

Messaggio

numero	data	Dipartimento
7343 Concerne	5 luglio 2017	SANITÀ E SOCIALITÀ

Rapporto del Consiglio di Stato sulla mozione 21 aprile 2010 presentata da Ivan Belloni e cofirmatari (ripresa da Alex Pedrazzini e Maristella Polli) "Miglioriamo le cure neonatali per i bambini ticinesi"

Risposta all'interpellanza 27 maggio 2013 presentata da Giorgio Galusero e cofirmatari "Miglioriamo le cure ai neonati e ai bambini ticinesi"

Signor Presidente,
signore e signori deputati,

la mozione in esame invita il Consiglio di Stato a valutare se non siano adempiute le condizioni per creare un'unità di cure intensive cantonale in grado di garantire sicurezza e cure adeguate a bambini e ragazzi (di età compresa tra le 28 settimane di gravidanza e i 16 anni) in condizioni critiche e instabili e a basare il proprio giudizio su un'analisi di un gruppo di esperti che, a dipendenza delle conclusioni, poteva comportare l'attribuzione di un mandato specifico per le cure intensive pediatriche nella pianificazione cantonale. La mozione chiede inoltre di intensificare le risorse umane, strutturali e tecniche e i servizi di continuazione delle cure nel settore della neonatologia e della pediatria, nonché di predisporre l'utilizzo del jet in dotazione alla Rega per i trasporti oltre Gottardo, nel caso in cui l'elicottero non potesse volare a causa delle cattive condizioni meteorologiche. I contenuti della mozione sono poi stati ripresi e precisati in un'interpellanza presentata da Giorgio Galusero il 27 maggio 2013 "Miglioriamo le cure ai neonati e ai bambini ticinesi".

In questa sede si presentano le conclusioni del rapporto del Dr. med. Michele Losa "Valutazione epidemiologica e medico-scientifica per la creazione di un'unità di cure intensive neonatali e/o pediatriche nel Cantone Ticino" allestito nel marzo del 2012 e si illustrano le proposte contenute nel messaggio 6945 "Aggiornamento della Pianificazione ospedaliera" del 26 maggio 2014, approvato dal Gran Consiglio il 15 dicembre 2015 che rispondono in modo esaustivo alle preoccupazioni evidenziate nella mozione.

1. INTRODUZIONE

Dando seguito a una delle richieste della mozione, il Consiglio di Stato ha affidato l'incarico al Dr. med. Michele Losa, specialista FMH in pediatria e medicina intensiva, responsabile del Reparto Servizi per la Medicina e il Management e membro titolare della Direzione dell'Ostschweizer Kinderspital di San Gallo, di svolgere uno studio epidemiologico e medico-scientifico sulle possibilità di creare un servizio di neonatologia e/o cure intensive pediatriche in Ticino e di abbozzare possibili scenari. In particolare si chiedeva al medico di:

1. analizzare la realtà epidemiologica ticinese in rapporto alla casistica in ambito neonatologico e pediatrico (in particolare la casistica traumatologica e in generale per le patologie pediatriche che richiedono una terapia intensiva specializzata), per valutare quanti neonati o bambini potrebbero beneficiare di un'unità di terapia intensiva in Ticino e nel limite del possibile stimare i benefici che ne deriverebbero;
2. determinare, secondo gli scenari individuati, gli aspetti operativi di una struttura di terapia intensiva neonatale e/o pediatrica a seconda dei diversi livelli, e la necessità in termini logistici, organizzativi, formativi e di risorse in generale;
3. elaborare alcune proposte realizzative corredate da stime finanziarie su costi d'investimento e d'esercizio.

Il rapporto, di cui si dirà più avanti è stato consegnato a marzo 2012. Prima di elaborare il presente messaggio, si è ritenuto opportuno attendere la fine dei lavori per la definizione del nuovo assetto pianificatorio, approvato dal Gran Consiglio il 15 dicembre 2015, l'esito della votazione popolare del 5 giugno 2016 sulla modifica della Legge sull'EOC (Ente ospedaliero cantonale) contro la quale era stato promosso un referendum e anche la conclusione dei ricorsi interposti contro il decreto legislativo da due cliniche private. In particolare su quest'ultimo punto, il giudizio del Tribunale amministrativo federale avrebbe permesso di valutare i reali margini di manovra del Cantone in ambito pianificatorio, ma tenuto conto dei tempi di risposta che si immaginano ancora lunghi, e considerato anche il nuovo art. 105 LGC e la conseguente richiesta del Gran Consiglio di rassegnare i rapporti sulle mozioni pendenti da più di 6 mesi entro settembre 2017, si è optato per l'evasione degli atti parlamentari sopraccitati.

Il decreto legislativo approvato il 15 dicembre 2015 prevede la concentrazione dell'attività ostetrico-neonatale su quattro strutture del Cantone (attualmente sei). La concentrazione delle nascite era ritenuta utile per raggiungere, o perlomeno avvicinare, il numero minimo di nascite definite dalla Società svizzera di neonatologia (SSN) per garantire una presa in carico di qualità¹.

Come noto la bocciatura della modifica della LEOC avvenuta il 5 giugno 2016 impedisce la realizzazione dei progetti di collaborazione previsti tra EOC, sede Ospedale Civico di Lugano e la Clinica S. Anna di Sorengo e EOC, sede Ospedale La Carità di Locarno e la Clinica Santa Chiara di Locarno, così come pensati inizialmente, ma ha stimolato riflessioni ulteriori per portare alla messa in rete di tutti i reparti di ostetricia-neonatologia come valida alternativa alla concentrazione fisica degli stessi.

Per quanto concerne l'offerta di cure pediatriche, la nuova pianificazione conferma l'organizzazione in vigore: la pediatria (medicina) è garantita da tutti i reparti di pediatria della quattro sedi dell'EOC (Ospedale regionali di Bellinzona, Locarno, Lugano e Mendrisio), mentre il centro di riferimento per la chirurgia pediatrica rimane il solo Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, sede S. Giovanni a Bellinzona.

La correzione di un'eccessiva frammentazione e sovrapposizione di mandati a livello territoriale nel settore somatico-acuto costituisce quindi una condizione imprescindibile prima di avviare qualsiasi riflessione circa la possibile creazione di un polo neonatologico e pediatrico. Dal punto di vista medico, infatti, la concentrazione della casistica è strettamente connessa alla qualità delle prestazioni erogate, soprattutto per quel che riguarda patologie complesse, come nel caso delle cure intensive neonatali e pediatriche.

¹ Swiss Society of Neonatology, "Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland", aggiornamento del 05.12.2012.

2. LA NEONATOLOGIA E LA PEDIATRIA IN TICINO

Occorre innanzitutto specificare che la neonatologia e la pediatria sono due discipline distinte tra loro. A livello di specializzazione medica, la neonatologia è una formazione approfondita successiva all'ottenimento di una specializzazione FMH, solitamente in pediatria. Anche a livello di offerta sanitaria i reparti di neonatologia sono normalmente distinti da quelli di pediatria, anche se, per determinati aspetti, come la gestione di letti di cure intense, lavorano in sinergia.

Di seguito, attingendo ai contenuti del Rapporto del Dr. med. Michele Losa "Valutazione epidemiologica e medico-scientifica per la creazione di un'unità di cure intensive neonatali e/o pediatriche nel Cantone Ticino" del marzo 2012 (in seguito Rapporto Losa), ai dati statistici più aggiornati, nonché ai requisiti connessi ai mandati della nuova pianificazione ospedaliera, si illustrano i livelli di cura neonatale definiti dalla SSN, i gruppi di prestazioni neonatali della nuova pianificazione, l'organizzazione attuale e futura della presa in carico dei pazienti pediatrici e si produce una stima del fabbisogno di cure neonatali e pediatriche specializzate, seguita da una proposta di presa in carico di questi pazienti.

2.1 Definizioni dei livelli delle cure neonatali

La pianificazione ospedaliera ticinese si fonda sul modello elaborato dalla Gesundheitsdirektion di Zurigo (modello che è stato adottato dalla maggior parte dei cantoni). È quindi opportuno illustrare in parallelo i criteri alla base della pianificazione secondo il modello zurighese e le linee guida elaborate dalla SSN. Queste ultime sono molto più specifiche e dettagliano il tipo prestazioni, le attrezzature e gli standard di formazione in neonatologia richiesti al personale medico ed infermieristico, nonché la massa critica da prendere in carico e indicano anche le necessità di trasferimento in utero.

Il livello delle prestazioni viene declinato a seconda del peso del nascituro e delle settimane di gestazione (SDG).

Tabella 1: Livelli di cure intensive neonatali

Tipo di cure neonatali	Linee guida Società svizzera di neonatologia		Requisiti modello di ZH	
	Classificazione	Descrizione requisiti	Classificazione	Descrizione requisiti
di base	Livello I	Sono presi in carico neonati con parametri stabili nati tra la 35a (0/7) e la 36a (6/7) SDG con peso alla nascita $\geq 2000g$	NEO1	Cure neonatali di base (dalla 34a (0/7) SDG e peso $\geq 2000g$)
		Neonati nati prima della 35a SDG e con peso $< 2000g$ vengono stabilizzati e trasferiti		
		Numero minimo di parti definito dalla SSN = 350/anno (eccezioni per ragioni geografiche sono possibili)		
intermedie	Livello IIA	Sono presi in carico neonati moderatamente malati e prematuri nati dopo la 34a (0/7) SDG e con peso $\geq 1500g$		
		Sono fornite cure a seguito della fase intensiva a prematuri stabili con età $\geq 32a$ (0/7) settimane (SDG al parto + settimane in fase intensiva)		
		Numero minimo di parti definito dalla SSN = 600/anno e almeno 50 ricoveri nel reparto di neonatologia per un minimo di 500 GC		
	Livello IIB	Sono presi in carico neonati moderatamente malati e prematuri nati dopo la 32a (0/7) SDG e con peso $\geq 1250g$	NEO1.1	Cure neonatali di base (dalla 32a (0/7) SDG e peso $\geq 1250g$)
		Sono fornite cure a seguito della fase intensiva a prematuri stabili con età ≥ 30 (0/7) settimane (SDG al parto + settimane in fase intensiva)		
		Numero minimo di parti definito dalla SSN = 1000/anno e almeno 100 ricoveri nel reparto di neonatologia per un minimo di 1250 GC		
intensive	Livello III	Sono presi in carico grandi prematuri e neonati nati con malattie critiche con terapie altamente specializzate (ventilazione ad alta frequenza, inalazione con monossido di azoto (NO) e in centri particolari un servizio di cardiocirurgia con possibilità di fornire ECMO (ossigenazione extracorporea tramite membrane)	NEO1.1.1	Cure neonatali specializzate ($\geq 28a$ (0/7) SDG e peso $\geq 1000g$)
			NEO1.1.1.1	Cure neonatali altamente specializzate ($< 28a$ (0/7) SDG e peso $< 1000g$)
		Numero minimo di parti per regione (rete di ospedali) = 5000 che corrisponde a 5 letti di medicina intensiva		
		Almeno 300 neonati critici all'anno e almeno 50 neonati prematuri < 32 (0/7) STG e/o con peso inferiore a 1500g		

Come si può vedere dalla Tabella 1, la classificazione del modello zurighese riprende quasi integralmente la classificazione della SSN, anche se stabilisce una minore distinzione per i neonati lievemente prematuri (il gruppo di prestazioni NEO1 comprende sia il Livello I, sia il Livello IIA della SSN) e una maggiore distinzione per quanto riguarda le cure neonatali specializzate. Di fatto il modello zurighese separa le cure neonatali specializzate dalle cure neonatali altamente specializzate perché quest'ultime dovrebbero verosimilmente essere integrate nelle discipline MAS², quindi regolamentate e assegnate a livello sovra cantonale.

² Conformemente alla decisione relativa alla pianificazione della MAS nel settore delle terapie intensive neonatali adottata dall'Organo decisionale MAS il 22 settembre 2011, le terapie intensive neonatali concernente l'assistenza medica intensiva per i grandi prematuri sono attribuite ai cinque ospedali universitari (BE-BS-GE-VD-ZH) e agli ospedali cantonali di AG-GR-LU-SG.

Allo stato attuale in Ticino le cure neonatali di Livello I e IIA (quindi NEO1 nella classificazione zurighese) sono assicurate presso i quattro ospedali regionali dell'EOC nonché dalle Cliniche Sant'Anna di Sorengo e Santa Chiara di Locarno. I neonati che necessitano di cure di Livello IIB o III devono essere trasferiti presso strutture specializzate oltre Gottardo.

2.2 Situazione attuale della presa in carico dei neonati

Il Rapporto Losa rileva che dei ca. 3000 bambini che vengono alla luce ogni anno in Ticino nei reparti di ostetricia dell'EOC e nelle due cliniche private Sant'Anna di Sorengo e Santa Chiara di Locarno, oltre 220 nascono pretermine (prima della fine della 36.ma settimana di gestazione). Come precisato nel capitolo precedente, gli ospedali del Cantone Ticino non dispongono di un'unità di cure intensive neonatali e/o pediatriche vera e propria, ma offrono le cure necessarie per i Livelli I-IIA.

Sulla base dei dati statistici del periodo 2010-2015 si può affermare che annualmente vengono trasferiti verso altre strutture circa 20-25 neonati e di questi solamente la metà viene trasferita fuori cantone. Quest'ultimi necessitano quasi sempre delle cure neonatali intensive. I parti di neonati ticinesi che avvengono fuori cantone sono circa una sessantina all'anno di cui solo una ventina sono casi di Livello IIB o III. I due terzi dei bambini nati fuori cantone vengono trasferiti in Ticino per la continuazione delle cure entro un mese dalla nascita. Non risultano invece bambini prematuri nati all'estero. Di seguito le cifre nel dettaglio:

Tabella 2: Nascite in Ticino e fuori cantone di bambini domiciliati in Ticino

Nati vivi in Ticino, per categoria e anno	di cui deceduti in ospedale						di cui trasferiti in altri ospedali											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MAS o III	10	5	5	5	3	14	2	0	0	0	1	4	3	3	2	1	1	4
IIB	19	17	18	16	14	9	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1
IIA	50	33	43	44	39	34	0	0	0	0	0	1	3	1	3	3	1	1
I	2984	2990	2802	2841	2909	2881	1	0	0	0	0	0	13	19	23	18	16	16
sconosciuto	6	0	2	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	3069	3045	2870	2908	2965	2941	3	0	0	0	1	5	19	25	29	22	18	22

Neonati domiciliati in Ticino nati vivi fuori Cantone	di cui deceduti in ospedale						di cui trasferiti in altri ospedali											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MAS o III	30	25	18	12	21	26	3	4	1	2	3	4	22	19	14	8	12	15
IIB	5	8	5	7	5	10	0	0	0	0	2	0	5	6	4	7	2	9
IIA	9	1	2	9	7	3	0	0	0	0	0	1	8	1	2	7	6	0
I	18	31	27	26	27	18	0	1	0	0	1	0	1	6	1	3	5	1
sconosciuto	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	62	65	53	54	60	57	3	5	1	2	6	5	36	32	21	25	25	25

Fonte: Unità Statistiche Sanitarie (USS)

2.3 Definizione delle discipline pediatriche

La nuova pianificazione suddivide la pediatria in tre gruppi di prestazioni trasversali: pediatria (KINM), chirurgia pediatrica (KINC) e chirurgia pediatrica di base (KINB). I requisiti definiti dal modello per questi gruppi di prestazioni sono i seguenti:

- Requisiti generali:

- o il trattamento stazionario di bambini e adolescenti ha luogo di principio in un reparto di pediatria. La pediatria è costituita da una struttura dedicata oppure da un reparto

di un istituto ospedaliero dove i bambini e gli adolescenti fino a 16 anni sono presi in carico sia a livello stazionario, sia a livello ambulatoriale;

- il trattamento di bambini e adolescenti avviene in spazi separati da quelli degli adulti;
- l'infrastruttura deve essere specifica per bambini e adattata alle loro esigenze;
- l'ospedale deve disporre di medici specialisti in pediatria o chirurgia pediatrica e di personale curante con formazione in cure pediatriche;
- l'insegnamento scolastico è assicurato ai bambini degenti per più di sette giorni;
- la possibilità di alloggio per le persone di riferimento è garantita.

- Requisiti specifici per gruppo di prestazioni

- *Pediatria (KINM)*: il reparto di pediatria deve essere diretto da un medico specialista FMH in pediatria;
- *Chirurgia pediatrica (KINC)*: il reparto deve essere diretto da un medico specialista FMH in chirurgia pediatrica. Per i bambini al di sotto di 6 anni deve essere garantita la presenza di un anestesista pediatrico. Gli interventi chirurgici complessi possono essere realizzati dal reparto di chirurgia pediatrica in collaborazione con un istituto ospedaliero per adulti. Questo è possibile unicamente se le condizioni di base per l'anestesia pediatrica sono rispettate e la presa in carico adeguata per i bambini è garantita;
- *Chirurgia pediatrica di base (KINB)*: prestazioni chirurgiche semplici in bambini altrimenti sani possono essere effettuate a determinate condizioni, in istituti ospedalieri per adulti (es. prestazioni chirurgiche per patologie del tipo appendicite senza complicanze, fratture semplici e iperplasia delle tonsille). L'istituto ospedaliero deve disporre di un mandato di prestazioni per la medicina dell'adulto per i trattamenti corrispondenti. Per i bambini con età inferiore ai 6 anni deve essere garantita un'anestesia pediatrica.

2.4 La situazione attuale della presa in carico dei pazienti pediatrici

I bambini che ogni anno vengono ricoverati nei quattro reparti pediatrici degli Ospedali Regionali di Bellinzona, Locarno, Lugano e Mendrisio sono circa 2'200. In totale l'EOC dispone di 41 letti dedicati alla pediatria. Per i casi che richiedono cure specializzate, il centro di riferimento è il Servizio cantonale di chirurgia pediatrica dell'Ospedale Regionale di Bellinzona. Per i casi più complessi è predisposto il trasferimento nei reparti di cure intensive fuori cantone.

I pazienti pediatrici curati fuori cantone sono stati 387 nel 2015, 384 nel 2014 e 360 nel 2013. Di questi, solamente una minima parte (circa una trentina), sono stati trasferiti oltre Gottardo perché in Ticino non era possibile garantire una presa in carico idonea a causa della mancanza di un'unità di cure intensive pediatriche.

2.5 Massa critica e necessità di messa in rete ospedaliera

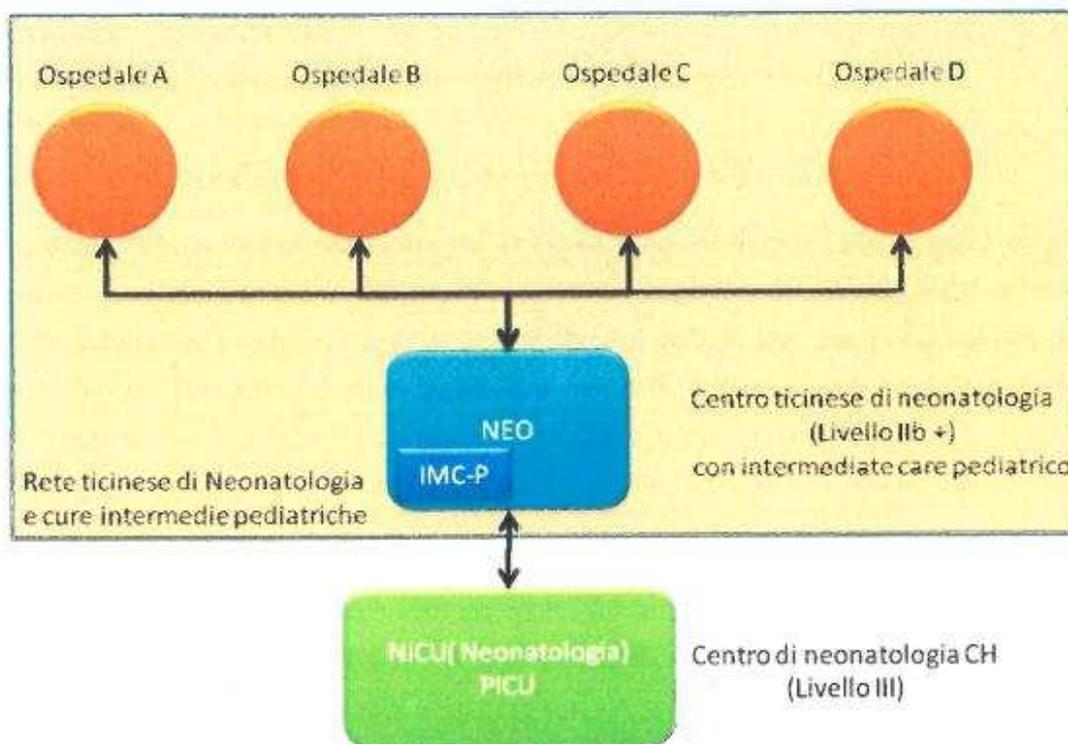
Un aspetto fondamentale per le cure intensive neonatali e pediatriche è la necessità di concentrare le cure specializzate (quindi anche intensive) presso un solo centro, allo scopo di ottenere non tanto il numero minimo di casi trattati per unità, quanto piuttosto per ottimizzare la struttura organizzativa e instaurare la cultura delle cure e predisporre i diversi protocolli terapeutici.

La SSN stabilisce a 5'000 pazienti l'anno, la soglia minima per regione (e non per istituto) per giustificare cure neonatali di Livello III. Ciò corrisponde a un minimo di 5 letti di cure intensive neonatali³. È quindi evidente che il Ticino, dove si contano mediamente 3'000 nascite all'anno, non raggiunge la massa critica necessaria per poter disporre di un'unità di cure intensive neonatali.

Anche il Rapporto Losa evidenzia come il numero dei potenziali pazienti ticinesi bisognosi di cure neonatali costituisca un limite che potrebbe inficiare la sicurezza e la qualità di una presa a carico specialistica e intensiva e introduce il concetto di messa in rete dei centri ostetrici, ipotizzando due possibili scenari, nel rispetto delle direttive SSN.

- il primo presuppone la collaborazione molto stretta di tutte le maternità in una sorta di Rete ticinese di neonatologia collegata a un Centro di neonatologia per la presa a carico dei nati prima della 34a SDG, al fine di raggiungere complessivamente il numero minimo di nascite necessarie per poter fornire delle cure neonatali di Livello IIB (1'000 nascite l'anno di cui 100 trattate nel reparto di neonatologia) e potenzialmente anche una parte delle cure fornite per il Livello III (che il modello di Zurigo ha opportunamente suddiviso in due sottoinsiemi);
- il secondo completa il concetto di Rete ticinese di Neonatologia e di Centro di Neonatologia inglobando anche un'unità di cure intermedie pediatriche (IMC-P).

Tabella 3: Centro ticinese di neonatologia con cure intermedie pediatriche



Fonte: Rapporto Losa, p. 32

Per le ragioni sopraesposte, si ritiene che il secondo scenario consenta una migliore presa a carico grazie alla sinergia con l'unità di cure intermedie pediatriche (IMC-P). Condizione imprescindibile per la sua realizzazione è la concentrazione dell'intera casistica cantonale

³ Nel Regno Unito è raccomandato 1 letto ogni 1'000 nascite, negli Stati Uniti sono raccomandati 1.5 letti ogni 1'000 nascite (fonte: SSN, "Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland").

per i casi specialistici di neonatologia e di pediatria in un unico centro per permettere anche il contenimento dei costi d'investimento e di gestione, particolarmente onerosi. La creazione di una simile struttura avrebbe inoltre l'indubbio vantaggio di aumentare l'attrattività del Ticino per il personale medico e infermieristico specializzato.

2.6 Il fabbisogno di cure intensive neonatali e il fabbisogno di cure intensive pediatriche

Il Rapporto Losa a pag. 26 evidenzia quanto sia *“difficile fare una prognosi accurata del numero di pazienti neonatali e/o pediatrici che potenzialmente potrebbero profittare di una cura nel Cantone Ticino. Solo una parte dei 223 prematuri nati in Ticino necessita cure specializzate: circa una sessantina di pazienti l'anno nascono tra la 28esima e la fine della 34esima settimana di gestazione e sarebbero eleggibili per una presa a carico neonatologica. Naturalmente anche un numero non indifferente di pazienti nati dopo la 34esima settimana potrebbero necessitare di cure intensive, così come una parte dei neonati nati fuori dal Ticino (trasferimento intrauterino) potrebbero venir curati presso una struttura adeguata in Ticino.*

Il numero di bambini e adolescenti sotto i sedici anni ricoverati in cure intensive è sicuramente meno importante, ma non trascurabile.”

Di seguito si riprende la stima del fabbisogno contenuta nel Rapporto Losa a pag. 26.

Tabella 4: Stima del fabbisogno di cure intensive neonatali e pediatriche

Prematuri nati in Ticino	40
Prematuri trasferiti da fuori cantone in Ticino dopo la fase acuta	20
Prematuri eleggibili a seguito dell'allargamento dell'indicazione (Livello IIB e parte del Livello III)	30
Totale casi di neonatologia intensiva	90
Pazienti sotto i 16 anni attualmente presi in carico dai reparti di cure intense del Cantone	30
Bambini sotto i 16 anni presi a carico per monitoraggio post-operatorio	30-50
Totale casi di pediatria intensiva	60-80
Totale globale (neonatologia + pediatria)	150-170

Questo fabbisogno corrisponde a un unità di cure intensive neonatali e pediatriche di 4-5 letti.

3. LA NEONATOLOGIA E LA PEDIATRIA NELLA PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA

La nuova pianificazione per il settore somatico-acuto risponde integralmente alle problematiche espone proponendo delle soluzioni concrete che vanno nella direzione auspicata dagli atti parlamentari. In particolare si conferma l'accentramento delle cure neonatologiche e pediatriche specializzate presso un unico centro di riferimento, mentre l'ostetricia e la neonatologia di base (GEB1 e NEO1) che avrebbero dovuto confluire in un'unica realtà sia nel Luganese, sia nel Locarnese, dovranno essere riassegnate in maniera definitiva verosimilmente alle singole sedi.

Il mandato di pediatria (KINM) assegnato provvisoriamente sia all'Ospedale La Carità, sia alla Clinica Santa Chiara, coerentemente con il progetto di collaborazione che avrebbe permesso la concentrazione su un unico polo, sarà oggetto di riesame appena il TAF avrà

emanato la sua decisione relativamente al ricorso inoltrato dalla Clinica Santa Chiara contro i decreti legislativo e esecutivo rispettivamente del 15 dicembre 2015 e del 22 marzo 2016.

Di seguito le assegnazioni dei mandati in oggetto così come approvati dal Gran Consiglio il 15 dicembre 2015.

Gruppi principali di prestazioni	Sigla	Gruppi di prestazioni	Ospedale regionale di Lugano (ORL)	Clinica S. Anna	Ospedale regionale di Bellinzona (OSG)	Ospedale regionale di Locarno (ODL)	Clinica S. Chiara	Ospedale regionale di Mendrisio (OBV)	Istituti fuori Cantone ^{1,2}
Prestazioni specialistiche	GEB1	Assistenza di base in ostetricia (dalla 34 ^a settimana di gestazione e ≥2000g)							
	NEO1	Assistenza di base ai neonati (dalla 34 ^a settimana di gestazione e ≥2000g)							
Multidisciplinari e complessi	GEB1.1	Ostetricia (dalla 32 ^a settimana di gestazione e ≥1250g)							
	GEB1.1.1	Ostetricia specialistica							
	NEO1.1	Neonatologia (livello IIB, dalla 32 ^a settimana di gestazione e ≥1250g)							
	NEO1.1.1	Neonatologia specialistica (livello III, dalla 28/07 settimana di gestazione e >1000g)							
	NEO1.1.1.1	Neonatologia altamente specializzata							
Discipline trasversali	KINM	Pediatria							
	KINC	Chirurgia pediatrica							
	KINB	Chirurgia pediatrica di base							
<p>  Mandati assegnati  Mandati provvisori vincolati al progetto di collaborazione tra S. Anna e ORL  Mandati provvisori vincolati al progetto di collaborazione tra S. Chiara e ODL </p> <p>¹ Ospedali universitari Svizzeri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Universitätsspital Basel - Universitäts-Kinderspital Basel (UKBB) - Inselspital Bern - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) - Universitätsspital Zürich (USZ) - Kinderspital Zürich <p>² Altri istituti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schweizerische Epilepsie-Zentrum Klinik Lengg AG 									

4. CONCLUSIONI

Il centro di riferimento cantonale per la neonatologia specializzata e la chirurgia pediatrica è l'Ospedale Regionale di Bellinzona, dotato di chirurghi ed anestesisti pediatrici.

Tenendo conto della casistica e dei suggerimenti del Rapporto Losa, l'Ente ospedaliero sta investendo nell'infrastruttura dell'Ospedale San Giovanni al fine di creare le premesse logistiche per l'implementazione di quanto previsto dalla pianificazione ospedaliera.

Nel contempo, i neonatologi e i pediatri dell'EOC stanno lavorando a una rete di cure che permetta la concentrazione su Bellinzona di tutti i casi di neonatologia complessa, con l'obiettivo di creare una stazione di cure intermedie di Livello IIB e intensive di Livello III, nella fase iniziale limitate ai neonati con un peso superiore ai 1200 grammi. *Conditio sine qua non* per assicurare una sostenibilità anche finanziaria è l'utilizzo della stazione anche per cure continue pediatriche, disponibile per i bambini sottoposti a interventi chirurgici e per i casi oncologici. Questo sottintende la concentrazione a Bellinzona di tutta la casistica di pediatria chirurgica. In attesa della conclusione dei lavori all'Ospedale San Giovanni, sarà potenziata la messa in rete degli ospedali regionali dell'EOC e delle due cliniche private Sant'Anna e Santa Chiara.

È bene rilevare che nonostante la presenza di questa unità, ci saranno sempre dei trasferimenti oltre Gottardo, possibilmente in utero, ma nel caso in cui questo non fosse possibile (una ventina di casi all'anno), si ricorrerà alle autoambulanze attrezzate con incubatrice o alla Rega. Resta da potenziare la formazione e la messa a disposizione di un'équipe dedicata che possa accompagnare madre e bambino oltre Gottardo.

Visto quanto precede, il Consiglio di Stato ritiene che le richieste della mozione siano in fase di realizzazione avanzata, pertanto la mozione è evasa positivamente e risulta superata dagli eventi.

Vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, Manuele Bertoli
Il Cancelliere, Arnoldo Coduri

Allegati:

- Mozione 21 aprile 2010
- *Valutazione epidemiologica e medico-scientifica per la creazione di un'unità di cure intensive neonatali e/o pediatriche nel Cantone Ticino. Rapporto, Dr. med. Michele Losa, 10 marzo 2012.*

MOZIONE

Miglioriamo le cure neonatali per i bambini ticinesi

del 21 aprile 2010

La popolazione del Cantone Ticino e della Mesolcina (popolazione totale: 330'000 abitanti), la nostra speciale situazione geografica (leggi: trasporti a nord delle Alpi tramite elicottero impossibili durante più di 180 giorni all'anno) nel Canton Ticino ci obbligano a porci il problema di un'eventuale "unità di rianimazione neonatale e pediatrica" e a progettare una struttura in grado di curare direttamente in Ticino la maggior parte dei neonati e dei bambini ticinesi e mesolcinesi con malattie gravi acute che attualmente sono trasferiti nelle unità di rianimazione della Svizzera interna.

Per ben rispondere a questa necessità anche in Ticino in questi ultimi anni si è creato un pool di specialisti che svolgono un lavoro di qualità (sicuramente paragonabile a quello di una clinica universitaria). Per gestire al meglio questi casi ci si deve chiedere se non sia necessario avere come supporto un'unità di cure intense che garantisca cure adeguate ai nostri bambini (da creare quindi al più presto).

Ci pare buona cosa riassumere la situazione attuale.

Neonatologia: tutte le gravidanze al di sotto della 32esima settimana vengono trasferite in utero oltre Gottardo. **Rischio di parto durante il tragitto estremamente elevato.**

Neonati o prematuri che richiedono un intervento intensivo (ventilazione): devono essere trasferiti oltre Gottardo. **Rischio di ulteriori complicazioni durante i lunghi tragitti.**

Pediatria: bambini che presentano complicazioni acute di gravi malattie non possono essere curati in modo ottimale in Ticino. **Il trasferimento in situazioni così delicate li mette in pericolo di vita.**

Oncologia pediatrica: pazienti che presentano delle complicazioni gravi devono essere trasferiti oltre Gottardo.

Neurologia pediatrica: uno stato epilettico può richiedere il supporto di un'unità intensiva.

Chirurgia pediatrica: i pazienti che nella fase postoperatoria incorrono in gravi complicazioni non possono essere gestiti in Ticino.

Traumatologia: bambini che subiscono traumi complessi non possono ricevere cure intense adeguate, malgrado la presenza di un neurochirurgo, un ortopedico pediatrico competente.

Ortopedia pediatrica: operazioni complesse (colonna vertebrale) anche se fattibili da noi non possono essere eseguiti per la mancanza di un'unità intensiva che possa garantire il decorso postoperatorio.

Con la presente mozione chiediamo al Consiglio di Stato:

1. Di valutare se non siano adempiute le condizioni per creare un'unità di cure intensive cantonale in grado di garantire sicurezza e cure adeguate a bambini e ragazzi (di età compresa tra le 28 settimane di gravidanza e i 16 anni) in condizioni critiche e instabili.
Quali i benefici che ne deriverebbero?
 - maggior sicurezza per i neonati, prematuri problematici e la gestante;
 - si eviterebbero ai genitori lunghe trasferte e tempi lunghi lontani da casa;
 - miglior sicurezza nei decorsi postoperatori;
 - terapia e sorveglianza ottimali nei gravi traumi;
 - migliori possibilità di pianificazione e scelta di interventi;
 - notevole aumento della qualità delle cure pediatriche in generale.A titolo di paragone (ad esempio) possiamo segnalare il Canton Grigioni, numericamente più piccolo del Ticino, senza specialità come la chirurgia pediatrica, per la maggior parte del suo territorio senza un ostacolo come le Alpi, dove esiste un'unità di cure intensive pediatriche ottimale.
2. Di intensificare, dal punto di vista personale, logistico e formativo, i servizi di continuazione delle cure nel settore della neonatologia e della pediatria.

3. Di poggiare la sua valutazione su un'analisi fatta da un gruppo di lavoro d'esperti che possa valutare le varie soluzioni per partorirne di migliori rispetto a quelle oggi in auge sul nostro territorio. Questo permetterà di approfondire la creazione eventuale di un'unità di cura intensiva di neonatologia e di pediatria.
4. Di modificare poi, se a questa conclusione si dovesse giungere, l'attuale Legge pianificatoria ospedaliera cantonale inserendo un mandato specifico per le cure intensive pediatriche in tal senso.
5. Come misura a brevissimo di termine, di valutare insieme alla REGA e agli altri servizi di trasporto come rendere meno difficoltoso il trasferimento dei casi urgenti neonatali e pediatrici Oltre Gottardo invece che con l'elicottero (che non può volare in caso di maltempo sulle Alpi) con il jet in dotazione alla stessa Rega (che può volare, partendo da Agno e da Magadino, anche in caso di cattivo tempo).

Detto ciò sappiamo che si fa già molto, ma si può fare meglio e di più.

Ivan Belloni, PLR
Carlo Luigi Caimi, PPD
Marco Chiesa, UDC
Alex Pedrazzini, PPD
Graziano Pestoni, PS
Maristella Polli, PLR
Giorgio Salvadè, LEGA