

EMERGENZA PEDIATRICA IN PRONTO SOCCORSO NON PEDIATRICO

Dott.ssa Laura Tegaldo
Dott.ssa Arianna Parodi



Centro nascita e pediatria d'urgenza medica
e chirurgica di primo livello
Stato dell'arte dell'area del Ponente
Genovese

This policy is a revision of the policy in [107 \(4\): 777](#).

FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Joint Policy Statement—Guidelines for Care of Children in the Emergency Department

American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee, Emergency Nurses Association Pediatric Committee

ABSTRACT

Children who require emergency care have unique needs, especially when emergencies are serious or life-threatening. The majority of ill and injured children are brought to community hospital emergency departments (EDs) by virtue of their geography within communities. Similarly, emergency medical services (EMS) agencies provide the bulk of out-of-hospital emergency care to children. It is imperative, therefore, that all hospital EDs have the appropriate resources (medications, equipment, policies, and education) and staff to provide effective emergency care for children. This statement outlines resources necessary to ensure that hospital EDs stand ready to care for children of all ages, from neonates to adolescents. These guidelines are consistent with the recommendations of the Institute of Medicine's report on the future of emergency care in the United States health system. Although resources within emergency and trauma care systems vary locally, regionally, and nationally, it is essential that hospital ED staff and administrators and EMS systems' administrators and medical directors seek to meet or exceed these guidelines in efforts to optimize the emergency care of children they serve. This statement has been endorsed by the Academic Pediatric Association, American Academy of Family Physicians, American Academy of Physician Assistants, American College of Osteopathic Emergency Physicians, American College of Surgeons, American Heart Association, American Medical Association, American Pediatric Surgical Association, Brain Injury Association of America, Child Health Corporation of America, Children's National Medical Center, Family Voices, National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, National Association of EMS Physicians, National Association of Emergency Medical Technicians, National Association of State EMS Officials, National Committee for Quality Assurance, National PTA, Safe Kids USA, Society of Trauma Nurses, Society for Academic Emergency Medicine, and The Joint Commission.

Key Words: * pediatric emergency preparedness

Copyright © 2009 by the American Academy of Pediatrics

Nel 2009 è stato pubblicato uno Statement condiviso dall'American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, dall'American College of Emergency Physicians Pediatric Committee e dall'Emergency Nurses Association Pediatric Committee.

Obiettivo era quello di dare delle linee di indirizzo per la gestione di pazienti in età pediatrica in Pronto Soccorso



This policy is a revision of the policy in 187 (6): 777.

FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Joint Policy Statement—Guidelines for Care of Children in the Emergency Department

American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee, Emergency Nurses Association Pediatric Committee

ABSTRACT

Children who require emergency care have unique needs, especially when emergencies are serious or life-threatening. The majority of ill and injured children are brought to community hospital emergency departments (EDs) by virtue of their geographic and/or convenience. Similarly, emergency medical services (EMS) agencies provide the bulk of out-of-hospital emergency care to children. It is imperative, therefore, that all hospital EDs have the appropriate resources (medications, equipment, policies, and education) and staff to provide effective emergency care for children. This statement outlines resources necessary to assure that hospital EDs stand ready to care for children of all ages, from neonates to adolescents. These guidelines are consistent with the recommendations of the Institute of Medicine's report on the future of emergency care in the United States health system. Although resources within emergency and trauma care systems vary locally, regionally, and nationally, it is essential that hospital ED staff and administrators and EMS system administrators and medical directors seek to meet or exceed these guidelines in efforts to optimize the emergency care of children they serve. This statement has been endorsed by the Academic Pediatric Association, American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatric Assistants, American College of Osteopathic Emergency Physicians, American College of Surgeons, American Heart Association, American Medical Association, American Pediatric Surgical Association, Brain Injury Association of America, Child Health Corporation of America, Children's National Medical Center, Family Voices, National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, National Association of EMS Physicians, National Association of Emergency Medical Technicians, National Association of State EMS Officials, National Committee for Quality Assurance, National PTA, Safe Kids USA, Society of Trauma Nurses, Society for Academic Emergency Medicine, and The Joint Commission.

Key Words: pediatric emergency assessment

Copyright © 2009 by the American Academy of Pediatrics

Nella maggior parte dei casi, (lo studio è condotto sul territorio americano ma si adatta bene anche alla nostra realtà) i bambini vengono condotti in strutture d'emergenza in base alla loro collocazione geografica (cioè vengono condotti al PS più vicino)

E' quindi fondamentale che tutte le postazioni di pronto soccorso posseggano farmaci, attrezzature, politiche ed istruzione adatti alla gestione dell'emergenza pediatrica.

Nel 2006 su 119 milioni di visite in PS negli Stati Uniti, circa il 20% riguardavano pazienti pediatrici. Solo il 6% dei PS negli USA e in Canada ha tutti i materiali di consumo e le attrezzature consigliati nelle linee guida per l'assistenza pediatrica (linee guida la cui pubblicazione era nota solo al 59% dei Manager di PS).

Oltre il 50% dei PS assiste meno di 10 pazienti pediatrici al giorno. Diventa necessario indicare dei coordinatori per l'assistenza pediatrica in emergenza. Solo il 18% dei PS ha un coordinatore medico per l'assistenza pediatrica e solo il 12% un coordinatore infermieristico



This policy is a revision of the policy in 187 (4): 777.

FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Joint Policy Statement—Guidelines for Care of Children in the Emergency Department

American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee, Emergency Nurses Association Pediatric Committee

ABSTRACT

Children who require emergency care have unique needs, especially when emergencies are serious or life-threatening. The majority of ill and injured children are brought to community hospital emergency departments (EDs) by virtue of their geographic and/or convenience. Similarly, emergency medical services (EMS) agencies provide the bulk of out-of-hospital emergency care to children. It is imperative, therefore, that all hospital EDs have the appropriate resources (medications, equipment, policies, and education) and staff to provide effective emergency care for children. This statement outlines resources necessary to assure that hospital EDs stand ready to care for children of all ages, from neonates to adolescents. These guidelines are consistent with the recommendations of the Institute of Medicine's report on the future of emergency care in the United States health system. Although resources within emergency and trauma care systems vary locally, regionally, and nationally, it is essential that hospital ED staff and administrators and EMS system administrators and medical directors seek to meet or exceed these guidelines in efforts to optimize the emergency care of children they serve. This statement has been endorsed by the Academic Pediatric Association, American Academy of Family Physicians, American Academy of Physician Assistants, American College of Osteopathic Emergency Physicians, American College of Surgeons, American Heart Association, American Medical Association, American Pediatric Surgical Association, Brain Injury Association of America, Child Health Corporation of America, Children's National Medical Center, Family Voices, National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, National Association of EMS Physicians, National Association of Emergency Medical Technicians, National Association of State EMS Officials, National Committee for Quality Assurance, National PTA, Safe Kids USA, Society of Trauma Nurses, Society for Academic Emergency Medicine, and The Joint Commission.

Key Words: pediatric emergency assessment

Copyright © 2009 by the American Academy of Pediatrics

Il coordinatore medico presso i PS deve:

- essere un pediatra o un medico di medicina generale che dimostri competenza in ambito pediatrico soprattutto nella gestione delle emergenze mediante la propria formazione ed esperienza clinica diretta
- dimostrare di mantenere alto il proprio livello di istruzione sull'emergenza pediatrica
- verificare la competenza e la professionalità del personale che coordina
- contribuire allo sviluppo ed alla revisione periodica delle politiche e delle procedure per la gestione dell'emergenza pediatrica
- occuparsi della formazione e della collaborazione con il personale che gestisce l'emergenza pediatrica extraospedaliera
- collaborare con il coordinatore infermieristico sia per la gestione del personale che per la gestione dei farmaci e del materiale tecnico.



This policy is a revision of the policy in 197 (9): 777.

FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Joint Policy Statement—Guidelines for Care of Children in the Emergency Department

American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee, Emergency Nurses Association Pediatric Committee

ABSTRACT

Children who require emergency care have unique needs, especially when emergencies are serious or life-threatening. The majority of ill and injured children are brought to community hospital emergency departments (EDs) by virtue of their geographic and/or circumstances. Similarly, emergency medical services (EMS) agencies provide the bulk of out-of-hospital emergency care to children. It is imperative, therefore, that all hospital EDs have the appropriate resources (medications, equipment, policies, and education) and staff to provide effective emergency care for children. This statement outlines resources necessary to assure that hospital EDs stand ready to care for children of all ages, from neonates to adolescents. These guidelines are consistent with the recommendations of the Institute of Medicine's report on the future of emergency care in the United States health system. Although resources within emergency and trauma care systems vary locally, regionally, and nationally, it is essential that hospital ED staff and administrators and EMS system administrators and medical directors seek to meet or exceed these guidelines in efforts to optimize the emergency care of children they serve. This statement has been endorsed by the Academic Pediatric Association, American Academy of Family Physicians, American Academy of Physician Assistants, American College of Osteopathic Emergency Physicians, American College of Surgeons, American Heart Association, American Medical Association, American Pediatric Surgical Association, Brain Injury Association of America, Child Health Corporation of America, Children's National Medical Center, Family Voices, National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, National Association of EMS Physicians, National Association of Emergency Medical Technicians, National Association of State EMS Officials, National Commission for Quality Assurance, National PTA, Safe Kids USA, Society of Trauma Nurses, Society for Academic Emergency Medicine, and The Joint Commission.

Key Words: pediatric emergency assessment

Copyright © 2009 by the American Academy of Pediatrics

Come migliorare la sicurezza dei pazienti pediatrici nel dipartimento di emergenza?

- Pesare i bambini in chilogrammi.
- Misurare i parametri vitali di tutti i bambini all'arrivo (FC, FR, SatO2; TC; PAOS).
- Identificare una procedura che metta il medico rapidamente a conoscenza dell'alterazione dei parametri misurati.
- Conservazione e preparazione dei farmaci dell'emergenza mediante l'utilizzo di linee guida con dosaggi precalcolati per i bambini tutte le età.



This policy is a revision of the policy in 187 (6): 777.

FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Joint Policy Statement—Guidelines for Care of Children in the Emergency Department

American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee, Emergency Nurses Association Pediatric Committee

ABSTRACT

Children who require emergency care have unique needs, especially when emergencies are serious or life-threatening. The majority of ill and injured children are brought to community hospital emergency departments (EDs) by virtue of their geographic and/or socioeconomic location. Emergency medical services (EMS) agencies provide the bulk of out-of-hospital emergency care to children. It is imperative, therefore, that all hospital EDs have the appropriate resources (medications, equipment, policies, and education) and staff to provide effective emergency care for children. This statement outlines resources necessary to assure that hospital EDs stand ready to care for children of all ages, from neonates to adolescents. These guidelines are consistent with the recommendations of the Institute of Medicine's report on the future of emergency care in the United States health system. Although resources within emergency and trauma care systems vary locally, regionally, and nationally, it is essential that hospital ED staff and administrators and EMS system administrators and medical directors seek to meet or exceed these guidelines in efforts to optimize the emergency care of children they serve. This statement has been endorsed by the Academic Pediatric Association, American Academy of Family Physicians, American Academy of Physician Assistants, American College of Osteopathic Emergency Physicians, American College of Surgeons, American Heart Association, American Medical Association, American Pediatric Surgical Association, Brain Injury Association of America, Child Health Corporation of America, Children's National Medical Center, Family Voices, National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, National Association of EMS Physicians, National Association of Emergency Medical Technicians, National Association of State EMS Officials, National Committee for Quality Assurance, National PTA, Safe Kids USA, Society of Trauma Nurses, Society for Academic Emergency Medicine, and The Joint Commission.

Key Words: pediatric emergency assessment

Copyright © 2009 by the American Academy of Pediatrics

Quali precorsi devono essere standardizzati e controllati?

- Triage.
- Valutazione e rivalutazione del paziente
- Documentazione dei segni vitali; comunicazione delle alterazioni dei segni vitali; azioni da intraprendere in emergenza in base a questa alterazioni.
- Consenso informato (compreso “cosa fare” se il genitore non è presente e non può dare il consenso)
- Radiologia :attrezzature adeguate a fornire la minor dose possibile di radiazioni; processo di invio ad altre strutture per le procedure radiologiche che superano le capacità dell'ospedale, rapida analisi e comunicazione del referto da parte del radiologo
- Laboratorio: deve essere attrezzato all'analisi dei campioni dei bambini di tutte le età, meglio se mediante microtecniche che consentano l'analisi di campioni anche molto piccoli



This policy is a revision of the policy in 107 (6): 777.

FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Joint Policy Statement—Guidelines for Care of Children in the Emergency Department

American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee, Emergency Nurses Association Pediatric Committee

ABSTRACT

Children who require emergency care have unique needs, especially when emergencies are serious or life-threatening. The majority of ill and injured children are brought to community hospital emergency departments (EDs) by virtue of their geographic and/or socioeconomic location. Emergency medical services (EMS) agencies provide the bulk of out-of-hospital emergency care to children. It is imperative, therefore, that all hospital EDs have the appropriate resources (medications, equipment, policies, and education) and staff to provide effective emergency care for children. This statement outlines resources necessary to assure that hospital EDs stand ready to care for children of all ages, from neonates to adolescents. These guidelines are consistent with the recommendations of the Institute of Medicine's report on the future of emergency care in the United States health system. Although resources within emergency and trauma care systems vary locally, regionally, and nationally, it is essential that hospital ED staff and administrators and EMS system administrators and medical directors seek to meet or exceed these guidelines in efforts to optimize the emergency care of children they serve. This statement has been endorsed by the Academic Pediatric Association, American Academy of Family Physicians, American Academy of Physician Assistants, American College of Osteopathic Emergency Physicians, American College of Surgeons, American Heart Association, American Medical Association, American Pediatric Surgical Association, Brain Injury Association of America, Child Health Corporation of America, Children's National Medical Center, Family Voices, National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, National Association of EMS Physicians, National Association of Emergency Medical Technicians, National Association of State EMS Officials, National Committee for Quality Assurance, National PTA, Safe Kids USA, Society of Trauma Nurses, Society for Academic Emergency Medicine, and The Joint Commission.

Key Words: pediatric emergency presentation

Copyright © 2009 by the American Academy of Pediatrics

Quali precorsi devono essere standardizzati e controllati?

- Linee guida per le attrezzature : le attrezzature, le forniture ed i medicinali devono essere adeguati per i bambini di tutte le età e dimensioni; devono essere facilmente accessibili, chiaramente etichettati, sistemati in maniera sicura e logicamente organizzata. E' fortemente raccomandato l'allestimento di un carrello mobile con il materiale per le emergenze. Tutto il personale deve essere istruito circa i materiale a disposizione ed alla sua ubicazione che deve essere verificata giornalmente da un incaricato.

- Trasferimento del paziente: piano di trasporto per il trasferimento sicuro e tempestivo presso la struttura più adatta



Le dimensioni del problema in Italia



Nel nostro paese circa 4 000 000 di bambini accedono ogni anno alle strutture di Pronto Soccorso

Di essi, circa 500 000 presentano sintomi e/o lesioni gravi o una alterazione dei parametri vitali

Di essi, circa 20 000 vengono condotti all'osservazione clinica in pericolo di vita



Ministero della Salute

COMMISSIONE CONSULTIVA
PIANO PER IL MIGLIORAMENTO
DEL SISTEMA DI
EMERGENZA/URGENZA

Gruppo di lavoro su Emergenza
urgenza pediatrica

Documento approvato nella seduta del
9 Maggio 2005

In Italia, si è assistito negli ultimi 30 anni ad un continuo aumento degli accessi in Pronto soccorso (P.S.) sia generale che pediatrico.

Circa 50 milioni di accessi/anno (stima Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza), dei quali circa il 10-15% è costituito da pazienti in età pediatrica, particolarmente concentrati nei giorni prefestivi e festivi.



L'accesso al P.S. pediatrico è spontaneo in circa il 90% dei casi, senza che sia stato interpellato il pediatra di libera scelta o altre figure della continuità assistenziale dell'area territoriale



Ministero della Salute

COMMISSIONE CONSULTIVA
PIANO PER IL MIGLIORAMENTO
DEL SISTEMA DI
EMERGENZA/URGENZA

Gruppo di lavoro su Emergenza
urgenza pediatrica

Documento approvato nella seduta del
9 Maggio 2005

L'elevato e spesso inappropriato ricorso al P.S. è spesso legato alle paure ed alle ansie dei genitori che, in una società profondamente cambiata, motivano l'accesso con la necessità di ottenere una risposta da personale specialistico, ad un problema ritenuto urgente, in tempi rapidi, anche nelle fasce orarie non coperte dal pediatra di libera scelta.





Ministero della Salute

COMMISSIONE CONSULTIVA
PIANO PER IL MIGLIORAMENTO
DEL SISTEMA DI
EMERGENZA/URGENZA

Gruppo di lavoro su Emergenza
urgenza pediatrica

Documento approvato nella seduta del
9 Maggio 2005



Nel 2002 solo il 40% circa degli ospedali pubblici era dotato di un dipartimento di emergenza ed anche negli ospedali sede di DEA di I e II livello per adulti non sempre è predisposta un'area con personale medico ed infermieristico specificatamente formato e adibito all'emergenza-urgenza pediatrica.

Gran parte delle strutture sanitarie accreditate per l'emergenza-urgenza risultano pertanto inadeguate alla gestione ottimale in acuto del bambino e dell'adolescente, per mancanza di professionalità pediatriche e/o di ambienti, apparecchiature, attrezzature e materiali di consumo idonei a questa fascia di età.



Ministero della Salute

LE LINEE GUIDA PER LE STRATEGIE DEL CAMBIAMENTO DEI SERVIZI DI EMERGENZA ED URGENZA PEDIATRICA

COMMISSIONE CONSULTIVA
PIANO PER IL MIGLIORAMENTO
DEL SISTEMA DI
EMERGENZA/URGENZA

Gruppo di lavoro su Emergenza
urgenza pediatrica

Documento approvato nella seduta del
9 Maggio 2005

Devono essere assicurati i requisiti minimi per la sicurezza della madre, del neonato e del soggetto in età evolutiva e la prevenzione degli handicap, garantendo in ambito ospedaliero la presenza di un medico pediatra e di un medico ostetrico 24 ore su 24 dove nasce e/o si ricovera un bambino.

Occorre assicurare che tutti i pazienti in età evolutiva (0-18 anni) che giungono in ospedale siano visitati dal pediatra e che i pazienti, per i quali è necessario il ricovero, siano ricoverati in strutture di Area Pediatrica e non in reparti per adulti





Ministero della Salute

LE LINEE GUIDA PER LE STRATEGIE DEL CAMBIAMENTO DEI SERVIZI DI EMERGENZA ED URGENZA PEDIATRICA

COMMISSIONE CONSULTIVA
PIANO PER IL MIGLIORAMENTO
DEL SISTEMA DI
EMERGENZA/URGENZA

Gruppo di lavoro su Emergenza
urgenza pediatrica

Documento approvato nella seduta del
9 Maggio 2005

DEA di I livello

i pediatri (con servizio di guardia attiva 24 ore su 24) si faranno carico di tutti i soggetti in età evolutiva che si presentano al P.S., attuando di fatto un servizio di P.S. funzionale, nell'ambito di una integrazione interdisciplinare con tutti i servizi ed Unità operative presenti in ospedale.





Ministero della Salute

COMMISSIONE CONSULTIVA
PIANO PER IL MIGLIORAMENTO
DEL SISTEMA DI
EMERGENZA/URGENZA

Gruppo di lavoro su Emergenza
urgenza pediatrica

Documento approvato nella seduta del
9 Maggio 2005

LE LINEE GUIDA PER LE STRATEGIE DEL CAMBIAMENTO DEI SERVIZI DI EMERGENZA ED URGENZA PEDIATRICA

DEA di I livello

Deve essere prevista un'area pediatrica dedicata che comprenda accesso proprio, sala d'attesa, ambulatori per il bambino, gestita da personale infermieristico con formazione pediatrica.

Il P.S. deve effettuare il triage pediatrico, istituendo specifici percorsi formativi.

Nel caso venga identificato un problema non gestibile nella struttura, deve essere possibile stabilizzare il paziente ed organizzare un trasporto protetto nella sede pediatrica più idonea



PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO: TROPPI ACCESI E "TROPPI RICORSI" ECCO PERCHE'



I pronto soccorso pediatrici italiani registrano, negli ultimi tempi un vero e proprio pieno di "successi", ma, soprattutto, di accessi. In netta controtendenza, rispetto al numero delle nascite in costante calo negli ultimi dieci anni, si è verificato un aumento del 10% degli accessi ai pronto soccorso pediatrici dislocati in tutta la Penisola.

Qualche numero è d'obbligo, per definire meglio le dimensioni e i contorni del fenomeno: le richieste ai pronto soccorso e i relativi accessi sono passati dai 418 mila registrati nel corso del 2002 ai 457 mila del 2010, secondo i dati (SIMEUP, Società Italiana di Medicina dell'Emergenza Urgenza Pediatrica), rilevati su dieci ospedali italiani. Se il trend è al rialzo, in alcuni pronto soccorso pediatrici, l'aumento degli accessi è ancora più evidente, come al Meyer di Firenze che ha registrato un +76%, l'O.P.G. Alesi di Ancona con +52%.

Incrementi significativi, che non sono passati inosservati davanti agli occhi esperti degli specialisti riuniti in occasione del 68° Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria. Gli esperti in pediatria hanno posto l'accento su questa realtà e ne hanno discusso, allo scopo di migliorare lo standard assistenziale utilizzando al meglio le risorse pediatriche presenti sul territorio e negli ospedali affinché ogni bambino malato sia valutato e curato al meglio.

Un pò di dati aggiornati su PS “pediatrici” (dati SIMEUP 2012 rilevati su 10 ospedali pediatrici):

- ✓ accessi in aumento del 10%
- ✓ Da 418 mila del 2002 a 457mila del 2010: nonostante il calo delle nascite, negli ultimi 10 anni si è verificato un aumento del 10% degli accessi ai Pronto Soccorso pediatrici.
- ✓ Il 70% degli accessi in Italia avviene entro i 6 primi anni di vita. Le ragioni sono spesso disturbi lievi, solo l'1% è un codice rosso, il 23% bianco (non critico, pazienti non urgenti), il 67% verde (poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili), il 9% giallo (mediamente critico). Dati da cui si evince un uso improprio dei PS



Anche in Italia, quindi, è reale l'esigenza di avere strutture dell'emergenza dotate di "farmaci, attrezzature, politiche ed istruzione adatti alla gestione dell'emergenza pediatrica". E questo vale sia per i piccoli che per i grandi ospedali. Soprattutto, ogni struttura che potenzialmente potrebbe trovarsi a dover ricevere un bambino critico dovrebbe elaborare un progetto assistenziale tarato sui bambini che preveda chi, come e dove il paziente pediatrico vada assistito. E' necessario, inoltre, dotarsi di protocolli diagnostico-terapeutici assistenziali condivisi all'interno della struttura e con gli ospedali che fanno parte della rete.



CHE COSA, IN SINTESI, OCCORREREBBE?

- ✓ Centri di assistenza attrezzati per le emergenze pediatriche anche se non si tratta di ospedali pediatrici (solo il 30% delle urgenze pediatriche giunge in prima istanza in un ospedale specialistico).
- ✓ Un sistema di emergenza territoriale dotato di attrezzature e professionalità in grado di assistere i bambini.
- ✓ Una gestione organizzata dei trasporti secondari da parte del 118.
- ✓ Una organizzazione capillare dei centri di riferimento regionali con possibilità anche di consultazione a distanza con sistemi di telemedicina.

Al momento attuale la risposta ospedaliera del sistema di emergenza si articola in 4 livelli gerarchicamente organizzati:

Punto di Primo Intervento (P.P.I.)

Pronto Soccorso Ospedaliero

Pronto Soccorso dei D.E.A. di I livello

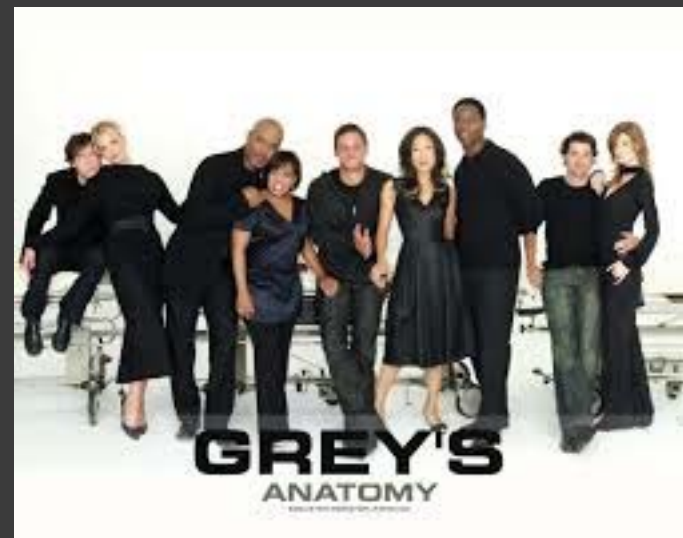
Pronto Soccorso dei D.E.A. di II livello.



I Punti di Primo Intervento, ubicati in poliambulatori di distretto o in ospedali privi di specialità di base (medicina, chirurgia, ortopedia, ginecologia-ostetricia, pediatria) o eventualmente in unità mobili, devono garantire un primo soccorso medico, finalizzato alla stabilizzazione del paziente ed al trasporto protetto presso la struttura più idonea



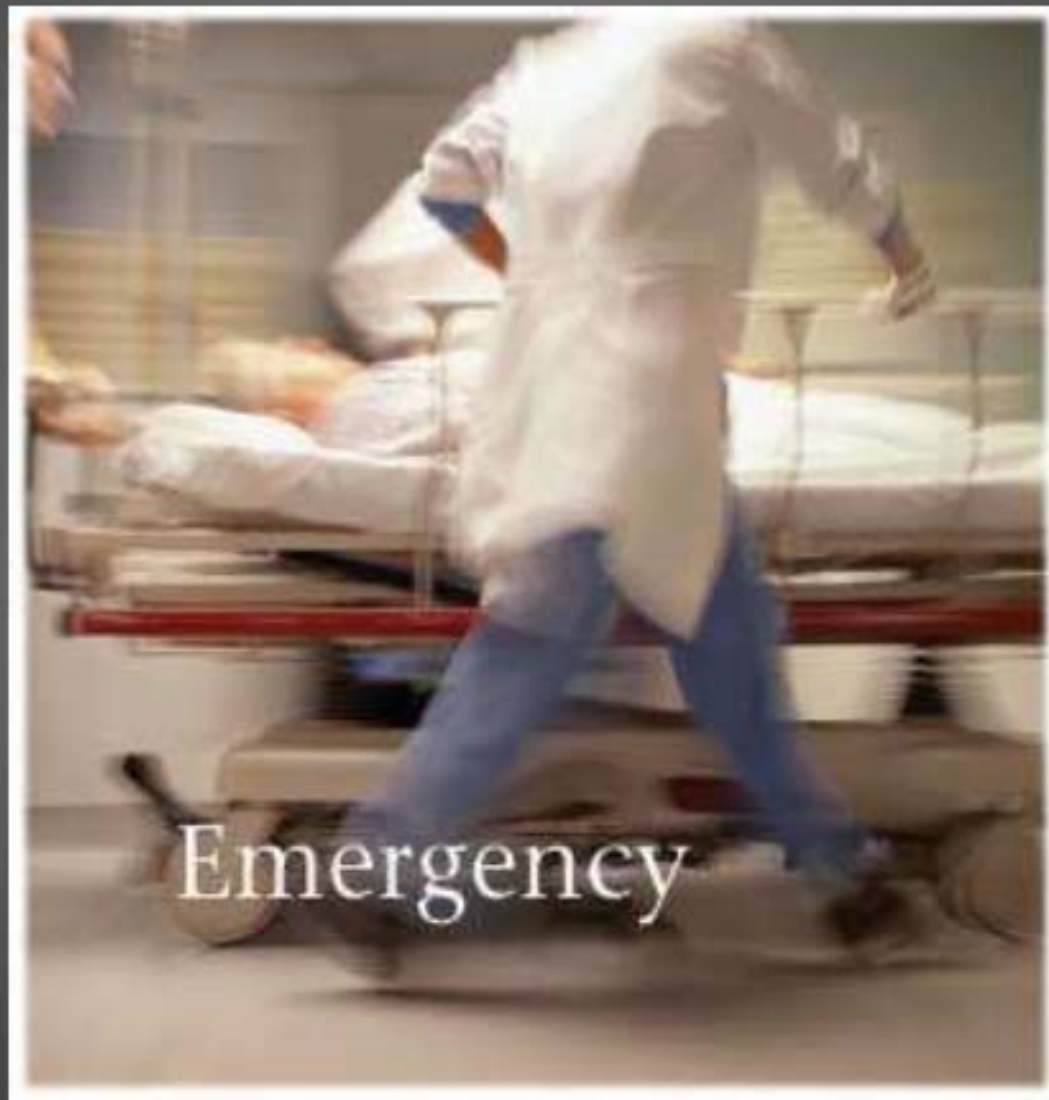
Il Pronto Soccorso ospedaliero, sito in ospedali dotati di specialità di base oltre che di Anestesia e Servizi di Radiologia, Laboratorio ed Emoteca disponibili h24, può provvedere sia alla stabilizzazione del paziente che alla esecuzione di procedure diagnostiche ed interventi terapeutici in rapporto alle dotazioni tecnologiche disponibili, con successivo ricovero in loco o trasferimento nel D.E.A. di riferimento, in base alla complessità del paziente. Il Pronto Soccorso può essere dotato di letti di Osservazione Temporanea.



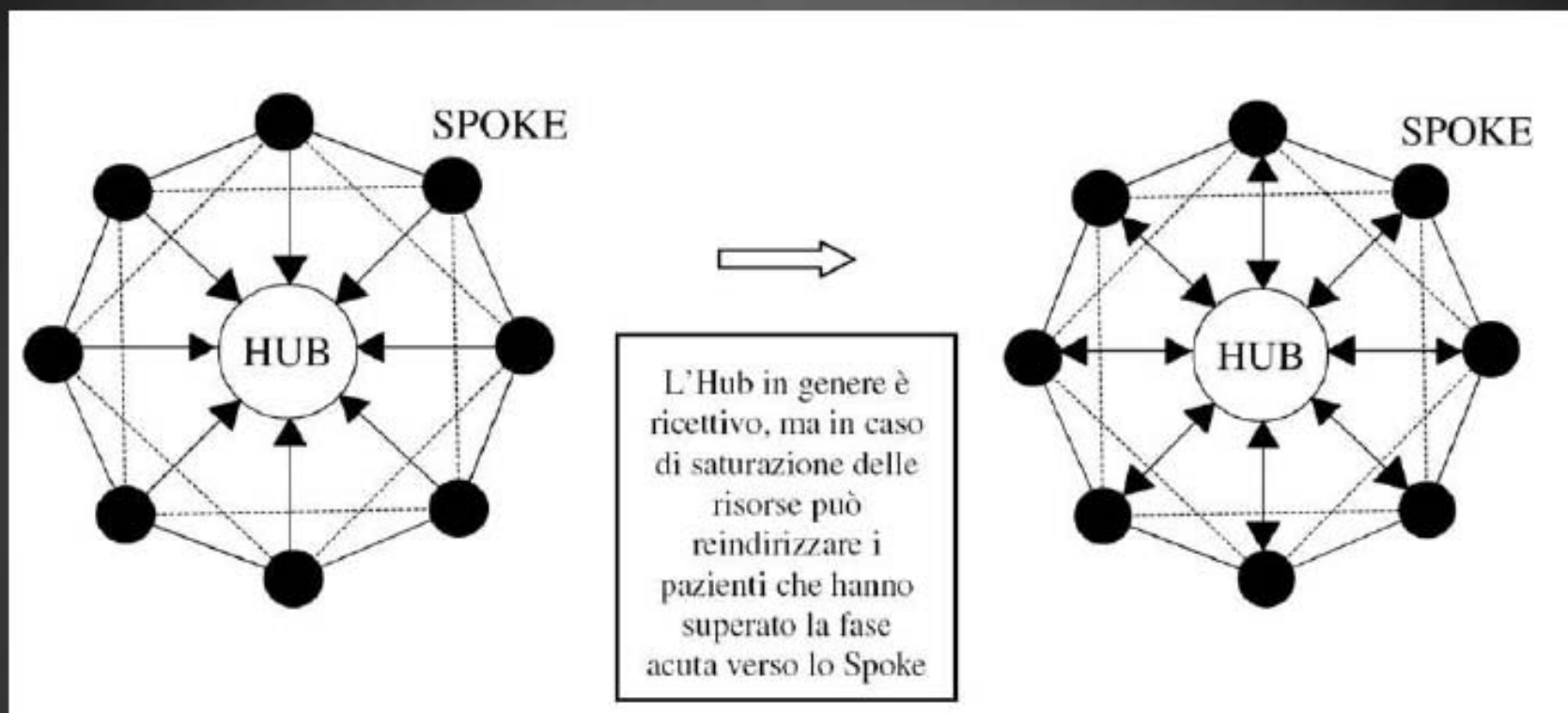
Nei D.E.A. di 1° livello la U.O.P.S. deve svolgere interventi diagnostico-terapeutici finalizzati alla stabilizzazione e cura del paziente, con ricovero in loco o trasferimento urgente in D.E.A. di II° livello se necessario. Devono essere previsti Triage per la codificazione degli accessi in considerazione degli indici di gravità e posti letto di Osservazione Temporanea con zona di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.), dotata di posti letto nella misura del 5% rispetto al numero di accessi annui. In caso di D.E.A. con alto afflusso (>45.000 accessi/anno) devono essere previsti anche posti letto di degenza breve in Medicina di Urgenza.



Il Pronto Soccorso come nodo di una rete



Il modello Hub & Spoke



*La teoria Hub&Spoke esprime **un'idea dinamica** (prima ancora che strutturale) dell'assistenza, collegata ai gradi di complessità: quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità periferiche a unità centrali di riferimento.*

SPOKE(S)

HUB

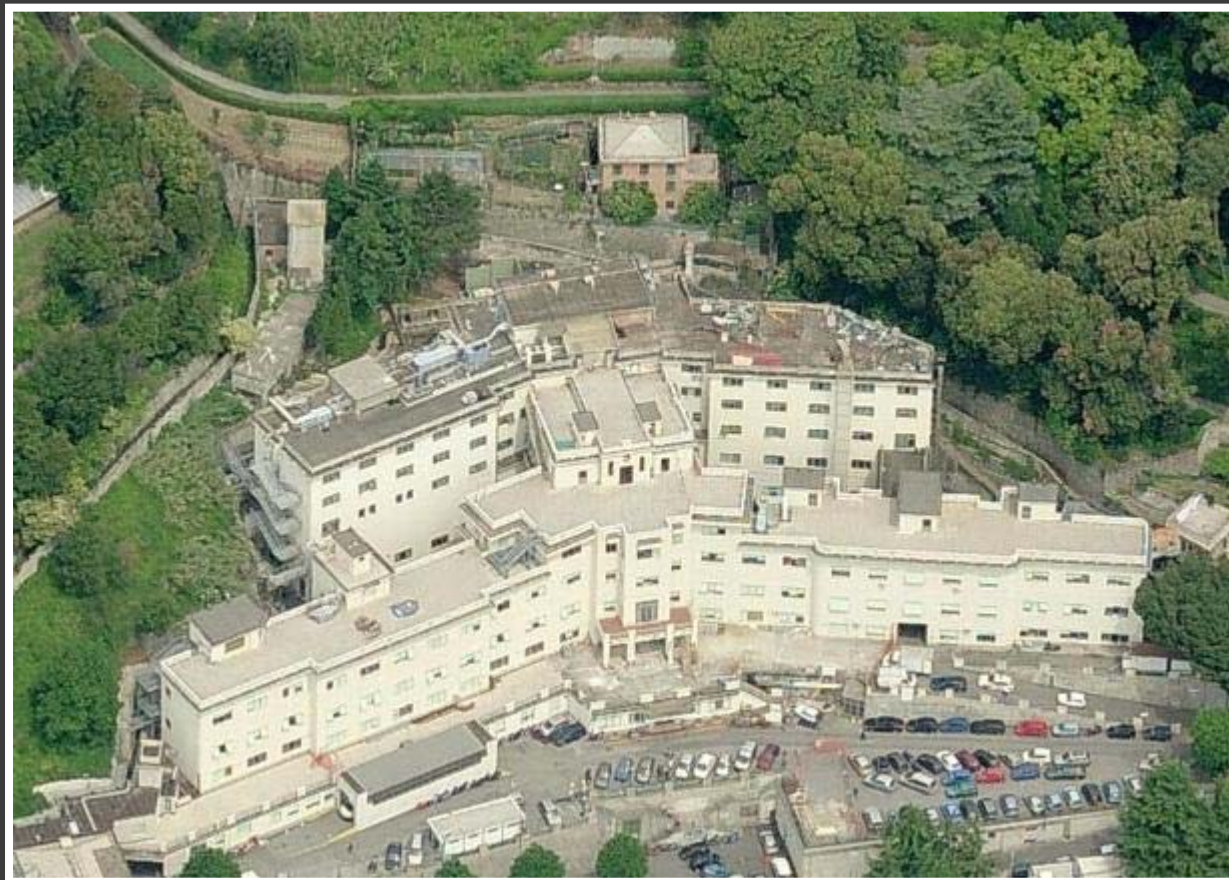
prevede il collegamento tra un centro di riferimento e più centri periferici per attività che, in base alla loro complessità, vengono distribuite tra le varie sedi garantendo l'omogeneità dei modelli tecnico-professionali, l'utilizzo di equipe integrate e percorsi assistenziali ben definiti.

prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che richiede più complessi sistemi di gestione, in un numero limitato di centri (HUB) che trattino volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative e tecnologiche disponibili.

Le caratteristiche che contraddistinguono il modello sono: minima congestione; forte specializzazione; miglioramento del grado di cooperazione e minima competizione; massima efficienza tecnica; minima ridondanza; concentrazione della casistica; tempestività di invio dalla periferia



LA NOSTRA REALTA'





Noi siamo
qui



P.S. IGG =
31 km – 45 minuti



Fino al 2011 il servizio di Pediatria era presente in ospedale solo nelle ore diurne e reperibile solo per la Neonatologia.

In quell'anno sono stati visitati in PS 449 pazienti pediatrici, per i quali è stata chiesta la consulenza pediatrica solo nel 20% dei casi ed è stato attivato il trasferimento presso il PS del Gaslini nel 70% dei casi

Dal Luglio 2011 in Ospedale è presente un Pediatra nelle 24 ore.





Nel 2012 sono stati visitati 735 pazienti pediatrici per i quali è stata richiesta la consulenza nel 70% dei casi ed è stato attivato il trasferimento presso il PS del Gaslini nel 40% dei casi

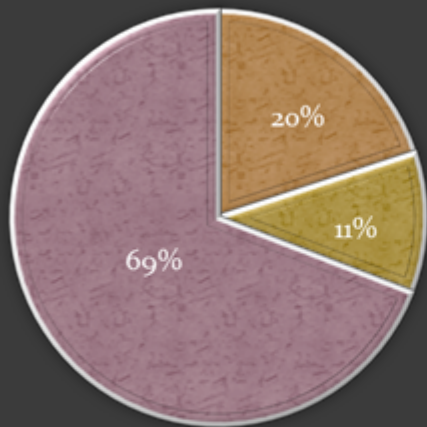


Nel periodo di osservazione (gennaio – settembre 2013) sono stati visitati circa 650 bambini (incremento del 30% circa)

▶ Il 95% dei bambini è arrivato per decisione autonoma della famiglia

▶ Circa il 5% è stato inviato dal Pediatra Curante





■ età

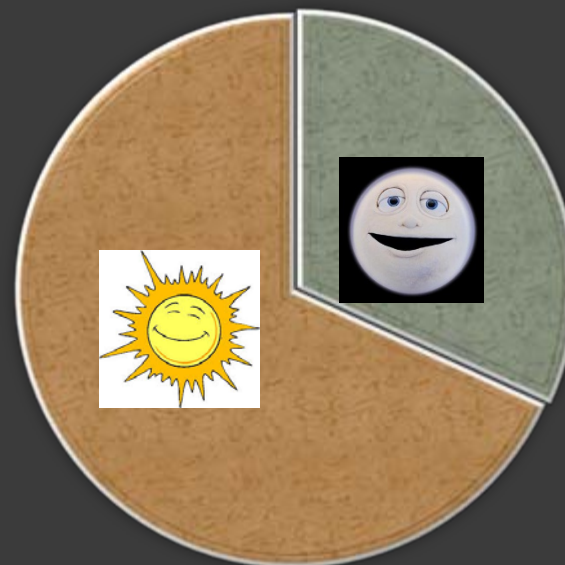
■ <1anno

■ 1-2 anni

■ ≥ 2
anni



► Circa il 35% ha avuto un accesso notturno (ore 20-8)



In maniera arbitraria gli accessi sono stati analizzati per diagnosi di entrata e divisi in medici e chirurgici/traumatologici

Il 25% degli accessi erano di tipo “chirurgico/trauma” (soprattutto traumi cranici e dolore addominale)



Il 10% del totale dei pazienti ha richiesto il trasferimento presso il PS del Gaslini, di questi l'80% era di tipo chirurgico traumatologico

CASI MEDICI TRASFERITI

ETA'	DIAGNOSI
20 GG	DISPNEA (SOSPETTA BRONCHIOLITE)
25 GG	DISPNEA (SOSPETTA BRONCHIOLITE)
1 MESE	DISPNEA (SOSPETTA BRONCHIOLITE)
2 MESI	FEBBRE
2 MESI	FEBBRE, DISPNEA
9 MESI	QUESTA TIPOLOGIA DI PAZIENTI HA RICHiesto IL RICOVERO
3 ANNI	
4 ANNI	FEBBRE E VOMITO
3 ANNI	ITTERO
2 ANNI	CRISI CONVULSIVA FEBBRILE
15 MESI	CRISI CONVULSIVA FEBBRILE
13 ANNI	SOSPETTA PIELONEFRITE
8 ANNI	POLMONITE
5 ANNI	POLMONITE

CASI
CHIRURGICI/TRAUMATOLOGICI

25%DEI TOTALI

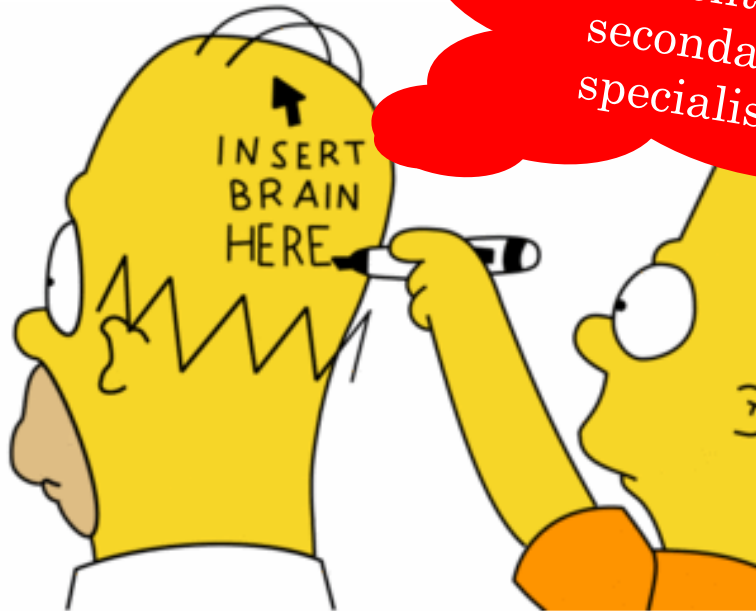
30% CIRCA HA RICHIESTO UN
TRASFERIMENTO AL GASLINI



Casi chirurgici/tr

Circa il 35% erano
osservazione in am

Circa 25% erano d



La maggior parte dei trasferimenti era legata all'assenza di idoneo ambiente per una osservazione breve.

Il supporto di consulenti chirurgici/ortopedici, anche senza competenze pediatriche, potrebbe rafforzare la decisione di dimettere il paziente a domicilio, inviandolo in seconda battuta presso gli ambulatori specialistici pediatrici

tecnicamente importanti che hanno
pediatrica (la maggior parte delle FLC
del nostro PS)

di estranei





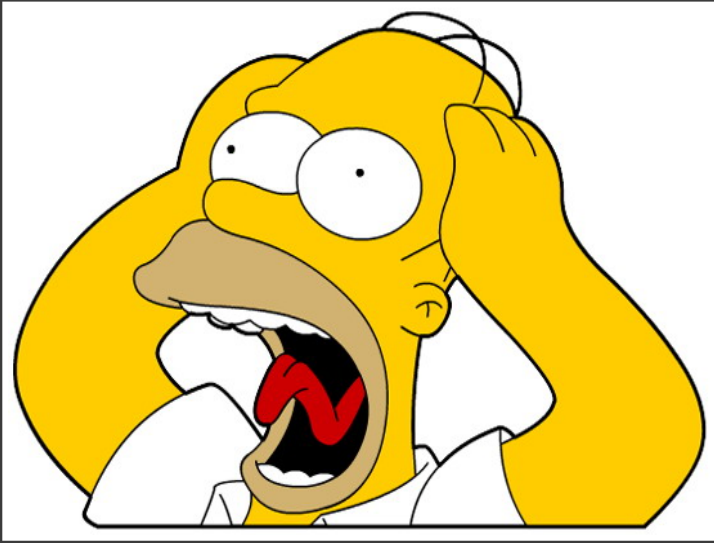
PUNTI DI FORZA DEL PS DI VOLTRI

Presenza di un Pediatra h24

Laboratorio attivo h24

Consulenza radiologica e ecografica h24

Inserimento geografico in un'area altrimenti priva di altri PS pediatrici



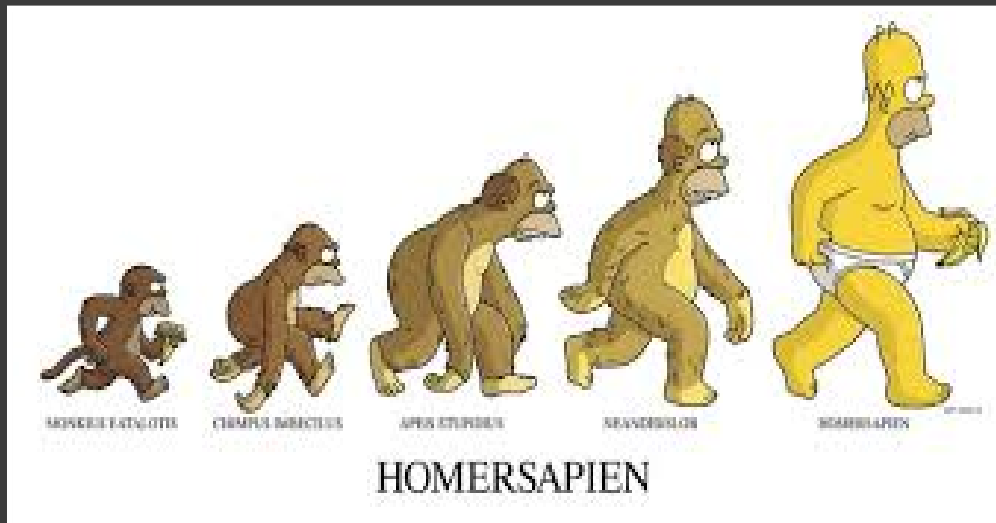
AREE CRITICHE DEL PS DI VOLTRI:

"Vicinanza col Gaslini" (difficoltà nel reperire il sostegno di consulenti non pediatrici)

Mancanza di spazi idonei a una popolazione pediatrica

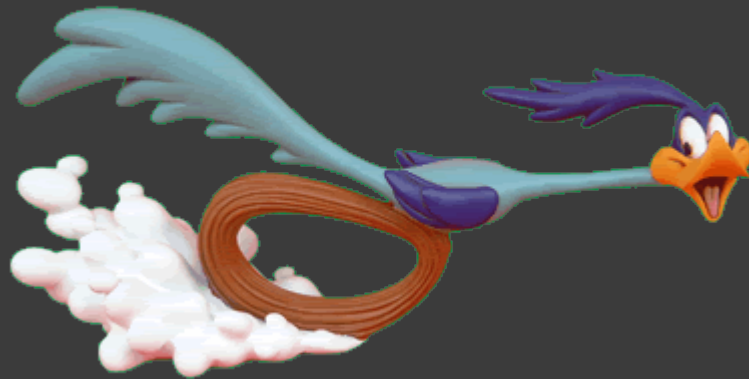
Triage (necessità di valutazione secondo protocolli pediatrici, pediatra impegnato in urgenza neonatale)

Cosa fare per evolversi?



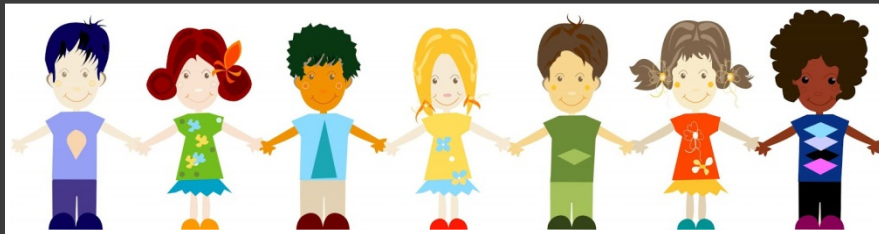
Relativamente al triage si sottolinea che:

- è necessario che il personale infermieristico deputato al triage valuti in maniera corretta e completa il paziente pediatrico in modo da poter discriminare:
 - l'emergenza per la quale attiverà l'equipe pediatrica e/o rianimatoria;
 - l'urgenza per la quale il bambino potrà restare nei locali DEA dove personale pediatrico effettuerà la consulenza
- La corretta comunicazione delle condizioni del paziente permette al pediatra, eventualmente impegnato in un'urgenza neonatale, di valutare la tempistica della consulenza e di richiedere l'intervento del medico di PS nel caso i tempi di attesa possano compromettere le condizioni del bambino.



Relativamente ai locali:

- è necessario predisporre uno spazio adibito all'attesa del paziente pediatrico, separato dal paziente adulto, che preveda lo spazio anche per i genitori che lo accompagnano
- è necessario che il bambino venga visitato in un locale fornito di tutti i presidi per eventuali procedure invasive (posizionamento di agocanule, etc), somministrazione di terapie (O2, aerosol, etc).
- è necessaria la presenza di un carrello che contenga tutto il materiale pediatrico utile alla visita del bambino e che contenga i farmaci di uso più comune per l'emergenza pediatrica





...stilare dei percorsi diagnostici, in collaborazione con i consulenti chirurgi, ortopedici, cardiologi, radiologi che permettano di ridurre i trasferimenti presso il PS del Gaslini almeno nei casi che possono essere rimandati ad una valutazione ambulatoriale specialistica.



HO IMPARATO
COSI' TANTO
DAI MIEI
ERRORI
CHE STO
PENSANDO DI
CONTINUARE
A FARNE...

Grazie per l'attenzione

