

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 3318 del 03 novembre 2009

Istituzione della rete ospedaliera integrata per la gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza.
[Sanità e igiene pubblica]

(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr) [L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Ing. Sandro Sandri, riferisce quanto segue.

Nei sistemi sanitari avanzati, in cui grandi passi sono stati fatti nella direzione di una maggiore efficienza nell'erogazione delle prestazioni e di un aumento dell'efficacia e dell'appropriatezza, sia nel settore diagnostico che in quello terapeutico, restano comunque possibili ulteriori margini di intervento sul versante organizzativo.

Interventi rivolti alle revisioni organizzative, si giustificano ancora di più in alcuni settori specialistici, tra cui quello dell'emergenza e urgenza neonatale e pediatrica, dove il patrimonio tecnico e la specificità clinica rivestono carattere peculiare. Essi consentono, inoltre, di adeguare l'offerta di prestazioni ai bisogni della popolazione rendendo possibile una migliore e più adeguata copertura ed un equo accesso ai servizi, soprattutto in momenti in cui è difficile rendere disponibili risorse aggiuntive sia umane che tecnologiche.

Anche in considerazione di quanto indicato dal Piano Sanitario Nazionale 2006/2008 che riconosce nella riorganizzazione dei servizi di emergenza e urgenza dell'età neonatale e pediatrica un obiettivo da raggiungere nel triennio, la Regione Veneto ha iniziato un percorso di revisione della struttura dell'offerta di tali prestazioni al fine di procedere ad una riorganizzazione che tenga conto degli attuali indirizzi strategici, che vedono nella realizzazione delle "reti" assistenziali una risposta in chiave moderna ai problemi di qualificazione dell'offerta oltre che di razionalizzazione delle risorse disponibili.

Gli aspetti connessi all'erogazione delle prestazioni in emergenza e urgenza nell'ambito neonatale e pediatrico rivestono un'importanza strategica in termini di volumi di prestazioni e di assorbimento di risorse.

Gli indici demografici evidenziano una fase di aumento della natalità. Nel Veneto nell'anno 1987 i nuovi nati sono stati 35.581 mentre nell'anno 2007 sono stati 47.633. Nell'anno 2007 l'incremento rispetto all'anno precedente è stato dello 0,95% a livello nazionale, mentre nello stesso anno in Veneto è stato pari a 0,99%.

All'incremento delle nascite si accompagna un aumento dei neonati critici e dei prematuri ed un aumento anche della sopravvivenza ad età gestazionali estremamente basse (23-28 settimane), grazie al miglioramento delle cure neonatali.

Importante è anche il fenomeno dell'immigrazione il quale, oltre a contribuire all'aumento della natalità, aggiunge una ulteriore variabile che è quella dell'insufficiente controllo medico durante la gravidanza; inoltre alcune etnie si caratterizzano per un tasso molto elevato di nascite pre-termine.

Da evidenziare, inoltre, che il crescente ricorso a tecniche di fecondazione assistita è tra le cause dell'aumento delle nascite gemellari e trigemellari oltre che essere spesso correlato a nascite pre-termine.

Nel campo dell'emergenza e urgenza neonatale (entro i primi 30 giorni di vita), i dati epidemiologici veneti attuali evidenziano le seguenti caratteristiche:

- il 5-10% dei neonati necessita di ricovero alla nascita o nei primi giorni di vita legato a parto pre-termine, a patologia respiratoria, malformativa o chirurgica
- circa 1000 neonati /anno nascono pre-termine prima della 34° settimana gestazionale. Di questi circa 300/anno nascono prima della 28° settimana gestazionale e/o di peso inferiore ai 1000 grammi
- vi è un progressivo aumento delle nascite gemellari e trigemellari, per il ricorso a tecniche di fecondazione assistita
- l'1% delle nascite di neonati critici avviene in strutture non dotate di tutti gli standard assistenziali adeguati alla specifica patologia in atto (terapia semi-intensiva o intensiva neonatale) e necessitano di trasporto presso centri specializzati
- il 20-25 % dei neonati nasce da madri extracomunitarie, spesso con insufficiente controllo medico durante la gravidanza.

Altrettanto importante e di grande impatto sul sistema sanitario, anche in termini di assorbimento di risorse, è l'aspetto relativo alla gestione dell'emergenza e urgenza in età pediatrica.

Dai dati regionali, gestiti dal Coordinamento regionale per l'emergenza e l'urgenza(CREU), relativi ai flussi totali ai Servizi di Pronto Soccorso e dai dati di attività dei servizi dedicati all'urgenza pediatrica emerge che nella Regione Veneto:

- 300.000 bambini vengono condotti ogni anno ad un pronto soccorso (15% di tutti gli accessi in pronto soccorso per il 2007)
- 30.000 all'arrivo presentano alterazione dei parametri vitali (codici gialli)
- 1.500 sono in condizioni critiche o potenzialmente tali (codici rossi)
- 500 richiedono cure intensive
- 8.000 arrivano al pronto soccorso trasportati dal SUEM 118 con soccorso/"trasporto primario" e 500 necessitano di "trasporto secondario"
- 20% dei bambini critici hanno un'età inferiore all'anno ed il 50% inferiore ai tre anni per il 30% dei pazienti con condizioni cliniche altamente critiche o potenzialmente tali, la causa è una patologia traumatica
- il 50% soffre di una malattia cronica di base di cui la condizione critica rappresenta una riacutizzazione o complicanza.

Al fine di procedere ad una razionalizzazione dei percorsi e ad una efficiente gestione delle risorse, oltre che a sviluppare le competenze nell'ottica della valorizzazione delle professionalità, si è proceduto ad istituire, presso la Direzione per i Servizi Sanitari, un gruppo tecnico di lavoro.

Tale gruppo ha avuto il compito di analizzare la situazione strutturale ed organizzativa relativa alla gestione dell'emergenza e urgenza neonatale e pediatrica e di proporre i criteri per la ridefinizione dell'impianto organizzativo.

In data 23 giugno 2009, nel corso di un incontro presso la Direzione per i Servizi Sanitari, è stato recepito il documento conclusivo, elaborato dal gruppo tecnico di lavoro, composto di due parti relative agli aspetti neonatali e a quelli pediatrici (documenti agli atti della Direzione per i Servizi Sanitari).

Il documento conclusivo di cui sopra mette in evidenza alcuni aspetti critici riguardanti il sottodimensionamento del sistema e la sua inadeguatezza perché progettato per far fronte a problematiche meno complesse di quelle che oggi sono presenti sul nostro territorio, nonché alcuni aspetti critici relativi alle risorse ed all'organizzazione del sistema del trasporto.

Nel medesimo documento viene, pertanto, formulata la proposta e la richiesta di specifici interventi programmati volti alla riorganizzazione del sistema dell'emergenza ed urgenza neonatale e pediatrica mediante una articolazione per livelli funzionali differenziati al fine di garantire adeguate risposte alle esigenze diversificate. Tale differenziazione dovrebbe essere supportata da una appropriata assegnazione delle risorse diagnostiche assistenziali dedicate.

Ora, alla luce di quanto riportato nel documento elaborato dal gruppo tecnico di lavoro ed in linea con gli attuali indirizzi regionali, si propone l'istituzione di una rete regionale per la gestione dell'emergenza ed urgenza neonatale e pediatrica, rinviando alla programmazione regionale la ridefinizione dei posti letto.

I criteri da considerare per la definizione dei diversi livelli della rete, evidenziati anche nel documento tecnico, sono suddivisi, come di seguito specificato, tra la parte neonatologica e quella pediatrica al fine di evidenziare le peculiarità dei due settori:

Neonatologia

- presenza di Unità operativa di Ostetricia
- possibilità di erogare assistenza neonatale, cure per patologie minori e per patologie complesse che non richiedono terapia intensiva
- presenza di Terapia intensiva neonatale

Pediatria

- strutture dedicate all'emergenza ed urgenza pediatrica
- volume di ricoveri urgenti pediatrici
- presenza di Terapia intensiva pediatrica
- presenza di Unità operativa di Pediatria
- possibilità di erogare le discipline specialistiche pediatriche
- presenza di Pronto Soccorso e di Centrale operativa SUEM - 118.

Sulla base dei criteri sopra riportati vengono definiti pertanto i nodi della rete ed i requisiti necessari per l'identificazione delle strutture ai vari livelli:

Nodi della rete	Requisiti
Polo di I livello	<ul style="list-style-type: none"> - attività di pediatria in Pronto Soccorso - presenza di Unità operativa di Pediatria - presenza di Unità operativa di Ostetricia - presenza di assistenza neonatale e cure per patologie minori - attività di emergenza ed urgenza pediatrica per patologie minori
Polo di II livello	ai requisiti per il polo di I livello si aggiungono: <ul style="list-style-type: none"> - attività di pronto soccorso pediatrico in spazi dedicati - attività di Chirurgia Pediatrica - erogazione di cure intensive neonatali - attività di emergenza ed urgenza pediatrica per patologie complesse che non necessitano di terapia intensiva
Polo di III livello	ai requisiti per il polo di II livello si aggiungono: <ul style="list-style-type: none"> - volume di ricoveri, 0-14 anni, urgenti \geq 2000/anno - attività di pronto soccorso pediatrico in struttura dedicata - presenza di Terapia Intensiva Pediatrica - presenza di Unità operativa di Neurochirurgia pediatrica - erogazione di tutte le prestazioni specialistiche pediatriche - supporto all'attività di trasporto neonatale e pediatrico

Le strutture sanitarie di livello superiore devono erogare, oltre alle prestazioni che ne caratterizzano il livello di appartenenza, anche quelle previste per i livelli inferiori. Ciò allo scopo di garantire la massima efficienza ed efficacia, ovvero la piena utilizzazione delle risorse disponibili nell'intera rete organizzativa, con garanzia di cure tempestive ed appropriate.

In coerenza con i criteri sopra esposti ed in analogia con il sistema di rete "modello Hub and Spoke" già adottato per la costituzione della rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta (DGR n. 4198 del 30 dicembre 2008) e della rete integrata interospedaliera per il trattamento in emergenza dell'infarto miocardico acuto (IMA) (DGR n. 4550 del 28 dicembre 2007), si propone di identificare le seguenti strutture:

Polo di I Livello

Provincia di Belluno	Ospedali di: Belluno (vedi nota 1), Feltre, Pieve di Cadore
Provincia di Padova	Ospedali di: Camposampiero (vedi nota 2), Cittadella, Este, Piove di Sacco, Monselice Casa di Cura - presidio "Abano Terme Polispecialistica e Termale S.p.A." di Abano Terme
Provincia di Treviso	Ospedali di: Castelfranco, Conegliano, Oderzo, Montebelluna, Vittorio Veneto
Provincia di Rovigo	Ospedali di: Adria, Rovigo (vedi nota 3), Trecenta
Provincia di Venezia	Ospedali di: Chioggia, Dolo, Mirano, San Donà, San Giovanni e Paolo di Venezia, Portogruaro
	Ospedali di: Bussolengo, Isola della Scala/Villafranca (vedi nota 4), Legnago, S. Bonifacio

Provincia di Verona	Casa di cura - presidio "Pederzoli" di Peschiera del Garda Ospedale classificato "Sacro Cuore" di Negrar
Provincia di Vicenza	Ospedali di: Asiago, Arzignano, Bassano, Noventa Vicentina, Thiene, Valdagno

Polo di II Livello: Ospedale di Treviso, Ospedale di Mestre e Ospedale di Vicenza

Polo di III Livello: Azienda Ospedaliera di Padova e Azienda Ospedaliera di Verona

nota 1	L'ospedale di Belluno svolge un ruolo di rilievo nell'ambito della propria provincia, in forte integrazione con il Polo di II livello di Treviso, con il quale devono essere definiti protocolli condivisi per la gestione, presso il medesimo ospedale, delle patologie complesse. L'integrazione garantisce la copertura dell'area territoriale di riferimento di entrambe le province.
nota 2	L'Ospedale di Camposampiero svolge un ruolo di rilievo per quanto riguarda la terapia intensiva neonatale ed affianca il Polo di III livello dell'Azienda Ospedaliera di Padova per la copertura dell'area territoriale della provincia di Padova. A tal fine devono essere definiti protocolli condivisi per la gestione dell'urgenza/emergenza neonatale e pediatrica.
nota 3	L'Ospedale di Rovigo svolge un ruolo di rilievo nell'ambito della propria provincia, in forte integrazione con il Polo di III livello dell'Azienda Ospedaliera di Padova, con il quale devono essere definiti protocolli condivisi per la gestione, presso il medesimo ospedale, delle patologie complesse. L'integrazione garantisce la copertura dell'area territoriale di riferimento di entrambe le province.
nota 4	Con la completa ristrutturazione dell'ospedale di Villafranca, l'Ospedale di Isola della Scala viene riconvertito in Centro Sanitario Polifunzionale (DGR n. 3223 del 8 novembre 2002 e DGR n. 1697 del 5 giugno 2007).

Per quanto riguarda gli ambiti territoriali di competenza, la circolare regionale n. 20 del 8 ottobre 1999 definisce, tra l'altro, gli ambiti territoriali di afferenza per la gestione delle patologie neonatali con necessità diagnostiche e terapeutiche complesse e gravidanze a rischio per il neonato. Lo sviluppo e l'implementazione della rete in parola rende necessario rivedere tali ambiti al fine di garantire una presa in carico più rapida ed una gestione del caso più efficiente ed efficace.

Sul trasporto del neonato e del bambino, si confermano i principi chiave della gestione dell'emergenza e urgenza che ne dettano l'organizzazione.

In particolare si evidenzia che:

- il neonato/bambino, dopo stabilizzazione, dovrà essere trasportato all'ospedale più idoneo a garantire tutti gli interventi diagnostico-terapeutici e la degenza definitiva
- in subordine, il neonato/bambino dovrà essere trasportato all'ospedale con dotazioni adeguate almeno all'erogazione degli interventi diagnostico-terapeutici di emergenza, e successivamente se necessario trasferito al luogo di degenza definitivo
- qualora per difficoltà logistiche non superabili o per instabilità delle condizioni cliniche non siano possibili le due opzioni precedenti, il neonato/bambino verrà accolto nell'ospedale più vicino in grado di procedere alla stabilizzazione ed al trasporto al centro più idoneo
- i centri di riferimento sono tenuti ad accogliere tutti i trasporti primari provenienti dal territorio di competenza, indipendentemente dalla disponibilità di posti letto di degenza ordinaria o intensiva.

Al fine di ottimizzare il sistema di soccorso e di trasporto del neonato e del bambino critico si ritiene necessario che il sistema sia basato sull'esistente supporto del SUEM 118. Le ambulanze del SUEM 118 devono essere dotate di attrezzature che rendano possibile la gestione del neonato e delle diverse età pediatriche. Il trasporto primario è gestito dal SUEM-118. Il trasporto secondario, qualora interessi neonati o bambini molto piccoli in condizioni particolarmente critiche, può essere co-gestito, previa consultazione, con il personale del polo che accoglie il piccolo paziente. Infatti la peculiarità dei pazienti trasportati, che nella maggioranza dei casi ha un'età inferiore all'anno, vedrebbe ottimale il trasporto fatto dagli specialisti stessi che forniranno le cure definitive del paziente (personale delle Terapie intensive neonatali e pediatriche in collaborazione con il SUEM 118).

Devono essere elaborati e condivisi protocolli operativi tra personale del SUEM e gli operatori attivi nei diversi nodi della rete; tali protocolli dovranno rendere possibile, in particolare, una precoce individuazione del livello assistenziale idoneo ad una corretta gestione del caso.

Al fine di garantire la massima sicurezza al neonato per il quale si prevede la necessità di cure intensive, il trasporto della donna in stato di gravidanza presso il polo di riferimento è da preferire, in tutti i casi in cui le condizioni cliniche lo rendano

possibile; tale evenienza, definita "trasporto antenatale", prevede che la donna venga trasferita presso l'Unità operativa di Ostetricia del polo di riferimento territoriale, che è sempre tenuta ad accogliere la paziente e farsi carico della gestione complessiva del caso.

Oltre a quanto finora esposto si evidenzia che il funzionamento della rete per l'emergenza e urgenza neonatale e pediatrica presuppone un efficiente sistema di monitoraggio delle risorse dedicate (es. posti letto, trasporti), degli accessi presso i Pronto Soccorsi, dei ricoveri in urgenza. La circolare regionale n. 20 del 8 ottobre 1999 già definisce alcuni indicatori. Si ritiene tuttavia indispensabile aggiornare tali indicatori al fine di pervenire ad un sistema di monitoraggio più adeguato che fornisca in tempo reale i dati necessari ad una corretta gestione (con particolare riferimento alla disponibilità di letti presso le terapie intensive neonatali e pediatriche).

Inoltre, un efficiente sistema di gestione in un contesto di risorse limitate, anche a causa della peculiarità e della specificità dell'ambito pediatrico, presuppone lo sviluppo e l'applicazione di tutte le potenzialità e degli strumenti che la telemedicina offre. L'organizzazione di un modello di rete "Hub and spoke" ben si presta allo sviluppo di tutte le potenzialità che la telemedicina mette a disposizione. Occorre ricordare che la Regione Veneto inoltre ha già sviluppato altri progetti attraverso il Consorzio Arsenal.

A tutto ciò si aggiunge che la costituzione di una rete per la gestione dell'emergenza ed urgenza neonatale e pediatrica non può prescindere da un adeguato programma di formazione che renda possibile la diffusione delle conoscenze e delle tecniche in ambito neonatale e pediatrico esteso non solo agli operatori addetti all'assistenza ma anche a quelli addetti al trasporto. Si rende indispensabile, pertanto, definire un programma di formazione continua mirato allo sviluppo e al mantenimento delle competenze necessarie per la gestione dell'emergenza ed urgenza in parola.

Alla luce di quanto sopra esposto, per rendere pienamente operativa la rete per la gestione dell'emergenza ed urgenza neonatale e pediatrica, si demanda ad un decreto del Dirigente regionale della Direzione per i Servizi Sanitari la costituzione di uno o più gruppi tecnici di lavoro con il compito di proporre alla Giunta Regionale:

- l'aggiornamento degli ambiti territoriali di competenza sulla base di quanto previsto dalla presente deliberazione
- linee guida relative al servizio di trasporto neonatale e pediatrico
- set di indicatori per il monitoraggio e la gestione della rete
- gli ambiti di sviluppo e di applicazione della telemedicina
- il programma di formazione degli operatori
- i parametri di riferimento ottimali per la costituzione di una struttura modulare in terapia intensiva neonatale e pediatrica, i criteri per la differenziazione delle attività del pronto soccorso pediatrico e l'organizzazione del trasporto.

Il Relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, comma 2 dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato la regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;

VISTO il Piano Sanitario Nazionale 2006/2008

VISTA la circolare regionale n. 20 del 8 ottobre 1999]

delibera

1) di istituire, secondo le modalità indicate in premessa e sulla base delle motivazioni in essa esplicitate, la rete regionale per la gestione dell'emergenza ed urgenza neonatale e pediatrica;

2) di identificare, per la istituzione della rete di cui al punto 1) le seguenti strutture:

Polo di I Livello

Provincia di Belluno	Ospedali di: Belluno (vedi nota 1, così come riportata in premessa), Feltre, Pieve di Cadore
Provincia di Padova	Ospedali di: Camposampiero (vedi nota 2, così come riportata in premessa), Cittadella, Este, Piove di Sacco, Monselice

	Casa di Cura - presidio "Abano Terme Polispecialistica e Termale S.p.A." di Abano Terme
Provincia di Treviso	Ospedali di: Castelfranco, Conegliano, Oderzo, Montebelluna, Vittorio Veneto
Provincia di Rovigo	Ospedali di: Adria, Rovigo (vedi nota 3, così come riportata in premessa), Trecenta
Provincia di Venezia	Ospedali di: Chioggia, Dolo, Mirano, San Donà, San Giovanni e Paolo di Venezia, Portogruaro
Provincia di Verona	Ospedali di: Bussolengo, Isola della Scala/Villafranca (vedi nota 4, così come riportata in premessa), Legnago, S. Bonifacio Casa di cura - presidio "Pederzoli" di Peschiera del Garda Ospedale classificato "Sacro Cuore" di Negrar
Provincia di Vicenza	Ospedali di: Asiago, Arzignano, Bassano, Noventa Vicentina, Thiene, Valdagno

Polo di II Livello: Ospedale di Treviso, Ospedale di Mestre e Ospedale di Vicenza

Polo di III Livello: Azienda Ospedaliera di Padova e Azienda Ospedaliera di Verona;

3) di demandare ad un decreto del Dirigente regionale della Direzione per i Servizi Sanitari la costituzione di uno o più gruppi tecnici di lavoro con il compito di proporre alla Giunta Regionale:

- l'aggiornamento degli ambiti territoriali di competenza sulla base di quanto previsto dalla presente deliberazione
- le linee guida relative al servizio di trasporto neonatale e pediatrico
- un set di indicatori per il monitoraggio e la gestione della rete
- gli ambiti di sviluppo e di applicazione della Telemedicina
- il programma di formazione degli operatori
- i parametri di riferimento ottimali per la costituzione di una struttura modulare in terapia intensiva neonatale e pediatrica, i criteri per la differenziazione delle attività del pronto soccorso pediatrico e l'organizzazione del trasporto;

4) di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo.