



*Consiglio Regionale della Campania*

Prot.n.15301/Gen.

Al Signor Presidente della Giunta  
Regionale della Campania  
Via S. Lucia, n. 81  
N A P O L I

Al Presidente della Commissione  
Consiliare V

Ai Consiglieri Regionali

All'Assessore delegato ai rapporti  
con il Consiglio regionale

Al Settore Legislativo, Studi e Ricerche

S E D E

**Oggetto:Proposta di legge "Rete Regionale Neonatologica e Pediatrica"  
( Reg.Gen.n.412)**

Ad iniziativa del Consigliere Michele Caiazzo.  
Depositata il 24 dicembre 2008

**IL PRESIDENTE**

**VISTO** l'articolo 54 del Regolamento interno

**A S S E G N A**

il provvedimento in oggetto a:

**V Commissione Consiliare per l'esame.**

La stessa si esprimerà nei modi e termini previsti dal Regolamento.

Napoli, **22 GEN. 2009**

**IL PRESIDENTE**



### *Consiglio Regionale della Campania*

La tutela della salute in ambito infantile costituisce un obiettivo di importanza fondamentale ai fini del benessere psico-fisico della popolazione attuale e futura, per i riflessi che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione hanno sulla qualità della vita e sul benessere psico-fisico della popolazione attuale e futura.

In base alla Convenzione internazionale sui Diritti dell'Infanzia, recepita dal Parlamento con la legge 27 maggio 1971, n. 176, lo Stato riconosce l'infanzia come un bene sociale da salvaguardare e sul quale investire e riconferma che la tutela sanitaria dell'infanzia è un diritto fondamentale ed è uno degli obiettivi specifici proposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'assistenza neonatale/pediatria, quindi, sebbene di dimensioni minime rispetto al quadro complessivo dell'assistenza sanitaria ha un'importanza strategica elevatissima. Ogni efficace intervento in questo settore si può tradurre non solo in una riduzione della mortalità perinatale-neonatale, ma anche in una significativa riduzione degli handicap, il cui peso in una società civile, è notevole.

Il Piano sanitario nazionale evidenzia come la mortalità infantile, in particolare neonatale, sia più elevata nelle regioni del Sud, soprattutto a causa di fattori organizzativi e gestionali. In Campania, nonostante un alto indice di natalità, si registra una mortalità perinatale ancora elevata rispetto alla media nazionale.

La tutela sanitaria dell'infanzia si attua all'interno dell'area pediatrica. L'offerta dei servizi sanitari pediatrici/neonatali deve rispondere a standard strutturali, tecnologici ed organizzativi adeguati alle specifiche esigenze di salute dei bambini.

L'assistenza sanitaria dell'area infantile nella Regione Campania è caratterizzata da obiettive carenze e criticità. L'attuale rete assistenziale, infatti, non dimostra di possedere quella efficiente capacità funzionale tipica delle società evolute. È, quindi, necessaria una valutazione più approfondita del sistema sanitario regionale pediatrico, al fine di individuare le misure più opportune per migliorarne la funzionalità, nonché il passaggio da un'ottica ospedalocentrica allo sviluppo di una rete dei servizi territoriali, individuando come passaggi strategici in questo processo il potenziamento delle cure primarie e l'integrazione tra sociale e sanitario.

Da ciò deriva l'esigenza di riorganizzazione del servizio sanitario pediatrico/neonatale attraverso la creazione di un sistema a rete su base regionale, articolato su tre livelli con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali, in modo da garantire la centralità del bambino; favorire l'erogazione delle prestazioni sanitarie di base e di maggior frequenza in maniera diffusa sul territorio regionale; assicurare la massima corrispondenza tra necessità assistenziali e appropriatezza-



### *Consiglio Regionale della Campania*

za ed efficacia delle cure erogate; promuovere la crescita culturale, per migliorare l'assistenza pediatrica delle strutture sanitarie regionale ed ottenere un'omogeneità delle prestazioni.

Il modello delineato nella proposta di legge che segue prevede l'esistenza di centri principali e di centri periferici che, attraverso reti organizzative, garantiscono ai neonati e ai bambini l'assistenza necessaria, indipendentemente dalla zona di residenza.

Il Servizio Sanitario Nazionale prevede che, per i bambini fino a 14 anni, il medico di riferimento sul territorio sia il Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.). Tale scelta ha differenziato la pediatria italiana dal resto dell'Europa.

La presenza del pediatra di libera scelta non ha evitato alcuni fenomeni apparentemente paradossali: l'iper-afflusso dei bambini al Pronto soccorso per emergenze inconsistenti (i cosiddetti "codici bianchi") e un aumento del numero dei ricoveri ospedalieri. Causa probabile di questi fenomeni è l'eccessivo bisogno di sicurezza prodotto paradossalmente dall'eccesso di risorse e di disponibilità.

Il Pediatra di Libera Scelta ha rappresentato un progresso nella qualità e nell'uniformità delle cure al bambino, tuttavia esistono ancora punti critici nell'attività di promozione e tutela della salute nell'età pediatrica:

- L'azione preventiva e curativa del P.L.S. non è adeguatamente coordinata ed integrata con le attività di altri servizi (guardia medica, consultorio familiare, pronto soccorso ospedaliero, ecc.)
- La copertura oraria offerta dal P.L.S. non garantisce, con l'attuale organizzazione, tutti i bisogni di cura primaria, distribuiti nell'arco delle 24 ore.

La presente proposta di legge prevede l'istituzione dei Presidi Intermedi Pediatrici (PINP), derivanti dalla trasformazione delle piccole divisioni di pediatria, allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza, garantire l'appropriata erogazione delle cure primarie e la continuità assistenziale, evitando così l'afflusso indistinto presso le strutture ospedaliere e l'allontanamento del bambino dal proprio ambiente.

La "Carta europea dei bambini degenti in ospedale" sancisce che il bambino va curato in ospedale soltanto nel caso in cui l'assistenza necessaria non possa essere fornita a pari livello a domicilio o presso ambulatori.

I PINP hanno l'obiettivo di riaffidare al Medico di fiducia la funzione di salute pubblica; individuare un riferimento unico in un determinato territorio; garantire la continuità dell'assistenza tra le varie componenti della rete dei servizi territoriali a fra questi e l'ospedale.



### *Consiglio Regionale della Campania*

I PINP sono basati, infatti, su un modello di collaborazione tra pediatri di famiglia, medici di guardia medica e pediatri ospedalieri; sono volti ad assicurare una gestione h 12 per la medicina di assistenza primaria pediatrica; la continuità assistenziale pediatrica 24 ore su 24 e sette giorni su sette; le attività specialistiche; le funzioni di primo intervento (piccole urgenze) e di medicazione; l'osservazione a breve; i ricoveri a ciclo diurno.

Il modello organizzativo prevede una maggiore copertura assistenziale attraverso l'attivazione di un call center professionalizzato, che funziona anche da Centrale Operativa per le cure domiciliari e garantisce la ricezione delle chiamate nelle ore notturne e nelle giornate festive e prefestive coperte dal Medico di Continuità Assistenziale

I PINP possono essere configurati secondo un modello di integrazione con i distretti o di aggregazione di medici.

Nel primo caso, l'ASL di riferimento mette a disposizione la sede del PINP e definisce un accordo per regolamentare l'uso della stessa e delle attrezzature, nonché per individuare forme di integrazione più avanzate tra i Pediatri di Libera Scelta e gli operatori distrettuali. Con specifici accordi possono trovare spazio, all'interno di tale modello, anche competenze specifiche di carattere assistenziale messe a disposizione dai Comuni.

Nel secondo caso, i medici si organizzano in accordo con l'ASL, il rapporto con l'Azienda è gestito sulla base di uno specifico contratto e la sede può essere individuata autonomamente e acquisita con mezzi propri dai medici interessati.

I PINP fanno capo ad una Unità Operativa Pediatrica di riferimento per il ricovero di pazienti che non possono essere rinviati a domicilio

L'implementazione delle cure primarie attraverso i Presidi Intermedi Pediatrici comporta la razionalizzazione delle Unità Operative Pediatriche (UOP) e, conseguentemente, una loro ristrutturazione e riqualificazione.

D'altro canto il bisogno del bambino di essere accolto e curato in area pediatrica nelle situazioni di urgenza-emergenza e lungodegenza, impone la razionalizzare della rete ospedaliera in modo da non esporre a rischi aggiuntivi da carenza organizzativa una quota di soggetti ad elevato rischio.

Le Unità Operative Pediatriche assistono bambini con patologie che non richiedano ricovero presso le Strutture di Alta Complessità (SAC). Esse sono individuate sul territorio regionale sulla base della popolazione residente, prevedendo un bacino di utenza tra i 200.000 e i 300.000 abitanti. Le UOP fanno capo ad una SAC di riferimento per il ricovero di pazienti che necessitano di altre



### *Consiglio Regionale della Campania*

competenze specialistiche.

Le UOP devono assicurare la presenza di un Pronto Soccorso pediatrico con guardia medica attiva 24/24 ore e l'Osservazione Breve Intensiva (All. 1); l'attività di degenza con ricoveri urgenti e ricoveri programmati; la terapia semintensiva pediatrica la presenza di posti letto di isolamento per malattie infettive, almeno due sub specialità pediatriche di II livello.

Attualmente esiste una forte mobilità regionale del bambino verso strutture specialistiche del centro e nord Italia. Tale mobilità si verifica prevalentemente per patologie neurologiche, ematologiche, nefro-urologiche, ma anche per patologie in cui, teoricamente, la risposta è ben presente e qualificata sul territorio regionale.

Il fenomeno della mobilità deriva da carenze che i cittadini e i medici curanti rilevano nella qualità delle specifiche prestazioni, dalla scarsa capacità dei servizi ad assumere una salda presa in carico del bambino che trasmetta fiducia e sicurezza ai genitori; dalla carenza di specialisti, diagnostiche e/o strutture specializzate; da inefficienze organizzative; dalla mancanza di una politica di accoglienza e di indirizzo delle famiglie.

Per ridurre la mobilità extraregionale e per organizzare al meglio quanto già presente in Regione Campania, sono identificate le di Strutture regionali di Alta Complessità (SAC), quali Centri di eccellenza e di riferimento regionale per la diagnosi e la cura delle patologie cliniche più complesse e l'erogazione di prestazioni di alta specialità.

Le Strutture di Alta Complessità effettuano le prestazioni complesse di diagnosi e cura, di area medica e chirurgica, sia all'esordio che durante il controllo longitudinale di tutte le patologie relative ai neonati e alla popolazione in età pediatrica; sviluppano e realizzano anche attività di didattica e di ricerca; concorrono ad espletare la funzione di consulenza specialistica nei confronti delle altre strutture della rete pediatrica regionale.

Sono da considerarsi strutture di Alta Complessità le seguenti attività:

- Rianimazione e centro di risveglio
- Oncoematologia con trapianto di midollo osseo;
- Emergenze metaboliche
- Pneumologia per emergenze respiratorie ed insufficienza respiratoria cronica
- Cardiologia e cardiochirurgia e trapianto
- Nefrologia con dialisi e trapianto
- Chirurgia neonatale, malformativa e mininvasiva
- Chirurgia oncologica



*Consiglio Regionale della Campania*

- Neurochirurgia
- Trauma center pediatrico
- Unità Gravi Disabilità in l'Età Evolutiva ( UGDEE )

Il riconoscimento di SAC è subordinato al soddisfacimento di specifici requisiti. Struttura di riferimento delle SAC è l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Santobono-Pausilipon".

Le strutture pediatriche ospedaliere devono essere collegate da una rete telematica, allo scopo di razionalizzare l'impiego delle risorse, facilitare la ricerca dei posti letto in emergenza, orientare il paziente pediatrico verso la struttura più vicina e maggiormente qualificata a rispondere alle sue specifiche necessità assistenziali

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera al bambino va tenuta in debito conto la "Carta europea dei bambini degenti in ospedale" (doc. A2-25/86, Risoluzione del Parlamento Europeo, considerata prioritaria dalle Linee Guida Regionali per la ottimizzazione dell'Assistenza Ospedaliera in Neonatologia ed in Pediatria d'urgenza (delibera G.R n. 2068/2004, BURC n. 2 del 10-01-2005) e fatta propria dalla Regione Campania con la L.R. 24 del 19-12-06, Piano Ospedaliero 2007-2009), che contempla i diritti del bambino ricoverato. In particolare, è ribadito, come detto in precedenza, che il bambino deve essere curato in ospedale solo nel caso in cui l'assistenza di cui ha bisogno non possa essere fornita a pari livello a domicilio o presso ambulatori. Inoltre, devono essere garantiti, indipendentemente dalla patologia da cui sono affetti:

- il ricovero in strutture idonee all'età dei minori e non in strutture dedicate agli adulti;
- la presenza in ospedale dei genitori o persona ad essi gradita quale sostituto, con possibilità di usufruire, oltre ad aree di degenza specificamente strutturate, anche di spazi ludici e di studio;
- la continuità dell'assistenza da parte dell'equipe ospedaliera pediatrica;
- l'informazione corretta e adeguata sulle procedure diagnostiche e sulle condotte terapeutiche che i sanitari intendono attuare.

Nella sfera degli interventi di tutela dei diritti del bambino malato e ospedalizzato, quindi, deve essere posta una particolare attenzione, al fine di garantire sia la continuità nelle relazioni affettive ed emotive del bambino ricoverato con la madre e la sua famiglia sia l'offerta di tutte le opportunità necessarie al suo sviluppo psicologico, cognitivo e sociale.



*Consiglio Regionale della Campania*

Ciò anche nell'ottica della legge n. 285/1997 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescente", che all'art. 4, comma 1, lettera l), prevede espressamente interventi diretti alla tutela dei diritti del bambino malato e ospedalizzato.

Per il bambino il bisogno di diagnosi e di cura specialistica e tempestiva emerge in tutta la sua evidenza nell'area dell'urgenza-emergenza. Nella realtà, molto spesso, il paziente afferrisce al servizio di guardia medica territoriale, al pronto soccorso ospedaliero o ai reparti di terapia intensiva dedicati agli adulti, cioè a strutture e competenze che esulano da quelle specifiche richieste per l'ambito pediatrico .

L'attività di soccorso primario nelle emergenze in età evolutiva deve avvenire con le procedure ed i mezzi di soccorso ordinari, ma con protocolli specifici per le varie fasce di età.

Al fine di assicurare una più efficace risposta immediata nei casi di emergenza, è necessario garantire a tutti i Pediatri e agli Infermieri che operano nella rete Ospedaliera Pediatrica una formazione obbligatoria nel campo dell'emergenza pediatrica, mediante corsi PBLIS-D (Pediatric Basic Life Support Defibrillation: supporto di base delle funzioni vitali in pediatria) e PALS (Pediatric Advanced Life Support : supporto avanzato delle funzioni vitali in età pediatrica) da ripetere periodicamente.

La Centrale operativa 118 ha un ruolo centrale, come per l'emergenza dell'adulto. Ad essa afferiscono le richieste di intervento e ad essa spetta la decisione relativa al tipo di intervento da adottare, ai mezzi di soccorso da inviare ed anche l'eventuale coordinamento in caso di interventi complessi o multipli. Il personale operante sui mezzi di soccorso deve, tuttavia, avere una specifica formazione mirata all'intervento di tipo pediatrico (Corsi PBLIS-D e PALS), e tutti i mezzi di soccorso devono essere dotati di dispositivi e farmaci adatti all'intervento di tipo pediatrico. Per i neonati ed i lattanti di età inferiore a 6 mesi si potrà utilizzare il Servizio di Trasporto Neonatale (STEN),

Per quanto concerne l'assistenza neonatale, è necessario attuare dei modelli assistenziali che prevedano una maggiore integrazione tra unità operative ostetriche e neonatologiche, garantendo ad ogni parto un livello essenziale ed appropriato di assistenza ostetrica e neonatologica, come previsto dalle Linee Guida Regionali per la ottimizzazione dell'Assistenza Ospedaliera in Neonatologia ed in Pediatria d'urgenza (delibera G.R n. 2068/2004, BURC n. 2 del 10-01-2005).



*Consiglio Regionale della Campania*

In proposito, il “Piano Regionale Ospedaliero per il triennio 2007 - 2009” (LR 24 del 19-12-06) ha stabilito che l’assistenza in emergenza al neonato deve essere considerata come sistema organizzativo globale, integrato su base regionale, così da garantire al neonato la migliore assistenza possibile coniugata ad un razionale utilizzo delle risorse, e che le necessità assistenziali del neonato si riconducono a tre livelli di assistenza.

Tale modello appare superato dal punto di vista organizzativo. Deve scomparire dal POR la neonatologia di I livello e devono esistere solo due livelli di assistenza al neonato. Tutti punti nascita devono essere organizzati a gestire i neonati con patologia intermedia. In tal modo si accorpano competenze e massa critica di pazienti e verranno trasferiti alla TIN solo neonati che richiedono realmente un approccio di tipo intensivistico.

Nel sistema a rete ogni punto nascita fa capo ad una TIN di riferimento che costituisce lo hub del sistema. I medici ed il personale infermieristico del punto nascita devono obbligatoriamente e periodicamente svolgere aggiornamento presso la TIN di riferimento. Inoltre deve essere consentito un sistema di rotazione tra hub e spoke di personale medico ed infermieristico in maniera da omogeneizzare procedure e linee guida.

Si propongono quindi due livelli assistenziali:

1. **Neonatologia:** assistenza ai neonati con i problemi fisiologici di adattamento alla vita extrauterina ed assistenza ai neonati affetti da patologie che necessitano di cure intermedie, non intensive. Tutti i punti nascita devono garantire tale livello di assistenza
2. **Terapia intensiva neonatale ( TIN ):** assistenza a neonati che necessitano di cure intensive. Questa forma di assistenza viene erogata nelle Aziende Ospedaliere e nei presidi che afferiscono al III livello della rete dell'emergenza.

Nell’ambito del sistema “rete dell'emergenza neonatale” devono essere considerati i “percorsi-nascita” intesi nel senso di assistenza multidisciplinare con la previsione di tutte le figure professionali (ginecologo, ostetrico, neonatologo, pediatra, psicologo), ed organizzati tenendo conto del POMI 1998-2000 e della delibera della Giunta regionale n. 7301/01 (LR. 24 del 19-12-06)

Secondo le Linee Guida Regionali per la Ottimizzazione dell’Assistenza Ospedaliera in Neonatologia ed in Pediatria d’urgenza, ad ogni parto deve essere garantito un livello essenziale ed appropriato di assistenza ostetrica e neonatologica: l’organizzazione dei relativi servizi ospedalieri deve essere articolata in rete su base regionale, tenendo presente i tre livelli di attività distinti per caratteristiche strutturali e competenze professionali, in modo da garantire la massima corrispon-





## *Consiglio Regionale della Campania*

denza tra le necessità assistenziali della singola persona e l'appropriatezza ed efficacia delle cure erogate.

L'assistenza alla gestante deve essere affidata alle U.O. ostetrico-ginecologiche del livello considerato. La tutela della salute delle donne gravide che afferiscono a strutture di I o II livello e dei feti, di fronte all'evidenziarsi di situazioni cliniche di rischio materno-fetale, deve essere garantita dall'obbligo per l'ostetrico-ginecologo del trasferimento verso strutture di II o III livello, e da un efficiente servizio di trasporto della gravida.

Nell'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile, nella definizione dei livelli funzionali, le U.O. di ostetricia e le U.O. neonatali devono operare a livello corrispondente. Un livello superiore deve erogare oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle indicate per i livelli inferiori.

Il potenziamento dei reparti di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), oltre ad essere strumentale al conseguimento dei vantaggi collegati al servizio di trasporto neonatale, risulta fondamentale al fine di incrementare la sopravvivenza e migliorare la qualità della vita del neonato critico, paziente che richiede un elevato livello di cure.

Il fabbisogno di posti letto di TIN è calcolato in base al numero dei nati. Attualmente si ritiene che occorra 1 posto letto di TIN per 700-750 nati. Rispetto ai 93-97 posti letto necessari in base all'attuale natalità (circa 68.000 nati/anno), oggi ne sono attivi meno di 80.

Appare, pertanto, fondamentale potenziare e mantenere le TIN esistenti; garantire la piena funzionalità dei posti letto di TIN esistenti; attivare i posti letto delle TIN che, per motivi contingenti, sono ad oggi inattivi; attivare nuove unità di TIN nelle province di Caserta e di Salerno, a copertura delle carenze; collegare in rete le TIN tra di loro e con i punti nascita.

Altra causa della mobilità sanitaria extraregionale della popolazione pediatrica è la carenza di strutture riabilitative per neonati e bambini. La presente proposta di legge prevede l'implementazione dell'attività riabilitativa – attualmente affidata nella quasi totalità al privato convenzionato - attraverso strutture specializzate distribuite in tutto il territorio regionale, con funzioni diversificate nell'ambito del percorso di cura del paziente. Tali strutture devono essere istituite presso tutte le UOP. Esse hanno il compito di definire i percorsi riabilitativi successivi alla fase acuta attivando la rete dei servizi e di realizzare i primi interventi riabilitativi durante i periodi di degenza.

Le strutture riabilitative con degenza di tipo intensivo devono essere istituite presso le SAC e sono deputate alla presa in carico riabilitativa di pazienti provenienti dall'Unità per acuti. Esse



*Consiglio Regionale della Campania*

hanno il compito di realizzare progetti riabilitativi intensi, di diverso grado di complessità a seconda della loro competenza, durante la fase riabilitativa post-acuta che richiede degenza ospedaliera. Presso l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Santobono-Pausilipon" deve essere attivata, così come previsto dal POR, l'Unità Gravi Disabilità in l'Età Evolutiva (UGDEE).

La UGDEE è espressamente destinata ad affrontare i complessi e gravi problemi diagnostici, valutativi e rieducativi degli esiti di patologie motorie e cognitive congenite od acquisite, internistiche dell'età evolutiva. In essa verranno a confluire le competenze specialistiche nei seguenti ambiti: rianimazione e terapia intensiva, patologia neonatale, ortopedia con modulo specificatamente orientato agli interventi correttivi nelle disabilità infantili, neurochirurgia, pediatria, chirurgia plastica, neurologia, otorinolaringoiatria, oculistica, .chirurgia generale, medicina generale, medicina fisica e riabilitativa, neuropsichiatria infantile.

Scopi della UGDEE sono :

- Approfondimento diagnostico relativo alle gravi menomazioni e disabilità dell'infanzia;
- Formulazione tecnica operativa del progetto riabilitativo e del programma terapeutico, e controllo sulla sua realizzazione;
- Progettazione e validazione di presidi protesici e ortesici e sperimentazione di materiale innovativo;
- Attività di ricerca clinica e di documentazione del progresso scientifico nel settore dell'infanzia;

Al fine di garantire un efficace funzionamento del delineato modello organizzativo pediatrico e neonatale e di coordinare e mettere in rete le strutture ospedaliere pediatriche di vario livello e competenza è prevista l'istituzione dell'Agenzia Pediatrica e Neonatologica Regionale con funzione di Authority.

In particolare, l'Agenzia ha il compito di individuare le divisioni di pediatria da riconvertire in Presidi Intermedi Pediatrici; identificare le strutture della Rete Neonatale; valutare il numero e la localizzazione di PL di Terapia Intensiva Neonatale, per programmarne un incremento ragionato; identificare le Unità Operative Pediatriche e le strutture di I e III livello ad esse connesse; certificare le Strutture di Alta Complessità; coordinare la rete dell'emergenza pediatrica e del trasporto neonatale; centralizzare i dati del Trasporto Neonatale Regionale, al fine di verificarne efficacia e appro-



*Consiglio Regionale della Campania*

priatezza; unire, mediante una rete informatica le TIN, per conoscere in tempo reale la disponibilità di posti letto; programmare ed attuare un sistema di integrazione ospedale-territorio e di continuità assistenziale; creare un Osservatorio epidemiologico per la verifica dei tassi di incidenza e di prevalenza in età pediatrica delle patologie acute e croniche; definire i criteri minimi di inquadramento diagnostico e di intervento terapeutico; condividere i programmi per il miglioramento della qualità delle cure e per la gestione del rischio clinico; coordinare la rete di riabilitazione neonatale e pediatrica ed attivare la UGDEE.

— In conclusione, la presente proposta di legge si propone di ridisegnare e riorganizzare la rete ospedaliera dell'area pediatrica (neonatologia e pediatria), al fine di garantire in modo esaustivo ed integrato il diritto alla salute della popolazione pediatrica; di rendere più efficiente il sistema sanitario regionale pediatrico, mediante l'attribuzione di funzioni precise agli attori coinvolti; gratificare, infine, anche coloro che dedicano il loro tempo alla gestione delle cure al bambino, mostrando efficienza, operatività e standard assistenziali elevati, in ulteriore potenziale miglioramento.

L'obiettivo fondamentale consiste nella costruzione di una sanità sempre più vicina ai bambini che si rivolgono alle strutture sanitarie per stare meglio. Ecco perché è importante realizzare una rete neonatologica e pediatrica a livello regionale efficiente e qualificata.



*Consiglio Regionale della Campania*

**Art.1**

*(Finalità e obiettivi)*

1. Al fine di offrire al neonato e al bambino che giunge in ospedale un'assistenza qualificata, favorire la deospedalizzazione del bambino, ridurre il rischio connesso ai ricoveri pediatrici impropri, assicurare il ricovero dei bambini in ambienti adeguati, la Regione Campania promuove la realizzazione della Rete Regionale Neonatologica e Pediatrica – di seguito denominata - RRNP -.
2. La RRNP è un sistema integrato interattivo con i seguenti obiettivi:
  - a) migliorare lo standard assistenziale dei neonati e dei bambini sia in ambito territoriale sia in ambito ospedaliero ed il raccordo ospedale-territorio;
  - b) razionalizzare il sistema di offerta, evitando inutili e costose duplicazioni di servizi;
  - c) evitare e/o ridurre la mobilità ospedaliera extraregionale dei bambini, attraverso la conoscenza delle prestazioni ospedaliere pediatriche offerte nell'ambito regionale e la collaborazione tra pediatri ospedalieri e pediatri di famiglia;
  - d) collaborare con le associazioni dei genitori per l'individuazione dei bisogni assistenziali;
  - e) realizzare un sistema di monitoraggio e di verifica delle attività svolte.
3. L'assistenza pediatrica è articolata su tre livelli:
  - a) Presidi Intermedi Pediatrici – di seguito denominati - PINP -;
  - b) Unità Operative Pediatriche – di seguito denominate – UOP -;
  - c) Strutture di Alta Complessità - di seguito denominate - SAC -.
4. L'assistenza neonatale è articolata su due livelli:
  - a) Neonatologia;
  - b) Terapia Intensiva Neonatale – di seguito denominata - TIN -.
5. La Rete Regionale Neonatologica e Pediatrica permette il collegamento tra tutti i presidi ospedalieri che operano all'interno dell'assistenza pediatrica, con l'interazione del pediatra di famiglia che segue il bambino.



*Consiglio Regionale della Campania*

**Art.2**

*(Presidi Intermedi Pediatrici)*

1. I PINP derivano dalla trasformazione delle piccole divisioni di pediatria. Essi sono volti a migliorare la qualità dell'assistenza, garantire l'appropriata erogazione dei servizi, la continuità assistenziale e l'efficace integrazione socio-sanitaria.
2. I PINP sono strutture basate su un modello di collaborazione tra pediatri di famiglia, medici di guardia medica e pediatri ospedalieri.
3. Ciascun PINP deve assicurare le seguenti prestazioni:
  - a) continuità assistenziale pediatrica ventiquattro ore su ventiquattro e sette giorni su sette;
  - b) ambulatori di pediatria di famiglia;
  - c) attività specialistica;
  - d) funzioni di primo intervento (piccole urgenze) e di medicazione;
  - e) osservazione breve;
  - f) ricoveri a ciclo diurno.
4. I medici del PINP organizzano la presenza in modo da garantire la capacità di assistenza continua e la reperibilità.
5. L'insieme dei medici che operano nei PINP individua un referente organizzativo con il compito di coordinare nello specifico ambito di competenza il gruppo di medici.
6. Nell'ambito di ciascun PINP deve essere presente un numero di infermieri e di personale di studio e amministrativo di collaborazione adeguato alle attività previste.
7. La sede del PINP è unica e comprende i locali idonei per gli studi dei Pediatri di Libera Scelta, per l'attività specialistica, per le funzioni di primo intervento, per la continuità assistenziale, per il personale infermieristico, per il personale di studio e per la sosta di attesa dei pazienti.
8. I medici aderenti possono, in ogni caso, continuare a mantenere, con oneri a proprio carico, gli ambulatori periferici.
9. Il modello organizzativo prevede una maggiore copertura assistenziale attraverso l'attivazione di un call center professionalizzato, che funziona anche da Centrale Operativa per le cure domiciliari e garantisce la ricezione delle chiamate nelle ore notturne e nelle giornate festive e prefestive coperte dal Medico di Continuità Assistenziale.
10. Ciascun Pediatra di Libera Scelta si rende rintracciabile dal call center nell'arco delle dodici ore.
11. Al fine di evitare la frammentarietà degli interventi erogati all'assistito e garantire la continuità del processo comunicativo è prevista lo scambio di consegne tra il Pediatra di Libera Scelta e il Medico di Continuità Assistenziale mediante l'integrazione informativa/informatica e/o altre modalità (registro, etc).
12. Il PINP può essere configurato secondo due tipologie:
  - a) un modello di integrazione tra il PINP e i distretti, nella condizione in cui l'Azienda Sanitaria Locale – di seguito denominata ASL - di riferimento mette a disposizione la sede del PINP e definisce un accordo per regolamentare l'uso della sede e delle attrezzature ed individuare forme di integrazione più avanzate tra i Pediatri di Libera Scelta e gli operatori distrettuali. Con specifici accordi possono trovare spazio, all'interno di



*Consiglio Regionale della Campania*

tale modello, anche competenze specifiche di carattere assistenziale messe a disposizione dai Comuni;

- b) un modello di aggregazione di medici che si organizza in accordo con l'A.S.L. e in cui il rapporto con l'Azienda è gestito sulla base di uno specifico contratto. In tal caso la sede può essere individuata autonomamente e acquisita con mezzi propri dai medici interessati.

- 13. I PINP fanno capo ad una UOP di riferimento per il ricovero di pazienti che non possono essere rinviiati a domicilio.
- 14. I PINP concordano con la UOP di riferimento le linee guida volte ad assicurare continuità assistenziale sul territorio.



*Consiglio Regionale della Campania*

**Art.3**

*(Unità Operative Pediatriche)*

1. Le Unità Operative Pediatriche assistono i neonati ed i bambini con patologie che non richiedano ricovero presso le Strutture di Alta Complessità. Esse sono individuate sul territorio regionale sulla base della popolazione residente, prevedendo un bacino di utenza tra i duecentomila e i trecentomila abitanti.
2. Le UOP, della dotazione minima di quindici posti letto come previsto dalla legge regionale 19 dicembre 2006, n.24, par. 4.2, (salvo SC localizzate nelle isole o in zone orograficamente disagiate), devono avere un adeguato organico medico e infermieristico e devono possedere le seguenti caratteristiche:
  - a) pronto soccorso pediatrico con guardia medica attiva 24/24 ore e Osservazione Breve Intensiva;
  - b) attività di degenza con ricoveri urgenti e ricoveri programmati Ordinari ed in Day Hospital;
  - c) terapia semintensiva pediatrica : almeno 2 PL dedicati per ogni UOP di 15 PL;
  - d) posti letto di isolamento per malattie infettive;
  - e) almeno due sub specialità pediatriche .
  - f) posti letto intensivi, da gestire in collaborazione con anestesisti rianimatori.
3. Il bambino ha il diritto di essere assistito dalla madre o dall'altro genitore (o da un familiare) nell'arco delle ventiquattro ore; nel corso della degenza alla madre devono essere assicurati un posto letto o una poltrona da riposo, e la fornitura dei pasti.
4. Le UOP fanno capo ad una Struttura ad Alta Complessità di riferimento per il ricovero di pazienti che necessitano di altre competenze specialistiche.
5. Entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge, l' Assessorato alla Sanità dovrà presentare uno schema di delibera per l' Osservazione Breve Intensiva



*Consiglio Regionale della Campania*

**Art.3**

*(Unità Operative Pediatriche)*

1. Le Unità Operative Pediatriche assistono i neonati ed i bambini con patologie che non richiedano ricovero presso le Strutture di Alta Complessità. Esse sono individuate sul territorio regionale sulla base della popolazione residente, prevedendo un bacino di utenza tra i duecentomila e i trecentomila abitanti.
2. Le UOP, della dotazione minima di quindici posti letto come previsto dalla legge regionale 19 dicembre 2006, n.24, par. 4.2, (salvo SC localizzate nelle isole o in zone orograficamente disagiate), devono avere un adeguato organico medico e infermieristico e devono possedere le seguenti caratteristiche:
  - a) pronto soccorso pediatrico con guardia medica attiva 24/24 ore e Osservazione Breve Intensiva;
  - b) attività di degenza con ricoveri urgenti e ricoveri programmati Ordinari ed in Day Hospital;
  - c) terapia semintensiva pediatrica : almeno 2 PL dedicati per ogni UOP di 15 PL;
  - d) posti letto di isolamento per malattie infettive;
  - e) almeno due sub specialità pediatriche .
  - f) posti letto intensivi, da gestire in collaborazione con anestesisti rianimatori.
3. Il bambino ha il diritto di essere assistito dalla madre o dall'altro genitore (o da un familiare) nell'arco delle ventiquattro ore; nel corso della degenza alla madre devono essere assicurati un posto letto o una poltrona da riposo, e la fornitura dei pasti.
4. Le UOP fanno capo ad una Struttura ad Alta Complessità di riferimento per il ricovero di pazienti che necessitano di altre competenze specialistiche.
5. Entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge, l' Assessorato alla Sanità dovrà presentare uno schema di delibera per l' Osservazione Breve Intensiva.





*Consiglio Regionale della Campania*

**Art.4**

*(Strutture di Alta Complessità)*

1. Le Strutture di Alta Complessità – di seguito denominate – SAC - sono Centri di eccellenza e di riferimento regionale per la diagnosi e la cura delle patologie cliniche acute e croniche più complesse e per l'erogazione di prestazioni di alta specialità.
2. Le SAC devono possedere i seguenti requisiti:
  - a) disponibilità presso l'Ospedale nel quale esiste la struttura di tutte le fondamentali competenze professionali, specialistiche e tecnologiche necessarie per la diagnosi, la cura ed il follow-up delle patologie di riferimento;
  - b) documentata attività clinico scientifica nello specifico settore casistica) documentata attività clinico-scientifica nell'ambito della patologia di riferimento del Responsabile della Struttura specialistica;
  - c) capacità reale di riduzione della mobilità extraregionale;
3. Le Strutture di Alta Complessità, di area medica e chirurgica, effettuano le prestazioni complesse di diagnosi e cura, sia all'esordio che durante il controllo longitudinale della relativa patologia. Esse, inoltre, sviluppano e realizzano attività di didattica e/o di ricerca ed espletano funzione di consulenza specialistica nei confronti delle altre strutture della rete pediatrica regionale; forniscono o comunque partecipano all'assistenza in emergenza per le specialità di loro pertinenza.
4. Sono da considerarsi di Alta Complessità le seguenti attività:
  - a) Rianimazione e centro di risveglio;
  - b) Oncoematologia con trapianto di midollo osseo;
  - c) Emergenze metaboliche;
  - d) Pneumologia per emergenze respiratorie ed insufficienza respiratoria cronica;
  - e) Cardiologia e cardiocirurgia e trapianto;
  - f) Nefrologia con dialisi e trapianto;
  - g) Chirurgia neonatale, malformativa e mininvasiva;
  - h) Chirurgia oncologica;
  - i) Neurochirurgia;
  - l) Trauma center pediatrico;
  - m) Unità Gravi Disabilità in l'Età Evolutiva - di seguito denominate – UGDEE -.
5. Sono identificate quali SAC di riferimento quelle esistenti nell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Santobono-Pausilipon".



*Consiglio Regionale della Campania*

Art. 5

*(Rete pediatrica ospedaliera)*

1. Le strutture pediatriche ospedaliere sono collegate da una rete telematica, allo scopo di razionalizzare l'impiego delle risorse, facilitare la ricerca dei posti letto in emergenza, orientare il paziente pediatrico verso la struttura più vicina e maggiormente qualificata a rispondere alle sue specifiche necessità assistenziali.
2. La rete comprende sia le Unità Operative Pediatriche che le Strutture di Alta Complessità.
3. I dati sulla disponibilità dei posti letto del sistema assistenziale pediatrico devono affluire in tempo reale alla Centrale Operativa 118.
4. Nella rete dedicata all'emergenza-urgenza si deve tener conto della presenza e della distribuzione regionale dei posti letto di specialità pediatriche quali malattie infettive, chirurgia pediatrica, rianimazione pediatrica e altre specialità pediatriche, al fine di razionalizzare l'assistenza e ridurre l'impropria ospedalizzazione del paziente pediatrico in un reparto per adulti.
5. L' Azienda Ospedaliera Santobono-Pausilipon è il Centro di Riferimento dell'Emergenza Pediatrica regionale.



*Consiglio Regionale della Campania*

**Art.6**

*(Formazione dirigenti medici ed infermieri)*

1. La formazione tra i dirigenti medici di UO di Alta Complessità e quelli di Assistenza Ordinaria deve essere integrata. A tal fine è previsto lo scambio in aggiornamento obbligatorio fra i dirigenti medici per un periodo di tempo congruo (non inferiore a 3 mesi), ogni tre anni, per migliorare le conoscenze reciproche della realtà in cui si opera, perfezionare il livello qualitativo di assistenza, definire e uniformare i criteri di controllo clinico delle patologie, realizzare comportamenti clinici il più possibile omogenei.
2. In accordo con la legge regionale 19 dicembre 2006, n.24, le A.O. e le ASL dovranno mettere in atto un programma di formazione obbligatoria per il personale medico ed infermieristico delle Strutture Ospedaliere Pediatriche (compresi i PINP) sull'attività clinico-assistenziale, relativa all'emergenza/urgenza in età pediatrica, mediante corsi PBLS-D (Pediatric Basic Life Support Defibrillation: supporto di base delle funzioni vitali in pediatria) e PALS (Pediatric Advanced Life Support : supporto avanzato delle funzioni vitali in età pediatrica) da ripetere periodicamente.



*Consiglio Regionale della Campania*

**Art.7**

*(Emergenza pediatrica territoriale)*

1. Le richieste di intervento sono effettuate alla Centrale Operativa 118. Ad essa spetta la decisione relativa al tipo di intervento da adottare e ai mezzi di soccorso da inviare.
2. Il funzionamento della Centrale deve essere affidato anche a personale con competenze neonatologiche e pediatriche, in grado di selezionare le richieste di intervento, di valutarne il grado di complessità e l'urgenza, di predisporre il trasporto del paziente pediatrico presso la struttura più idonea per patologia e per età.
3. I mezzi di soccorso devono essere dotati di dispositivi e farmaci adatti all'intervento di tipo pediatrico.
4. Il personale operante sui mezzi di soccorso deve avere una specifica formazione mirata all'intervento di tipo pediatrico, mediante corsi PBLIS-D (Pediatric Basic Life Support Defibrillation: supporto di base delle funzioni vitali in pediatria) e PALS (Pediatric Advanced Life Support : supporto avanzato delle funzioni vitali in età pediatrica) da ripetere periodicamente.



*Consiglio Regionale della Campania*

**Art.8**  
*(Neonatologia)*

1. L'assistenza neonatale è articolata su due livelli:
  - a) neonatologia: assistenza ai neonati con i problemi fisiologici di adattamento alla vita extrauterina ed assistenza ai neonati affetti da patologie che necessitano di cure intermedie, non intensive
  - b) terapia intensiva neonatale –TIN-: assistenza a neonati che necessitano di cure intensive. Questa forma di assistenza viene erogata nelle AO e nei Presidi che afferiscono al III livello della rete dell'emergenza.
2. La neonatologia può essere aggregata ad una UOP. La TIN deve essere sempre struttura autonoma complessa.



*Consiglio Regionale della Campania*

**Art.9**

*(Trasporto neonatale di emergenza)*

1. Il Servizio di Trasporto Neonatale di Emergenza (STEN) è esteso al piccolo lattante fino a sei mesi .
2. Il Servizio è governato dall'Agenzia Pediatrica e Neonatologica Regionale, di cui al successivo articolo 12.



*Consiglio Regionale della Campania*

**Art.10**

*(Terapia Intensiva Neonatale)*

1. Allo scopo di assicurare ai neonati che necessitano di cure intensive o comunque di una maggiore osservazione un'adeguata assistenza, le Terapie Intensive Neonatali (TIN) esistenti sono mantenute e potenziate; è garantita la piena funzionalità dei posti letto delle TIN esistenti; sono resi attivi i posti letto delle TIN che, per motivi contingenti, sono ad oggi inattivi.
2. La Giunta regionale, su proposta dell' Agenzia Pediatrica e Neonatologica Regionale, valuta, annualmente, la disponibilità dei fondi assegnati alle TIN, prevedendo, eventualmente, risorse aggiuntive, per le finalità di cui al comma 1.
3. Le TIN sono messe in rete tra di loro e con i punti nascita, a fine di conoscere in tempo reale la disponibilità dei posti letto e rendere più facile l'attività della Centrale Operativa 118.



*Consiglio Regionale della Campania*

**Art.11**

*(Riabilitazione neonatale e pediatrica)*

1. Allo scopo di implementare l'attività riabilitativa dell'handicap medio grave è stabilita la distribuzione su tutto il territorio regionale di strutture riabilitative per neonati e bambini, con funzioni diversificate nell'ambito del percorso di cure del paziente e di sistemi strutturati di comunicazione ed integrazione.
2. Tutte le UOP devono poter disporre di un supporto riabilitativo. Esse hanno il compito di definire i percorsi riabilitativi successivi alla fase acuta, attivando la rete dei servizi e di realizzare i primi interventi riabilitativi durante i periodi di degenza, ed attivare la rete di servizi territoriale, per assicurare la continuità dell'assistenza dopo la dimissione dall' Ospedale.
3. Vengono istituite strutture riabilitative con degenza di tipo intensivo per la presa in carico riabilitativa di pazienti provenienti dall'Unità per acuti. Esse hanno il compito di realizzare progetti riabilitativi intensi, di diverso grado di complessità a seconda della loro competenza, durante la fase riabilitativa post-acuta che richiede degenza ospedaliera.
4. Le strutture riabilitative territoriali hanno il compito di rispondere alle necessità del bambino e della sua famiglia dopo il reinserimento in ambiente extra-ospedaliero e a conclusione del periodo di riabilitazione intensiva.
5. Presso l'A.O. Santobono-Pausilipon deve essere attivata l'Unità Gravi Disabilità in l'Età Evolutiva - UGDEE -





*Consiglio Regionale della Campania*

Art.12

*(Agenzia Pediatrica e Neonatologica Regionale)*

1. Al fine di coordinare e mettere in rete le strutture ospedaliere pediatriche di vario livello e competenza è istituita l'Agenzia Pediatrica e Neonatologica Regionale, con funzione di Authority per l'organizzazione pediatrica e neonatologica regionale. L'assessorato alla Sanità trasferisce tutte le competenze dell'area materno infantile a tale agenzia.
2. L'agenzia Pediatrica è allocata presso l'ospedale SS. Annunziata di Napoli
3. L'Agenzia regionale deve permettere l'utilizzo di tutto il personale medico ed infermieristico in maniera integrata, con mobilità interna in caso di necessità e di formazione.
4. L'Agenzia ha i seguenti compiti:
  - a) identificare le divisioni di pediatria da riconvertire in Presidi Intermedi Pediatrici;
  - b) identificare le strutture di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, le Unità Operative Pediatriche e le strutture di I e III livello ad esse connesse;
  - c) certificare le Strutture di Alta Complessità;
  - d) coordinare la rete dell'emergenza pediatrica e del trasporto neonatale, centralizzando i dati del Trasporto Neonatale Regionale, al fine di verificarne efficacia e appropriatezza;
  - e) unire, mediante una rete informatica le TIN, per conoscere in tempo reale la disponibilità di posti letto e agevolare l'attività della Centrale Operativa;
  - f) programmare ed attuare un sistema di integrazione ospedale-territorio e di continuità assistenziale;
  - g) governare e rimuovere i fattori che determinano la migrazione sud-nord del bambino;
  - h) creare un Osservatorio epidemiologico per la verifica continuativa dei tassi di incidenza e di prevalenza in età pediatrica delle patologie acute e croniche;
  - i) definire i 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);
  - l) condividere i programmi per il miglioramento della qualità delle cure e per la gestione del rischio clinico;
  - m) garantire a tutti i Pediatri e agli Infermieri che operano nella rete Ospedaliera Pediatrica una formazione obbligatoria nel campo dell'emergenza pediatrica, mediante corsi PBLIS-D (Pediatric Basic Life Support Defibrillation: supporto di base delle funzioni vitali in pediatria) e PALS (Pediatric Advanced Life Support : supporto avanzato delle funzioni vitali in età pediatrica) da ripetere periodicamente.
  - n) coordinare e monitorizzare la rete di riabilitazione neonatale e pediatrica. Attivare la Unità Gravi Disabilità in l'Età Evolutiva ( UGDEE )



*Consiglio Regionale della Campania*

**Art.13**  
*(Norma finale)*

1. Sono abrogate le norme regionali in contrasto con la presente legge.
2. La presente legge è dichiarata urgente ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania.