

Riorganizzazione del sistema di assistenza regionale pediatrico ed ostetrico-neonatale

Indice

Introduzione	pag 3
I livelli assistenziali di neonatologia e i punti nascita regionali	pag 3
Urgenza - emergenza nell'area materno-infantile	pag 5
Coordinamento materno-infantile	pag 6
Riorganizzazione Sistema Assistenza Pediatrica in ambito regionale	pag 7
Pediatria di famiglia e consultoriale	pag 7
Pediatria ospedaliera	pag 8
Riposizionamento strategico dell' IRCCS G. Gaslini	pag 10
Rete pediatrica	pag 16
Coordinamento rete pediatrica regionale	pag 20

Introduzione

Il presente documento si caratterizza per una riorganizzazione strategica ed operativa del sistema di assistenza pediatrica regionale al fine di razionalizzare l'uso delle risorse disponibili, implementare l'eccellenza dell'IRCSS pediatrico G. Gaslini (IGG), migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera ed integrare i servizi di rete fra ospedale e territorio, alla luce delle prospettive generali della pediatria nazionale ed internazionale.

Dal punto di vista ospedaliero viene proposto un nuovo assetto dei punti nascita e delle SC di pediatria territoriale, da raccordare con la riorganizzazione assistenziale dell'Istituto G. Gaslini, punto di riferimento pediatrico regionale e nazionale, e con il sistema di assistenza territoriale.

I livelli assistenziali di neonatologia e i punti nascita regionali

Il recente documento pubblicato su GU 18/1/2011 "linee di indirizzo per la promozione della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" identifica la necessità di una riorganizzazione contestualizzata del modello organizzativo dei punti nascita.

Le caratteristiche del territorio ligure in cui operano le UO di neonatologia sono:

- bacino di utenza pari a circa 11000 nati vivi/anno. In area metropolitana sono attivi 5 punti nascita con un bacino di utenza pari a 6000 nati/vivi/anno: Voltri Evangelico, Galliera, ASL3 Villa Scassi, Azienda Universitaria S.Martino-IST (USMI), Istituto G. Gaslini(IGG).
- progressivo incremento della popolazione neonatale pretermine che si assesta al 14,5% nel 2007 (*fonte Quaderni dell'Agenzia suppl 3 2009*).
- conformazione geografica della regione Liguria e presenza di un centro di TIN operante su un bacino di almeno 11.000 nati/vivi per anno, (distante dagli estremi della regione oltre 100 Km) che rende necessaria una riorganizzazione ed una definizione dei livelli assistenziali neonatali che risponda alle effettive esigenze del territorio.

Sulla base di quanto esposto l'offerta regionale dei servizi di assistenza alla gravidanza ed al neonato non può prescindere da un'organizzazione a rete, articolata su più livelli, con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali, in modo da garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziale della singola persona ed appropriatezza ed efficacia delle cure erogate.

La riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera alla gravidanza ed al neonato necessita quindi di una sistematica collaborazione fra strutture con competenze assistenziali differenti, e deve essere indirizzata verso una centralizzazione delle gravidanze a rischio, al contempo valorizzando anche le esperienze già affermate in Italia ed in Liguria di demedicalizzazione dell'evento nascita.

In osservanza di quanto espresso nel documento del Ministero della Sanità pubblicato su GU 18/1/2011 i Punti Nascita della Regione debbono essere suddivisi su due livelli (I e II livello), sulla base del bacino di utenza, delle caratteristiche dell'ospedale, della posizione geografica

ecc. ed il parametro standard di riferimento per l'adozione di criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale è di circa 1000 nati/anno per punto nascita.

Di conseguenza la riorganizzazione dei Punti nascita di I livello (secondo gli standard previsti nel documento nazionale) contempla il seguente assetto:

ASL1: 1 SC di pediatria/neonatologia + 1 SC di ostetricia ginecologia (neonati previsti 1500-1600)

ASL2: 1 SC di pediatria/neonatologia + 1 SC di ostetricia ginecologia (neonati previsti 1800-2000)

ASL4: 1 SC di pediatria/neonatologia + 1 SC di ostetricia ginecologia (neonati previsti 800)

ASL5: 1 SC di pediatria/neonatologia + 1 SC di ostetricia ginecologia (neonati previsti 1500)

Il Punto Nascita dell'ASL4, per quanto con natalità inferiore allo standard considerato (800 nati/anno) è mantenuto in considerazione della estensione del bacino d'utenza chiavarese.

Per quanto riguarda il territorio di riferimento dell'ASL 3 dovranno essere previsti percorsi organizzativi-assistenziali in grado di garantire nei Punti nascita un riequilibrio della natalità finalizzato ad uno standard di circa 1200 neonati/anno ciascuno.

Poiché è prevista l'introduzione dello STAM regionale (vedi dopo) si ritiene che in Regione Liguria non sussistano situazioni in cui mantenere punti nascita con numerosità inferiore allo standard di riferimento nazionale oltre a quello citato, mancando le "motivate valutazioni legate alle specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate", come richiesto dal documento ministeriale.

Per quanto riguarda l'istituzione di un Punto Nascita con funzione di II livello **ostetrico** questo fa riferimento "oltre che al numero dei parti anche al bacino di utenza, alla presenza nella struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata" e viene individuato presso l'USMI per quanto riguarda la patologia ostetrica e presso l'IGG per quanto riguarda la patologia fetale.

La scelta di individuare due SC di due Aziende diverse per il II livello di assistenza nasce dal fatto che nessuna delle due possiede tutti i requisiti necessari per il II livello.

Per quanto riguarda l'istituzione di un Punto Nascita con funzione di II livello **neonatale** (secondo gli standard definiti dal documento ministeriale), questo fa riferimento ad un bacino di utenza di almeno 5000 nati/anno, con almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita <1500 gr, e viene individuato presso l'IGG, struttura ospedaliera in cui sono presenti tutte le specialità pediatriche ed in cui è già presente la terapia intensiva neonatale ad oggi articolata nell'ambito di 2 SC all'interno dello stesso dipartimento.

Il processo già avviato di riprogettazione strutturale ed organizzativa consentirà l'individuazione di percorsi assistenziali appropriati alle esigenze del neonato critico configurati in una struttura con qualifica di centro di riferimento regionale neonatale di II livello.

Inoltre, in relazione alle necessità di ordine assistenziale citate in precedenza, che rispondano alle effettive esigenze del territorio (conformazione della regione Liguria, presenza di un centro di TIN operante su un bacino di almeno 11.000 nati/vivi per anno, distante dagli estremi della regione oltre 100 Km) si ritiene necessario che vengano identificati e sviluppati livelli di assistenza neonatale intermedi in area metropolitana e a Ponente e Levante della Regione, in grado di farsi carico delle patologie intermedie (che costituiscono la maggioranza degli interventi), limitando al massimo l'afferenza inappropriata al centro di II livello ostetrico-neonatale.

Al riguardo si rende necessario, anche sulla base delle competenze storiche acquisite nel corso degli anni, individuare Punti Nascita di livello I avanzato in grado di assicurare l'appropriatezza nei percorsi assistenziali evitando la spesa relativa al trasferimento e al ricovero in un II livello di gravidanze e neonati che possono essere assistiti appropriatamente in un livello inferiore. Tali punti nascita dovranno corrispondere a due in area metropolitana (bacino di circa 6000 nati/vivi) e due extrametropolitani (uno a Levante, in grado di garantire l'assistenza di I livello avanzato ai circa 2300 nati/anno dell'Area Ottimale di Levante – ASL 4 e ASL 5 ed uno a Ponente della regione in grado di assorbire i nati del bacino dell'Area Ottimale- ASL 1 e ASL 2 - di circa 3300/3600 nati/anno).

I requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi di questi punti Nascita dovranno essere coerenti con quanto descritto nell'allegato tecnico del documento ministeriale, dovranno cioè essere identificate specifiche responsabilità assistenziali ostetriche e neonatologiche il più possibile coerenti non solo con il bacino di utenza ma anche con i requisiti assistenziali delle Unità di Ostetricia e di Neonatologia.

Urgenza-emergenza nell'area materno-infantile

L'offerta dei servizi ospedalieri di ostetricia e neonatologia formulata sulla base di una organizzazione a rete, articolata su più livelli, con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali, deve garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziale della singola persona ed appropriatezza ed efficacia delle cure erogate.

La tutela della salute delle donne gravide e dei loro feti, che afferiscono a strutture di I livello, nonché del neonato patologico, di fronte all'evidenziarsi di situazioni cliniche richiedenti trattamenti di livello superiore, è garantita dall'obbligo del medico responsabile di accertare clinicamente e strumentalmente gli elementi di rischio materni e/o fetali e/o neonatali che indicano l'opportunità di un trasferimento e dall'efficienza di un servizio di trasporto.

Al riguardo sia il Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) sia quello del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) devono avere necessaria regolamentazione attraverso atto deliberativo regionale.

In realtà lo STEN è già attuato e gestito con una struttura organizzativa dall'IGG.

Per quanto riguarda l'attivazione dello STAM, dovrebbe essere realizzato sulla base di un collegamento funzionale stretto tra strutture territoriali e di ricovero, collegate in rete tra loro e con il servizio dell'Emergenza-Urgenza sanitario territoriale (Servizio 118).

Quanto più possibile, il trasporto materno deve essere programmato e prevedere il collegamento continuo tra struttura inviante e ricevente.

Una possibile modalità organizzativa è quella di prevedere un trasporto assistito materno affidato ai mezzi operativi afferenti al D.E.A., secondo le linee guida per il sistema d'emergenza-urgenza, con la partecipazione attiva di un'ostetrica e, se necessario, di un ostetrico-ginecologo, assicurati dalle risorse professionali della struttura ospedaliera richiedente il servizio o di provenienza da un pool derivante da tutta la regione.

Coordinamento materno-infantile

La definizione degli standard di riferimento relativi ai livelli assistenziali di ostetricia e neonatologia nonché la predisposizione dei protocolli comuni, delle procedure di integrazione dei punti nascita regionali, degli indicatori per il monitoraggio e la verifica del progetto di riorganizzazione, lo schema organizzativo del percorso della donna in gravidanza e del neonato sano, nonché l'appropriatezza dell'assistenza della patologia ostetrico-feto-neonatale dovranno essere definiti dal COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE già nominato con DGR 199 del 24.2.2012 (eventualmente integrato), con il coordinamento dell'Agenzia Regionale di Sanità (ARS).

In particolare, dovranno essere definiti gli aspetti tecnici-organizzativi dello STEN e dello STAM, in modo da regolamentare modalità di identificazione e di trasferimento delle donne con patologia ostetrica fetale e dei neonati patologici e/o post-intensivi.

Sarà compito di apposito Gruppo operativo individuato dal COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE realizzare e garantire il monitoraggio dei percorsi individuati.

In particolare è responsabilità del Gruppo operativo predisporre progetti di:

- decompressione assistenziale nei casi in cui, a qualsiasi titolo, sia raggiunto il livello critico di occupazione dei PL identificati nelle strutture regionali di livello assistenziale superiore.
- potenziamento del back transport, (il ritorno presso la sede di nascita di un neonato che ha completato il suo iter terapeutico di assistenza intensiva, ma che richiede ancora assistenza neonatale, di fatto non dimissibile da ambiente ospedaliero) e regolamentare le modalità di effettuazione. Laddove le organizzazioni delle priorità e la logistica lo rendano possibile il "back transport" è svolto dall'equipe di servizio dell' IGG dedicata allo STEN. In seconda istanza, laddove l'impegno in ore del trasporto risultasse troppo gravoso, il "back transport" è a carico dell'UO ricevente, salvo diverso accordo tra i due operatori referenti.
- limitazione della necessità di trasferimento di neonati patologici a strutture extraregionali, laddove non sussistano esigenze assistenziali speciali, e riduzione dei tempi di degenza presso i centri di livello assistenziale superiore con ovvi vantaggi in termini di costi (esiste una spesa eccessiva per mobilità passiva extraregionale, in particolare verso la Toscana. La spesa per DRG neonatali concorre fino al 20% della spesa complessiva della mobilità extraregionale in età pediatrica).

Riorganizzazione Sistema Assistenza Pediatrica in ambito regionale:

Pediatria di famiglia e consultoriale

La pediatria territoriale è composta dalla Pediatria di Famiglia (PdF) e dalla Pediatria Consultoriale (afferente al Consultorio Familiare): le due realtà assistenziali indicate sono già normate, la prima dall' Accordo Collettivo Nazionale e dall' Accordo Integrativo Regionale, la seconda dalle normative vigenti (L.405/75, L. 194/78, L.R. 81/78, D.M. 24 aprile 2000) quale afferenza del Distretto.

Le aree di intervento previste nella riorganizzazione e nell'integrazione del sistema di rete sono rappresentate da

1. l'organizzazione dell'assistenza
2. la tutela della salute dalle malattie
3. la tutela della salute dal disagio
4. la tutela della salute dell'adolescente
5. il monitoraggio dello stato della salute dei minori

Nello specifico dell'organizzazione dell'assistenza vive il principio della CONTINUITA' ASSISTENZIALE, con la quale si vuole intendere ogni situazione nella quale è coinvolto il paziente che veda l'intervento, simultaneo o sequenziale, di più livelli assistenziali.

Il rationale dei sottoprogetti deriva dall'osservazione che sia questa una situazione di frequente disagio assistenziale avviabile con uno sforzo organizzativo suppletivo che veda coinvolta la parte medica come quella amministrativa e rende ragione dei sottoprogetti relativi agli aspetti del

- post nascita
- festivo e prefestivo
- dimissione protetta
- la contattabilità telefonica paziente - medico
- la contattabilità telefonica medico - medico

E' indispensabile favorire nelle forme e nei modi concordati fra le parti, l'associazionismo dei PdF (come indicato anche dal recente decreto Balduzzi) in modo da garantire una continuità di assistenza nell'orario diurno 8 – 20.

E' indispensabile favorire

- l'integrazione PdF e pediatri ospedalieri in modo da ridurre gli accessi ai Pronto Soccorso e la ospedalizzazione del bambino, anche mediante l'emanazione di Linee guida specifiche sull'utilizzo delle prestazioni di P.S.
- la stesura di un Protocollo di intesa fra PdF e IGG per l'esecuzione di esami urgenti (Rx, prelievi, ecografie) con indicazione di luoghi e modalità di esecuzione, per la gestione del caso in ambito territoriale

Pediatria ospedaliera

La progressiva riduzione dell'ospedalizzazione pediatrica e l'estensione di modalità di ricovero brevi richiedono un nuovo modello organizzativo dei reparti di pediatria inseriti negli ospedali territoriali. L'attività principale di questi reparti è infatti ormai rivolta ai neonati e all'assistenza al parto, all'urgenza pediatrica e ad attività di ricovero diurno e ambulatoriali, in particolare per l'assistenza alle patologie croniche. Di fatto la promozione e lo sviluppo di una azione basata sull'appropriatezza d'uso della risorsa "Ospedale" attraverso l'integrazione con le risorse professionali e i servizi del territorio si concretizza con l'adozione di modalità organizzative che, a parità di qualità nei risultati ottenuti rispetto alla salute della persona, permettono un soggiorno più breve della persona stessa in ospedale.

Pertanto, nel nuovo quadro organizzativo, le SC di Pediatria dovranno garantire l'assistenza al parto e la gestione del neonato con problemi minori, svolgere attività di ricovero e cura indirizzandosi prevalentemente alle forme di pronto soccorso pediatrico, ricovero breve e di Day Hospital, favorendo uno stretto legame con il Pediatra di Famiglia cui dovrà essere garantito l'accesso in ambiente ospedaliero per una migliore integrazione delle cure, con particolare riferimento alla domanda di diagnostica strumentale e di Day hospital.

Inoltre nell'ottica del potenziamento del sistema di rete le strutture periferiche dovranno integrarsi con l'Istituto Gaslini nella gestione di bambini secondo complessità, concordando i percorsi assistenziali.

Su queste basi si conferma il ruolo dell'Istituto IRCCS Gaslini come sede ospedaliera regionale di riferimento pediatrico e si prevede una riorganizzazione della Pediatria regionale, per cui le SC di Pediatria devono essere garantite in ogni ASL regionale, (ASL 1, 2, 4, 5; per ASL 3 tale funzione è garantita dall'Istituto Gaslini) in cui sia presente un punto nascita (vedi organizzazione punti nascita), nel rispetto degli aspetti di assistenza sopra elencati.

Le SC di Pediatria delle ASL svolgono attività di assistenza pediatrica, oltre che in ambito neonatale, nel settore dell'emergenza pediatrica, assolvendo funzione di pronto soccorso pediatrico in coordinamento con il DEA pediatrico di II livello. Ne consegue che queste SC di Pediatria garantiscono le funzioni di PS pediatrico presso le ASL di riferimento, svolgendo la propria attività 24 ore su 24, 7 giorni su 7, con guardia attiva del pediatra e dell'infermiera specificamente dedicata.

Viene identificata un'area pediatrica attrezzata per la valutazione clinica dei bambini all'interno del pronto soccorso generale con percorsi separati; laddove non possibile direttamente nel reparto di Pediatria.

L'organizzazione e la gestione complessiva degli accessi in base ai codici di triage e i relativi percorsi assistenziali devono essere "personalizzati" nelle singole ASL, in quanto devono tenere conto necessariamente della situazione esistente ad oggi nelle singole realtà territoriali (spazi, attrezzature, risorse umane e tecnologiche, organizzazione dell'assistenza).

Sono istituiti letti di osservazione breve temporanea (OB) allocati in specifici locali attrezzati e separati nel reparto di Pediatria. L'OB prevede l'osservazione clinica del bambino con dimissione entro 24 h dall'accesso. Le necessità relative ai numeri di letto OB vengono stabilite per ciascuna ASL, sulla base del bacino d'utenza e dei dati epidemiologici attuali di accesso ai PS e di ricovero nel rispetto dei criteri di appropriatezza.

Nei reparti di terapia intensiva e/o sub intensiva per adulto degli ospedali territoriali è opportuno individuare almeno un posto letto di assistenza per bambini da sottoporre a monitoraggio ed eventuale trattamento intensivo in urgenza di stabilizzazione per garantire il trasporto nel più breve tempo possibile.

I letti di ricovero ordinario delle singole SC di Pediatria sono individuati in numero sufficiente per un tasso di occupazione del 85% e tenuto conto dell'appropriatezza del ricovero stesso.

Vengono individuati letti di degenza breve (durata massima del ricovero pari a giorni 3), compresi nel n° totale dei letti per acuti della SC.

Sulla base dei dati forniti dalla Regione relativi ai ricoveri 2011 si ritiene che le necessità di posti letto pediatrici totali per singola ASL sia la seguente:

	letti
ASL 1	7
ASL 2	9
ASL 4	4
ASL 5	7
Totale	27

Attualmente i posti letto complessivi sono 53 (fonte ARS); sono di fatto soppressi 26 posti letto pediatrici per acuti.

Nell'ambito degli accordi tra aziende potrà essere valutata *in prospettiva*, la presenza di una sola SC con letti di ricovero ordinario per Area ottimale (Ponente e Levante), in numero sufficiente a garantire l'assistenza secondo le necessità del bacino d'utenza dell'area ottimale stessa.

Riposizionamento strategico dell'Istituto Gaslini

L'Istituto Gaslini svolge da sempre, in quanto Ospedale pediatrico di rilievo nazionale ed internazionale, tutte le funzioni di alta complessità medica e chirurgica - integrate nella sua dimensione di IRCCS dalla ricerca di base e traslazionale e dalla formazione accademica - oltre all'attività di DEA di secondo livello con trauma center.

Esso svolge altresì le funzioni di assistenza ordinaria per l'area metropolitana.

Al fine di continuare nel suo sviluppo nell'eccellenza pediatrica, alla luce degli scenari attuali e di prospettiva, è stato adottato dal CdA un Piano pluriennale per il riposizionamento strategico dell'Istituto la cui realizzazione è vincolata alla disponibilità di specifiche risorse. Gli studi di fattibilità relativi al Piano e predisposti dall'Istituto, saranno resi disponibili in progress.

Nel rispetto della mission dell'Istituto, l'integrazione inscindibile di ricerca, assistenza e formazione orienta tutte le azioni previste dal piano stesso, sia dal punto di vista della ristrutturazione edilizia che da quello organizzativo, assistenziale, di ricerca ed amministrativo.

L' Organizzazione per intensità di cure

Il contesto strutturale è un vincolo imprescindibile allo sviluppo del modello organizzativo.

In questa ottica, tenuto conto della strutturazione dell'Istituto a padiglioni, non superabile, è stato sviluppato il concetto di "ospedale a blocchi", in via generale così configurato:

- l'ospedale di giorno (padiglione 20)
- il blocco riabilitazione motoria e cognitiva (padiglioni 4 e 5)
- il blocco di emato – oncologia e donna – madre – bambino (padiglione 12)
- il blocco di pediatria (padiglione 16)
- il blocco di chirurgia (padiglione 17)
- il blocco di emergenza ed area critica (padiglione 17 e DEA)
- il campus della ricerca (padiglioni 2 e 3).

Questa impostazione comporta la necessità di declinare secondo le specificità del case mix pediatrico e del contesto strutturale dell'Istituto il concetto stesso di organizzazione per intensità di cura, generalmente inteso quale "livello di cura richiesto dal caso conseguente ad una valutazione di instabilità clinica e di complessità assistenziale (medica ed infermieristica)".

Il processo di riorganizzazione promosso dalla Direzione dell'Istituto sarà quindi sviluppato per aree di degenza tendenzialmente omogenee e multi specialistiche, graduate secondo intensità di cura con l'obiettivo di adeguare e trovare coerenza tra i bisogni di salute ed il setting assistenziale.

In Istituto è già stato avviato un percorso di revisione ed ottimizzazione dei percorsi con semplificazione e condivisione delle procedure: questa operatività costituirà il riferimento per la definizione del nuovo modello organizzativo.

Le scelte di fondo si basano su:

- la centralità del paziente attorno al quale ruota, ogniqualvolta possibile, lo staff assistenziale;

- la centralizzazione delle tecnologie evitando duplicazioni;
- la collocazione delle “grandi macchine” vicino alle zone di maggiore utilizzo con impiego condiviso (esemplificativo, al riguardo, il progetto per l’allocazione della diagnostica RM-sala operatoria neurochirurgia- diagnostica e chirurgia endo-vascolare - unità di terapia intensiva).

In quest' ottica sarà rivisitato anche il modello organizzativo stesso delle unità operative secondo un percorso graduale e sostenibile, orientandole sempre più verso l’aggregazione di professionisti, anche di diverse specialità, volti a garantire output clinici definiti (anche secondo il modello “disease management”).

Secondo questo modello l’Istituto Gaslini ha già avviato l’attività delle unità operative semplici dipartimentali, svincolate per gli aspetti organizzativi dalla struttura complessa di riferimento e funzionalmente afferenti all’area di aggregazione dipartimentale.

Ciò comporterà sempre più lo sviluppo di aree multidisciplinari, non direttamente afferenti alla struttura gerarchica di riferimento, ma prevalentemente orientate ad organizzare i processi assistenziali secondo specifici problemi.

Questo modello organizzativo non può prescindere dal concetto di rete regionale, pediatrica e neonatologica ligure secondo il principio di “federalismo solidale” cui si ispirano le relazioni nazionali ed internazionali del Gaslini. Rete finalizzata prioritariamente a definire e condividere regole comuni, almeno sui percorsi e sull’accesso ai servizi dei vari nodi ed impegnata ad innovare l’organizzazione dei partner su idee di fondo condivise.

L' Ospedale a blocchi

Ciascuno dei blocchi si riconduce ad una dimensione dipartimentale, strutturale o funzionale.

L’ospedale di giorno rappresenta l’anello di congiunzione con il territorio.

L’operatività, articolata sempre più secondo “pacchetti di prestazioni” (day service ed attività ambulatoriale a sostituire il day hospital) e day surgery (con centralizzazione della DS di chirurgia, ortopedia, oculistica, di endoscopia digestiva e delle vie aeree ed interventoriale emato-oncologica), vedono nel pediatra di famiglia il case manager di riferimento la cui operatività è da leggersi sempre più integrata con quella del medico ospedaliero, evidentemente nel rispetto del mandato di ciascuno.

La realizzazione compiuta delle rete regionale potrà consentire anche il trasferimento al territorio di tutte le prestazioni specialistiche per le quali non è espressamente richiesto l’intervento dell’ospedale.

Il Dea e l’area critica saranno organizzati potenziando il numero di postazioni di OBI (per favorire la deospedalizzazione) ed identificando un adeguato numero di posti letto di terapia semi-intensiva a valenza interdipartimentale.

La terapia intensiva sarà sempre più orientata all’assistenza pediatrica del paziente in fase di scompenso, nella gestione dei pazienti sottoposti a trapianto, all’assistenza del neonato nel periodo immediatamente pre-post chirurgico, al paziente sottoposto ad ECMO.

La chirurgia e le specialità chirurgiche di ORL ed oculistica saranno allocate su due piani secondo diversa complessità di cure, mentre l’area cardio-vascolare e di neurochirurgia rappresentano sistemi ad alta intensità di cure.

L'Istituto Gaslini dispone di tutte le competenze tecnico-professionale per soddisfare tutti i bisogni regionali riguardanti l'area chirurgica (nessuno escluso) con particolare attenzione ai più moderni processi di assistenza tecnologica e gestionale (come ad esempio mini invasività, day surgery). L'ipotesi di interventi chirurgici pediatrici sul territorio regionale al di fuori del Gaslini, con l'eccezione dei casi urgenti indifferibili, è da ritenersi non percorribile, per la mancanza di specialisti pediatrici in particolare anestesisti, vista la peculiarità dell'anestesia e della sedazione nei primi anni di vita e delle specifiche esigenze dei bambini.

L'assegnazione di posti letto al blocco di riabilitazione consentirà il decongestionamento delle aree di degenza mediche e chirurgiche rispetto ai pazienti complessi lungodegenti in fase di post acuzie e rappresenta il continuum delle cure verso il domicilio.

L'Istituto Gaslini potrà essere in grado di rendere operativo un modello di compiuta e multidisciplinare presa in carico dei pazienti pediatrici che necessitano di cure riabilitative, come già fatto per i piccoli pazienti fin qui curati all'estero.

Il progetto a regime potrà essere strutturato secondo quanto di seguito indicato:

1. Valutazione funzionale riabilitativa clinica e strumentale
2. Definizione del progetto riabilitativo individuale
3. Programma di trattamento giornaliero personalizzato fondato sul progetto riabilitativo che potrà essere comprensivo dei seguenti interventi trattamenti:
 - Fisioterapia
 - Terapia occupazionale
 - Rieducazione robotizzata
 - Biofeedback
 - Riabilitazione in realtà virtuale
 - Terapia fisica strumentale
 - Medicina manuale
 - Logopedia
 - Psicomotricità
 - Rieducazione cognitiva-comportamentale
 - Chemodenervazioni e blocchi neuromuscolari
 - Chirurgia funzionale
 - Consulenza ortesi, protesi ed ausili
 - Rivalutazione finale clinico-funzionale e strumentale.
 - Counseling e supporto psicologico
 - Programmi psicoeducativi
 - Supporto a progetti socio-educativi
 - Verifica dei risultati e predisposizione della dimissione.

L'attivazione del programma, oltre a consentire un risparmio immediato, andrà a sostenere l'avvio di un corretto ed appropriato sistema di risposta ai bisogni dei disabili gravi con un prevedibile ulteriore importante risparmio in prospettiva.

Lo sviluppo della riabilitazione all'interno dell'Istituto Gaslini, insieme all'implementazione di una rete min. territoriale efficace per le gravi cerebro lesioni in età evolutiva, completerà un efficace sistema di risposta ai bisogni dei disabili gravi di questa età.

Per la loro specificità assistenziale, del tutto peculiare, non partecipano del processo di riorganizzazione per intensità di cure le SC di Neurochirurgia, Nefrologia-Dialisi, Emato-Oncologia, Cardiovascolare.

Il Campus della ricerca intende ottimizzare dal punto di vista strutturale, logistico e di facilities tutte le attività di genetica e di laboratorio diagnostiche e di ricerca.

La manovra predisposta dall'Istituto: le azioni avviate.

Nella prospettiva di realizzare gli obiettivi del Piano Strategico dell'Istituto, già con la delibera del Consiglio di Amministrazione (CdA) del 23 Aprile 2012 si è provveduto a pianificare interventi di riorientamento sulla complessità degli interventi e sulla miglior appropriatezza dei percorsi assistenziali, congiuntamente alle azioni riorganizzative interne generali.

Con deliberazione n. 138 del 16 luglio 2012 il CdA dell'Istituto, in piena coerenza con il processo negoziale avviato con l'Assessorato alla Sanità della Regione Liguria ha approvato la rimodulazione del programma di budget secondo gli indirizzi stabiliti, ed in particolare:

- *riduzione del numero dei pazienti provenienti da fuori regione dimessi in ricovero ordinario con peso $\leq 0,69$;*
- *riduzione del numero dei casi di un giorno riferito a tutta la casistica dell' Unità Operativa Complessa (UOC).*

Ciascun Direttore di UOC ha posto in essere le misure atte a ridefinire il sistema di offerta, elaborate di concerto all'interno dell'Area di Aggregazione Dipartimentale (AAD). Il processo di riconversione è stato attuato e prosegue con la dovuta gradualità nel rispetto prioritario dei bisogni di ciascun paziente; la lettura attenta del case mix di ciascuna UOC, unitamente alle risultanze del sistema di indicatori, monitorati dal Centro Controllo Direzionale con supervisione da parte della Direzione Sanitaria, hanno rappresentato il riferimento operativo. I dati del monitoraggio periodico aggiornati a settembre 2012 attestano:

- a. il rispetto delle previsioni di budget relativo ai casi da fuori regione con peso medio $\leq 0,69$ (n.° casi nel bimestre luglio e agosto proiettati al secondo semestre: 1.080 a fronte di 1.810 a budget)
- b. il rispetto delle previsioni di budget relativo ai casi di un giorno (n.° casi nel bimestre luglio e agosto proiettati al secondo semestre: 696 a fronte di 1.316 a budget).

Stante la situazione contingente, delineata con la DGR 873 del 13 luglio 2012 e con la DGR 1048 del 7 agosto 2012, sono state assunte con le delibere del CdA del 27 agosto/17 settembre /8 ottobre diversi percorsi di efficientamento organizzativo, già avviati ma non tutti destinati a produrre risparmi concreti nell'esercizio, tra cui: rete internazionale-nazionale-regionale e metropolitana, revisione convenzione università, riordino laboratori ricerca, completamento stabilizzazioni personale amministrativo e del comparto e sterilizzazione contratti temporanei finanziati con fondi finalizzata, centralizzazione acquisti e allineamento alle medie di spesa per beni e servizi.

Le altre iniziative assunte si ritiene invece possano produrre risparmi già nell'esercizio, e precisamente riguardano l'attivazione dei nuovi percorsi "accoglienza" e "comunicazione" dall'estate 2012, con efficientamento immediato nell'impiego di operatori; la sopradescritta rinegoziazione del budget delle UOC operativa dal 1 luglio 2012, con riduzione dei ricoveri di bassa complessità extraregionale e dei ricoveri di un giorno e l'apertura dell'"Ospedale di giorno" dal 17 settembre 2012 con riduzione contestuale di posti letto di day hospital e attivazione di almeno 14 pacchetti di day service nell'ambito dei 56 ad oggi predisposti.

Riguardo poi alla riorganizzazione delle attività, si è provveduto alla:

- dipartimentalizzazione delle attività di ricovero ordinario dell'UOC Malattie infettive, con contestuale riduzione di 15 posti letto di degenza della stessa UOC da luglio 2012;
 - centralizzazione delle attività diagnostiche dei laboratori, con accorpamenti e sinergie funzionali, già deliberata dal Cda del 16 luglio u.s.;
- e nel corso dell'autunno 2012:
- centralizzazione e saturazione dell'utilizzo dei 20 posti letto di day surgery;
 - conversione di una aliquota di posti letto di degenze ordinarie in posti letto di area critica, sulla base del progetto di "area interdipartimentale di degenza ad alta intensità di cura", comprensivi di 3 posti letto aggiuntivi di OBI, e in posti letto riabilitativi cod. 75, sulla base dell'ipotesi di progetto di un "dipartimento riabilitativo transmurale pediatrico metropolitano";
 - ottimizzazione percorso nascita, con riduzione degenza media e numero parti cesarei, anche nella prospettiva dell'attivazione del "Centro di medicina perinatale e chirurgia fetale";
 - revisione attività ambulatoriale per esterni, in specie cardiologica e fisioterapica, in sinergia con le risorse professionali metropolitane e regionali.

Nella logica del potenziamento dell'attività di alta complessità dell'Istituto costituiscono progetti strategici prioritari di cui si prevede l'attivazione già in corso d'anno:

- attivazione delle procedure chirurgiche di trapianto di rene presso il Gaslini (in fase iniziale ancora con chirurghi dell'USMI) anziché presso l'USMI;
- strutturazione dell'attività interaziendale maxillofaciale e odontoiatria, già avviata in forma consulenziale con l'E.O. Ospedali Galliera nell'ambito del vigente progetto di continuità delle cure.

Tutti i punti descritti richiedono per la loro realizzazione la concessione delle deroghe alle assunzioni previste dal Piano contenuto nel Documento gestionale del 23 aprile 2012, con particolare riguardo anche per quelle relative a specialità che oggi non riescono in modo completo a svolgere le funzioni di supporto alla rete regionale, e si raccordano con la revisione della rete ligure, in particolare per la quantificazione dei volumi di ridefinizione dei posti letto su base metropolitana e regionale e per l'attuabilità degli ultimi punti suindicati. Inoltre, solo attraverso la disponibilità del coordinamento unitario delle risorse professionali pediatriche su scala regionale si può immaginare di rendere il tutto a "saldi invariati" sui volumi del personale.

In ultimo si rappresenta nella tabella di seguito riportata, per ciascuna area di aggregazione dipartimentale, il numero di posti letto di degenza ordinaria, di day hospital e day surgery in esercizio prima e dopo l'assunzione della manovre fin qui descritte.

Area Dipartimentale	Aggregazione	Posti letto ordinari		Posti letto day hospital		Posti letto day surgery	
		Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo
AAD emergenza urgenza DEA		12	12	1	0	0	0
AAD specialità pediatriche		112	86	42	11	0	0
AAD Emantoncologia		23	23	10	10	0	0
AAD specialità chirurgiche		92	71	11	4	18	10
AAD Cardiovascolare		17	17	1	0	0	0
AAD Neuroscienze		26	22	5	5	0	0
AAD percorso nascita e aerea intensiva		81	79	2	2	2	2
Ospedale di Giorno		0	0	0	11	0	10
Riabilitazione		0	18	0	2	0	0
Totali		363	328	72	45	20	22

La manovra, per ciascuna tipologia di setting assistenziale, comporta le seguenti variazioni:

- degenza ordinaria: - 53 posti letto;
- day hospital: - 29 posti letto;
- day surgery: + 2 posti letto
- riabilitazione: + 18 +2 posti letto.
- Hospice: + 5 posti letto

Infine la UOC di Psicologia è stata riconvertita a SS aggregata all'UOC di Neuropsichiatria Infantile

La rete pediatrica

L'elaborazione di nuovi schemi organizzativi in grado di rispondere in modo più adeguato a specifici bisogni dell'area pediatrica nella regione Liguria si basa sul cosiddetto "SISTEMA A RETE", che significa razionalizzazione, omogeneizzazione ed integrazione delle risorse umane e tecnologiche in un sistema assistenziale integrato su base regionale.

Tale sistema si pone l'obiettivo di garantire la centralità del cittadino-utente nel sistema, in coerenza con il modello regionale, la libertà di scelta del cittadino-utente nella ricerca delle diagnosi e cure, favorire l'erogazione delle prestazioni sanitarie di base e di maggiore frequenza in maniera diffusa sul territorio regionale, facilitando l'accesso degli utenti presso la sede di residenza. Inoltre si propone di individuare le Strutture di alta complessità e le Strutture di media complessità per l'erogazione delle prestazioni secondo criteri di qualificazione e grado di specializzazione delle stesse, promuovere un razionale utilizzo delle tecnologie più complesse e costose, nonché la crescita culturale allo scopo di migliorare l'assistenza pediatrica delle strutture sanitarie regionali per ottenere una omogeneità di prestazione.

Tale sistema è così organizzato:

1) Strutture di Alta Complessità : Centri di eccellenza e di riferimento regionale per la diagnosi e la cura delle patologie cliniche più complesse e per l'erogazione di prestazioni di alta specialità. L'individuazione del centro di riferimento è subordinata alla disponibilità delle fondamentali competenze professionali e tecnologiche per la diagnosi, la cura ed il follow-up delle patologie complesse, e deve essere allocato in ambiente ospedaliero integrato con funzioni di eccellenza nella ricerca e nella formazione.

Le patologie complesse sono definibili come patologie che per rarità o per necessità organizzative e tecnologiche richiedono l'intervento in alcuni momenti cruciali di centri ad alta specializzazione. Queste patologie devono essere indirizzate ai centri di riferimento, che per ragioni di sicurezza e per garantire un migliore risultato per il paziente, si caratterizzano per al soddisfacimento dei requisiti di seguito indicati:

- presenza di tutte le fondamentali competenze professionali specialistiche e tecnologiche per la diagnosi, la cura ed il follow-up delle patologie di riferimento;
- entità e tipologia della casistica: numero di casi in follow-up, numero di nuove diagnosi per anno rispetto all'entità della casistica di riferimento a livello regionale e nazionale, tenuto conto dei dati dell'Osservatorio regionale e del rapporto fra numero di pazienti e personale medico in organico dedicato;
- capacità di riduzione delle fughe extra regione e capacità di attrazione da fuori regione specifica per la casistica in oggetto;
- CV del Responsabile della Struttura specialistica, con documentata attività clinico-scientifica nell'ambito della patologia di riferimento.

Con l'obiettivo di garantire la centralità del cittadino-utente nel sistema, le Strutture di Alta Complessità hanno il compito di coordinare le prestazioni di diagnosi e cura all'esordio e durante il controllo longitudinale.

Le Strutture di Alta Complessità concorrono, secondo modalità convenute, ad espletare la funzione di consulenza specialistica nei confronti delle altre Strutture della rete pediatrica regionale; effettuano le prestazioni complesse di diagnosi, cura, sia d'area medica che chirurgica, sia all'esordio che durante il controllo longitudinale di tutte le patologie; sviluppano e realizzano l'attività di didattica e di ricerca.

Le Strutture di Alta Complessità operano per implementare le conoscenze del PdF nel settore relativo alla patologia complessa dell'assistito mediante comunicazione della diagnosi al PdF e anticipazione della successiva dimissione, offrendo la possibilità di incontri, prima delle dimissioni, finalizzati a consentire una gestione domiciliare che preveda una più agevole continuità terapeutica.

2) Strutture di Assistenza Ordinaria: UO di Pediatria che garantiscono diagnosi e cura a pazienti pediatrici con problemi clinici e bisogni assistenziali di complessità tale da non richiedere prestazioni di alta specialità. Salvo situazioni che richiedano interventi di livello tecnologico ed assistenziale di alta complessità, l'obiettivo prioritario è di ridurre al massimo le fughe extra-regionali e che il paziente faccia riferimento alla struttura territoriale di competenza. Le Strutture di Assistenza Ordinaria assicurano quindi la diagnosi della patologia cronica all'esordio, garantiscono l'avvio del trattamento medico e l'informazione sanitaria necessaria al gruppo familiare per il controllo iniziale della patologia nonché il percorso del controllo longitudinale successivo; promuovono la collaborazione e l'integrazione funzionale con i PdF e le Strutture di Alta Complessità per i casi osservati. In pratica le Strutture di Assistenza Ordinaria sviluppano, nella sede di residenza dei bambini affetti da malattie croniche, specifici percorsi clinici (organizzativi-assistenziali, diagnostici, terapeutici e di follow-up) in stretta integrazione con i centri di alta complessità.

Di fatto si individua per i soggetti con patologie pediatriche ad andamento cronico una unità operativa di riferimento dell'area geografica di residenza, al fine di consentire ai pazienti una più agevole e continua attuazione dei controlli clinici, di laboratorio e/o strumentali.

3) Strutture Assistenziali di Cura Primaria: PdF e UO Cure Primarie distrettuali delle ASL regionali (ASL1, ASL2, ASL3, ASL4, ASL5) che sono responsabili dell'assistenza territoriale e domiciliare integrata.

Le UO di Cure Primarie in concerto con il PdF assicurano il controllo longitudinale di tutti i bambini affidati alla loro responsabilità, e, in particolare di quelli con patologie croniche, anche complesse (pazienti oncologici, in terapia nutrizionale, in terapia antalgica, in cure palliative, in trattamento domiciliare con apparecchiature complesse) ivi compreso il coordinamento degli interventi riabilitativi, ove previsti.

Ai pazienti d'età pediatrica in evoluzione terminale va assicurata la permanenza al proprio domicilio per il maggior tempo possibile, potenziando l'assistenza domiciliare.

E' obiettivo prioritario della presente riorganizzazione che sia conferito ai PdF il ruolo di "regia" (*case manager*) della gestione delle problematiche sanitarie del bambino con patologia cronica. Il PdF in qualità di case manager mediante strumenti messi a disposizione dalla ASL/Centro di Riferimento (linea telefonica dedicata di riferimento, mail dedicata di riferimento, specialista di contatto, etc) si fa carico, in qualità di case manager, di garantire l'integrazione fra le Strutture di Alta Complessità e di Assistenza Ordinaria secondo percorsi condivisi, in modo da assicurare l'accesso al nodo della rete di volta in volta coerente con i bisogni assistenziali dell'utente. Nel caso di pazienti affetti da patologie croniche di particolare complessità,

oltre ad essere necessaria una preventiva segnalazione delle condizioni cliniche e della prossima dimissione al domicilio da parte della Struttura Ospedaliera che ha in cura il paziente, deve essere attivata l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) in area Materno-infantile. L'UVM in area materno-infantile è composta da pediatri, infermieri, assistenti sociali, psicologi, ed ha il compito di definire un piano di assistenza finalizzato alla soluzione del problema proposto, indicando figure professionali a cui rivolgersi e strutture a cui accedere.

Viene prevista in sede territoriale la valutazione di prima osservazione pediatrica, che è realizzata dai PdF per i pazienti con assistenza convenzionata e dalle UO di Cure Primarie e/o dalla Pediatria di Comunità per i pazienti senza assistenza convenzionata. L'integrazione assistenziale fra pediatri di comunità, pediatri di famiglia e pediatri delle Strutture ospedaliere è garantita da linee guida assistenziali e protocolli clinico-terapeutici comuni e condivisi. Contestualmente non sono più operativi gli ambulatori di pediatria generale delle UO di Pediatria.

Porte di accesso alla rete

L'accesso dei pazienti presso le Strutture di Alta Complessità viene effettuato ogniqualvolta possibile in via programmata secondo le indicazioni del PdF "*case manager*", altrimenti per accesso diretto da parte della famiglia, attraverso il PS, o per trasferimento programmato dalle Strutture di Assistenza Ordinaria.

Si accede alle Strutture di Assistenza Ordinaria in via programmata secondo le indicazioni del PdF, o direttamente attraverso il PS, o per trasferimento programmato per continuità terapeutica (back transport) dalle Strutture di Alta Complessità.

Si accede alle Strutture di Cura Primaria in modo diretto o per trasferimento programmato per continuità assistenziale dalle Strutture di Alta Complessità o di Assistenza Ordinaria. Nel caso il trasferimento programmato avvenga da una Struttura di Alta Complessità direttamente alla Struttura di Cura Primaria, affinché il sistema di rete sia funzionale, si rende indispensabile comunicare il trasferimento anche alla Struttura di Assistenza Ordinaria competente per residenza del paziente.

Si prevede la costruzione della rete di assistenza per bambini affetti da malattie croniche/rare. Affinché ciò sia FATTIVO, bisogna che sia creato da parte del III livello una rete/elenco di consulenti in modo da poter essere fruita facilmente dal PdF (contattabilità dello specialista) e veloce (p. es. percorso preferenziale per esami strumentali, per questi bambini NON in regime di agenda di prenotazione normale)

E' indispensabile un coordinamento fra PdF (uno o due al massimo) - Centro di riferimento, al fine di annullare tutte le incomprensioni su vaccinazioni nei soggetti a rischio e/o bambini con malattie croniche.

Relazioni tra i nodi e tecnologie

Si propone la:

1. Creazione dell'osservatorio epidemiologico per la verifica continuativa dei tassi di incidenza e di prevalenza in età pediatrica della patologia cronica
2. Definizione dei criteri minimi di inquadramento diagnostico e di intervento terapeutico (creazione di linee guida e protocolli di diagnosi e cura condivisi ed applicabili in tutta la realtà regionale)

3. Integrazione dei dirigenti medici di UO di Alta Complessità e di Assistenza Ordinaria Tale processo deve prevedere lo scambio in aggiornamento obbligatorio fra dirigenti medici per un periodo di tempo congruo (non < 3 mesi) finalizzato a migliorare le conoscenze reciproche della realtà in cui si opera, a migliorare il livello qualitativo di assistenza, a definire e uniformare i criteri di controllo clinico delle patologie in oggetto, a realizzare comportamenti clinici il più possibile omogenei
4. Integrazione dei PdF e dei pediatri consultoriali con i pediatri ospedalieri in modo da ridurre l'ospedalizzazione e gli accessi ai Pronto Soccorso del bambino
5. Identificazione, stesura e utilizzazione di una cartella clinica comune
6. Formalizzazione di sedute di aggiornamento scientifico sulla base dell'esperienza maturata nelle diverse sedi operative che compongono la Rete Assistenziale stessa ed individuazione di obiettivi comuni di ricerca clinica. Condivisione di programmi per il miglioramento della qualità delle cure e per la gestione del rischio clinico.

Coordinamento della rete pediatrica regionale

Allo scopo di assicurare la funzionalità delle rete pediatrica regionale è indispensabile individuare un modello organizzativo di coordinamento, rappresentato dal Gruppo di Coordinamento della Rete Perinatale e Pediatrica, nominata con DGR 1879 del 22.12.2009, con il coordinamento del Agenzia Regionale di Sanità (ARS).

Il Gruppo provvede altresì all'elaborazione delle linee di indirizzo programmatiche regionali per la pediatria, alla stesura di linee guida e protocolli terapeutici condivisi, all'identificazione e verifica degli standard di qualità, degli indicatori per il monitoraggio e la verifica del progetto di riorganizzazione.

Gli obiettivi sono i seguenti:

- attivare protocolli e procedure comuni e di implementare e definire procedure di collaborazione con il territorio, nonché di promuovere stage di formazione fra i diversi professionisti, studi e progetti multicentrici.
- uniformare ed ottimizzare nell'ambito della Regione la diagnosi, la terapia e il controllo longitudinale delle patologie pediatriche, in particolare di quelle ad andamento cronico, in modo da rendere effettivamente operativa la rete di legami funzionali e di relazioni delle strutture della rete secondo complessità, al fine di realizzare una cooperazione basata sulla integrazione delle competenze specialistiche e in grado di fornire un modello alternativo all'attuale sistema di assistenza, con riflessi quantitativi e qualitativi diversi rispetto all'attuale.

Il Gruppo provvede altresì all'elaborazione delle linee di indirizzo programmatiche regionali per la pediatria, alla stesura di linee guida e protocolli terapeutici condivisi, all'identificazione e verifica degli standard di qualità, degli indicatori per il monitoraggio e la verifica del progetto di riorganizzazione.

La Commissione istituita dal Presidente della Regione e dall'Assessore alla Salute rappresenta il livello unitario di sintesi tecnico-organizzativa riguardo alle aree ostetrico-neonatologica e pediatrica.