzati ai centri di 3° livello.

Nell'ambito dei posti letto è opportuno mantenere, in considerazione del numero degli accessi, la disponibilità di alcuni letti da dedicare all'osservazione breve di situazioni cliniche dubbie nelle 24h, in modo da poter decidere in termini più appropriati sull'eventuale ricovero.

Volumi di attività: il numero degli interventi ginecologici maggiori (esclusi quindi conizzazioni e interventi sulle cisti della ghiandola del Bartolino) deve essere superiore a 200/anno.

Terzo livello

Sono strutture di ginecologia con posti letto in cui vengono assistite pazienti con condizioni cliniche ad alto rischio chirurgico/anestesiologico in quanto il terzo livello si colloca in strutture dotate di terapie intensive e chirurgia vascolare, che permettono di affrontare qualsiasi patologia concomitante.

Volumi di attività: il numero degli interventi ginecologici maggiori (esclusi quindi conizzazioni e interventi sulle cisti della ghiandola del Bartolino), compresi quelli con le specificità del 3° livello, deve essere superiore a 200/anno.

La patologia oncologica che prevede interventi ginecologici allargati deve essere trattata in centri in cui è possibile usufruire di un approccio multidisciplinare (oncologia medica, radioterapia, chirurgia generale e vascolare) con un minimo di casi trattati di 15/anno per tipo di intervento neoplastico.

Nella tabella che segue (Tabella 2) vengono sinotticamente riassunti i dati riportati precedentemente.

STRUTTURE AMBULATORIALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

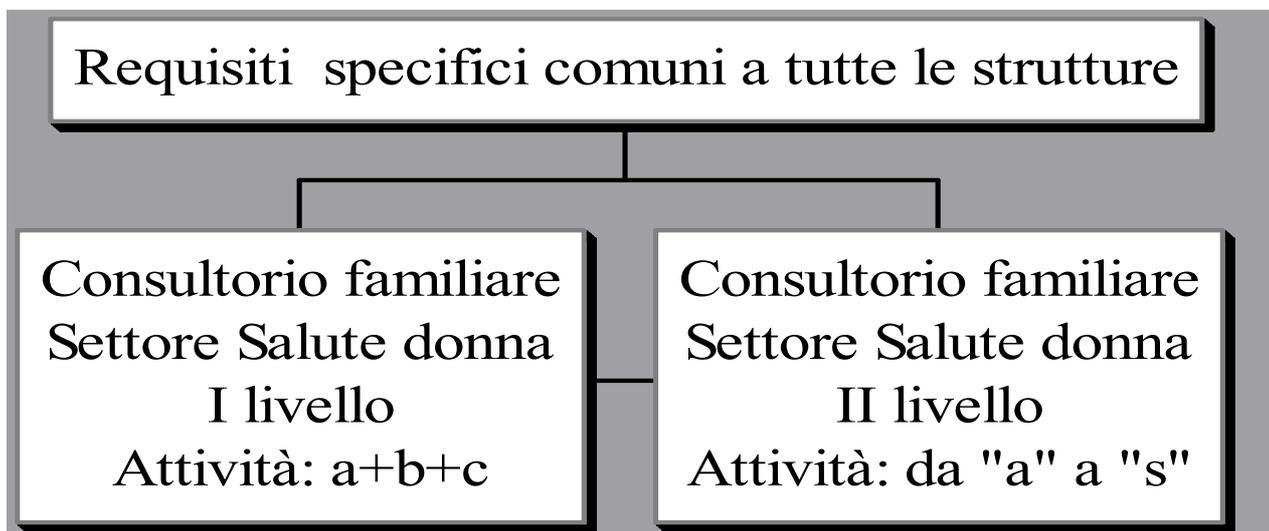
Sono strutture ambulatoriali collocate in ambito extraospedaliero distrettuale nel consultorio familiare di primo e secondo livello, nelle strutture di ricovero di ostetricia e ginecologia e nelle strutture ambulatoriali private.

Livello struttura di Ginecologia	Caratteristiche assistenza	Assistenza erogabile
I Struttura di Ginecologia senza posti letto o con posti letto a ciclo diurno	<ul style="list-style-type: none"> • A ciclo diurno 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni di Day Hospital/Day Surgery
II Struttura di Ginecologia di II° livello	<ul style="list-style-type: none"> • non meno di 200 interventi ginecologici maggiori/anno (esclusi quindi conizzazioni e interventi sulle cisti della ghiandola del Bartolino) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti gli interventi ginecologici ad eccezione dei casi con condizioni cliniche ad alto rischio chirurgico/anestesiologico
III Struttura di Ginecologia di III° livello	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di U.O. specialistiche che permettono di affrontare qualsiasi patologia concomitante • non meno di 200 interventi ginecologici maggiori/anno • non meno di 15 interventi ginecologici allargati/anno/tipo di intervento 	<ul style="list-style-type: none"> • Oltre a quelli citati per il II° livello, i casi con condizioni cliniche ad alto rischio chirurgico/anestesiologico che richiedono la consulenza ed il supporto di altre branche specialistiche

Tabella 2: Classificazione delle strutture di Ginecologia secondo livelli assistenziali omogenei

I Consulori Familiari

Secondo le evidenze della letteratura scientifica e le esperienze internazionali l'assistenza fornita dai Consulori Familiari può essere erogata come descritto nello schema seguente e con le dotazioni strutturali di seguito riportate.



COMPONENTI FUNZIONALI DEI CONSULTORI FAMILIARI

- a) ambulatorio ostetrico
- b) ambulatorio ginecologico
- c) ambulatorio pap-test
- d) ambulatorio ostetrico ginecologico per sterilità di primo livello*
- e) centro per la diagnosi e la presa in carico delle coppie sterili (secondo livello consultoriale aziendale e/o sovradistrettuale)*
- f) ambulatorio di secondo livello per consulenza e visite per contraccezione
- g) ambulatorio di secondo livello per l'assistenza alla menopausa
- h) ambulatorio di senologia clinica*
- i) ambulatorio psicologico e sessuologico per terapia a singoli, coppie e famiglie
- j) ambulatorio uro-ginecologico*
- k) centro per la diagnosi e le terapie delle disfunzioni sessuali (aziendale e/o sovradistrettuale)*
- l) ambulatorio ecografico*
- m) ambulatorio colposcopico*
- n) ambulatorio di isteroscopia diagnostica*
- o) spazio giovani*
- p) spazio per donne e bambini immigrati*

* Sono componenti possibili ma non obbligatori. Devono essere presenti qualora le attività specificate siano dichiarate.

- q) sala per educazione sanitaria a gruppi (giovani, donne in gravidanza, puerpere, sostegno all'allattamento, donne in menopausa ecc.)
- r) palestra (per corsi nascita, training, stretching, yoga etc. gruppi per la riabilitazione del piano perineale)
- s) centro di screening citologico (organizzazione chiamate, valutazione attività). Può essere aziendale.

CONSULTORI FAMILIARI DI 1° LIVELLO

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per il Consultorio Familiare e per gli ambulatori, ed ai requisiti specifici per l'ambulatorio ostetrico-ginecologico definiti dal presente documento, devono essere previsti:

A) REQUISITI STRUTTURALI

Dotazione minima di ambienti o spazi

Ambienti o spazi	note
Ambulatorio pap-test, funzionalmente dedicato	Possibilmente in rete con centro di screening
Ambulatorio ostetrico, funzionalmente dedicato	Fornito di materiale informativo necessario per le principali consulenze (gravidanza, contraccezione, sterilità, menopausa, IVG, sessualità, MST)
Spazio per la sterilizzazione	Se effettuata in loco. Anche in comune con altri servizi
Locale/spazio per il personale	

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Requisiti minimi di personale
ostetrica (figura di riferimento principale)
medico ginecologo.

Deve essere individuato un responsabile organizzativo dell'attività complessiva del consultorio, che mantenga i collegamenti all'interno del NCP e con il consultorio di 2° livello.

Il consultorio deve possedere documenti informativi e/o procedure che definiscano:

- la descrizione di tutte le prestazioni offerte, l'orario di apertura e di erogazione delle prestazioni, gli orari e le modalità per la prenotazione, il costo e le modalità di pagamento, il personale che le eroga;
- la descrizione della gestione delle attività programmate e delle richieste urgenti;

- le procedure di collegamento ed integrazione con altri servizi (strutture ospedaliere, laboratori analisi, servizi sociali, associazioni private, ecc.);
- la gestione del processo di sterilizzazione, qualora venga effettuata in loco.

CONSULTORI FAMILIARI DI 2° LIVELLO

I Consultori Familiari di 2° livello, oltre ai requisiti specifici previsti per i Consultori Familiari di 1° livello, definiti al paragrafo precedente, ed ai requisiti specifici per gli ambulatori di ecografia, colposcopia e isteroscopia diagnostica, devono prevedere le seguenti integrazioni:

A) REQUISITI STRUTTURALI

Ambienti o spazi	note
Locale/spazio per attività amministrativa	
Locale/spazio per consulenza e terapia psicologica e sessuale	Di dimensioni adeguate per consentire anche la consulenza con le famiglie
Spazio giovani, ove previsto, funzionalmente dedicato	Composto almeno da: sala d'attesa attrezzata (TV, videoregistratore, ev. PC in rete), locale per incontri per piccoli gruppi, locale accettazione, ambulatorio ostetrico, psicologico, ginecologico e andrologico. Fornito di materiale informativo specifico per gli adolescenti.
Locale /spazio per donne e bambini immigrati, ove previsto, funzionalmente dedicato	Composto almeno da: sala d'attesa, locale accettazione, spazio per piccoli gruppi, ambulatorio ostetrico, ginecologico, pediatrico. E' inoltre auspicabile la presenza della mediazione linguistica culturale nelle ore di apertura e nell'équipe. Presenza di materiale informativo dedicato in più lingue.
Ambulatorio contraccezione, funzionalmente dedicato	Con tutto il materiale necessario per la consulenza contraccettiva, l'insegnamento dei metodi naturali, dei metodi di barriera, l'applicazione dei metodi meccanici e la prescrizione dei C.O. Qualora opportuna deve essere prevista anche la consulenza psicologica e sessuologica.
Ambulatorio per la sterilità di primo livello, ove previsto, funzionalmente dedicato	Prevede la presenza di protocolli diagnostico terapeutici concordati con i centri di secondo e terzo di riferimento, la consulenza psicologica e sessuologica, la presa in carico della coppia. Materiale informativo specifico sulle cause della sterilità, sulle metodiche di trattamento, percentuali di successo, principali effetti collaterali e possibili complicanze.
Ambulatorio menopausa, ove previsto, funzionalmente dedicato	Devono essere presenti protocolli diagnostico terapeutici e di prevenzione delle principali patologie della post menopausa in collegamento con gli altri specialisti interessati e con i medici di base.

	<p>Deve esser garantita la consulenza psicologica e sessuale.</p> <p>Devono essere presenti progetti di informazione ed educazione sanitaria mirati.</p> <p>Presenza di materiali informativo specifico.</p>
--	--

Ambienti o spazi	note
Ambulatorio senologico, ove previsto, funzionalmente dedicato	<p>Ha le caratteristiche dell'ambulatorio chirurgico, in contiguità con un ambulatorio ecografico con sonda adeguata per l'esecuzione dell'ecografia mammaria.</p> <p>Devono essere presenti protocolli diagnostico terapeutici sulle principali patologie mammarie condivisi e verificati con le strutture radiologiche e chirurgiche di riferimento, nonché col programma di screening mammografico.</p> <p>Presenza di materiale informativo per le utenti specifico, anche sul post trattamento chirurgico.</p> <p>Presenza di programmi informativi / educativi su target specifici.</p> <p>Deve essere prevista la consulenza psicologica per le singole donne trattate per patologia mammaria e l'eventuale sostegno a gruppi.</p>
Ambulatorio uro-ginecologico, ove previsto, funzionalmente dedicato	<p>Devono essere individuati i principali protocolli diagnostico terapeutici per le disfunzioni del piano perineale in collaborazione con gli specialisti di riferimento (urologi, chirurghi ginecologi, fisioterapisti) e con i medici di medicina generale.</p> <p>Deve essere fruibile in sede distrettuale la kinesiterapia perineale (ostetrica, fisioterapista) con disponibilità di un elettrostimolatore.</p> <p>Deve essere presente materiale informativo adeguato per le utenti.</p> <p>Devono essere previsti e progettati interventi preventivi/educativi su popolazioni target specifiche (gravide, donne in perimenopausa).</p>

Ambulatorio di ecografia, ove previsto, funzionalmente dedicato	L'ambulatorio deve possedere gli stessi requisiti strutturali e tecnologici degli ambulatori ospedalieri dedicati alla diagnostica ecografica ostetrico-ginecologica.
Ambulatorio di colposcopia, ove previsto, funzionalmente dedicato	L'ambulatorio deve possedere gli stessi requisiti strutturali e tecnologici degli ambulatori ospedalieri.
Ambulatorio di isteroscopia diagnostica, ove previsto, funzionalmente dedicato	L'ambulatorio deve possedere gli stessi requisiti strutturali e tecnologici degli ambulatori ospedalieri.

Ambienti o spazi	Note
Centro per la diagnosi e la presa in carico delle coppie sterili (secondo livello territoriale sovradistrettuale)	Oltre alle specifiche del primo livello deve prevedere la consulenza andrologica in sede, il monitoraggio dell'ovulazione, l'esecuzione di alcune indagine diagnostiche di base, il collegamento diretto con i centri della PMA di riferimento. E' inoltre punto di riferimento per i centri di primo livello e promotore della condivisione e verifica dei protocolli preventivi e diagnostico terapeutici tra i vari attori aziendali.
Centro per la diagnosi e la terapia delle disfunzioni sessuali (secondo livello territoriale sovradistrettuale), là ove previsto	Caratterizzato dalla multidisciplinarietà deve prevedere un'équipe composta da: ostetrica con competenze sessuologiche, psicologo con competenze sessuologiche, ginecologo con competenze sessuologiche, andrologo e/o endocrinologo con competenze sessuologiche. E' punto di riferimento per le situazioni cliniche più complesse, per la condivisione e verifica dei protocolli diagnostico terapeutici, per la realizzazione di strumenti informativi specifici e per i collegamenti con i centri specialistici di riferimento.
Centro di screening citologico	Là ove previsto in consultorio. Anche funzionalmente dedicato, deve essere presente l'attrezzatura informatica, PC e stampante in rete, per gestire le chiamate, la raccolta dati, le donne positive e quelle in follow-up. Deve essere previsto personale funzionalmente dedicato a tale attività.
Palestra per corsi di preparazione al parto ed alla nascita	Con spogliatoio e bagno. Anche in comune con altri servizi.
Locale /spazio per gruppi di auto-aiuto, gruppi	Puerpere per allattamento al seno, massaggio al

puerpere, educazione sanitaria, funzionalmente dedicato.	bambino
Spazio per deposito attrezzature, strumentazione e materiale economale	Materassini, sedie, cuscini, rulli

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Dotazione minima di attrezzature

(in sede o con la possibilità di usufruirne in altra struttura con tempi dedicati)

Attrezzature/strumenti	note
Ecografo con sonde per ecografie ostetrico ginecologiche e mammarie, isteroscopia diagnostico, colposcopio, elettrostimolatore	Dotazione necessaria solo qualora si svolgano le specifiche attività di ecografia ostetrico ginecologica e mammaria , di isteroscopia, colposcopia e rieducazione del piano perineale

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Requisiti minimi di personale

Oltre alle figure professionali previste per il 1° livello:

- psicologo

assistente sociale (funzionalmente presente nell'équipe, anche se dipendente da altra struttura)

Per garantire lo svolgimento delle funzioni, là ove previste, sono richieste le seguenti competenze:

psicologo/a con formazione sessuologica;

ginecologo con formazione sessuologica;

ostetrica con formazione sessuologica;

ostetrica con formazione specifica per l'insegnamento dei metodi per la Regolazione Naturale della Fertilità (RNF);

ostetrica con formazione specifica sull'insegnamento all'utilizzo del diaframma;

ostetrica con formazione specifica sulla kinesiterapia perineale;

ginecologi con formazione specifica per colposcopia ed ecografia (vedi requisiti singoli ambulatori);

medici con competenze senologiche specifiche là ove prevista l'attività di senologia clinica;

almeno il 50% dei ginecologi non obiettori;

personale formato per gli interventi di educazione sanitaria a gruppi.

Deve essere prevista la presenza di un responsabile organizzativo dell'attività complessiva del consultorio familiare di 2° livello. Devono inoltre essere individuati i responsabili tecnici ed organizzativi delle singole attività svolte, là ove previste: assistenza alla gravidanza ed al puerperio, assistenza al percorso IVG, assistenza alle scelte contraccettive, assistenza psicologica, assistenza sessuologica, assistenza alla menopausa,

assistenza alla sterilità di coppia*, spazio giovani*, spazio donne immigrate*, educazione sanitaria, assistenza uro-ginecologica*, diagnostica ecografica*, colposcopica*, isteroscopica*, screening citologico.

Devono inoltre essere previsti a livello di distretto e/o di ASL, in qualità di consulenti, altre figure professionali quali il sociologo, il legale, il mediatore linguistico-culturale, l'andrologo e il genetista, a disposizione dei singoli consultori.

Per ogni area di attività devono essere chiaramente definiti: gli obiettivi degli interventi preventivi e diagnostico terapeutici, nonché i protocolli diagnostico terapeutici adottati e le modalità di verifica degli stessi, i percorsi di integrazione con gli altri servizi interessati.

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

Inserimento e aggiornamento

Oltre a quanto previsto nei requisiti generali per l'accreditamento ai fini di documentare l'aggiornamento del personale sanitario vengono riconosciuti:

Meeting mensili

- Briefing settimanali
- Piano di aggiornamento annuale
- Stage presso istituti altamente qualificati

quali strumenti dell'aggiornamento purché documentati.

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Occorre che la struttura si doti di criteri e strumenti di valutazione delle attività svolte che consentano di verificare l'appropriatezza delle procedure facendo riferimento a linee guida basate sulle evidenze scientifiche. Fatto salvo che la struttura può liberamente dotarsi di propri strumenti di valutazione, rimane vincolante rilevare i seguenti indicatori:

Per il primo livello consultoriale:

- N° di donne che accedono alla struttura annualmente/popolazione target;
- N° totale di accessi annuali/popolazione target;
- N° di gravide prese in carico e seguite per tutta la gravidanza/totale parti bacino di utenza di riferimento;
- N° di accessi per gravida.
- N° di puerpere seguite ambulatorialmente o domiciliariamente/totale nati bacino di utenza di riferimento

Per il secondo livello consultoriale, oltre a quelli previsti per il primo livello:

* Solo dove previste tra le attività ed i servizi

- N° di gravide con cittadinanza extraUE prese in carico e seguite per tutta la gravidanza/totale parti donne residenti con cittadinanza extraUE;
- N° di donne che rispondono allo screening di 2° livello/popolazione target;
- N° di donne che rispondono attività di screening /popolazione target (standard > 60%);
- N° di gravide che si ritirano dai corsi non per motivi medici/totale donne partecipanti;
- N° di utenti dei corsi nascita/totale dei nati da residenti;
- N° di donne che allattano al seno almeno nei primi sei mesi/N° nati bacino di utenza di riferimento;
- N° ore di educazione sessuale agli adolescenti/popolazione target;
- N° utenti degli spazi giovani/popolazione target;
- N° certificati IVG/ IVG da residenti;
- N° utenti per contraccezione/popolazione target;
- N° utenti per psicologia/popolazione target;
- N° utenti menopausa/popolazione target;
- N° protocolli adottati/ N° di protocolli valutati.

I Punti Nascita

LE CASE DI MATERNITÀ

Definizione e obiettivi

La Casa di Maternità è un luogo per partorire e per nascere, strutturalmente separato dall'ospedale ma ad esso funzionalmente collegato ove si esplicano, in collaborazione con le strutture distrettuali, attività correlate alla gravidanza ed al parto non solo in senso strettamente sanitario, bensì anche di tipo sociale, culturale, relazionale.

La Casa di Maternità persegue l'obiettivo di:

- ricollocare il parto/nascita in ambito biosociale;
- creare un luogo protetto per la nascita naturale e la promozione della fisiologia della salute;
- garantire i livelli di sicurezza per la madre e il bambino pur recuperando gli aspetti tradizionali e umanizzanti;
- favorire la libertà di scelta da parte della donna circa i luoghi dove partorire e circa l'organizzazione assistenziale e sanitaria dell'evento.

Sono collocate nel dipartimento delle cure primarie dove è situata la struttura.

Servizi da erogare

La Casa di Maternità deve essere intesa come programma completo d'assistenza finalizzato alla selezione ed assistenza delle gravidanze a basso rischio.

Relativamente ai servizi offerti alle donne e alle coppie nel corso della gravidanza, al momento del parto e nel puerperio, possono essere distinti tre tipologie di servizi:

Fornire alle donne ed alla coppia:

l'accoglienza con colloqui informativi e illustrativi, possibilmente all'inizio della gravidanza e non oltre la 28[°] settimana di gestazione, l'esecuzione della prima visita ostetrica per valutare l'inserimento o meno dei soggetti come utenti della Casa di Maternità, l'impegno da parte delle donne e delle coppie selezionate a seguire il calendario di monitoraggio della gravidanza per identificare elementi di rischio.

Prevedere:

l'assistenza alla gravidanza a termine, i controlli che precedono il parto, l'assistenza al travaglio e al parto e nei primi giorni ad esso successivi identificando le strutture ospedaliere di riferimento alle quali rivolgersi in caso di complicanze.

Coordinare:

il servizio di assistenza domiciliare in puerperio nei primi 10 giorni successivi alla nascita.

A) REQUISITI STRUTTURALI

la struttura deve essere autonoma, separata dall'Ospedale, ma funzionalmente ad esso collegata; può essere attigua ad un Consultorio Familiare con i requisiti precedentemente definiti;

deve essere di facile accessibilità con possibilità di parcheggio;

tutti i locali devono essere adeguatamente arredati, la quantità e la qualità degli arredi deve essere conforme a quanto in uso nelle normali abitazioni civili.

Dotazione minima di ambienti/spazi

Ambienti/spazi	note
Sala di attesa/accoglienza/accettazione	Salottino
Sala colloqui	
Ambulatorio ostetrico	Con annesso bagno. A gestione ostetrica
Dispensa/cucina con angolo cottura	
Zona pranzo/soggiorno	Con servizi igienici annessi
Locale per giochi e attività per i bambini	
2 stanze per travaglio-parto/post partum	m ² 20 (insonorizzati) Con letto matrimoniale e culla Con bagni annessi forniti di vasca
Stanza con vasca per travaglio-parto	m ² 20 (insonorizzata)
Stanza per ostetrica	Con bagno annesso
Locale/spazio per sterilizzazione	Se gestita in loco
Locale/spazio per materiale sporco	Dotato di vuotatoio
Locale/spazio per materiale pulito	
Locale/spazio per attrezzature e materiale sanitario	
Bagno per il personale	
Bagno per l'utenza	

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Strumenti/attrezzature	note
Cardiotocografo portatile con carrello	
Rilevatore BCF tenuta d'acqua	
Fasciatoio con vaschetta per lavaggio neonato	
Carrello emergenza per adulto e neonato	
3 set completi per assistenza al parto fisiologico	
T.V. con videoregistratore + HIFI	
Arredi stanza travaglio-parto	

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Requisito minimo di attività:

non inferiore a 50 parti/anno a regime.

Secondo quanto previsto dalla L.R. 26/98 deve essere garantita la libera scelta e la continuità del riferimento personale per la gestante.

Le C.M. devono favorire la possibilità per le donne di essere assistite da personale ostetrico di propria fiducia, sia esso dipendente sia operante in regime di libera professione.

La selezione delle donne gravide deve essere effettuata dall'ostetrica responsabile del parto e deve essere garantita la continuità della valutazione.

La Casa di Maternità deve essere completamente a gestione ostetrica, supportata da consulenti

quali ginecologo, neonatologo. Il team sarà composto da:

- ostetriche, di cui una con funzione di coordinatrice;
- personale amministrativo;
- personale di supporto (OTA/ausiliario).

Deve essere prevista la presenza di due ostetriche al momento del parto, sia per potersi intercambiare in caso di travagli lunghi che per essere il più obiettive possibili di fronte a situazioni complesse e per agire in modo più efficiente e rapido in caso di emergenza.

Devono essere presenti procedure per:

Comunicazione del rischio

- corretta informazione alla donna/coppia al momento dell'accoglimento sui criteri di assistenza, sulle modalità di un eventuale trasferimento e sui servizi offerti;
- consenso informato.

Selezione

- presa incarico della donna, possibilmente dall'inizio della gravidanza e comunque non oltre la 28° settimana, da parte dell'ostetrica responsabile del caso, previo certificato medico attestante le buone condizioni di salute.

Organizzazione del lavoro

- attivazione della reperibilità dell'ostetrica 24/24 ore dalla 37° settimana;
- deve essere prevista la permanenza della donna/coppia in Casa di Maternità durante tutta la fase attiva del travaglio e circa nelle 12 ore successive al parto;
- deve essere garantita la continuità assistenziale a livello domiciliare coinvolgendo i servizi territoriali anche per le utenti residenti fuori AUSL;
- deve essere prevista la visita pediatrica entro 12 ore dalla nascita.

Collegamenti con gli altri servizi dell'Azienda

Devono essere previsti protocolli concordati e procedure tra gli operatori della Casa di Maternità, operatori territoriali e gli operatori degli ospedali che prevedono:

- collegamenti funzionali con i Consultori Familiari;
- collaborazione e integrazione con le strutture di 1°, 2° e 3° livello;
- collegamenti con i laboratori analisi per invio e ritorno dei referti di prelievi ematologici;

- collegamenti con le farmacie ospedaliere;
- collaborazione e integrazione con i servizi territoriali;
- collaborazione e integrazione con i PLS e i MMG;
- il collegamento con il servizio di emergenza-urgenza (118)*;
- il trasferimento materno fetale (trasporto in utero)*;
- il trasferimento materno*;
- il trasferimento neonatale*;
- le controindicazioni al trasferimento;
- la gestione dell'emergenza e modalità di trasferimento in ospedale.

Devono essere previsti:

- linee guida per una buona pratica clinica;
- protocolli di selezione;
- procedure di verifica e valutazione dei risultati

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

Oltre a quanto previsto nei requisiti generali per l'accreditamento la formazione dell'operatore deve prevedere aggiornamenti con cadenza annuale in quanto la formazione continua e l'aggiornamento degli operatori deve rappresentare uno strumento di sviluppo del servizio. I crediti professionali acquisiti, documentabili, devono vertere su:

- approccio sull'assistenza globale alla gravidanza, parto, e puerperio fisiologico;
- formazione sulla maternità e paternità;
- formazione sul sostegno dell'allattamento al seno;
- gestione dell'emergenza materna e neonatale;
- formazione sulla comunicazione;
- formazione sulla gestione dei gruppi;
- formazione sulle dinamiche dei gruppi e gestione dei conflitti;
- definizioni di standard e indicatori di qualità.

Sarà cura della Coordinatrice della Casa di Maternità programmare annualmente la formazione/aggiornamento scientifico professionale. Deve essere prevista la frequenza presso strutture di 2° e 3° livello documentata a cadenza triennale.

Personale ostetrico: requisiti minimi

Si richiedono almeno 3 anni di servizio in ambiente ostetrico ospedaliero con attività di sala parto documentata.

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

* Secondo le procedure definite

Occorre che la struttura si doti di criteri e strumenti che permettano la valutazione di:

1. tipo di utenza che si rivolge alla casa di maternità
2. qualità percepita dall'utenza
3. natura e numero delle complicanze/numero di parti
4. numero dei trasferimenti/numero di parti (questo indicatore deve essere rilevato per trasferimenti avvenuti durante il travaglio, il periodo espulsivo, nel post-partum, e per i neonati).

PUNTI NASCITA CON POSTI LETTO

Secondo le evidenze della letteratura scientifica e le esperienze internazionali l'assistenza ostetrica può essere erogata come descritto nello schema sotto riportato.



COMPONENTI DEI PUNTI NASCITA

- a) ambulatorio accettazione ricoveri
- b) servizio per il monitoraggio della gravidanza fisiologica
- c) servizio per il monitoraggio della gravidanza a rischio
- d) ambulatorio di ecografia
- e) ambulatorio di fisiopatologia prenatale
- f) servizio per il monitoraggio della gravidanza a termine
- g) sale travaglio-parto
- h) sala parto per parti operativi
- i) isola neonatale
- j) sala operatoria ostetrica funzionalmente dedicata
- k) box per terapia subintensiva materna
- l) area di degenza pre e post partum

**SALA TRAVAGLIO-PARTO
(COMPONENTE “G” DEI P.N. CON POSTI LETTO)**

La sala travaglio-parto, oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per il punto nascita-blocco parto, deve possedere:

A) REQUISITI STRUTTURALI

Deve essere collocata in prossimità della degenza ostetrica.

Dotazione di ambienti o spazi

- zona strettamente assistenziale

Ambienti o spazi	note
Ambienti di degenza per travaglio-parto ad 1 letto con bagno	Per le strutture di nuova apertura.
Dotazione di letti da parto	Almeno 2 letti da parto per le strutture di 1° livello, 3 per il 2° livello e 4 per il 3° livello (escluso il letto della sala per parti operativi, ove previsto). Oltre i 2000 parti/anno 1 unità in più ogni 500 parti.
Zona osservazione post partum	Per le strutture già esistenti ove sala travaglio e sala parto siano separate.
Zona lavaggio personale	
Spazio controllo ostetriche + spazio per consolle monitor + ambulatorio accettazione	

- zona dei servizi di supporto

Ambienti o spazi	note
Spogliatoio (ambiente) o zona filtro personale	
Cucinetta (ambiente)	Anche in comune con l'area di degenza
Postazione infermieri /guardiola (ambiente/spazio)	Anche in comune con l'area di degenza
Filtro visitatori (ambiente/spazio)	
Locale per colloqui con i famigliari (ambiente)	Anche in comune con l'area di degenza

Richieste prestazionali per specifici ambienti

- dimensioni delle camere tali da permettere di operare a 360° intorno al letto, accesso barella e movimentazione apparecchiature (per le nuove costruzioni)
- colore chiaro con indici di riflessione dell'80-90 % per il soffitto, 50% per le pareti, 15-30% per i pavimenti

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Dotazione attrezzature

Attrezzature	note
Monitoraggio elettronico fetale CTG	Adeguato al volume ed alla complessità dell'attività. Le strutture di 2° e 3° livello devono disporre di almeno un'apparecchiatura di monitoraggio comprendente parametri materni e fetali aggiuntivi (saturimetro) o possibilità di esecuzione di emogasanalisi pre-parto.
Set pronti sterili per l'assistenza al parto	
Fasciatoio con vaschetta per lavaggio neonato	Con termometro
Pompa di infusione	Almeno per il 50% dei posti letto di travaglio-parto
Elettrocardiografo	Anche in comune con l'area di degenza
Defibrillatore	Anche in comune con l'area di degenza
Lampada scialitica mobile	Anche in comune con l'area di degenza
Apparecchio di emogasanalisi	Le strutture di 2° e 3° livello devono avere a disposizione la funzione in rapporto alla disponibilità o meno di altri sistemi di monitoraggio fetale (saturimetria)

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Deve essere individuata un'ostetrica coordinatrice.

Devono esistere procedure di raccolta dati che consentano di valutare numero e tipologia degli interventi con riferimento agli esiti materno-neonatali.

Devono esistere procedure per l'identificazione della madre e del neonato.

Devono esistere protocolli e procedure per il corretto funzionamento organizzativo delle sale travaglio-parto e linee-guida validate per la gestione di percorsi clinico-assistenziali.

Deve essere previsto un percorso assistenziale che renda disponibile un servizio di parto indolore attuato secondo procedure e protocolli condivisi tra le diverse figure professionali coinvolte, basati su Linee Guida validate dalle Società Scientifiche di riferimento.

Devono essere previste procedure d'inserimento ed addestramento del personale.

Devono essere previste procedure per l'esecuzione della cardiocografia almeno in corso di travaglio/parto.

**SALA PARTO PER PARTI OPERATIVI E SALA OPERATORIA OSTETRICA DEDICATA
(COMPONENTI “H ” ED “J ” DEI P.N. CON POSTI LETTO)**

A) REQUISITI STRUTTURALI

Deve essere collocata in prossimità delle sale travaglio-parto e della degenza ostetrica. Nelle U.O. di 3° livello la sala parto per parti operativi e la sala operatoria dedicata all'ostetricia devono essere strutturalmente separate, mentre nelle U.O. di 2° livello le due strutture possono corrispondere.

Dotazione di spazi e tecnologica

Oltre ai requisiti strutturali generali e specifici previsti dalla normativa vigente per il blocco operatorio, la sala parto o operatoria dedicata all'ostetricia deve disporre di:

- zona strettamente assistenziale

Sala parto per parti operativi e Sala Operatoria dedicata	note
Letto operatorio su cui sia possibile eseguire interventi vaginali e laparotomici ed espletare parti operativi vaginali	
Apparecchiature per il monitoraggio dei parametri vitali - misuratore pressione incruenta - frequenzimetro - saturimetro - capnometro - ECG - respiratore - lampada scialitica - defibrillatore	
Strumentazione per parti operativi vaginali ed emergenze emorragiche del secondamento e del post partum	
Set pronti sterili per parti cesarei	
Emogasanalizzatore	Disponibile
Lampada satellite o portatile	Disponibile
Respiratore di riserva	Disponibile

Isola neonatale (Componente “j” dei P.N. con posti letto)	note
	E' una zona predisposta per le prime cure e l'eventuale rianimazione del neonato. Deve essere separata e attigua alla sala operatoria e/o alla sala travaglio-parto ed alla sala parto per parti operativi.

Box per terapia subintensiva materna (componente “l” dei P.N. con posti letto)	note
Spazio attrezzato per l'osservazione delle pazienti critiche. Può corrispondere alla zona/locale risveglio.	In contiguità del blocco operatorio, di superficie tale da poter contenere il letto della paziente e le opportune attrezzature per il monitoraggio ed eventuale rianimazione. Deve disporre di un adeguato numero di prese elettriche, prese di O ₂ , aria compressa e aspirazione. Devono essere inoltre disponibili nell'area tutte le apparecchiature e tutti i farmaci ritenuti necessari per l'emergenza.

- zona dei servizi di supporto

In comune con sale travaglio parto.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

V. requisiti tecnologici/impiantistici generali e specifici previsti dalla normativa vigente per il blocco operatorio.

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Oltre ai requisiti organizzativi specifici autorizzativi della sala travaglio-parto, deve essere garantita la presenza di un medico pediatra o rianimatore a supporto del neonato in caso di parti vaginali o cesarei complicati.

Devono essere presenti procedure per il percorso per parti operativi programmati e in urgenza.

AREA DI DEGENZA PRE E POST PARTUM (COMPONENTE “L” DELLE STRUTTURE DI OSTETRICIA)

La funzione delle aree di degenza è quella di ospitare la paziente in attesa del recupero di condizioni di salute compatibili con l'ambiente domiciliare. Per quanto riguarda l'ambito ostetrico la degenza può essere secondaria ad una patologia gestazionale od all'espletamento del parto. I ricoveri riconducibili alle fasi del pre-travaglio-parto e del pre-intervento programmato devono essere contenute e ridotte all'intervallo temporale minimo indispensabile.

Le aree di degenza devono essere strutturate in modo da rispondere ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente ed ai requisiti ulteriori di seguito definiti. I criteri generali cui devono ispirarsi sono:

- essere compatibili con il recupero delle condizioni di salute del paziente evitando di interferire negativamente con le stesse;
- rispettare la privacy;
- garantire un certo grado di comfort alberghiero;
- prevedere la presenza della madre col neonato (rooming-in).

A) REQUISITI STRUTTURALI

Deve essere collocata in prossimità dei blocchi operatori e della sala travaglio-parto e comunque all'interno dello stesso edificio che ospita queste strutture, con percorsi preferenziali e più brevi possibili per il trasporto delle pazienti barellate per e dalla sala parto e di quella operatoria.

L'area di degenza ostetrica deve essere funzionalmente separata da quella ginecologica, ma è auspicabile che esistano rapporti di contiguità fra le due aree o che almeno siano collocate nello stesso edificio.

Dotazione di ambienti/spazi

L'area di degenza ostetrica, oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per l'area di degenza deve prevedere:

Zona alberghiera	note
Per le strutture di nuova progettazione un servizio igienico ogni 2 P.L., per le strutture esistenti uno ogni 4 P.L.	I bagni necessitano di lavandino, water, bidet e doccia (almeno 1 doccia/ 4 P.L.). Deve essere previsto un lavandino opportunamente modificato per l'accudimento neonato. Deve essere assicurata a tutte le degenti la possibilità del lavaggio perineale in condizioni di igiene e sicurezza.

Zona dei servizi di supporto	note
-------------------------------------	-------------

Area d'attesa per le pazienti	
Locale per colloqui	Coi parenti, assistente sociale, psicologo, ecc.
Area di allattamento	Deve essere garantito il rispetto della privacy

B) REQUISITI TECNOLOGICI

L'area di degenza ostetrica, oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per l'area di degenza deve prevedere:

Dotazione minima di attrezzature

Attrezzature	note
Fasciatoio per le cure al neonato	Al fine di favorire la coabitazione madre-neonato in regime di "rooming in"
Tiralatte manuale ed elettrico	
Cardiotocografo a ultrasuoni	Monitoraggio BCF e attività uterina in gravidanza per strutture di 2° e 3° livello. Al letto o locale dedicato (anche in comune con sala travaglio-parto)
Pompe di infusione	
Elettrocardiografo	Anche in comune con sala-travaglio-parto
Defibrillatore	Anche in comune con sala-travaglio-parto
Lampada scialitica mobile	Anche in comune con sala-travaglio-parto
Carrello emergenza personalizzato per eclampsia ed altre emergenze materne ed emergenze neonatali	

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Le camere di degenza destinate alle puerpere devono essere separate da quelle della patologia gestazionale a terapia intensiva (centri di 2° e 3° livello). Le pazienti in condizioni psicologiche difficili per MEF (morte endouterina) non devono essere ospitate contemporaneamente nella medesima stanza delle puerpere e delle gestanti. Le IVG devono essere tenute separate dalle puerpere e dalle gestanti. La degenza ostetrica deve prevedere strutture consone ai programmi di incentivazione dell'allattamento al seno e al "rooming-in".

La linea assistenziale relativa alle fasi del travaglio-parto e del pre-intervento programmato deve essere svolta in regime di ambulatorio ostetrico di monitoraggio biofisico prenatale per la fase pre-travaglio-parto e di pre-ricovero per quella pre-intervento programmato. La degenza successiva al parto soprattutto fisiologico deve essere pure contenuta nei limiti cronologici minimi indispensabili dando atto a un progetto di dimissione appropriata comprendente, se necessario, assistenza domiciliare al puerperio concordata con le strutture territoriali. Devono esistere procedure validate per il trattamento post chirurgico e

per la dimissione precoce, concordate con le strutture distrettuali. Devono esistere evidenze di linee guida validate attivate.

Personale, requisiti minimi per la sicurezza

- ostetrica e/o infermiera

Per la definizione della dotazione del personale si possono considerare articolazione omogenea le sale travaglio-parto ed il reparto clinico di degenza. Oltre a quanto previsto ed a integrazione della Tabella 1 “ Classificazione dei Punti Nascita secondo livelli assistenziali omogenei”, si specifica quanto segue:

Per le strutture di 1° livello:

La presenza del personale medico ostetrico individuato deve essere garantita con una guardia attiva 24/24 ore. La presenza dell'ostetrica e del personale ausiliario deve essere garantita 24/24 ore in numero tale ed attraverso procedure organizzative definite tali da assicurare un'assistenza continuativa alle partorienti, alle puerpere ed al neonato. Deve essere garantita la pronta disponibilità anestesiológica.

La donna, durante il travaglio, il parto ed il post partum necessita di assistenza continua e pertanto il personale assegnato alla sala travaglio-parto deve essere prioritariamente adibito a questo scopo.

Devono essere definite le seguenti procedure:

- collegamenti con le U.O. pediatriche/neonatalogiche;
- collegamenti con le strutture distrettuali;
- incentivazione all'allattamento al seno.

Per le strutture di 2° e 3° livello, oltre a quanto previsto per il 1°:

L'assistenza anestesiológica deve essere garantita con una guardia attiva 24/24 ore.

La sala travaglio-parto è considerata luogo di assistenza subintensiva ed intensiva e quindi il personale dedicato ad essa deve essere esclusivamente adibito a questo scopo per tutta la durata del turno lavorativo.

Per tutte le strutture deve essere garantita la consulenza per mediazione culturale e traduzione.

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

Il personale medico di un Punto Nascita deve possedere tutte le competenze di base, quali l'autonomia nell'attività di reparto, l'assistenza al parto spontaneo e l'esecuzione del parto operativo, la corretta e aggiornata lettura del tracciato cardiocografico.

Il personale medico di una U.O. di ostetricia deve inoltre possedere competenze in almeno una delle seguenti ulteriori attività:

Attività ulteriori	note
Ecografia ostetrica	
Tecniche di villocentesi e amniocentesi	
Chirurgia ostetrica non correlata al taglio cesareo (gravidanza extrauterina, cisti ovariche in gravidanza, cerchiaggio cervicale)	
Manovre ostetriche operative	
Corretto ed aggiornato management della gravidanza patologica	

Ai fini di documentare l'aggiornamento del personale sanitario vengono riconosciuti:

Meeting mensili

- Briefing settimanali
- Piano di aggiornamento annuale
- Stage presso istituti altamente qualificati

quali strumenti dell'aggiornamento purché documentati.

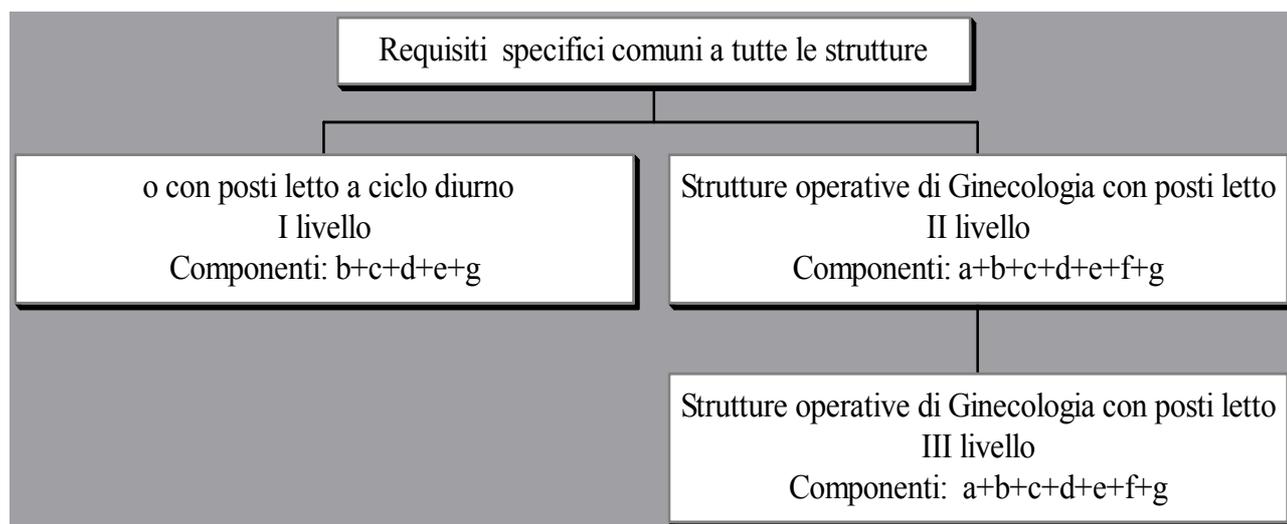
Per i Responsabili di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture organizzative semplici deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

- Mortalità perinatale (natimortalità, neonatale precoce e tardiva)
- Percentuale di neonati con peso alla nascita < 2500 g
- Percentuale di neonati con peso alla nascita < 1500 g
- Percentuale di gravide e neonati ad alto rischio rispetto al totale dei nati vivi assistiti al 3° livello
- Percentuale di tagli cesarei
- Taglio cesareo: % complicanze maggiori (lesioni vescicali, emorragie post operatorie, decorsi febbrili) < 0,1%
- Mortalità materna
- N° di reclami/totale pz. ricoverate
- Percentuale di clienti soddisfatte.

Le strutture operative di ginecologia

Secondo le evidenze della letteratura scientifica e le esperienze internazionali l'assistenza ginecologica può essere erogata come descritto nello schema sotto riportato.



COMPONENTI DELLE STRUTTURE OPERATIVE DI GINECOLOGIA

- a) Ambulatorio accettazione ricoveri/Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico
- b) Ambulatorio ginecologico
- c) Ambulatorio di ecografia
- d) Ambulatorio di colposcopia
- e) Ambulatorio di isteroscopia diagnostica
- f) Area di degenza
- g) Blocco operatorio

Nota: Le strutture di ginecologia di II e III livello sono classificate in relazione alle caratteristiche dell'assistenza (vedi tabella n. 2)

AREA DI DEGENZA GINECOLOGICA (COMPONENTE “F” DELLE STRUTTURE DI GINECOLOGIA)

La funzione delle aree di degenza è quella di ospitare la paziente in attesa del recupero di condizioni di salute compatibili con l'ambiente domiciliare. Per quanto riguarda l'ambito ginecologico può essere la conseguenza di una patologia genitale a risoluzione medica o chirurgica o secondaria a interventi chirurgici programmati.

Le aree di degenza devono essere strutturate in modo da rispondere ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente ed ai requisiti ulteriori di seguito definiti.

A) REQUISITI STRUTTURALI

Deve essere collocata in prossimità dei blocchi operatori con percorsi preferenziali e più brevi possibili per il trasporto delle pazienti barellate per e dalla sala operatoria.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale, requisiti minimi per la sicurezza

- personale medico
- ostetrica e/o infermiera professionale

Deve essere individuato un coordinatore del personale.

La degenza deve essere contenuta nei limiti cronologici minimi indispensabili.

Devono esistere procedure e iter diagnostici clinici e anestesiologicali definiti.

Devono esistere procedure validate per la preparazione pre operatoria, per il trattamento post chirurgico e per la dimissione precoce.

Devono altresì essere previste procedure per la gestione delle liste di attesa.

Deve essere garantita la possibilità di effettuare colloqui con i familiari in ambienti idonei che garantiscano la privacy e la riservatezza.

BLOCCO OPERATORIO (COMPONENTE “G” DELLE STRUTTURE DI GINECOLOGIA)

Il blocco operatorio di una struttura di Ginecologia, oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per il blocco operatorio, deve disporre dei requisiti strutturali e tecnologici specifici indicati nel documento dei requisiti per le strutture di Anestesia.

A) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Devono essere previste:

la lista operatoria con programmazione settimanale;

- la procedura per l'esatta identificazione, in sala operatoria, della paziente e dell'intervento che deve essere eseguito;
- registro operatorio informatizzato conforme alle normative vigenti;
- procedure di raccolta dati che consentano di valutare:
 - numero e tipologia degli interventi e relativi esiti;
 - durata dell'intervento chirurgico (tempo chirurgico, tempo anestesilogico, occupazione della sala operatoria); la raccolta e l'elaborazione dei dati deve essere informatizzata.
- protocolli e procedure di controllo validati per il processo di sterilizzazione e per la disinfezione del blocco operatorio;
- protocolli, procedure e linee guida per il corretto funzionamento della sala operatoria.

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

Il personale medico di una U.O. di ginecologia deve essere in grado di eseguire le attività di base quali interventi laparotomici (annessiectomia, isterectomia semplice, miomectomia semplice), interventi vaginali (revisione strumentale della cavità uterina, conizzazione).

Inoltre l'U.O. deve disporre delle competenze professionali per garantire nel tempo le seguenti attività:

Attività	note
Trattamento della patologia del tratto genitale inferiore	
Isteroscopia diagnostica e operativa	
Ecografia ginecologica	
Attività di endocrinologia ginecologica	

Attività	Note
Fecondazione medicalmente assistita	
Uroginecologia (diagnostica e/o operatoria) + isterectomia vaginale semplice e plastiche	20 interventi sotto supervisione almeno 10 interventi/anno + 10 come secondo

anteriore e posteriore, colposospensioni ecc.	
Oncologia chirurgica ginecologica (interventi allargati con linfadenectomie)	20 interventi sotto supervisione Almeno 10 interventi/anno + 10 come aiuto
Laparoscopia diagnostica e operativa	20 interventi sotto supervisione Almeno 30 interventi/anno come primo o secondo

Ai fini di documentare l'aggiornamento del personale sanitario vengono riconosciuti:

Meeting mensili

- Briefing settimanali
- Piano di aggiornamento annuale
- Stage presso istituti altamente qualificati

quali strumenti dell'aggiornamento purché documentati.

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

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE PER U.O.

Attività	Standard
Annessiectomia, isterectomia semplice, miomectomia semplice	Complicanze maggiori in soggetti senza fattori di rischio specifici <0,1% (lesioni organi vicini, emorragie post operatorie con reintervento)
Uroginecologia (diagnostica e/o operatoria) + isterectomia vaginale semplice e plastiche anteriore e posteriore, colposospensioni ecc.	Complicanze < 0,5 % (lesioni uretere-vescica, emorragie post operatorie con reintervento)
Oncologia chirurgica ginecologica (interventi allargati con linfadenectomie)	Complicanze < 2% (lesioni uretere-vescica, emorragie post operatorie con reintervento)
Laparoscopia diagnostica e operativa	Complicanze < 0,1 % (lesioni intestino-vasi pelvici, emorragie post operatorie con reintervento)

Strutture ambulatoriali di Ostetricia e Ginecologia

AMBULATORIO OSTETRICO-GINECOLOGICO (COMPONENTI “A”, “B”, “C”, “D”, “E”, “F”, “G”, “H” DEI C.F.) (COMPONENTI “B”, “C”, “D” E “G” DEI P.N. CON POSTI LETTO) (COMPONENTE “B” DELLE STRUTTURE DI GINECOLOGIA)

L'ambulatorio ostetrico-ginecologico, oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per gli ambulatori deve prevedere:

A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

L'ambulatorio deve essere collocato al piano terra con rampe di accesso oppure, se a piani superiori, raggiungibile mediante ascensore.

Attrezzature ed arredi	note
Lettino ginecologico	
Carrello con materiale e strumentazione per visita ostetrico-ginecologica	
Rilevatore di BCF	Per attività ostetrica
Amnioscopio + sorgente di luce fredda	Solo per gli ambulatori ospedalieri
Lampada a luce fredda e/o scialitica mobile	

Qualora vi si eseguano prestazioni strumentali e/o chirurgiche l'ambulatorio deve possedere le caratteristiche dell'ambulatorio chirurgico e deve essere prevista la strumentazione elettromedicale necessaria.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

- medico
- ostetrica e/o infermiera.

Vi deve essere un medico referente per ogni attività clinica svolta ed un referente sanitario non medico per il coordinamento organizzativo delle attività.

Devono essere previste procedure e percorsi per:

- le modalità di accesso delle pazienti interne/esterne;
- la gestione delle liste di attesa per le prestazioni urgenti e non urgenti;
- la gestione delle consulenze;
- la continuità diagnostico-terapeutica;

- la refertazione delle singole prestazioni;
- la gestione e l'archiviazione dei dati.

AMBULATORIO ACCETTAZIONE RICOVERI OSTETRICO-GINECOLOGICO (COMPONENTE "A" DEI P.N. CON POSTI LETTO E DELLE STRUTTURE DI GINECOLOGIA)

L'ambulatorio di accettazione ricoveri ostetrico-ginecologici, oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per gli ambulatori ed ai requisiti specifici previsti nel presente documento per l'ambulatorio ostetrico-ginecologico, deve prevedere:

A) REQUISITI STRUTTURALI

In prossimità della sala parto e dell'area di degenza, prevedendo collegamenti preferenziali e rapidi con la sala operatoria e gli ambulatori.

La superficie dell'ambulatorio deve essere tale da permettere di operare comodamente intorno al lettino ginecologico, con accesso barella

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

La dotazione di personale deve essere prevista in rapporto ai volumi di attività ed alla logistica.

Ogni ambulatorio di accettazione ricoveri deve prevedere la presenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 di:

- medico di guardia attiva, anche comune con le attività di degenza, in funzione della complessività organizzativa;
- ostetrica e/o infermiera.

Devono essere definiti protocolli per la gestione dei casi di emergenza-urgenza.

Devono essere definiti protocolli riguardanti i rapporti con le differenti Unità Operative della struttura e con le sale operatorie.

Devono esistere collegamenti funzionali per l'esecuzione in tempi brevi di indagini ecografiche.

Devono essere definiti protocolli sulle modalità con cui è garantita la funzione di triage e formato il personale ostetrico e/o infermieristico per lo svolgimento di tale funzione.

Devono essere formulati protocolli per la trasmissione dei rapporti all'Autorità Giudiziaria. Deve essere previsto un documento informativo per le pazienti che descriva le modalità assistenziali.

**SERVIZIO PER IL MONITORAGGIO DELLA GRAVIDANZA
FISIOLOGICA / A RISCHIO/ DELLA GRAVIDANZA A TERMINE
(COMPONENTE “A” E “B” DEI C.F.)
(COMPONENTI “B”, “C”, “D” E “G” DEI P.N. CON POSTI LETTO)**

Il monitoraggio della gravidanza fisiologica ed a rischio richiede il seguente percorso/funzioni:

1. Ambulatorio ostetrico-ginecologico
2. Ambulatorio ecografico

Il monitoraggio della gravidanza a termine richiede oltre il percorso precedente:

3. spazio/locale per cardio/tocografia

Gli ambulatori 1 e 2 possono coesistere qualora le dimensioni lo consentano.

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per gli ambulatori si debbono considerare i requisiti specifici previsti nel presente documento per l'ambulatorio ostetrico-ginecologico e per l'ambulatorio ecografico.

A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Fatti salvi i requisiti strutturali e tecnologici, il monitoraggio della gravidanza ad alto rischio si caratterizza per la necessità di assistenza specialistica multiprofessionale erogabile in ambiente di ricovero.

Per la gravidanza a termine:

Deve essere presente uno spazio/locale per CTG tale da consentire la disposizione delle poltrone reclinabili/lettini e dei cardiotocografi (possibilmente a muro).

Devono essere presenti poltrone reclinabili o lettini.

Deve essere presente un cardiotocografo per ciascuna poltrona reclinabile/lettino.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

- medico
- ostetrica

Devono essere indicati i responsabili tecnici ed organizzativi dei singoli servizi.

Devono essere previste procedure e percorsi di accesso (utenti interne/esterne).

Devono essere garantiti i percorsi diagnostici e terapeutici per le principali patologie della gravidanza.

Devono essere concordati e monitorati, almeno annualmente, protocolli validati di assistenza alla gravidanza a termine in collaborazione con tutti gli operatori del percorso nascita.

**AMBULATORIO DI ECOGRAFIA
(COMPONENTE “L” DEI C.F.)
(COMPONENTE “D” DEI P.N. CON POSTI LETTO)
(COMPONENTE “C” DELLE STRUTTURE DI GINECOLOGIA)**

L'ambulatorio di ecografia, oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per gli ambulatori deve prevedere:

A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Per gli ambulatori ospedalieri in prossimità del reparto di degenza., accessibili anche con barelle.

Deve avere dimensioni minime tali da permettere di operare comodamente intorno al lettino ginecologico, con accesso barella.

Deve essere presente lettino snodato nella parte centrale per ecografia addominale e transvaginale.

Deve essere presente ecografo per ecografia addominale, transvaginale e velocimetria Doppler.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

- medico
- ostetrica e/o infermiera

Deve essere individuato il responsabile dell'ambulatorio ecografico.

Devono essere previste procedure e percorsi di accesso delle pazienti (utenti esterne/interne).

Devono essere identificati il 2° ed il 3° livello di riferimento per la diagnostica prenatale e le procedure per l'invio delle richieste di consulenze da effettuarsi entro le 24 ore per i casi urgenti.

Ogni refertazione ostetrica deve esplicitare i parametri valutati in base all'età gestazionale individuati secondo le norme di buona pratica clinica.

Deve essere presente materiale informativo per le donne sulle indicazioni e limiti della diagnostica ecografica in gravidanza.

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

Deve essere documentabile l'attività di aggiornamento e formazione continua del personale ed un piano annuale di formazione.

Numero minimo di ecografie ostetrico-ginecologiche per ecografista/anno: 170, di cui almeno 50 ecografie morfologiche (20°-22° settimana di gestazione).

Deve essere prevista un'analisi annuale dell'attività (sia quantitativa che qualitativa) svolta in modo differenziato per la parte ostetrica e ginecologica ed in collaborazione con i centri di livello superiore di riferimento; almeno un incontro annuale di revisione dei casi inviati a consulenza.

**AMBULATORIO DI FISIOPATOLOGIA PRENATALE
(2° LIVELLO DELLA DIAGNOSTICA ECOGRAFICA)
(COMPONENTE “E” DEI P.N. CON POSTI LETTO)**

L'ambulatorio di fisiopatologia prenatale, oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per gli ambulatori deve prevedere:

A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Deve essere collocato in prossimità del reparto di degenza.

Deve avere una dimensione tale da permettere di operare comodamente intorno al lettino ginecologico, con accesso barella.

Deve essere presente sala osservazione post esame con poltrona relax o lettino.

Deve essere presente un lettino per interventi (amniocentesi, biopsia villo coriale, funicolocentesi).

Deve essere disponibile un ecografo per ecografia addominale, transvaginale e velocimetria Doppler anche condiviso con altre U.O.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

- ginecologo esperto in tecniche di diagnostica prenatale
- ostetrica.

Deve essere individuato il responsabile della diagnostica prenatale.

Devono essere previste procedure e percorsi di accesso delle pazienti (utenti esterne/interne).

Devono esistere protocolli con le indicazioni per le singole procedure, deve essere disponibile la consulenza genetica, deve essere presente una modulistica per il consenso informato per le donne sottoposte alle singole procedure, deve essere presente materiale informativo per le utenti sulle indicazioni, controindicazioni, complicanze e risultati diagnostici delle singole procedure.

Devono esistere protocolli per le singole tecniche eseguite nell'ambulatorio.

Devono esistere protocolli di assistenza validati basati sull'evidenza scientifica ed aggiornati periodicamente per le coppie con patologie fetali accertate in collaborazione con gli altri servizi interessati.

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

Deve essere documentabile l'attività di aggiornamento e formazione continua del personale ed un piano annuale di formazione.

Deve essere prevista un'analisi annuale dell'attività (sia quantitativa che qualitativa) in collaborazione con i centri di genetica di riferimento, i centri di livello superiore ed inferiore di riferimento, i consulenti di riferimento (neonatologo, chirurgo pediatrico) e con gli operatori del percorso nascita.

Per quanto riguarda l'attività di diagnostica ecografica devono essere soddisfatte almeno le condizioni richieste all'ambulatorio ecografico di primo livello per la parte ostetrica.

**AMBULATORIO DI COLPOSCOPIA
(COMPONENTE “M” DEI C.F.)
(COMPONENTE “D” DELLE STRUTTURE DI GINECOLOGIA)**

L'ambulatorio di colposcopia, oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per gli ambulatori deve prevedere:

A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Deve essere presente un locale di dimensioni adeguate.

Deve essere disponibile un colposcopio binoculare con strumentazione adeguata per archiviazione immagini.

Deve essere disponibile un aspiratore per fumi.

Deve essere presente un carrello con il materiale occorrente per lo svolgimento dell'attività.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

- ginecologo esperto in colposcopia
- ostetrica o infermiera adeguatamente formata

Deve essere individuato il responsabile del centro di colposcopia.

Devono essere previste procedure e percorsi di accesso delle pazienti (utenti esterne/interne) anche in collegamento con i programmi di screening citologico.

Devono esistere protocolli con le indicazioni per le singole procedure, deve essere presente una modulistica per il consenso informato per le donne sottoposte alle singole procedure diagnostico terapeutiche previste, deve essere presente materiale informativo per le utenti sulle indicazioni, controindicazioni, complicanze e risultati diagnostici e terapeutici delle singole procedure.

Devono essere individuati e valutati almeno annualmente i protocolli diagnostico terapeutici adottati sulle singole patologie trattate.

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

Terminologia colposcopica standardizzata (riferimento SICPCV, Roma 1990);

Scheda colposcopica elaborabile a scopi statistici, cartacea e computerizzata;

Numero minimo di colposcopie per colposcopista: 100 per anno;

Valutazione della performance

Numero di trattamenti ambulatoriali/numero trattamenti in day-hospital: almeno l'80%;
Persistenza di displasia a 12 mesi dall'intervento: non superiore al 10%.

**AMBULATORIO DI ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA
(COMPONENTE “N” DEI C.F.)
(COMPONENTE “E” DELLE STRUTTURE DI GINECOLOGIA)**

L’ambulatorio di isteroscopia diagnostica, oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per gli ambulatori deve prevedere:

A) REQUISITI TECNOLOGICI

Attrezzature	note
Ottica (a 30° da mm 5, a 30° da mm 2,9) Camicia a flusso singolo – a doppio flusso Fonte di luce Isteroinsufflatore Spremisacca Sacche soluzione fisiologica	Disponibili per numero e tipo adeguato al volume ed alla tipologia di attività eseguita giornalmente per garantire corrette procedure di sterilizzazione
Strumentazione adeguata per video-endoscopia	

Deve essere presente un carrello con il materiale occorrente per lo svolgimento dell’attività.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

- ginecologo esperto in isteroscopia diagnostica;
- ostetrica e/o infermiera.

Deve essere individuato il responsabile del centro di isteroscopia diagnostica.

Devono essere previste procedure e percorsi di accesso delle pazienti (utenti esterne/interne).

Devono esistere protocolli con le indicazioni per le singole procedure, deve essere presente una modulistica per il consenso informato per le donne sottoposte alle singole procedure diagnostiche previste, deve essere presente materiale informativo per le utenti sulle indicazioni, controindicazioni, complicanze e risultati diagnostici delle singole procedure.

Devono essere individuati e valutati almeno annualmente i protocolli diagnostico adottati sulle singole patologie trattate.

Devono essere previsti percorsi di accesso alle terapie successive alla diagnosi presso centri diagnostici di riferimento con cui devono essere stati preventivamente concordati e periodicamente valutati i protocolli diagnostici adottati.

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

Numero minimo di isteroscopia/isteroscopista/anno: 250

Fecondazione medicalmente assistita

Nell'ambito della fecondazione medicalmente assistita le prestazioni possono essere divise in tre diverse categorie di complessità organizzativa e tecnico professionale:

bassa complessità organizzativa e tecnico professionale:

inseminazioni in cicli naturali o con induzione della crescita follicolare multipla anche utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale e crioconservazione degli spermatozoi;

media complessità organizzativa e tecnico professionale:

iniezione intracitoplasmatica degli spermatozoi o ICSI, prelievo ovocitario ecoguidato e fecondazione in vitro con trasferimento in utero, congelamento degli embrioni (ed ovociti);

alta complessità organizzativa e tecnico professionale:

trasferimento di gameti o embrioni per via laparoscopica, prelievo degli spermatozoi dalle vie genitali, esecuzione di tecniche di avanguardia (diagnosi pre-impianto e/o congelamento di ovociti e/o di tessuto ovarico e/o trasferimento del citoplasma e/o assisted zona hatching etc.). Svolge attività tutoriale formativa e di "continuing medical education" per medici/biologi e biotecnologi con esperienza culturale già provata che partecipino a programmi di media e bassa complessità organizzativa e ne certifica l'avvenuta preparazione.

STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI FECONDAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA A BASSA COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVA E TECNICO PROFESSIONALE

Le strutture che erogano prestazioni di fecondazione medicalmente assistita a bassa complessità organizzativa e tecnico professionale, oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per le strutture ambulatoriali, devono possedere:

A) REQUISITI STRUTTURALI

Locali/spazi	note
Laboratorio (di almeno m ² 12)	In prossimità dell'ambulatorio, da impiegare per la preparazione e il congelamento del liquido seminale
Ulteriore servizio igienico per gli utenti	Attiguo al laboratorio

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Attrezzature/strumentazione	note
Cappa a flusso laminare	
Termostato incubatore	
Centrifuga	
Microscopio ottico	

Pipettrice	
Due contenitori criogenici	
Ecografo con sonda vaginale	
Apparecchio per dosaggi ormonali	In alternativa, collegamento in service con idoneo laboratorio

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale, requisiti minimi per la sicurezza

- Ginecologo
- Andrologo o urologo (in organico od in consulenza)
- Biologo/biotecnologo (con esperienza in seminologia)
- Disponibilità di consulenza psicologica/psichiatrica, genetica ed endocrinologica

STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI FECONDAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA A MEDIA COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVA E TECNICO PROFESSIONALE

Le strutture che erogano prestazioni di fecondazione medicalmente assistita a media complessità organizzativa e tecnico professionale, oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per le strutture ambulatoriali di tipo chirurgico, devono possedere:

A) REQUISITI STRUTTURALI

Locali/spazi	note
Laboratorio (di almeno m ² 15)	Con aria condizionata con filtri assoluti
Ulteriore laboratorio (di almeno m ² 12)	In prossimità dell'ambulatorio da impiegare per la preparazione e il congelamento del liquido seminale e procedure di congelamento
Sala osservazione post-intervento	Dotata di letto tecnico

Tutti i locali (chirurgico-ambulatoriale e laboratorio) devono essere serviti da gruppo elettrogeno e gruppo di continuità.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Oltre a quanto previsto per la categoria precedente:

Attrezzature	note
Tavolo operatorio	
Sistema monitoraggio anestesia	
Incubatore a CO ₂	
Microscopio micromanipolatore	
Criocongelatore programmabile	
Defibrillatore	
Pallone ambu	
Attrezzatura per prelievo gameti maschili	Percutanea o bioptica

Per le strutture in cui non sia possibile l'accesso ad una sala operatoria attrezzata per laparotomia d'urgenza è necessaria una procedura che regolamenti il trasporto assistito e l'accesso d'urgenza ad una struttura sanitaria adeguata.

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

- Ginecologo;
- Personale infermieristico od ostetrico;
- Andrologo od urologo (in organico od in consulenza);
- Biologo/biotecnologo (o medico) con documentata esperienza di fecondazione in vitro ed embriologia;
- Disponibilità di un anestesista presente al momento del prelievo di ovociti e del prelievo degli spermatozoi;
- La disponibilità di consulenza psicologica/psichiatrica, genetica ed endocrinologica;

STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI FECONDAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA AD ALTA COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVA E TECNICO PROFESSIONALE

Le strutture che erogano prestazioni di fecondazione medicalmente assistita ad alta complessità organizzativa e tecnico professionale, oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente ed ai requisiti ulteriori del presente documento definiti per le strutture di Day-Surgery, devono possedere:

A) REQUISITI STRUTTURALI

Dotazione di ambienti/spazi

Locali/spazi	note
Laboratorio (di almeno m ² 15)	Con aria condizionata con filtri assoluti
Ulteriore laboratorio (di almeno m ² 12)	In prossimità della struttura da impiegare per

	la preparazione e il congelamento del liquido seminale e procedure di congelamento.
--	---

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Oltre a quanto previsto per le categorie precedenti:

Attrezzature/strumentazione	note
Attrezzatura completa per laparoscopia, isteroscopia ed eventualmente per tecniche endoscopiche di recente introduzione e provata efficacia	
Attrezzatura /strumentario per laparotomia	
Attrezzature per biologia molecolare e FISH (microscopio a fluorescenza, micropipette, microcentrifuga, ecc.)	

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

Oltre a quanto previsto nella categoria precedente quanto è indicato per la Day Surgery.

REQUISITI ORGANIZZATIVI COMUNI A TUTTE LE CATEGORIE

Devono essere previste:

- procedure per la diagnosi di sterilità e per la selezione dei pazienti;
- procedure per ogni tecnica di PMA eseguita, basata su linee guida e protocolli validati;
- procedure relative alla comunicazione del rischio e per il rispetto della privacy;
- procedure per la gestione delle liste di attesa
- procedure per il consenso informato;
- codice etico di comportamento.

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

Tutti i medici che partecipano alle pratiche di fecondazione assistita devono essere specialisti in Ostetricia e Ginecologia od in Fisiopatologia della Riproduzione, per pratiche sulla coppia, ed andrologi, urologi od endocrinologi con esperienza andrologica per operare sul partner maschile.

1. Per i medici che operano in strutture a bassa complessità oltre ai requisiti generici si richiedono:
 - a) L'esecuzione di almeno 20 cicli di superovulazione ed eventuale inseminazione intrauterina in un centro ad alta complessità organizzativa. Provata conoscenza delle complicanze delle procedure e trattamenti relativi.

- b) Una frequentazione ordinaria e finalizzata alla certificazione di competenza “continuing medical education” presso un centro ad alta complessità organizzativa.
 - c) Urologi/endocrinologi: è richiesta una documentazione della loro competenza andrologica.
- 1a. Per i biologi/biotecnologi che operano nei Centri a bassa complessità organizzativa e tecnico professionale si richiede un'esperienza relativa alla realizzazione di almeno 100 esami del liquido seminale ed almeno 50 trattamenti del seme per inseminazione eseguiti direttamente o sotto tutoraggio nonché una pratica di crioconservazione certificata da un centro ad alta complessità organizzativa nonché una “continuing medical education” certificata dallo stesso centro.
 2. Per i medici che operano in strutture a media complessità oltre ai requisiti generici ed a quelli sopra riportati si richiedono:
 - a) Un'esperienza di almeno 50 pick-up ovocitari eseguiti in prima persona anche sotto tutoraggio presso un centro di 3 livello;
 - b) Oltre ai requisiti suesposti si richiedono la certificata esperienza di 50 trattamenti di fecondazione extracorporea presso centri ad alta complessità organizzativa;
 3. Per i medici che operano in strutture ad alta complessità oltre ai requisiti generici ed a quelli sopra riportati si richiedono:

Tutti i medici dovranno avere un'esperienza di chirurgia endoscopica documentata dalla esecuzione di almeno 50 interventi di laparoscopia diagnostica o minimamente operativa come primo operatore. Devono avere eseguito procedure di fecondazione assistita come unico responsabile o sotto tutoraggio per almeno due anni. Nell'ambito di programmi di Procreazione Medicalmente Assistita le U.O. dove vengono eseguite tecniche di trasferimento di gameti o embrioni per via laparoscopica, devono garantire per i professionisti che eseguono tale tecnica almeno 5 interventi/anno.
 - 3a. Tutti i biologi/biotecnologi oltre alle competenze su accennate dovranno avere effettuato in prima persona o sotto tutoraggio presso un centro ad alta complessità almeno 50 ICSI e dovranno avere certificato una buona conoscenza di almeno una tecnica di avanguardia.
 - 3b. Andrologi, urologi ed endocrinologi che svolgano attività di prelievo testicolare di spermatozoi debbono documentare questa capacità con una loro precedente esperienza diretta o sotto tutoraggio di almeno 20 prelievi.

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

I criteri di valutazione delle performance si riferiscono ai criteri generali della buona pratica medica di Ostetricia e Ginecologia, a quelli delle pratiche di Fecondazione Assistita ed in particolare ai criteri e requisiti di cui al documento regionale di regolamentazione delle pratiche di Procreazione Medicalmente Assistita, dei suoi allegati e di ogni suo eventuale aggiornamento.

La valutazione delle procedure di diagnosi, di accoglienza delle coppie e di trattamento delle stesse in ordine ai loro problemi di salute riproduttiva nonché dei risultati ottenuti saranno oggetto di valutazione interna e di valutazione esterna.

Ogni centro dovrà comunicare entro 30 gg dalla sua richiesta di accreditamento il nominativo di 2 professionisti del team (un medico/biologo ed un infermiere/ostetrico) che valutino la conformità qualitativa delle strutture/attrezzature/procedure/tecniche in uso nel centro.

Ogni centro verrà sottoposto ad analisi critica dei processi su esposti mediante due valutatori esterni che la RER invierà con periodicità definita.

Ogni centro deve utilizzare almeno per l'80% dei cicli di induzione della crescita follicolare multipla i criteri del documento prodotto dalla RER sulla utilizzazione dei farmaci per l'induzione della ovulazione meglio noto come allegato sulla Nota 74 e sue eventuali periodiche rivisitazioni alla luce dei principi di buona pratica medica e farmacoeconomia. Fanno eccezione i protocolli di ricerca coordinati da centri ad alta complessità organizzativa e le pazienti accertate come "poor-responders".

I processi utilizzati devono essere prioritariamente monitorati:

- con audit clinici periodici sulle cartelle cliniche (risultati documentati);
- con analisi di dati raccolte in banche ad hoc.

Inseminazione

Attività	Indicatori
	% gravidanze multiple per fasce di età
% di cicli ripetuti (non > 6)	
	% di gravidanze sul totale dei cicli per fasce di età

Stimolazione/crescita follicolare multipla

Attività	Indicatori
	% gravidanze multiple per fasce di età
% di cicli ripetuti (non > 6)	% donne con cicli > 6/totale donne trattate
	% di gravidanze sul totale dei cicli per fasce di età

Indicatori	note
N° di follicoli preovulatori	Rilevazione ecografia
N° cicli/totale pz (per fascia di età)	Età ≤ 34; 35-38; ≥39
N° cicli per etiologia/totale cicli	
N° trattamenti sospesi per iperstimolazione (ipostimolazione)/totale pazienti trattate	

Prelievo di ovociti

Indicatori	note
-------------------	-------------

N° di complicanze chirurgiche/N° di prelievi eseguiti	Numero complicanze che hanno portato ad un intervento chirurgico
N° di complicanze infettive/ N° di prelievi eseguiti	Numero di pelvipеритонiti

Inseminazione in vitro e coltura di embrioni

Indicatori	note
% di fertilizzazione/uova inseminate per fasce di età	
% di sviluppo di embrioni/uova fecondate per fasce di età	

Trasferimento di embrioni in utero

Indicatori	note
Indice di impianto: N° di embrioni con camera/N° di embrioni trasferiti per fascia di età	
N° gravidanze (38° sett.)/N° cicli iniziati per fasce di età	
N° gravidanze (38° sett.)/N° prelievi di ovociti per fasce di età	
N° gravidanze (38° sett.)/N° trasferimenti per fasce di età	
Indice di aborto: N° di gravidanze iniziate/N° di gravidanze a termine per fasce di età	
N° di bambini nati per gravidanza per fasce di età	
N° di gravidanze multiple/totale gravidanze per fasce di età	

Crioconservazione di embrioni o ovociti in eccesso

Indicatore	note
Percentuale di sopravvivenza	

Day surgery/one day surgery

Con il termine di chirurgia di giorno (day surgery) si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno, in anestesia locale, loco-regionale o generale. Qualora il ricovero preveda la presenza del degente per 24 ore, si parla di “one day surgery”.

Le attività di day-surgery possono essere effettuate secondo tre possibili modelli:

- *Unità autonoma di day-surgery* dotata di accettazione, degenza, sale operatorie, uffici amministrativi ed altri eventuali servizi indipendenti; tale unità ha propri locali, mezzi e personale, ed è quindi autonoma dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale.
- *Unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare*: esclusivamente dedicata ai casi di chirurgia di giorno, all'interno di un ospedale o di una casa di cura; i pazienti possono usufruire delle sale operatorie centrali secondo orari o turni prestabiliti, oppure di sale operatorie e locali dedicati.
- *Posti letto dedicati* all'interno dell'unità di degenza ordinaria di un ospedale o di una casa di cura, con attività a carattere chirurgico. I pazienti usufruiscono delle sale operatorie centrali secondo giornate o turni prestabiliti.

A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Oltre ai requisiti strutturali generali e specifici previsti dalla normativa vigente per l'attività di Day Surgery, indipendentemente dal suo modello organizzativo devono essere posseduti i seguenti requisiti:

Sala Operatoria

Devono essere posseduti gli stessi requisiti già indicati alla voce blocco operatorio del presente documento.

Degenza

- Devono essere identificati letti e/o poltrone rispetto ai posti letto di ricovero ordinario.
- Deve essere intesa come ambiente di riposo post operatorio, deve poter permettere le routinarie manovre di controllo dei parametri nel post operatorio e una graduale ripresa delle funzioni fisiologiche e delle normali attività (deambulazione, assunzione di alimenti, capacità di rivestirsi, etc.).

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Quando è presente un'attività organizzativa autonoma di Day Surgery deve essere prevista una Caposala o infermiere responsabile.

Il coordinamento deve essere affidato ad uno specialista di branca chirurgica o anestesiologicala. Tale figura di coordinatore di Day Surgery è utile al fine di creare un elemento di catalizzazione del sistema organizzativo.

L'assicurazione della qualità è particolarmente importante in Day Surgery perché il successo, la sicurezza e la resa economica delle unità di Day Surgery sono imprescindibili da un rigoroso controllo del processo in tutta la sua globalità.

Per il controllo del processo si devono prevenire e gestire le non conformità e devono essere gestite le aree di criticità e dei fattori di rischio.

Le aree di criticità si situano a livello di:

- selezione preoperatoria
- esecuzione dell'intervento
- controllo post operatorio
- fase di dimissione
- contatti con il paziente nella fase domiciliare del post operatorio.

Elenco interventi effettuabili in day surgery/one-day surgery:

Conizzazione (*)

IVG

Revisione cavità uterina

Isteroscopia diagnostica (*) e operativa per interventi minori (comprensivi di quelli praticati per l'attività di fecondazione medicalmente assistita).

Laparoscopia diagnostica

Piccola patologia tratto genitale inferiore (interventi sulla ghiandola del Bartolino)

Cordocentesi

Devono essere elaborati i seguenti protocolli/procedure/documenti:

- procedure per fornire risposte adeguate sia alle richieste routinarie, sia alle richieste in emergenza/urgenza.
- deve essere documentato tutto il processo assistenziale, dalla selezione del paziente alla verifica dei risultati a distanza.
- specifici protocolli di ammissione, cura e dimissione dei pazienti.
- procedura per la raccolta del consenso informato (per l'intervento chirurgico e per il piano di anestesia).
- definiti i collegamenti funzionali con le altre unità operative/moduli organizzativi, dipartimenti.

(*) Quando non eseguibile a livello ambulatoriale

- deve esistere un collegamento funzionale fra le strutture di Day Surgery e i reparti di degenza ordinaria, attraverso rapporti predefiniti o, quando si tratti di amministrazioni differenti, di specifici contratti.
- Devono essere definiti appositi accordi e protocolli operativi con i servizi di supporto per le indagini pre-operatorie.

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

Il personale medico deve essere in possesso dei seguenti requisiti professionali:

- gli operatori medici delle singole specialità ammesse nel programma Day Surgery dovranno possedere dimostrata esperienza nella branca di loro competenza, con documentata casistica di interventi eseguiti in qualità di primo operatore;
- i medici non in possesso di tali requisiti possono operare in qualità di secondo o in qualità di primo operatore, se assistiti da un collega con i requisiti sopraccitati;
- il personale di sala operatoria deve possedere esperienza specifica documentata.

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Indicatori per la valutazione della qualità durante la fase di selezione:

Rapporto cancellati/attesi: rapporto tra il numero dei pazienti che il mattino dell'intervento non vengono riconosciuti idonei all'intervento dall'anestesista e il numero dei pazienti attesi per l'intervento. La non idoneità è più probabile quando la visita anestesiológica non è sistematicamente effettuata qualche giorno prima dell'intervento.

Rapporto non venuti/attesi: rapporto tra il numero dei pazienti che non si sono presentati e il numero di quelli attesi.

Indicatori per la valutazione della qualità durante la fase di trattamento:

Rioperati/operati: rapporto tra il numero di pazienti operati e il numero di pazienti sottoposti a reintervento nei 15 giorni successivi.

Indicatori per la valutazione della qualità durante la fase di dimissione:

Trasferiti/operati: rapporto tra il numero dei pazienti ospedalizzati nelle 24 ore successive all'intervento e i pazienti operati.

Acquisizione servizi

Il lavoro di un'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia prevede, oltre alla routine di sala travaglio-parto e di sala operatoria (assistenza al parto fisiologico, interventi chirurgici programmati ginecologici ed ostetrici, di endoscopia diagnostica ed operativa), un'attività non programmabile di emergenza-urgenza, che è sempre più complessa laddove la struttura disponga di un Servizio di Pronto Soccorso e maggiormente se la stessa U.O. prevede il libero accesso.

Diventa, quindi, fondamentale il rapporto con altri Servizi ed U.O., regolato da procedure verificate periodicamente in termini di requisiti tecnici ed organizzativi, al fine di monitorare e migliorare l'attività stessa.

Anestesia e Rianimazione

Oltre alla disponibilità di uno o più anestesisti per interventi chirurgici programmati è necessaria la presenza di un anestesista di guardia per l'emergenza-urgenza o almeno di un altro anestesista in pronta disponibilità, secondo i livelli di complessità delle strutture.

Anatomia Patologica

Oltre alla normale attività programmata deve esistere la possibilità di eseguire esami estemporanei, secondo i livelli di complessità delle strutture. Il Servizio di Anatomia Patologica deve soddisfare gli standard di qualità richiesti: ciò vale sia per il servizio presente nella stessa Azienda Ospedaliera o nell'AUSL sia per i servizi esterni convenzionati. Tale attività prevede la lettura di esami istologici (compresi placenta e feto), citologici (compreso il Pap Test) ed immunoistochimici.

Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche

• Laboratorio Analisi chimico-cliniche

Devono essere concordati con il laboratorio di riferimento protocolli per gli esami disponibili in urgenza nelle 24 ore 7giorni/7 e per quelli eseguibili in via ordinaria, tenuto conto del livello e delle attività presenti.

Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura devono essere presenti formali accordi sulle modalità di trasporto, consegna dei campioni e dei referti e tempi di risposta.

L'U.O. di Ostetricia e Ginecologia deve potersi avvalere di un laboratorio che esegua indagini sierologiche per la valutazione della risposta anticorpale nei confronti dei più comuni agenti infettivi.

Devono essere garantite le attività di laboratorio per esami immuno-ematologici, endocrinologici e genetici secondo protocolli concordati.

- **Laboratorio di Microbiologia**

L'U.O. di Ostetricia e Ginecologia deve potersi avvalere di un laboratorio di Microbiologia che esegua esami colturali per l'isolamento e la tipizzazione di germi aerobici e anaerobici gram-positivi e gram-negativi, miceti e virus dai materiali biologici e non, secondo protocolli concordati

Deve essere possibile definire il profilo di sensibilità ai farmaci antibatterici e antimicotici. Il Laboratorio di Microbiologia deve essere in grado di assicurare la conservazione del ceppo batterico per l'eventuale successiva determinazione della Concentrazione Minima Inibente (MIC) di farmaci antibatterici e anche per la valutazione del potere antibatterico del siero.

Per le richieste nelle giornate festive devono essere codificate le modalità di prelievo e di conservazione dei campioni, nel caso questi non possano essere subito inviati al laboratorio.

Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura devono essere presenti formali accordi su: modalità di trasporto e consegna dei campioni e del referti, e i tempi di risposta.

Radiologia

Un Servizio di Radiologia convenzionale deve essere disponibile 7 giorni su 7 e h 24 su 24 anche con un servizio di pronta disponibilità. Deve essere garantito l'accesso alle strutture per TAC, RM ed altri esami specialistici nella stessa sede o in sede funzionalmente collegata.

Radioterapia e Oncologia Medica

Disponibilità di un collegamento ai Servizi di Radioterapia e di Oncologia Medica per il counselling su eventuali terapie adiuvanti, nel rispetto dei tempi di attesa compatibili con gli standard predefiniti.

Servizio Immunotrasfusionale

Disponibilità continua 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 di sangue e suoi derivati in caso di emergenza-urgenza ed in caso di terapie trasfusionali non urgenti.

Medicina Nucleare

Necessità di poter usufruire di tale servizio. L'attività può essere svolta nella stessa sede o in sede collegata per aggregazione aziendale o tramite convenzione.

Specialità Chirurgiche e Mediche

Possibilità di disporre in condizioni sia di elezione sia di emergenza-urgenza di competenze e consulenze di natura chirurgica ed internistica.

Servizio di mediazione culturale

Possibilità di disporre, a necessità, di servizi di mediazione culturale.

Indice

Premessa	2
Definizione e requisiti delle strutture	4
I Consultori Familiari	11
I Punti Nascita.....	21
Le strutture operative di ginecologia	37
Strutture ambulatoriali di Ostetricia e Ginecologia.....	41
Fecondazione medicalmente assistita	52
Day surgery/one day surgery	59
Acquisizione servizi.....	62