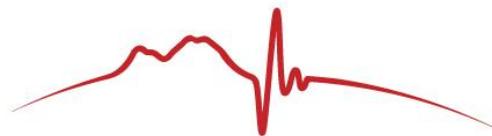


Il ps pediatrico negli ospedali generali

NAPOLI 18/11/2016



x congresso nazionale
simeu

NAPOLI 18-20 NOVEMBRE 2016

CASO CLINICO 1

Luigi, 17 mesi, Kg 11 circa, viene portato in PS perché gli sono state somministrate 33 gocce di Talofen invece della Tachipirina.

Nel presidio non è presente il pediatra. Il medico di turno al PS si attiva , immediatamente, per il trasferimento al Santobono (come consigliato dal 118).

Il piccolo appare in buone condizioni, reattivo ma tendenzialmente sonnolento.

Si decide il trasferimento in eliambulanza. L'elicottero parte da Napoli e deve atterrare all'aeroporto poiché l'eliporto dell'ospedale di destinazione non è attrezzato per atterraggio notturno.

Nel frattempo , dopo circa 25 minuti, il bambino presenta vomito e rialzo febbrile. Appare difficilmente risvegliabile anche se reattivo agli stimoli.

CASO CLINICO 1

Viene prelevato dal team dell'elisoccorso dopo circa 50 minuti dall'arrivo in ospedale

Nel trasporto presenta convulsione con arresto respiratorio. Viene intubato. Giunge al Santobono dopo circa 90 minuti dall'accesso nel primo ospedale.

Le condizioni appaiono gravissime. GCSp = 8-9. Gli esami mostrano incremento notevole di transaminasi e CK, iperbilirubinemia, diselittrolitemia .

Dopo un giorno subentra il decesso

Dov'è stato il problema?

CASO CLINICO 2

Marina, 18 mesi, viene portata in PS perché mentre era a una festa di bimbi ha iniziato a tossire ripetutamente ed avere conati di vomito. I genitori sospettano che abbia potuto inalare qualcosa.

Il PS è in un DEA di 2° livello dove c'è un PS pediatrico istituzionale. Ma l'area del PS pediatrico è contigua al reparto di pediatria (2° piano). Il triage generale è esclusivamente di bancone perché il triage pediatrico si fa presso il Ps pediatrico.

Nel percorso la bambina peggiora ed arriva nel PS di pediatria quasi in arresto respiratorio. Vengono praticate le manovre di disostruzione da corpo estraneo che risultano efficaci.



CASO CLINICO 2

Alla ripresa la bambina presenta una tosse laringea per cui viene trattenuta.

Il giorno successivo, per il persistere della tosse laringea viene sottoposta a broncoscopia. Viene rimosso un frammento di arachide posizionato a livello di una plica ariepiglottica

Dov'è stato il problema?

CASO CLINICO 3

Carlo 9 mesi, Kg 9,500 circa, viene portato in PS dal 118 per convulsione febbrile insorta a domicilio. Ha ricevuto una dose di Diazepam 5 mg endo retto a casa. Il medico del 118 somministra una seconda dose di Diazepam per il persistere della convulsione (dopo 15-20 minuti dalla prima)

All'arrivo in ospedale il bambino ripresenta una crisi convulsiva per cui viene somministrata ulteriore dose di Diazepam endo retto **(siamo a 3!!!)**.

All'anamnesi risulta presente una gastroenterite da circa 24 ore con numerosi episodi di vomito, diarrea e rialzo febbrile. Si chiede l'intervento del pediatra.

Nel presidio è presente il pediatra h24 ma impegnato in sala parto. Il medico di turno al PS si dedica al paziente. Presenta uno stato soporoso alternato a scosse toniche degli arti superiori.

CASO CLINICO 3

Il pediatra, allertato e allarmatosi, lascia la sala parto e va in PS. Il piccolo appare disidratato, soporoso (GCSp 9-10), scosse toniche agli arti. Viene reperito accesso venoso e fatto EAB.

Dall'EAB risulta tutto normale eccetto $\text{Na} = 122 \text{ mEq/L}$. Si inizia la correzione della ipoNa con NaCl 3%.

Il paziente presenta anche delle apnee con crisi di desaturazione. Nel sospetto di intossicazione da BDZ pratica Flumazenil.

Nelle successive ore la situazione tende a miglioramento

Dov'è stato il problema?

CRITICITA'



... IL PAZIENTE NON STABILIZZATO PRIMA DEL TRASFERIMENTO...

....IL PAZIENTE “NELLA TERRA DI NESSUNO”

.....LA CARENZA DI “FORMAZIONE” IN PEDIATRIA.....

A faint, light gray ECG (heart rate) line is visible in the background, centered horizontally and extending across the width of the slide. The line consists of a series of peaks and troughs, typical of a heart rate monitor display.

**QUALE SPAZIO AL PEDIATRA
NEL P.S. GENERALE?**

ACCESSI ITALIANI AL PS

- ▶ Abbiamo in Italia 50.000.000 di accessi annui in PS
- ▶ Il 10% di questi riguarda l'età pediatrica
 - ▶ Concentrati soprattutto nei giorni festivi e prefestivi
 - ▶ Di questi il:
 - ▶ 20% sono codici bianchi
 - ▶ 70% sono codici verdi



SITUAZIONE ATTUALE

FILE 2015 DEL MINISTERO SUI PS ITALIANI

Su **668** PS

il PS pediatrico

è riconosciuto solo in **100** strutture

Rapporto di circa **1:6**



SITUAZIONE ATTUALE

INDAGINE SIMEUP SUI PS ITALIANI

- ▶ il triage per l'accesso PS é affidato nel 78% dei casi al triagista dell'adulto
- ▶ del personale che assiste l'adulto in PS solo il 54% sembra aver avuto una specifica preparazione pediatrica



ASSISTENZA PEDIATRICA NEL PS

- ▶ h 24 nel 59% delle strutture
- ▶ h 12 nel 3% delle strutture
- ▶ e il 38 % delle strutture non ha assistenza pediatrica nei PS



ASSISTENZA PEDIATRICA NEL PS

- ▶ Solo il 65% delle strutture pediatriche é dotato di un'osservazione breve
- ▶ e di queste solo il 40% é in grado di erogare un'assistenza semi-intensiva
- ▶ un percorso pediatrico a se stante con una sala d'attesa pediatrica é presente solo nel 22% delle strutture



PIANO PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA

**Gruppo di lavoro su Emergenza urgenza
pediatrica Relatore: L. Perletti**

DEA I = PS PEDIATRICO FUNZIONALE

TRIAGE PEDIATRICO

AREE E AMBIENTI SEPARATI

PRESA IN CARICO

DIRETTA

PERCORSO PROTETTO

PIANO PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA

**Gruppo di lavoro su Emergenza urgenza
pediatrica Relatore: L. Perletti**

DEA II = PS PEDIATRICO ATTIVO

**TRIAGE PEDIATRICO SEPARATO CON INFERMIERI
PEDIATRICI O APPOSITAMENTE FORMATI**

AREE E AMBIENTI SEPARATI E ACCESSO DIVERSO

PRESA IN CARICO DEL PEDIATRA H24

PRESENZA DI OBI

....E IL FUTURO ?

- ▶ Nei prossimi 5 anni i pediatri passeranno da circa 14.338 professionisti a circa 8000
- ▶ Un numero adeguato di pediatri nel territorio nazionale dovrebbe essere di circa 11.000 unità
- ▶ Gli organici ospedalieri sono stati sempre di più “asciugati” dai piani di rientro



QUALI LE IMMEDIATE CONSEGUENZE?

- ▶ I bambini perderanno l'assistenza pediatrica in una delle fasi più delicate della loro vita
 - ▶ oggi per la presenza di una scuola di specializzazione in pediatria "forte"
 - ▶ i laureati in medicina hanno una ridotta preparazione pediatrica
 - ▶ gli specialisti dell'adulto non hanno una formazione pediatrica approfondita
 - ▶ Come soprattutto i medici dell'urgenza e gli anestesisti
-



PROBLEMATICHE EMERGENTI IN PS PEDIATRICO

- ▶ Assistenza ai bambini ad alta complessità
 - ▶ Bambini con malattie rare
 - ▶ Bambini neurologici
 - ▶ Bambini Traumatizzati

- ▶ Necessità di aggiornamento tecnico



PROPOSTE SIMEUP

- ▶ Razionalizzazione della rete dell'emergenza pediatrica (RETE IPERTROFICA E MAL DISTRIBUITA CON IL 40% DELLE STRUTTURE CHE FA MENO DI 5000 PRESTAZIONI/ANNO)
- ▶ Sostituzione delle piccole strutture di PS con Day Hospital per acuti
- ▶ Maggiore collaborazione Ospedale Territorio



PROPOSTE SIMEUP

- ▶ sviluppo di letti ad assistenza semi-intensiva in tutte le UOC di pediatria
- ▶ Aggiornamento del sistema del trasporto dell'emergenza
- ▶ Aggiornamento dei pediatri che operano in PS e preparazione del personale medico ed infermieristico che opera nelle strutture di emergenza



COSA OFFRE LA SIMEUP

► corsi

BLS-D adulto, bambino e lattante

PEARS

ECOGRAFIA

PALS

ECG

TRIAGE

MAXIEMERGENZE

TOSSICOLOGIA

SIMULAZIONE



IL FUTURO

UN PERCORSO COMUNE PER LA FORMAZIONE





Grazie.

Vincenzo Tipo



x congresso nazionale
simeu

NAPOLI 18-20 NOVEMBRE 2016



**ATTUALMENTE, PER LE CONDIZIONI
ECONOMICHE DELLE NAZIONE E PER LE
MUTATE ESIGENZE DELLE FAMIGLIE, IL PS
PEDIATRICO HA SEMPRE DI PIÙ UN RUOLO
CENTRALE NELL'ASSISTENZA**

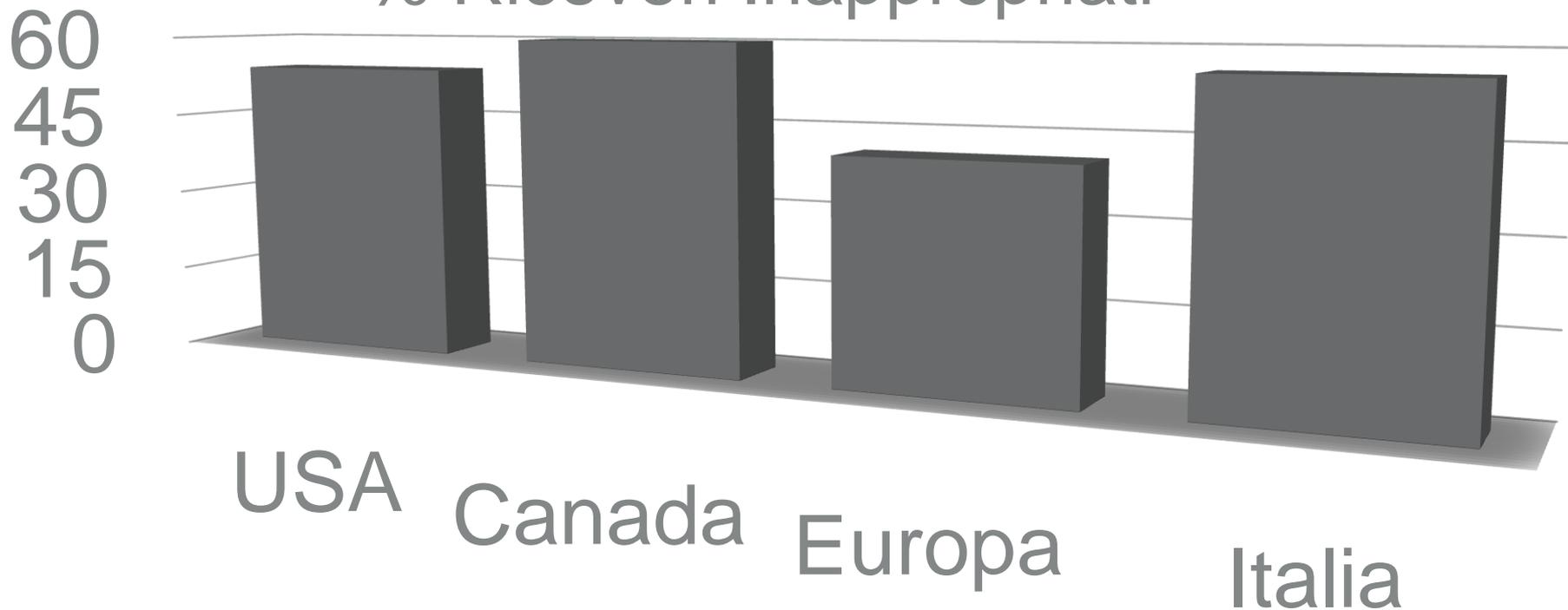
Cosa succede oggi





Aumentano sempre di più gli accessi inappropriati al PS

■ % Ricoveri Inappropriati





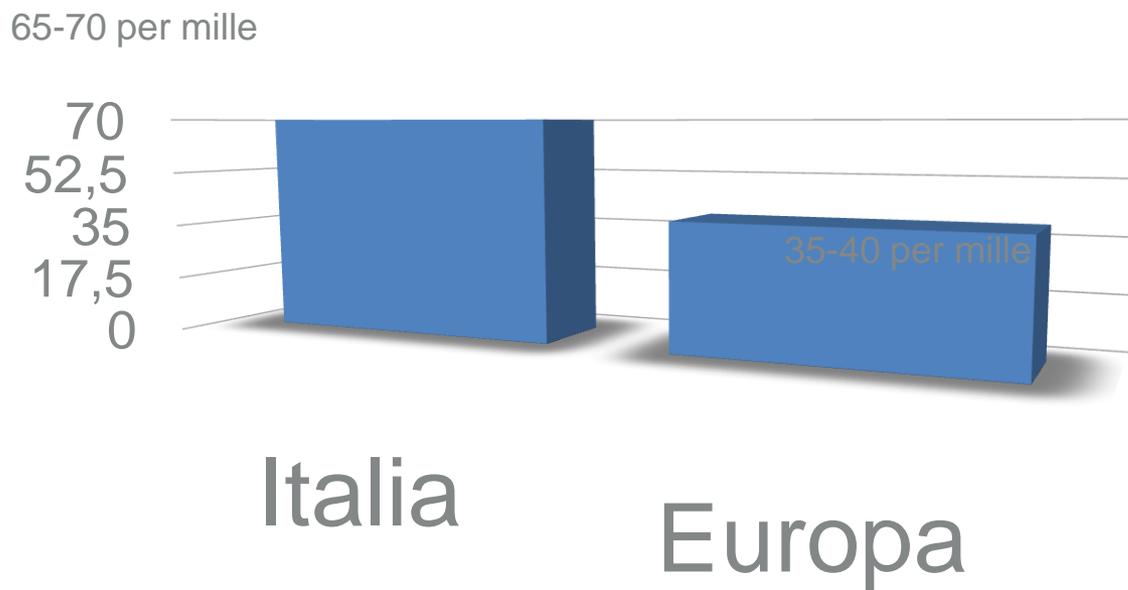
L'evoluzione della società ha determinato un'asimmetria

- ▶ Tra
- ▶ Le finalità istituzionali del PS
- ▶ “Bisogno” di cure della famiglia





purtroppo nel nostro paese vi È un alto tasso di ospedalizzazione





ESISTE UNA RETE OSPEDALIERA PEDIATRICA IPERTROFICA E MAL DISTRIBUITA

perchè

