



Proposta n. 2496 / 2021

PUNTO 31 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 29/12/2021

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1863 / DGR del 29/12/2021

OGGETTO:

Modello gestionale ed organizzativo dell'area materno - infantile: dal pre-concezionale all'età prescolare del nato.



COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Elisa De Berti	Presente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Francesco Calzavara	Assente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
Segretario verbalizzante	Roberto Marcato	Presente
	Lorenzo Traina	Presente

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.





OGGETTO: Modello gestionale ed organizzativo dell'area materno – infantile: dal pre-concezionale all'età prescolare del nato.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Secondo una visione unitaria che segua la persona e le famiglie, orientata ad una medicina di iniziativa, viene proposto il nuovo modello gestionale ed organizzativo dell'area materno – infantile: dal pre-concezionale all'età prescolare del nato.

Il relatore riferisce quanto segue.

Uno dei fenomeni che più hanno connotato la dinamica sociale e la struttura stessa della popolazione negli ultimi decenni è senza dubbio il costante calo delle nascite, calo accelerato negli ultimi anni in relazione alla preesistente crisi economica e fortemente aumentato nel corso della pandemia. La riduzione quantitativa delle nascite è talmente consistente da determinare un impatto grave anche nell'equilibrio sociale ed economico della nostra popolazione, ponendo un'ipoteca nella sua sostenibilità futura. Questa considerazione giustifica l'interesse primario a scelte che possano da un lato supportare le coppie e le famiglie a concepire, far nascere e crescere figli, dall'altro ad agire per garantire la salute e il miglior sviluppo possibile ai bambini, componente sempre più preziosa non solo per le singole famiglie ma per la società tutta. E' indubbio che tali scelte di ampio respiro richiedano un concerto di azioni che comprendono aree diverse, quali quella del lavoro, delle tutele sociali, della cultura, della disponibilità di strutture per la prima infanzia, ma è altrettanto vero che molte delle azioni, dei percorsi e delle attività delle reti dei servizi sanitari e socio sanitari veneti, già almeno in parte esistenti, possono e debbono essere riorientati, integrati ed estesi in modo da rispondere in modo più efficace alla generale richiesta di supporto alla gravida, alle coppie e alle famiglie e di tutela e rafforzamento delle potenzialità di salute e sviluppo dei nati e dei bambini.

Analizzando più in dettaglio alcune caratteristiche qualitative degli andamenti delle nascite nella nostra Regione, appaiono alcuni elementi critici che indicano i contorni e le priorità delle azioni da intraprendere. In una prima fase la riduzione delle nascite, iniziata nella seconda metà degli anni settanta e giunta ad una prima deflessione a metà degli anni ottanta, era legata ad un cambio del parametro culturale del numero ideale di figli per una famiglia, anche in relazione ad un aumento dell'attività lavorativa extradomestica delle donne. In seguito si è assistito ad un recupero del numero di nati dovuto ad un assestamento del calo della fertilità delle donne venete unito ad un aumento sempre consistente dell'apporto delle donne straniere, frutto della stabilizzazione della prima ondata di migrazione nel nostro territorio. Questo iniziale aumento di numero di nati è andato poi a scomparire e ad invertire il segno a causa dell'affacciarsi all'età fertile delle coorti di donne nate durante la prima fase di contrazione delle nascite e quindi numericamente inferiori alle coorti precedenti. A questo elemento si è unito anche uno spostamento in avanti dell'età in cui le donne hanno iniziato a concepire figli, che si è spostato in 10 anni di quasi 10 anni, venendo da un lato a determinare un temporaneo vuoto di nati, da un altro a costituire una coorte sempre più consistente di donne che entrano in gravidanza dopo i 35 e ancora più dopo i 40 anni. Negli ultimi anni, in seguito alla crisi economica ed occupazionale, si è assistito alla consistente riduzione della quota di nati da donne straniere e ultimamente, soprattutto con la pandemia, di reale contrazione della fertilità anche per le donne venete. Concepire un figlio è una decisione carica di aspettative, frequentemente esperienza unica, a volte cercata con determinazione in situazioni anche complesse, il cui buon esito è dato per scontato. Donne che desiderano concepire in età avanzata, a volte con patologie croniche/severe o genetiche preesistenti, gravide in età avanzata spesso primipare, nati vulnerabili perché fortemente prematuri o a basso peso o affetti da



patologie gravi che sopravvivono, costituiscono le condizioni via via emerse in modo sempre più rilevante che hanno comportato il progressivo aumento al ricorso di procreazione medicalmente assistita, diagnosi prenatale, percorsi per diverse tipologie di gravide e gravidanze patologiche, taglio cesareo ed in generale massiccia medicalizzazione della gravidanza e del parto.

A questi dati squisitamente sanitari si aggiungono, con ugual rilievo, altre condizioni che si riferiscono alla fragilità sociale ed economica, alla patologia psichiatrica e alle dipendenze, tutte situazioni in impressionante aumento che condizionano in modo rilevante la fertilità, l'andamento della gravidanza e la salute del nato.

Oltre a questi elementi di criticità sussistono nella nostra Regione anche condizioni assolutamente positive, come la qualità persistente di parte della rete per le gravide e le nascite e di altre reti specialistiche come quelle per le malattie genetiche rare, interventi su specifici problemi, percorsi anche innovativi, come l'affidamento di gravide a bassissimo rischio alle ostetriche, che tutte portano comunque ad esiti in salute del nato assolutamente di buon livello, come testimoniato dai tassi di mortalità neonatale infantile, di mortalità materna e di cesareo.

I risultati raggiunti sulla mortalità non corrispondono però ad altrettanti brillanti risultati sulla presa in carico complessiva delle famiglie, delle gravide e dei nati e bambini della prima infanzia, poichè le risorse, i servizi e setting assistenziali, i percorsi, gli interventi e l'informazione oggi esistenti sono tutti frammentati, ognuno operante per proprio conto in assenza di un quadro unitario che li coordini, li integri e li renda conseguenti.

C'è bisogno di una rilevante riorganizzazione che investa in pieno tutta la materia, riorienti l'attività di servizi e reti oggi esistenti, le integri con elementi rilevanti oggi mancanti. Essa deve essere pensata con una visione unitaria che segua la persona e le famiglie combinando gli interventi della rete ospedaliera con quella territoriale, colmando carenze di risorse e di interventi oggi presenti, rivedendo prassi e organizzazioni per renderle più aderenti ai bisogni delle persone, più aperte, agevoli e supportanti e orientate ad una medicina di iniziativa.

I principi fondanti tale revisione del modello gestionale/organizzativo che vanno dal pre-concepimento fino all'età prescolare del nato vengono di seguito indicati.

1. Definizione di un unico macro ambito che comprenda tutte le azioni, percorsi e servizi sanitari e socio sanitari presenti in regione attivi dal pre-concepimento, alla gravidanza, parto, puerperio, nato, lattante e bambino fino all'età prescolare, seguendo una unica visione, in modo che le azioni e i percorsi, declinati in base alla complessità della condizione presentata e alla intensità assistenziale richiesta, siano comunque strettamente connessi tra loro e uniti da passaggi o nodi comuni, permettendo di avere sempre una visione completa della situazione della donna, del bambino e della famiglia e delle conseguenze complessive delle azioni poste in atto. In particolare verranno inclusi percorsi ed azioni già esistenti come ad esempio i percorsi per le gravide a bassissimo rischio seguita dalle ostetriche, le reti di genetica e le altre per le diagnosi prenatali, i percorsi per la depressione materna, la rete dei punti nascita, gli screening neonatali. A questi si assoceranno la progettazione di specifici interventi oggi parzialmente carenti come il Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) e il potenziamento della Neuropsichiatria Infantile (NPI) e la messa in atto di interventi ancora non realizzati, come il supporto alla gravida vulnerabile, le visite domiciliari di personale ostetrico/infermieristico alla seconda o terza settimana dopo il parto, l'informazione per la prevenzione di eventi come la morte improvvisa, la sindrome del bambino scosso (*shaken baby syndrome*), gli incidenti, e il potenziamento di reti territoriali per l'assistenza domiciliare e la riabilitazione pediatrica. Tutti queste azioni sono infatti caratterizzate da un impatto contemporaneo in molte diverse condizioni sia in termini di prevenzione e promozione della salute sia in termini di servizio e risorsa da attivarsi come elemento essenziale nella presa in carico di diverse condizioni di patologia.

2. Strutturazione di un unico sistema di monitoraggio che, poggiandosi sulla base di sistemi informativi già esistenti che trattano l'assistenza al parto (connessione di tutti i punti nascita per CEDAP – Certificato di assistenza al parto, ecc) e alla gravida, venga sviluppato in modo da censire le nuove gravide collegandole alla specifica esenzione e all' anagrafe unica regionale degli assistiti (AUR), definisca immediatamente l'agenda della gravidanza fisiologica per ciascuna donna in base a quanto previsto nei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA e fissi le relative prestazioni, accompagni i percorsi via via definiti per ogni donna in base alla sua condizione clinica complessiva e la orienti nel punto nascita adeguato per il suo livello di rischio, infine raccolga l'informazione essenziale circa il parto e la salute di donna e nato, utile dopo la dimissione



dall'ospedale. Ugualmente il sistema, anche interagendo con quanto già esistente, deve permettere di monitorare le condizioni e gli esiti di salute del lattante e del bambino in età prescolare.

3. Supportare attivamente le famiglie, facilitando al massimo tutti gli adempimenti giuridici e amministrativi connessi con la nascita, trasformando ogni punto nascita in sportello unico per genitori, che potranno agevolmente durante la degenza *post partum* riconoscere il nato e iscriverlo nei registri di stato civile, iscriverlo successivamente alla anagrafe comunale e quindi a quella sanitaria, potendo dimettere il nuovo nato già pienamente tutelato, con una coppia genitoriale o un genitore, una rete di servizi e istituzioni e un pediatra noti e certi. In ogni caso, per ciascun percorso, si analizzeranno gli adempimenti amministrativi che dovranno essere, per quanto possibile, output del sistema più che incombenze del cittadino.

4. Acquisire ed implementare tutti gli strumenti che potranno facilitare e migliorare la qualità dell'assistenza prestata. Tra essi potranno essere comprese la resa disponibile in tempo reale ai professionisti dei servizi regionali coinvolti di basi di dati internazionali che orientino la diagnosi o la selezione corretta dei trattamenti come quella sul rischio teratogeno di farmaci e altre sostanze prescritte o assunte dalla gravida in varie epoche gestazionali, da collegarsi ad esempio alla redazione delle ricette dematerializzate, o il data base sui dismorfismi e altre condizioni ereditarie da rendere disponibile alle pediatrie ospedaliere e ai pediatri di libera scelta. Altro genere di strumento a supporto delle azioni da svolgere, ma anche come base per la ricerca e la definizione di nuova conoscenza, è la creazione o lo sviluppo quando già esistenti, di bio-banche uniche regionali, sia ad esempio per la raccolta e gestione dei gameti, sia per la raccolta e gestione del materiale biologico derivante dalla attività di screening neonatale e ricostruente il profilo genotipico di tutti i nati e in pochi anni di gran parte della popolazione residente o assistita in Veneto. Infine un terzo genere di strumenti comprende tutte le iniziative di interoperabilità ed integrazioni tra la nuova area tracciata dalla presente delibera e sistemi esistenti e già strutturati che si occupano in parte della stessa popolazione e degli stessi servizi, come ad esempio la rete delle malattie rare, gli screening neonatali, il registro delle malformazioni congenite, i monitoraggio delle diagnosi prenatali, i flussi sulle disabilità precoci, ecc.

Si intende procedere progettando un tronco comune o parte condivisa che segua tutte le fasi di vita trattate, (pre concezionale, gravidanza, parto, puerperio, nato, lattante e bambino di età prescolare) seguendo i percorsi standard, previsti come LEA o loro adeguamento regionale, a cui collegare azioni o percorsi specifici, che trattano di sottoinsiemi di popolazione o di specifici interventi da effettuarsi in un unico periodo della vita, in parte già presenti, in parte già progettati e da realizzare e in parte di futura progettazione.

Il tronco comune parte logicamente dalla diagnosi di gravidanza e dalla prima determinazione ecografica di età gestazionale e conseguentemente epoca prevista di parto. Questa certificazione dovrà essere redatta dallo specialista ginecologo operante in qualsiasi struttura/servizio pubblico o accreditato, in un apposito applicativo espansione dell'attuale registro nascita tenuto dal Coordinamento regionale malattie rare e reso interoperabile con l'anagrafe regionale - AUR. La certificazione comporta l'erogazione dell'esenzione per gravidanza e la automatica definizione dell'agenda della gravidanza fisiologica in base a quanto previsto dai LEA. In base alle scelte della donna e alle condizioni presentate, la singola gravida sarà immessa in un definito percorso di presa in carico, che comporterà specifici setting assistenziali e prestazioni che genereranno una informazione sintetica e rilevante per eventualmente portare la donna verso percorsi diversi dagli iniziali e più idonei a seguire la sua specifica condizione. Come già definito, verranno integrati organizzazione, protocolli clinici ed eventualmente sistemi di monitoraggio già attivi, con l'attenzione alla loro coerenza reciproca ed eventualmente alla loro revisione, se necessaria. Dello stesso tronco comune faranno parte gli altri interventi che coinvolgeranno tutta la popolazione target presente nel Veneto, di cui una parte già previsti per tutte le gravide, partorienti, puerpere e nati quali il programma di diagnosi e trattamento della depressione materna, il controllo della rete dei punti nascita, la cartella del parto (in estensione rispetto ai contenuti attuali noti come CEDAP), gli screening neonatali sia metabolici che uditivi e visivi (quest'ultimi da implementare secondo delibere regionali già in vigore), il fascicolo del nato, le procedure di riconoscimento ed iscrizione anagrafica del nato (da completarsi), le visite domiciliari in 2 e 3 settimana (da realizzarsi completamente secondo quanto già previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale in vigore) e il controllo dello sviluppo del lattante e bambino in età prescolare secondo le tappe dello sviluppo con calendario comune a quello vaccinale. Ciascuna azione o tappa prevista genera una informazione che verrà condivisa dai professionisti che saranno tenuti a decidere, agire e supportare la presa in carico della donna e del nato.



Il coordinamento tecnico del programma e lo sviluppo di tale sistema informativo viene assegnato al Registro Nascita presso il Coordinamento regionale Malattie Rare che già predispose e gestisce gran parte degli applicativi nel campo e ha la responsabilità di molti interventi nel campo oltre che del Comitato Regionale Percorso Nascita. La scelta dei contenuti verrà discussa e condivisa all'interno di gruppi di lavoro *ad hoc* predisposti che tengano conto delle diverse figure professionali, servizi e aziende sanitarie coinvolte. La governance regionale sarà garantita da un apposito *Steering Committee* formato dalle strutture competenti. La forte interazione con Azienda Zero comporterà in particolare la realizzazione dell'interoperabilità con AUR e con la piattaforma che reggerà il legame con l'anagrafe sanitaria nazionale.

A questo tronco comune si collegheranno tutti gli altri interventi e azioni specifiche sotto elencati.

- 1) rete per la procreazione medicalmente assistita, definizione degli standard e della metodologia da utilizzare, monitoraggio delle attività dei centri utilizzando come unità statistica dei flussi i pazienti e non i cicli, istituzione della bio-banca regionale dei gameti;
- 2) monitoraggio degli aborti spontanei e delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), con particolare attenzione agli erogatori di servizio e alle condizioni che portano alla ripetitività dell'evento o a particolari sottogruppi di popolazione come le teenager;
- 3) rete per la diagnostica prenatale, comprendente diagnostiche non invasive quali ecografia morfologica, test combinato e test su sangue fetale circolante estesi a tutte le gravide, test invasivi secondo i LEA e condizioni cliniche. Attivazione del processo di accreditamento dei servizi impegnati nella diagnostica prenatale sia invasiva che non invasiva e certificazione dei professionisti coinvolti;
- 4) percorsi delle gravide patologiche e vulnerabili;
- 5) percorsi a basso rischio ostetrico - BRO per le gravide e loro espansione in tutta la Regione, percorso BRO per il parto con creazione di uno spazio specifico all'interno dei punti nascita con assistenza totalmente affidata alle ostetriche;
- 6) revisione della rete dei punti nascita del Veneto con un possibile potenziamento del personale impiegato;
- 7) mantenimento a regime del programma di contrasto alla depressione materna, comprendente sia le attività di screening e diagnosi precoce in gravidanza e in puerperio, sia le azioni di supporto fino al trattamento precoce con specifici percorsi all'interno degli ospedali con punti nascita e nel territorio a carico dei consultori familiari e dei dipartimenti di salute mentale a seconda della gravità della condizione clinica presentata;
- 8) creazione di una cartella clinica della gravida che unifichi e raccolga tutte le applicazioni ora esistenti e separate permettendo fin dall'inizio di una gravidanza di stratificare l'informazione clinica più rilevante, connettere i dati delle diverse attività predisposte e integrare completamente il monitoraggio della gravidanza all'informazione raccolta al parto attraverso il registro nascita (CEDAP);
- 9) istituzione di un servizio codificato di trasporto della gravida STAM (Servizio di Trasporto Assistito Materno), organizzato verso i cinque hub (Treviso e Belluno, Venezia, Padova e Rovigo, Vicenza, Verona) e con attivazione del trasporto da parte dell'ospedale spoke;
- 10) rivalutazione del sistema di trasporto neonatale STEN (Servizio di Trasporto Emergenza Neonatale) per eventuale conferma o potenziamento dell'esistente;
- 11) screening neonatali metabolici allargati e screening neonatali uditivo e visivo, creazione di un sistema veneto di bio-banca del materiale biologico ottenuto dai cartoncini di prelievo dai nati, collegamento delle attività di screening del nato con la cartella del parto e del nato all'interno del Registro Nascita (CEDAP) a cui far confluire il risultato del test di primo livello di screening e l'eventuale successiva conferma diagnostica, per poter effettuare le valutazioni di efficienza delle procedure seguite, in particolare calcolare i persi nel corso della procedura di screening, i falsi positivi e la specificità della procedura, anche grazie all'immediata iscrizione del nato diagnosticato come patologico al registro malattie rare. In questa maniera sarà possibile calcolare anche i falsi negativi e quindi la sensibilità dell'intero percorso di screening neonatale;
- 12) Registro malformazioni congenite tenuto dal Coordinamento regionale Malattie Rare e Registro Nascita ad esso aggregato e suo legame con la rete di diagnosi genetica. Nel caso di sospetta malformazione congenita e/o di sospetta malattia rara, le richieste di accertamento genetico dovranno essere prescritte solo da unità operative facenti parte della rete delle malattie rare e le indagini dovranno essere effettuate da laboratori appositamente selezionati per *facilities* diagnostiche a disposizione, documentata esperienza nel settore e volume di attività in stretta relazione con i clinici dei centri di riferimento per specifico gruppo di malattie rare;



13) ripristinare e implementare i Programmi di sensibilizzazione, informazione, formazione e supporto delle famiglie e dei nuovi genitori per temi rilevanti per la salute del nato con particolare riguardo alle problematiche della SIDS (Sudden Infant Death Syndrome o morte in culla o morte improvvisa del lattante), della sindrome del bambino scosso (*Shaken baby syndrome*) ed incidenti domestici e stradali. Questi 3 temi sono di estrema importanza per la salute del nato e del lattante, poiché costituiscono la più rilevante causa di morte nel primo anno, escludendo le morti da cause perinatali. Pur essendo apparentemente problemi dissimili, nelle campagne di informazione e prevenzione vengono trattati congiuntamente, perché spesso necessitano di una diagnosi differenziale, perché alcuni fattori causali sono comuni e perché le azioni di prevenzione efficaci sono in gran parte simili o comuni. Azioni specifiche per la SIDS sono un programma di informazione specifico in gravidanza (corsi di preparazione al parto in associazione alla prevenzione degli incidenti e della sindrome del bambino scosso), gli screening metabolici allargati per i neonati, l'istituzione del centro regionale per la verifica autoptica in caso di decesso e l'istituzione di gruppi di autoaiuto per le famiglie colpite in collaborazione con le principali associazioni d'utenza nel settore. Azioni specifiche per la sindrome del bambino scosso sono l'informazione specifica alla nascita e ai controlli del 1°, 3°, 6° mese di vita e un programma di formazione per pediatri, neuroradiologi e oculisti. Azioni specifiche per la prevenzione degli incidenti in età prescolare sono il ripristino della campagna già in atto in passato nella nostra Regione;

14) follow up neonati prematuri e ad alto rischio, con costituzione di un ambulatorio integrato di follow up dei nati patologici nei punti nascita di 3 livello con cure intensive neonatali (Treviso, Padova, Mestre, Vicenza, Verona), con possibilità di eseguire diagnostica neuroradiologica, potenziali evocati, valutazione neurologia, della motricità e dello sviluppo psicomotorio, valutazioni uditive e visive, dell'accrescimento ecc. In tale ambulatorio deve essere fortemente incentivata e facilitata la copresenza del pediatra di famiglia e del neuropsichiatra infantile territoriale. E' prevista la partecipazione di un rappresentante dell'equipe del centro alla UVMD - Unità di Valutazione Multidimensionale;

15) percorso disordini dello sviluppo e diagnosi precoce sindromi autistiche, basato sul costante monitoraggio delle tappe di sviluppo complessiva del lattante e del bambino in età prescolare, ripetute ai controlli vaccinali. E' prevista una revisione della attuale rete di neuropsichiatria infantile territoriale e di servizi destinati alla riabilitazione nelle fasi precoci dello sviluppo;

16) programma di visite domiciliari (*home visits*) esteso a tutte le puerpere nel corso della seconda — terza settimana dal parto o dal ritorno a domicilio. Le visite domiciliari con personale ostetrico o infermieristico appositamente formato si sono dimostrate, in tutti i Paesi dove effettuate di routine, un'azione efficace nel supportare le famiglie, nel facilitare il *coping* e l'attaccamento, nel facilitare il superamento di problematiche non gravi, ma potenzialmente evolutive e nel riconoscere precocemente le situazioni di maggior rischio o di franca patologia che richiedono interventi immediati. Esse sono punto di congiunzione di più programmi sopra elencati, come la diagnosi e presa in carico precoce della depressione materna, la prevenzione della sindrome del bambino scosso e degli incidenti, quella della SIDS, il supporto alle famiglie con un bambino prematuro e/o con bisogni speciali e la selezione delle famiglie vulnerabili o francamente patologiche da prendere in carico immediatamente. Costituiscono infine un elemento tangibile di vicinanza dei servizi alle famiglie e di accompagnamento e aiuto in un momento delicato e irripetibile nella vita di nato e genitori.

Pertanto, si propone di approvare il nuovo modello gestionale/organizzativo dell'area materno – infantile, dal pre-concezionale all'età prescolare del nato, così come innanzi riportato. Si evidenzia che con il nuovo modello gestionale/organizzativo in parola si intende dare attuazione a quanto previsto dal Piano socio sanitario regionale 2019-2023 “La salute della donna e del bambino”, con particolare riferimento agli obiettivi strategici OS1 “Favorire la fertilità e prevenire i più rilevanti fattori di rischio in epoca pre-concezionale”, OS2 “Migliorare le performance della rete pre, peri e post natale”, OS3 “Eliminare o contenere l'impatto dei principali fattori di rischio ambientali agenti negativamente sulla salute e sullo sviluppo del bambino”, OS4 “Promuovere stili di vita positivi, livelli crescenti di autonomia e ruolo sociale adeguato all'età, equilibrio nelle relazioni intra familiari”, OS5 “Migliorare la qualità dei processi diagnostici e di trattamento e presa in carico dei bambini con malattia cronica e/o rara e/o severa e/o disabilitante”, OS6 “Garantire risposte rapide, appropriate ed efficaci alla urgenza ed emergenza pediatrica e una adeguata risposta alle patologie ad insorgenza acuta, al fine di ridurre la mortalità e disabilità legata a tali condizioni acute”.

Si rinvia a successivi provvedimenti l'approvazione delle singole linee progettuali sperimentali nel rispetto delle azioni previste dal presente atto, affidando il compito di coordinatore tecnico al Registro Nascita presso il Coordinamento regionale malattie rare.



Infine, si rinvia a successivo provvedimento l'eventuale assegnazione all'Azienda Ospedale-Università di Padova, ente cui spetta la gestione economico-finanziaria del Coordinamento regionale Malattie Rare, di un finanziamento aggiuntivo, per l'anno 2022, alla copertura del quale si provvederà con le risorse per finanziamenti della GSA afferenti al capitolo 103285 del bilancio di previsione regionale 2022-2024 di cui alla legge regionale di bilancio 20 dicembre 2021, n. 36.

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

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

Visto il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023;

Vista la deliberazione n. 614 del 14 maggio 2019 "Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, dell'Azienda Ospedale Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto – IRCCS, della Società partecipata a capitale interamente pubblico "Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione" e degli erogatori ospedalieri privati accreditati. L.r. 48/2018 "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023". Deliberazione n. 22/CR del 13 marzo 2019.";

Visto l'art. 2, co. 2, della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

DELIBERA

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il modello gestionale ed organizzativo dell'area materno – infantile: dal pre concezionale all'età prescolare del nato, così come descritto in premessa;
3. di rinviare a successivi provvedimenti l'approvazione delle singole linee progettuali sperimentali nel rispetto delle azioni previste dal presente atto, affidando il compito di coordinatore tecnico al Registro Nascita presso il Coordinamento regionale malattie rare.
4. di rinviare a successivo provvedimento l'eventuale assegnazione all'Azienda Ospedale-Università di Padova, ente cui spetta la gestione economico-finanziaria del Coordinamento regionale Malattie Rare, di un finanziamento aggiuntivo, per l'anno 2022 alla cui copertura si provvederà con le risorse per finanziamenti della GSA afferenti al capitolo 103285 del bilancio di previsione regionale 2022-2024 di cui alla legge regionale di bilancio 20 dicembre 2021, n. 36;
6. di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
f.to - Dott. Lorenzo Traina -

