

## Il Piano di Rete

### RETI TEMPO DIPENDENTI – RETE NEONATOLOGICA E PUNTI NASCITA

Il presente Piano di Rete<sup>1</sup> rappresenta la proposta di indirizzo e programmazione, tenendo conto delle criticità rilevate e delle proposte di miglioramento necessarie, con la quale la Rete Neonatologica dovrà declinare nel contesto territoriale regionale gli interventi individuati. Nella sua stesura sono state considerate le dinamiche di sviluppo organizzativo e di integrazione professionale in coerenza con i mandati istituzionali nazionali e regionali e delle *best practice*.

<b>1. STRUTTURA DI BASE</b>	
<b>ATTI COSTITUTIVI</b>	<p>Decreto ARCS 212 del 21/12/2021 “reti tempo dipendenti – filiera neonatologica e punti nascita” che indica l’organizzazione con la quale la regione Friuli Venezia Giulia garantisce, in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, la presa in carico clinico-assistenziale della donna in gravidanza, della coppia e del neonato.</p> <p>Il documento, nel definire il modello organizzativo di riferimento, integra e completa le strategie già in essere, definite in atti precedenti, tese al miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali in tutte le fasi del percorso nascita. Alla luce nel nuovo assetto istituzionale del Sistema Sanitario regionale e di quanto stabilito al comma c) dell’articolo 4 della legge regionale n. 27/2018, che al punto 1) stabilisce che ARCS “cura il coordinamento e il controllo delle reti cliniche delle quali ne cura altresì l’attivazione”, viene attivata la Filiera Neonatologica e Punti Nascita delle Reti Tempo Dipendenti, facendo propri tutti i documenti già adottati dalla regione, aggiornando le strutture coinvolte nei percorsi di cura della filiera, definendone il ruolo nel rispetto di quanto contenuto negli atti di programmazione regionale, e fornendo le indicazioni generali sul modello di <i>governance</i> adottato.</p> <p><u>Normativa nazionale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Decreto Ministeriale 24 aprile 2000 recante “Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000”;</li> <li>- Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 206, recante “Attuazione della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell’adesione di Bulgaria e Romania” che specifica, all’articolo 48, comma 2 – come modificato dall’articolo 37, del Decreto legislativo 28 gennaio 2016, n. 15 - le attività che le ostetriche sono autorizzate a svolgere;</li> <li>- Decreto Ministeriale 11 novembre 2015 che all’art. 1 precisa i compiti consultivi del Comitato Percorso Nascita nazionale relativamente ai Punti nascita operanti in deroga;</li> <li>- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, i Comuni e le Comunità montane - Accordo Rep Atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010 sul documento “Linee di indirizzo per la promozione ed il</li> </ul>

<sup>1</sup> Piano di Rete - Modello di gestione per le reti cliniche di patologia Det. ARCS n. 502 del 29/07/2022

miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo";

- Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 – "Regolamento recante definizioni degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- Decreto Presidente Consiglio Ministri 12 gennaio 2017 - "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Accordo Rep. Atti n. 14 / CSR del 24 gennaio 2018 sul documento "Linee guida per la revisione delle reti Cliniche DM 70/2015 - Le reti tempo dipendenti";
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano – Accordo Rep. Atti 15/CSR del 20 febbraio 2020 sul documento di indirizzo "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita";

Normativa regionale

- Delibera giunta 29 novembre 2004, n. 3235 - Approvazione del progetto obiettivo materno-infantile e dell'età evolutiva. Approvazione definitiva;
- Delibera giunta 15 giugno 2012, n.1083 - Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. Indicazioni per l'attuazione in Friuli Venezia Giulia;
- Delibera giunta 26 giugno 2014, n. 1200 - Sospensione dell'attività presso il Punto nascita del presidio ospedaliero di Gorizia;
- Delibera giunta 28 agosto 2015, n. 1676 - Recepimento piano nazionale sulla malattia diabetica ed approvazione atti di indirizzo regionali sull'assistenza alle persone con diabete, allegato 3 "Il diabete gestazionale: documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale";
- Delibera giunta 16 ottobre 2015, n. 2039/2015 - "LR 17/2014, art. 37 – Piano dell'emergenza urgenza della regione Friuli Venezia Giulia: approvazione definitiva;
- Decreto 19 dicembre 2016, n. 1733/SPS - Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN) e Servizio Assistito Materno (STAM) – Procedura;
- Delibera giunta 17 novembre 2017, n. 2200 - Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. - indicazioni per l'attuazione in Friuli Venezia Giulia: modifiche all'allegato a, che ridefinisce la composizione del Comitato percorso nascita regionale;
- Delibera giunta 21 marzo 2018, n. 723 - Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo: Percorso nascita per la gravidanza a basso rischio in Friuli Venezia Giulia;
- Legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27 - Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale;
- Legge regionale 8 luglio 2019, n. 9 - Disposizioni multisettoriali per esigenze urgenti del territorio regionale, che all'art. 75 prevede che "il presidio ospedaliero di base "spoke" Latisana e Palmanova, di cui all'articolo 28, assicura le degenze della funzione di

	<p>ginecologia e ostetricia con punto nascita, ivi compresa la pediatria, presso la sede operativa di Latisana”;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 - Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006;</li> <li>- Delibera giunta n. 1446 del 24 settembre 2021 – LR 22/2019: definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del Servizio sanitario regionale;</li> <li>- Delibera giunta n. 1486 del 30 settembre 2021 – Accordo Stato Regioni del 16.12.2010, rep atti n. 137/CU recante “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo: Percorso per il Parto a Basso Rischio Ostetrico (BRO) a gestione autonoma ostetrica. Aree funzionali BRO alongside e Gestione autonoma in UO di Ostetricia e Ginecologia”.</li> </ul>
<p><b>MANDATO della RETE</b></p>	<p>I percorsi per la gravidanza e il travaglio/parto, considerata la loro natura dinamica, si inseriscono all’interno di una rete regionale integrata che vede l’operatività, secondo un modello sinergico, di servizi dedicati alla gestione di livelli di rischio ostetrico differenziati (Consultori familiari, Ambulatori per la gravidanza BRO, Ambulatori per la gravidanza ad alto rischio, Punti nascita di I e II livello).</p> <p>La Rete Punti nascita, inserita tra le reti cliniche tempo dipendenti, mette in relazione con modalità formalizzate e coordinate i professionisti, le strutture e i servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologie e livelli differenti, nel rispetto dell’appropriatezza clinica e organizzativa e della continuità delle cure.</p> <p>La finalità della rete è quella di garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- una risposta assistenziale alla gravidanza commisurata al profilo di rischio attraverso l’integrazione dei Punti nascita hub e spoke e dei Servizi territoriali, in particolare valorizzando i Servizi territoriali e la professionalità delle ostetriche nel basso rischio ostetrico e indirizzando le gravidanze a rischio verso strutture sanitarie con risorse professionali, tecnologiche e organizzative più adeguate alla presa in carico, nel rispetto dell’appropriatezza e della sostenibilità clinica e organizzativa;</li> <li>- la continuità di assistenza e cura tra servizi territoriali e strutture ospedaliere, integrando operativamente il percorso gravidanza con il percorso travaglio/parto/puerperio;</li> <li>- livelli di sicurezza adeguati, centralizzando nei Punti nascita di II livello le situazioni più complesse per donna e/o neonato;</li> <li>- la pronta e appropriata attivazione del Servizio di trasporto in emergenza neonatale (STEN) e del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM);</li> <li>- l’efficienza nell’utilizzo delle risorse e nella qualità delle prestazioni erogate in base al principio del rispetto dei volumi minimi di casistica da trattare.</li> </ul> <p>L’obiettivo principale della Filiera Neonatologica e Punti nascita, appartenente alle Reti Tempo dipendenti, è quello di migliorare gli esiti di salute di donna e neonato, offrendo</p>

	un'assistenza al percorso nascita di qualità, appropriata e sicura, orientata a minimizzare il rischio e ad aumentare il benessere.	
STRUTTURE PRESENTI SUL TERRITORIO	Azienda	Punto nascita
	IRCCS Burlo Garofolo	IRCCS Burlo Garofolo
	ASUGI	Monfalcone
	ASUFC*	Udine
		Latisana
		Tolmezzo
		San Daniele
	ASFO	Pordenone
		San Vito
Casa Di Cura	Pol. S. Giorgio	
* Il Centro nascita da Palmanova è stato chiuso il 29 luglio 2019, contestualmente all'apertura del centro nascita di Latisana		
TECNOLOGIE AVANZATE IN AMBITO DIAGNOSTICO		
TECNOLOGIE AVANZATE IN AMBITO TERAPEUTICO		
POPOLAZIONE (fasce di età, patologia)	La natalità in Friuli Venezia Giulia ha fatto registrare, nel corso dell'ultimo decennio, un costante calo, in linea con il trend che caratterizza il panorama nazionale. Nel periodo considerato, le nascite sono diminuite di 2.506 unità (-23,9%), scendendo, nel 2020, sotto le 8.000	
INCIDENZA	Le informazioni utilizzate per l'analisi sono state ricavate dal Datawarehouse Regionale, più specificatamente dal Repository Epidemiologico Regionale (RER), che è un archivio di database clinici e amministrativi collegabili tra di loro mediante un codice numerico stocastico univoco assegnato a ciascun individuo, soggetto a variazione ogni sei mesi. La fonte principale dei dati è rappresentata dai certificati di assistenza al Parto (schede CeDAP) ai quali sono state agganciate le informazioni provenienti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per quanto attiene in particolare alle complicanze materne.	
PREVALENZA		
ALTRI DATI DI ATTIVITA'	La quasi totalità dei parti (99,3%) avviene nei 9 Punti nascita operanti in regione (8 pubblici e uno privato accreditato). Nel corso del 2020, 43 parti, pari allo 0,5% del totale, si sono svolti a domicilio. A partire dal 29 luglio 2019, a seguito delle disposizioni della LR 9/2019, le funzioni di degenza di ginecologia e ostetricia con punto nascita del presidio ospedaliero di base "spoke" Latisana e Palmanova sono assicurate esclusivamente nella sede di Latisana. Nel	

corso dell'anno successivo, si assiste ad un assestamento dei volumi di attività in alcuni Punti nascita, come ad esempio Monfalcone e San Vito al Tagliamento, legati alla redistribuzione regionale dell'utenza che afferiva a Palmanova con la nuova offerta a Latisana (Fig. 2).

Nel 2020, tutti i Punti nascita registrano un numero di parti superiore alla soglia di 500/anno, ad eccezione del Punto nascita di Tolmezzo che opera in deroga alle previsioni dell'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, in quanto ubicato in un territorio con caratteristiche orografiche particolarmente svantaggiose. Il volume di attività di Tolmezzo, nel biennio 2019-2020, si assesta attorno ai 380 parti/anno.

Solo tre Punti nascita (IRCCS Burlo Garofolo, Udine e Pordenone) hanno un volume di attività superiore ai 1.000 parti/anno; i Punti nascita di San Vito al Tagliamento, Latisana e Casa di cura Policlinico San Giorgio di Pordenone hanno un numero di parti di poco superiori alla soglia minima (rispettivamente 550, 533 e 508 parti/anno).

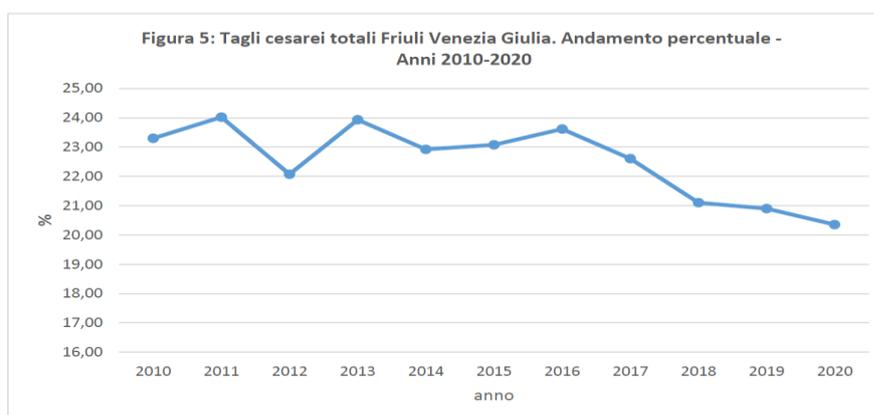
AZIENDA	PUNTO NASCITA	PARTI NATURALI	PARTI OPERATIVI	PARTI CESAREI	TOTALE PARTI 2020
AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE	P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN - SEDE PORDENONE	781	113	276	1.170
AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	391	36	123	550
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE	P.O. LATSANA E PALMANOVA - SEDE LATSANA	391	44	98	533
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	611	36	183	830
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	291	31	67	389
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE	P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD - SEDE UDINE	1.012	130	359	1.501
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	604	49	169	822
CASA DI CURA - S. GIORGIO	CASA DI CURA SAN GIORGIO	383	23	102	508
I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	1.100	146	213	1.459
NON CODIFICATA		55			55
<i>Totale</i>		<i>5.619</i>	<i>608</i>	<i>1.590</i>	<i>7.817</i>

\* la sede di Latisana del presidio ospedaliero di Latisana e Palmanova ha avviato l'attività di Punto nascita in data 29 luglio 2019

° la sede di Palmanova ha contestualmente cessato di essere operativa come Punto nascita

I dati riportati tengono conto del confronto tra i dati SDO, i certificati CeDAP e il report presente sul portale direzionale

**Tagli cesarei totali:** l'analisi dell'andamento, nell'ultimo decennio, del ricorso al taglio cesareo, evidenzia un trend in discesa negli ultimi anni (Fig. 5), con un valore che oscilla nel 2020 tra il 14,61% e il 23,97%, rispettivamente presso gli Hub Burlo Garofolo e Udine.



## 2. MECCANISMI OPERATIVI

(Modelli di presa  
in carico)  
HUB & SPOKE

### Punti nascita di I livello

I Punti nascita di I livello hanno un volume di attività superiore a 500 parti/anno, standard operativo minimo a garanzia dello sviluppo delle competenze dei professionisti e della sicurezza. Solo per i Punti nascita che operano in sedi orograficamente disagiate, con volumi di attività inferiori alla suddetta soglia minima, è prevista la possibilità di presentare al Ministero istanza di deroga per il mantenimento in attività. Il D.M. 11/11/2015 prevede che il Comitato Percorso nascita nazionale esprima motivato parere, a seguito delle risultanze del protocollo metodologico debitamente compilato, in merito alle richieste di deroga avanzate.

I Punti nascita di I livello assicurano l'assistenza alle gravidanze e ai parti con epoca gestazionale superiore o uguale alle 34 settimane, in situazioni che non richiedono presumibilmente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato per la madre e il neonato. Eventuali eccezioni a questa raccomandazione devono essere preventivamente concordate con la TIN del centro di riferimento di II livello.

Si configurano come centri spoke ospedalieri.

### Punti nascita di II livello

I Punti nascita di II livello garantiscono l'assistenza, oltre che alle situazioni già descritte per il I livello, anche a gravidanze, parti e neonati con condizioni di alto rischio. Hanno un volume di attività superiore a 1.000 parti/anno e sono provvisti di Terapia Intensiva Neonatale.

Si configurano come centri Hub e, oltre alle strutture di Ostetricia e ginecologia e Pediatria, sono dotati di Neonatologia con Terapia intensiva neonatale.

Sia i Punti nascita di I livello (spoke) che i Centri di II livello (Hub) rispettano i requisiti strutturali, tecnologici e organizzazione di autorizzazione e accreditamento previsti dalla normativa nazionale e regionale (DGR 1083/2012). La Regione prevede verifiche periodiche sul mantenimento dei requisiti, anche avvalendosi di check list di autovalutazione.

Come indicato nell'allegato 3 della DGR n. 1.446 del 24 settembre 2021, alla data di attivazione della Filiera Neonatologica e Punti nascita operano sul territorio regionale i Punti nascita indicati nella tabella sottostante.

Area territoriale	Punto nascita	Livello assistenziale	Hub o spoke
Giuliano isontina	Trieste – Burlo Garofolo	II livello	hub
	Monfalcone – Burlo Garofolo	I livello	spoke
Friuli centrale	Udine	II livello	hub
	Latisana	I livello	spoke
	San Daniele	I livello	spoke
	Tolmezzo	I livello	spoke
Friuli	Pordenone	I livello	spoke

	occidentale	San Vito al Tagliamento	I livello	spoke	pubblico
		Pordenone - Casa di Cura San Giorgio	I livello	spoke	privato
	Il Punto nascita di Tolmezzo, sito in area orograficamente disagiata con un volume di attività inferiore ai 500 parti/annui, opera in deroga a seguito dell'esito favorevole dell'iter procedurale ministeriale.				
(Modelli di presa in carico) CENTRI DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le situazioni a maggior complessità di cure per donna e/o neonato sono centralizzate nei Punti nascita con competenze professionali, tecnologiche e logistiche in grado di dare risposte adeguate alla specifica condizione materna e/o feto-neonatale e migliorare gli esiti perinatali;</li> <li>- per le gravidanze a basso rischio ostetrico si fa riferimento al modello assistenziale a conduzione autonoma ostetrica, preferibilmente nelle sedi distrettuali, secondo il percorso definito con DGR 723/2018;</li> <li>- le attività di STEN e STAM si sviluppano, secondo procedure codificate, in stretta sinergia e integrazione tra le articolazioni dei Punti nascita spoke e hub (Ostetricia, Neonatologia e TIN) e tra i Punti nascita e la SORES.</li> </ul>				
(Modelli di presa in carico) INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	<p><b>Consultori dei distretti</b></p> <p>Nel rispetto dei requisiti definiti dalla DGR 1083/2012, i consultori operano in rete secondo modalità organizzative integrate, omogenee e condivise, atte a soddisfare le necessità assistenziali della triade futuri genitori-neonato e si configurano come centri spoke territoriali.</p> <p>Nell'ambito delle attività della filiera concorrono a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promuovere la salute della donna in età fertile e in fase pre-concezionale e offrire in modo proattivo il controllo prima del concepimento;</li> <li>- definire e adottare criteri condivisi con i Punti nascita per l'individuazione del livello di rischio della gravidanza, secondo quanto definito dalla DGR 723/2018;</li> <li>- seguire le gravidanze identificate come a basso rischio ostetrico;</li> <li>- promuovere il modello organizzativo di gestione autonoma ostetrica per le gravidanze BRO, secondo il percorso di diagnostico cura e assistenza delineato con la DGR 723/2018;</li> <li>- adottare, per l'assistenza alla gravidanza BRO, la cartella informatizzata integrata ospedale-territorio;</li> <li>- assicurare la continuità assistenziale e favorire le dimissioni protette di puerpere e neonati;</li> <li>- implementare iniziative a sostegno delle competenze genitoriali e dello sviluppo del bambino.</li> </ul>				

	<p><a href="#">Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta</a></p> <p>I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in relazione alle loro specifiche competenze, operano in rete e concorrono, con gli altri professionisti del percorso nascita, a promuovere la salute della donna e del bambino.</p>
<p>(Modelli di presa in carico) STRUMENTI CONDIVISI</p>	<p>Il sistema emergenza urgenza territoriale contribuisce all'operatività della Rete Neonatologica e Punti nascita tramite la Struttura Operativa Regionale Emergenza Sanitaria (SORES), il Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN), il Trasporto Assistito Materno (STAM), l'Elisoccorso neonatologico e gli Equipaggi di soccorso su terra.</p> <p>La <i>SORES</i> è il nodo di ricezione della domanda e attivazione del sistema di trasporto STAM e STEN, come definito con Decreto della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità n. 1733/2016. Inoltre, contribuisce ad assicurare assistenza a distanza nelle situazioni di parto improvviso per le quali non è stato possibile raggiungere un punto nascita da parte della donna.</p> <p>Lo <i>STEN</i> rappresenta l'anello di congiunzione tra i diversi punti nascita spoke ed i centri di Patologia neonatale con Terapia Intensiva Neonatale (TIN) rappresentanti gli Hub di II livello. È finalizzato ad assicurare la migliore assistenza ad ogni neonato nella struttura più idonea alle sue necessità. I trasporti STEN sono assicurati da medici Neonatologi e infermieri della TIN. Il personale dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste assicura i trasporti per l'area Giuliano-Isontina, quello dell'ASUFC per i trasporti delle aree Friuli Centrale e Occidentale.</p> <p>Lo <i>STAM</i> consiste nel trasporto in utero. Deve essere privilegiato rispetto allo STEN, in quanto la sopravvivenza e l'<i>outcome</i> sono più favorevoli quando il neonato critico può contare sulla migliore assistenza post-natale assicurata nei centri di II livello con TIN. Lo STAM si caratterizza per la presenza dell'ostetrica a bordo dell'equipaggio; può essere elettivo o urgente, nel caso si sia instaurata una condizione acuta materna e/o fetale.</p> <p>L'<i>Elisoccorso neonatologico</i> può essere utilizzato per il trasporto in urgenza presso centri di alta specializzazione per i neonati che necessitano di interventi o procedure salva vita.</p> <p>Gli <i>Equipaggi di soccorso</i> su terra sono rappresentati dalle Ambulanze ALS e dalle Automediche. Concorrono all'assistenza al parto quando, nel corso del trasporto al punto nascita, il parto precipita obbligando a far nascere il bambino al domicilio o sulla strada.</p>
<p>PDTA documenti di indirizzo</p>	<p>Decreto 19 dicembre 2016, n. 1733/SPS - Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN) e Servizio Assistito Materno (STAM) – Procedura</p>
<p>(Integrazione tra servizi) SISTEMA INFORMATIVO</p>	<p>Per la registrazione dei dati di trasporto, sia lo STAM che lo STEN utilizzano schede dedicate e omogenee a livello regionale, una predisposta per la struttura inviante e un'altra per la struttura ricevente (Decreto 1733/2016). Al fine di migliorare l'interazione tra i Nodi e poter disporre di dati omogenei per le valutazioni di performance del sistema</p>

	di trasporto materno e neonatale, il Coordinamento della Rete e SORES individuano le modalità più idonee per l'informatizzazione dei dati.
(Integrazione tra servizi) FLUSSO DI DATI	La continuità assistenziale tra territorio, riferimento preferenziale per le donne con gravidanze a basso rischio ostetrico, e ospedale, riferimento per il travaglio/parto, è facilitata dalla predisposizione di una cartella informatizzata, attualmente in fase di sperimentazione. Lo strumento, a disposizione degli operatori che seguono le gravidanze BRO, sia nei Consultori familiari che negli ambulatori dei Punti nascita, è accessibile da G2 clinico.
<b>3. PROCESSI SOCIALI</b>	
<b>esplicitazione degli strumenti di integrazione tra i professionisti e gli operatori</b>	
INDICATORI	
IMPLEMENTAZIONE PERCORSO DI RETE	<p>La Rete persegue i seguenti obiettivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- offrire una risposta sanitaria qualificata, omogenea per tutto il territorio regionale, assicurando l'assistenza in un <i>setting</i> assistenziale che assicuri competenze professionali e organizzative appropriate al livello di rischio ostetrico o feto-neonatale;</li> <li>- assicurare un percorso dinamico che, attraverso uno stretto monitoraggio e una stretta integrazione tra i servizi, garantisca il passaggio assistito tra i diversi <i>setting</i> di cura, verso una maggior intensità di cure o un ritorno al livello a minor complessità;</li> <li>- garantire il trasporto rapido della donna e/o del neonato all'hub di riferimento, in modo da assicurare un trattamento tempestivo ed efficace dal punto di vista clinico-assistenziale;</li> <li>- favorire la continuità assistenziale, l'integrazione operativa fra le diverse fasi (pre-concezionale, gravidanza, parto e puerperio) e la presa in carico secondo percorsi di diagnosi, cura e assistenza comuni, condivisi e omogenei su tutto il territorio regionale;</li> <li>- implementare strumenti informativi comuni per favorire il lavoro in rete e il collegamento informativo tra le strutture regionali, nonché la disponibilità di dati omogenei per poter effettuare le valutazioni di performance dei servizi offerti e assicurare i flussi informativi regionali e nazionali;</li> <li>- promuovere l'acquisizione e il mantenimento di competenze professionali specifiche tra gli operatori coinvolti ai vari livelli, attraverso l'attuazione di iniziative formative comuni su tutto il territorio regionale, al fine di creare sinergie e favorire l'integrazione fra operatori dell'intera rete, nonché diffondere le buone pratiche cliniche;</li> <li>- valutare, anche attraverso azioni di benchmark nazionali e sovra-nazionali, gli esiti delle cure erogate, l'appropriatezza dei trattamenti e dei livelli di qualità raggiunti dalle strutture costituenti la rete.</li> </ul>

VALORIZZAZIONE PERCORSO DI RETE	Redazione di un piano di rete comprensivo di piano strategico, piano annuale di attività, PDTA e indicatori di monitoraggio;
(volontari, no profit) INIZIATIVE	
(volontari, no profit) COLLABORAZIONI	
INFORMAZIONI ai CITTADINI	Un report periodico sulla performance della rete, a cura del coordinamento, sarà reso disponibile sui siti istituzionali.
CARTA DEI SERVIZI	ogni Azienda rende disponibile, sul sito aziendale, la carta dei Servizi del Percorso nascita, al fine di rendere accessibile e trasparente al cittadino la propria offerta di servizi, con riferimento ai singoli Punti nascita di pertinenza. La carta dei Servizi del Percorso nascita contiene tutte le informazioni previste dalla DGR 1083/2012, in coerenza a quanto previsto dal Comitato percorso nascita nazionale nel documento " <i>Carta dei Servizi del Percorso Nascita</i> ".
<b>4. PIANI DI INVESTIMENTO</b>	
<b>5. RISORSE DEDICATE ALLA RETE</b>	
PIANO DI GOVERNANCE DELLA FARMACEUTICA DI RETE	
<b>6. TELEMEDICINA</b>	
TELEVISITA	
TELECONSULTO	
TELEMONITORAGGIO	
TELECONTROLLO	
TELEASSISTENZA	
<b>7. RISULTATI ESITI</b>	
QUALE SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA RETE	Un'infrastruttura informatica trans-aziendale, attraverso il supporto della software-house INSIEL permette di rendere visibili le informazioni cliniche a tutti gli attori del "percorso di cura" nell'ambito delle sue finalità e per il tempo necessario al suo espletamento, nel rispetto della normativa sulla privacy.
INDICATORI di PROCESSO	La tabella riporta gli indicatori ai quali fare riferimento per la valutazione delle performance della filiera Neonatologica e Punti nascita (modificato da Accordo Stato Regioni 14/2018).

livello	indicatore	formula	Standard	fonte
I	N. Parti/anno ( <i>spoke</i> )		500 parti/anno	PNE
I	N. Parti/anno ( <i>hub</i> )		>1000 parti/anno	PNE
I	Tagli cesarei primari ( <i>spoke</i> )		Massimo 15%	PNE
I	Tagli cesari primari ( <i>hub</i> )		Massimo 25%	PNE
	<b>Parto naturale</b>			<b>PNE</b>
I	Complicanze durante parto o puerperio	Azienda di residenza	da PNE	PNE
I	Complicanze durante il parto o puerperio	Struttura di ricovero	da PNE	PNE
I	Ricoveri successivi durante il puerperio		da PNE	PNE
	<b>parto cesareo</b>		<b>da PNE</b>	<b>PNE</b>
I	Complicanze durante il parto e il puerperio	Azienda di residenza	da PNE	PNE
I	Complicanze durante il parto e il puerperio	Struttura di ricovero	da PNE	PNE
I	Ricoveri successivi durante il puerperio		da PNE	PNE
I	Parto-analgesia			CeDAP
I	Lacerazioni III e IV grado	Lacerazioni III e IV grado al primo parto vaginale/N. donne al primo parto vaginale		SDO
I	Isterectomia post- partum	N. isterectomie entro 7 giorni dal parto/N. ricoveri parto per Azienda		SDO
I	Donne con emorragia post- partum che hanno richiesto trasfusione			SDO



	I	N. neonati ricoverati in TIN	N. neonati trasferiti in TIN/neonati <i>inborn</i>		SDO
	I	N. donne trasferite	N. donne trasferite II liv/N. donne ricoverate in Ostetricia		SDO
	I	N. neonati trasferiti	N. neonati trasferiti/nati		SDO
	I	N. neonati trasferiti perché nati in luogo non appropriato	N. nati in I liv EG < 34 sett. la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore	0%	SDO CeDAP
	I	Neonati trasferiti al II livello entro le prime 72 ore	N. neonati trasferiti entro 72 h/N. nati		SDO CeDAP
	II	<i>Back transport</i> donne	N. donne con <i>back transport</i> /N. donne trasferiti da spoke		
	II	<i>Back transport</i> neonati	N. neonati con <i>back transport</i> /N neonati trasferiti da spoke		
	II	Supporto <i>one to one</i> in sala parto	N. donne con presenza continua operatore sanitario in sala parto/N. parti		
	II	Pelle a pelle	N. nati Apgar $\geq 9$ al 5' con pelle a pelle/N. parti con stesse caratteristiche		
	<p><i>Indicatori di I livello:</i> si intendono gli indicatori direttamente calcolabili a partire dai flussi informativi correnti anche con l'uso integrato degli stessi (in particolare CeDAP e SDO). La maggior parte di questi indicatori vengono <i>routinariamente</i> calcolati dai flussi correnti e dal PNE.</p> <p><i>Indicatori di II livello:</i> si intendono gli indicatori non direttamente calcolabili a partire dai flussi informativi che possono essere implementati attraverso l'uso integrato di più sistemi informativi esistenti o essere integrati con rilevazioni ad hoc.</p>				
INDICATORI di ESITO					
(grado di soddisfazione dei cittadini)	Sono promosse indagini sulla qualità percepita.				

QUALITA' PERCEPITA																										
(grado di soddisfazione dei cittadini) UMANIZZAZIONE																										
<b>8. RICERCA DI RETE</b>																										
Proposte-progetti; ambiti prevalenti																										
PROGETTI IN CORSO																										
PROPOSTE																										
PROSPETTIVE A MEDIO LUNGO PERIODO																										
<b>ANALISI DI CONTESTO: TEMI APERTI (cantieri)</b>																										
CRITICITA'	Riduzione tasso di natalità e necessità di rivedere il n° di punti di nascita																									
PUNTI DI FORZA	I dati raccolti dal 2017 al 2019 hanno permesso di confermare il tasso di mortalità perinatale ISTAT, pari a circa 4 decessi ogni 1000. In Regione si registra un tasso di mortalità neonatale fra i più bassi in Italia.																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ANNO</th> <th>NATI VIVI in FVG</th> <th>TASSO MORTALITA' PRECOCE (*1.000)</th> <th>TASSO MORTALITA' TARDIVA (* 1.000)</th> <th>TASSO MORTALITA' NEONATALE TOTALE (* 1.000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017*</td> <td>8.434</td> <td>0,95</td> <td>0,00</td> <td>0,95</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>8.249</td> <td>0,85</td> <td>0,24</td> <td>1,09</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>7.997</td> <td>0,75</td> <td>0,50</td> <td>1,25</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>7.915</td> <td>0,76</td> <td>0,25</td> <td>1,01</td> </tr> </tbody> </table>	ANNO	NATI VIVI in FVG	TASSO MORTALITA' PRECOCE (*1.000)	TASSO MORTALITA' TARDIVA (* 1.000)	TASSO MORTALITA' NEONATALE TOTALE (* 1.000)	2017*	8.434	0,95	0,00	0,95	2018	8.249	0,85	0,24	1,09	2019	7.997	0,75	0,50	1,25	2020	7.915	0,76	0,25	1,01
ANNO	NATI VIVI in FVG	TASSO MORTALITA' PRECOCE (*1.000)	TASSO MORTALITA' TARDIVA (* 1.000)	TASSO MORTALITA' NEONATALE TOTALE (* 1.000)																						
2017*	8.434	0,95	0,00	0,95																						
2018	8.249	0,85	0,24	1,09																						
2019	7.997	0,75	0,50	1,25																						
2020	7.915	0,76	0,25	1,01																						
PUNTI DI DEBOLEZZA	<p>Con il Decreto 19 dicembre 2016, n. 1733/SPS - Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN) e Servizio Assistito Materno (STAM) – Procedura il Gruppo di Lavoro Regionale sul trasporto in emergenza perinatale costituito a livello regionale ha disciplinato l'organizzazione con la quale, in Friuli Venezia Giulia (FVG), ha garantito, in maniera omogenea sul territorio regionale, il trasferimento assistito <i>interospedaliero</i> perinatale inteso come Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) e Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale del neonato critico (STEN).</p> <p>Vi è la necessità che la Rete neonatologica integri la propria attività con il Gruppo di Lavoro Regionale sul trasporto in emergenza perinatale così costituito, in coerenza con le "Linee di indirizzo sull'organizzazione del Sistema di trasporto materno assistito e del Sistema in emergenza del neonato" redatte a cura del Comitato percorso nascita nazionale del Ministero della Salute e con il Comitato Regionale Percorso Nascita di cui alla DGR 629 del 6 maggio 2022.</p>																									
REALE UTILIZZO DELLE TECNOLOGIA																										

Il cronoprogramma del Piano di Rete verrà predisposto successivamente all'attivazione della Rete.