



LA MODERNA IMPOSTAZIONE DI UN PS PEDIATRICO

Relatore: Prof. Antonio Campa

*Direttore della UOC Pediatria
d'Urgenza Ospedale Santobono
Presidente SIMEUP Campania*

STATO ATTUALE:

1. Mancanza di continuità assistenziale a livello territoriale (notti, prefestivi e festivi)
2. Carenza Organizzativa della Pediatria di libera scelta (PLS)
 - a) ciascuno isolato nel proprio ambulatorio
 - b) orari limitati di apertura
 - c) concentrazione nelle aree urbane

3. Ospedali piccoli territoriali

Organico Insufficiente

Oltre 500 in Italia

Spesso in aree con meno di 500 nati/y

Punto di riferimento per la popolazione

Assenza di CSHN e CMC

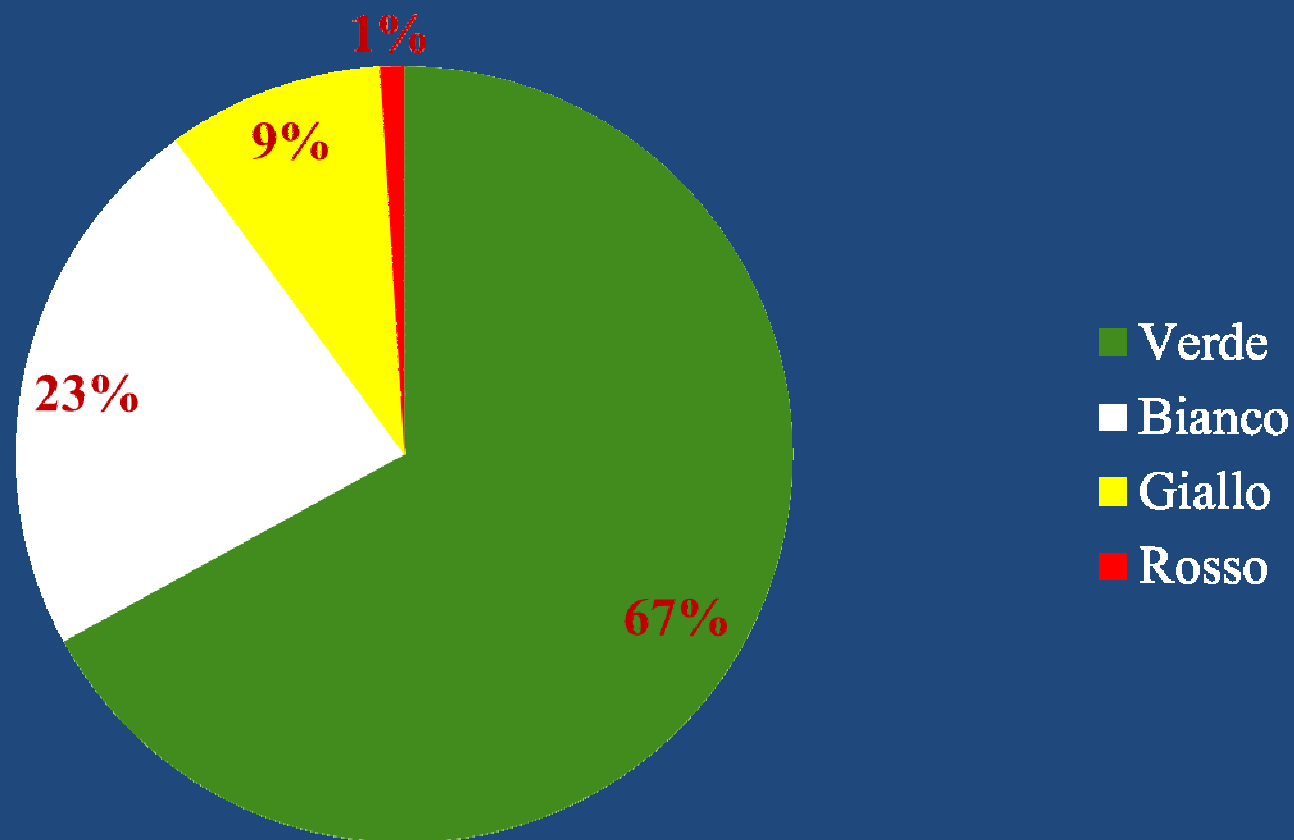
Punto di riferimento per la popolazione

SUPPLENZA alla Mancanza di Continuità Assistenziale



AFFLUSSO IMPROPRIO AL PS E RICOVERI INAPPROPRIATI

Codici accesso al PS



Dati SIMEUP
aggiornati al 2012

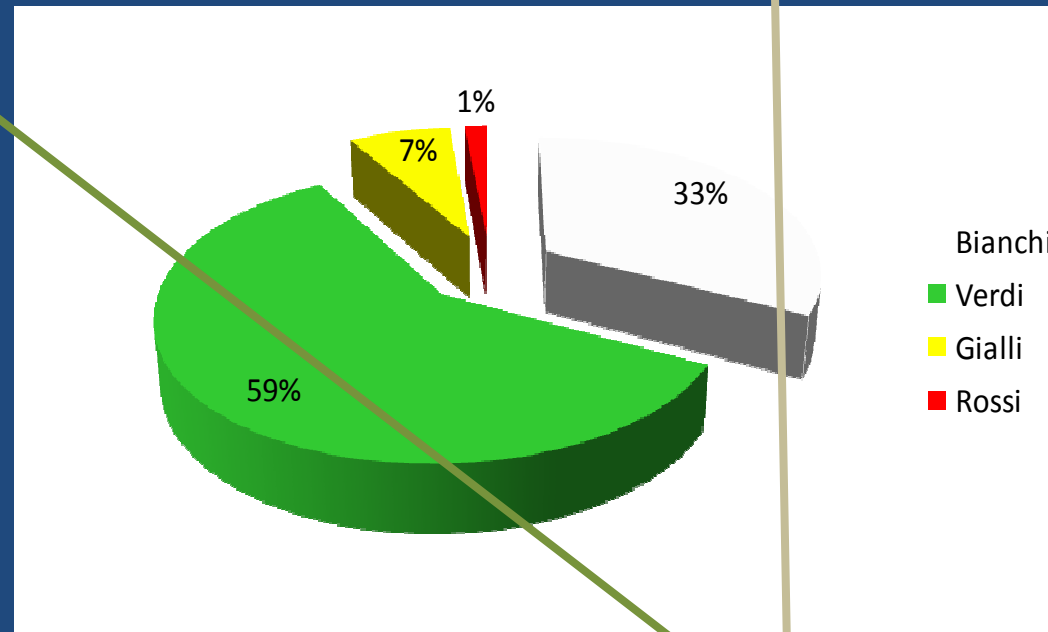
95% degli accessi in ospedale sono spontanei!!

**ACCESSI ANNUI NEI PRONTO SOCCORSI PEDIATRICI OSPEDALI
SENTINELLA DELLA SIMEUP**

Anno	Gaslini GE	Burlo TS	OIRM TO	Dip di PD	Osp dei bamb BS	Meyer FI	Salesi AN	OPBG RM	Santobono NA	Di Cristina PA
2000		18945		17100	28445	25835	19040	36713		56165
2001	32504	19373		18775	32800	28428	21525	54622		55974
2002	33667	18842	48882	19782	32525	29088	22376	55994	98715	40005
2003	36600	19092	49529	20184	30665	29440	23655	57387	105249	50287
2004	35634	19072	49197	22354	32271	31278	22831	54849	96888	45507
2005	36133	19518	51957	24015	37363	34409	23705	53507	106323	46740
2006	39276	20838	53153	26263	38699	36467	26477	55746	96124	48208
2007	38903	21129	51241	25223	38220	34420	27701	52901	100161	45880
2008	39052	21193	47930	25604	39144	35079	29912	53038	100711	44209
2009	39125	21070	48097	25438	39826	41603	30017	48959	90296	45833
2010	38817	21049	47085	24699	38866	44352	29512	45926	96888	46772
2011	38750	21100	47895	24891	39215	45989	28244	47638	107088	47532
2012	38100	21560	46868	23937	37299	42995	25878	53019	111571	48318

ESPERIENZA PS SANTOBONO NAPOLI

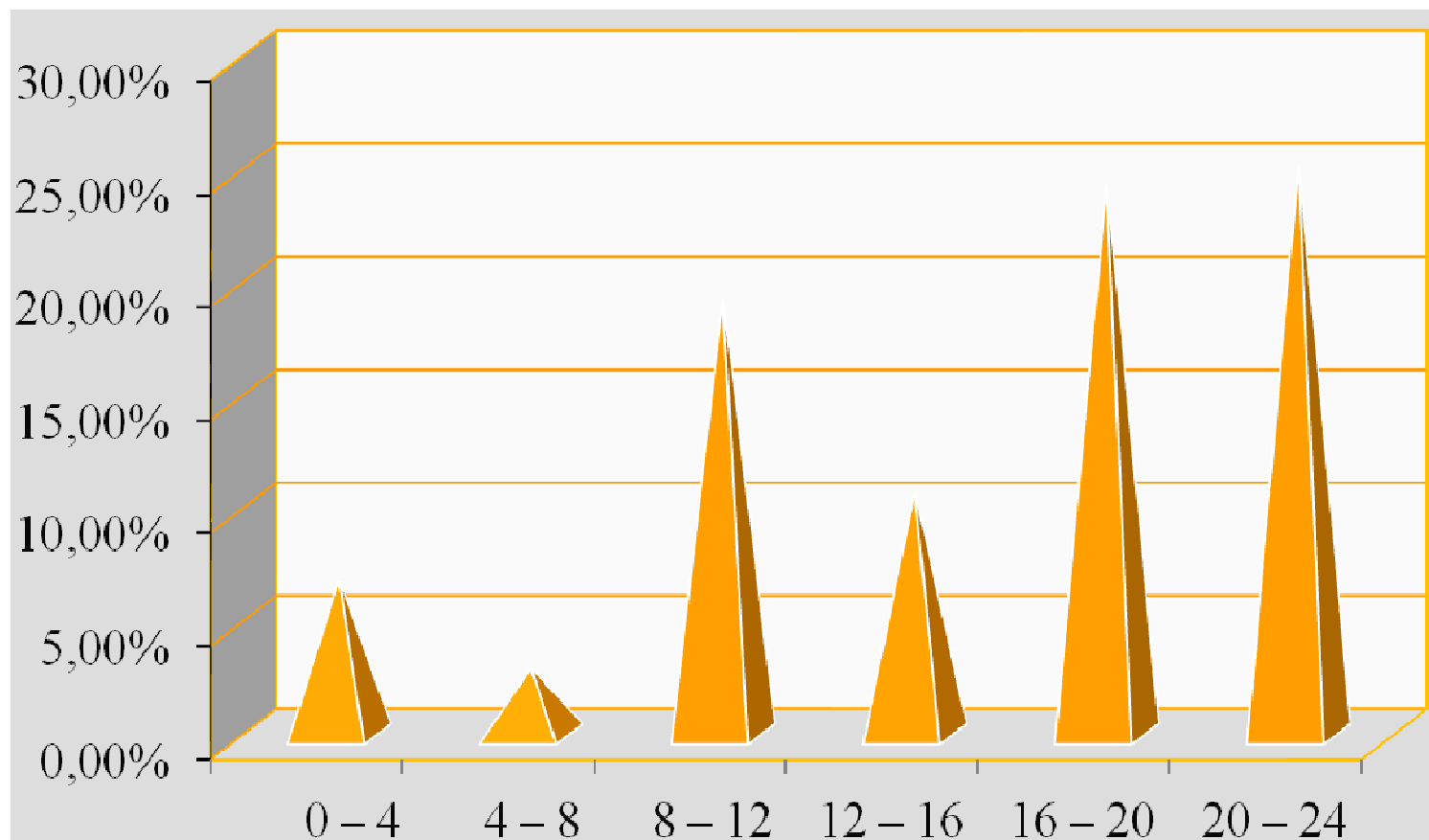
ACCESSI TOTALI: 107.088



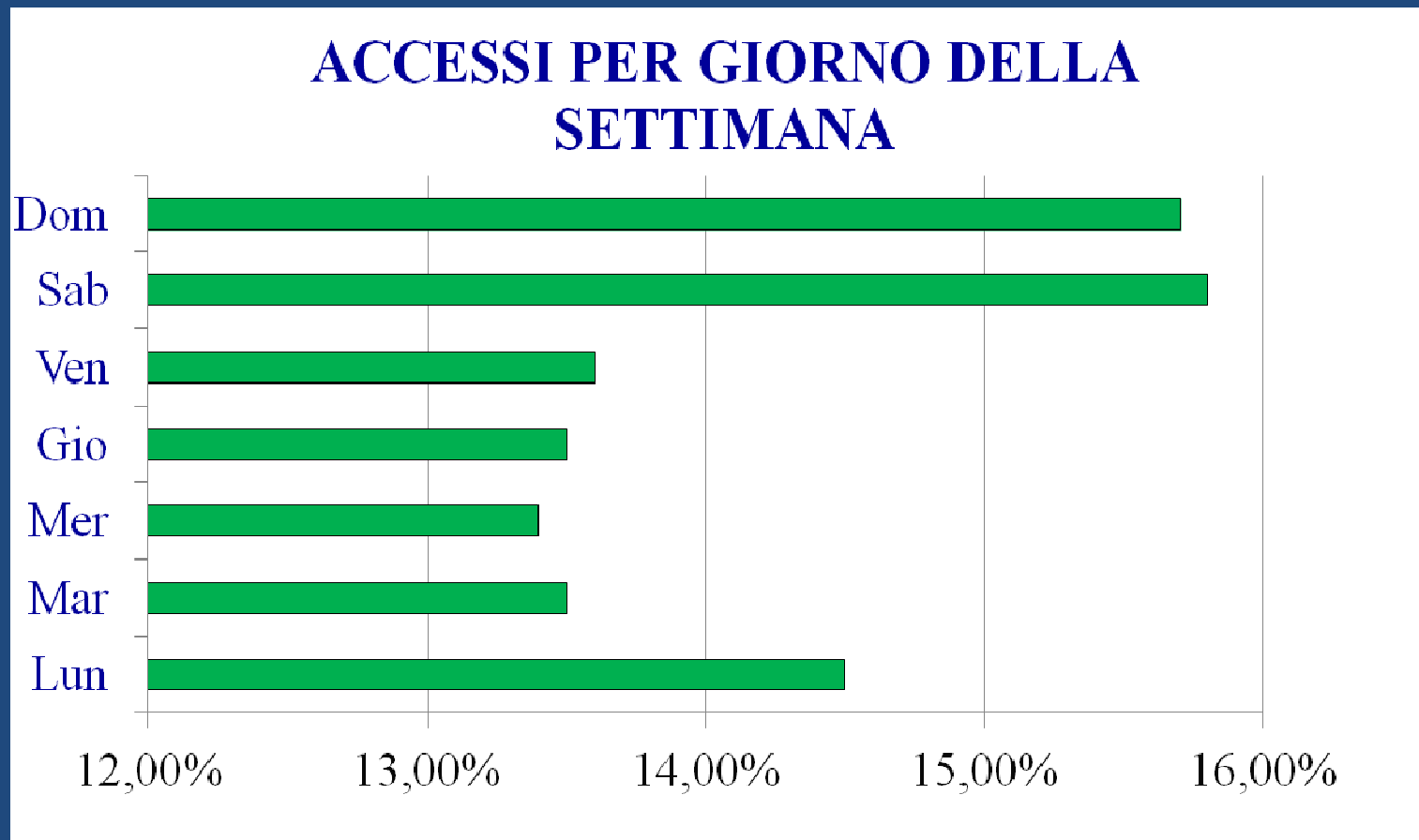
-91%

RICOVERI TOTALI = 9737

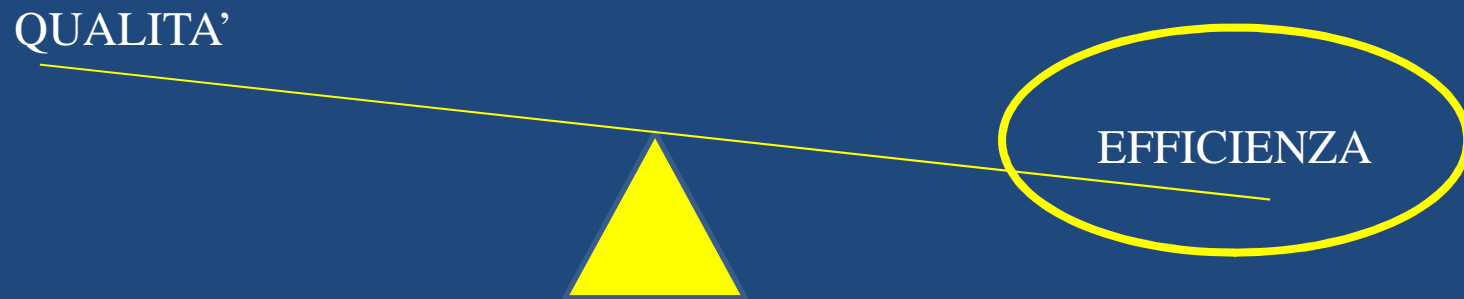
Accessi per fascia oraria Santobono-Napoli



Accessi per giorno della settimana



Indispensabile una riorganizzazione della rete pediatrica considerando che:



ESAURIMENTO PROGRESSIVO RISORSE

“Il problema centrale dell’assistenza pediatrica nel nostro Paese è quindi il mantenimento di elevati livelli qualitativi di efficacia con risorse più contenute, quindi con un aumento della efficienza”

Riorganizzazione della rete pediatrica

- Obsoleta
- Nata per far fronte a malattie acute semplici come quelle infettive

Offrire prestazioni sanitarie preventive e di cura efficaci ed efficienti per tutti i bambini per le malattie acute e croniche già sul territorio

Offrire prestazioni di livello elevato in ospedali dedicati ai bambini ed agli adolescenti (“alta specialità”)

Convenzione ONU sui diritti del fanciullo del 20.11.89 ratificata dal Parlamento Italiano il 27.5.1991



Palazzo della Pilotta

Pianificazione delle possibili modifiche da attuare:

- I) Riduzione e/o riorganizzazione del numero dei piccoli ospedali con redistribuzione e riqualificazione del personale
- II) Riorganizzazione della pediatria di libera scelta
- III) Creazione di modelli organizzativi di supporto per i festivi, prefestivi e notti

I) Riorganizzazione delle prestazioni negli ospedali piccoli territoriali e nel territorio

Centri Territoriali per l'Assistenza Socio-sanitaria Pediatrica

- 12/24 ore su 24
- 7 giorni su 7 con turnazioni
- Equipe socio-sanitaria oltre ai pediatri
- Strumentazioni diagnostiche di base (Radiologia, Laboratorio ...)
- Consulenza specialistica con il Centro Ospedaliero di riferimento

Riorganizzazione delle risorse degli ospedali piccoli territoriali

Trasformare i locali oggi utilizzati da UO e i reparti pediatrici non più utilizzati in quanto non possiedono le caratteristiche sanitarie in Centri Territoriali per l'Assistenza Socio-sanitaria Pediatrica

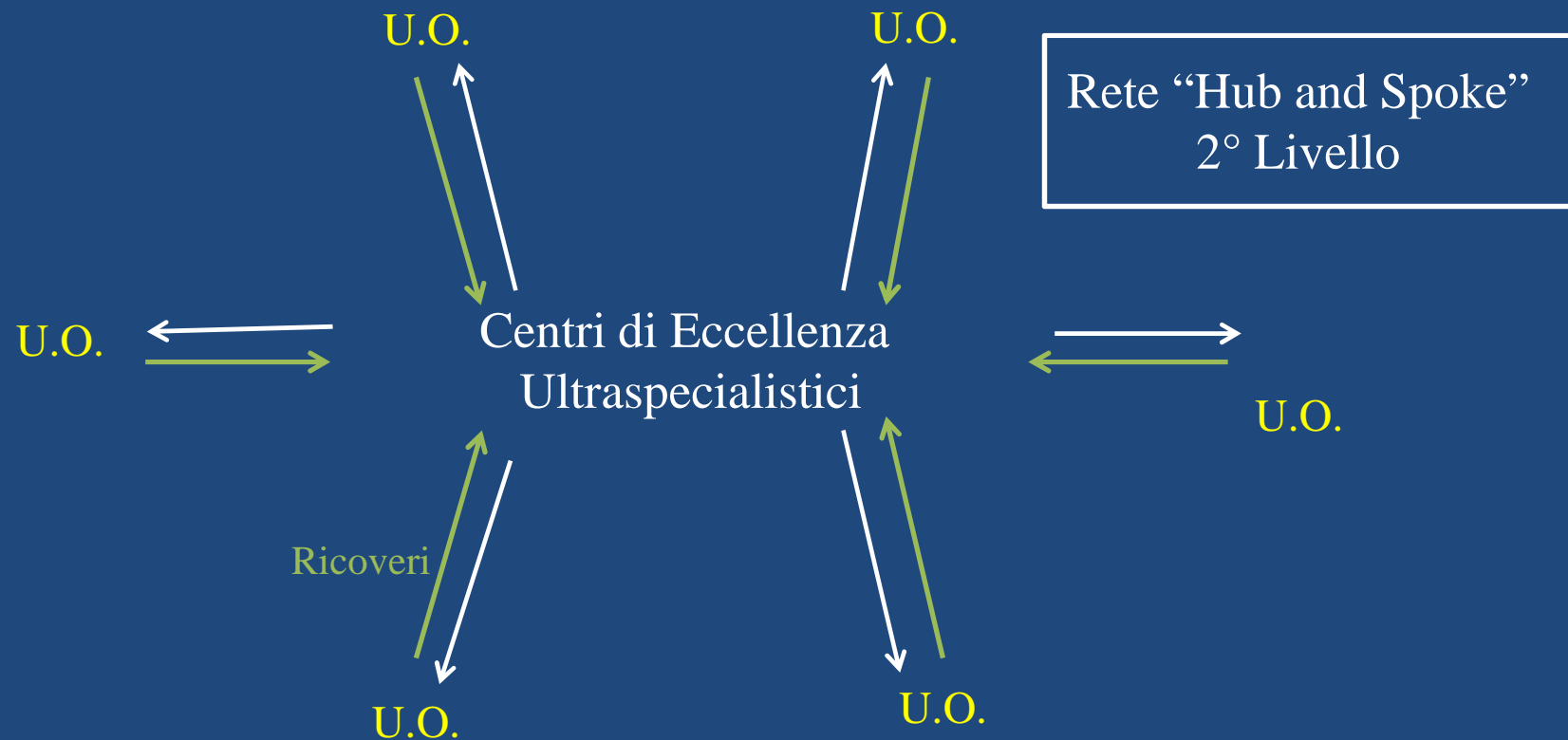
Personale da incorporare nei centri:

- PLS del territorio
- Dirigenti medici pediatri ospedalieri che non sono confluiti nelle UO pediatriche
- Funzioni e personale socio-sanitario che attualmente afferiscono ai Consultori ed ai Centri vaccinali
- Medici di continuità assistenziale

Rete “Hub and Spoke”



Centri di eccellenza di più elevato livello assistenziale, dotati di tutte le competenze specialistiche ed ultraspecialistiche



Patologie pediatriche particolari:

- 1) malattie croniche complesse (CMC)
- 2) malattie rare
- 3) chirurgia specialistica
- 4) area onco-ematologica
- 5) area dei trapianti di organo

Potenziamento dei reparti pediatrici ad alto livello qualitativo (U.O.)

in almeno 5 delle seguenti specialità pediatriche:

- Endocrinologia e/o diabetologia
- Adolescentologia
- Allergologia e Immunologia
- Gastroenterologia e Nutrizione
- Broncopneumologia
- Neuropediatria
- Cardiologia
- Reumatologia
- Malattie Infettive
- Malattie Rare e/o Malattie Metaboliche
- Onco-ematologia
- Follow up del neonato a rischio

“Rete Orizzontale” nella regione tra le diverse U.O.



In una stessa Regione devono essere disponibili tutte le discipline specialistiche pediatriche di cui all'elenco sopra riportato



Battistero

REVISIONE del TRIAGE

Negli ultimi 20 anni sovraffollamento – overcrowding– del PS

1. Non completa diffusione sul territorio nazionale
2. Scarsa diffusione di un modello uniforme e condiviso
3. Carezza di personale dedicato
4. Carezza di formazione specifica
5. Carezza o mancanza di linee guida
6. Carezza di protocolli e procedure di triage presso alcune realtà.

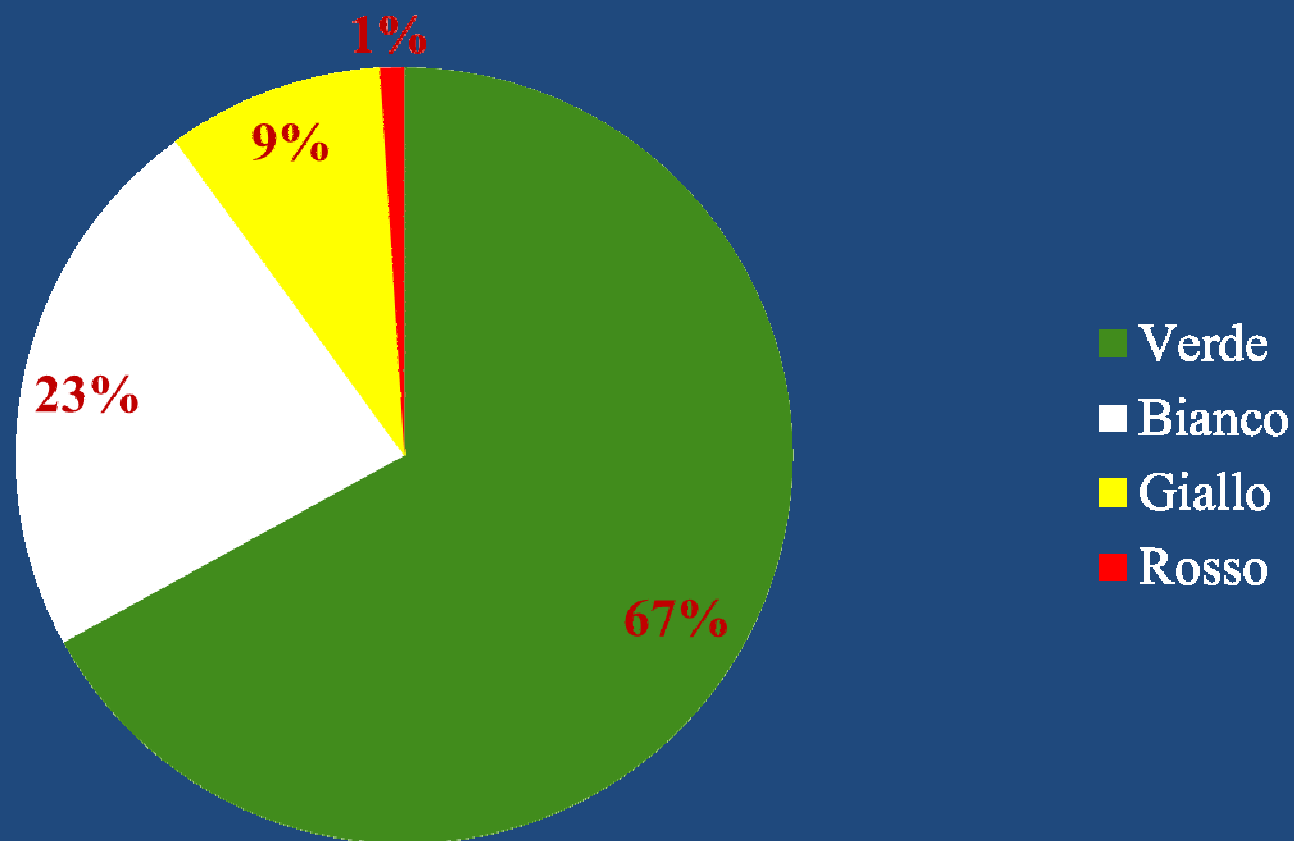


Ogni realtà locale ha il *proprio* sistema di triage con notevoli elementi di diversità:

modelli teorici di riferimento

differenze organizzative ed operative

Codici accesso al PS



Dati SIMEUP
aggiornati al 2012

I sistemi di triage si devono ispirare e/o adeguare al modello del “Triage Globale” fondato su un approccio olistico alla persona ed ai suoi familiari, con valutazione infermieristica in base alla raccolta di dati soggettivi ed oggettivi, alla considerazione di elementi situazionali significativi e all’effettiva disponibilità di risorse della struttura.

Presupposti fondamentali di questo modello

- a. Realizzare l’effettiva presa in carico della persona
- b. Assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere adeguatamente formato
- c. Garantire l’assegnazione del codice di priorità di visita attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell’assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo
- d. Utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l’approccio globale alla persona ed ai suoi problemi di salute
- e. Utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di visita
- f. Controllare e regolamentare tutti gli accessi al PS
- g. Disporre di un sistema documentale adeguato
- h. Gestire la lista e l’attesa dei pz
- i. Gestire gli accompagnatori in collaborazione con gli altri operatori del PS

Monitor 29 2012

Linee d’indirizzo per il triage in pronto soccorso

Coordinamento nazionale Triage

- **Gruppi di Lavoro Istituzionali**
- **Società Scientifiche**

I bisogni del paziente devono essere messi in relazione a

risorse disponibili
garanzia di sicurezza
sostenibilità

senza inutili sprechi, perdite di tempo prezioso e sovrapposizioni in un processo di cura dinamico.

Obiettivo è di coniugare l'*efficacia* con l'*efficienza*.

Codici di priorità

Codice	Denominazione	Definizione	Tempo massimo di attesa
1.	EMERGENZA	assenza o compromissione di una o più funzioni vitali	accesso immediato alle aree di trattamento
2.	URGENZA	condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo	attivazione del percorso assistenziale entro 15 min
3.	URGENZA DIFFERIBILE	condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	attivazione del percorso assistenziale entro 60 min
4.	URGENZA MINORE	condizione stabile senza rischio evolutivo che richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici	attivazione del percorso assistenziale entro 120 min
5.	NON URGENZA	problema non urgente o di minima rilevanza clinica	attivazione del percorso entro 240 min

Rivalutazione

Codice	Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità e tempi di rivalutazione
1.	EMERGENZA	assenza o compromissione di una o più funzioni vitali	
2.	URGENZA	attivazione del percorso assistenziale entro 15 min	osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni
3.	URGENZA DIFFERIBILE	attivazione del percorso assistenziale entro 60 min	ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione, a giudizio dell' infermiere di triage, a richiesta del paziente o una volta trascorso il tempo di attesa max raccomandato
4.	URGENZA MINORE	attivazione del percorso assistenziale entro 120 min	
5.	NON URGENZA	attivazione del percorso entro 240 min	

L'inizio del triage entro **5 minuti** a tutti coloro che accedono al PS

Protocolli

Ogni PS deve disporre di protocolli di triage, elaborati da un gruppo interdisciplinare (medici ed infermieri esperti), approvati dal responsabile medico ed infermieristico del servizio ed adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte .

Il sistema di protocolli deve essere articolato per sintomi principali e deve prevedere criteri di valutazione per le situazioni sintomatologiche che con maggior frequenza si presentano in PS. Ogni struttura dovrà garantire **una periodica revisione** dei protocolli di triage prevedendo intervalli temporali non superiori a **tre anni**.

Scheda di Triage

Deve documentare il processo decisionale che ha portato alla formulazione del codice di priorità, descrivere i provvedimenti attuati al triage e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del PS. Realizzata su supporto informatico, è parte integrante della documentazione clinica.

Risorse

- In ogni PS deve essere presente un locale di triage collocato in posizione attigua agli ingressi del PS e centrale rispetto alle sale visita
- I locali di attesa devono permettere una sorveglianza a vista di tutte le persone in attesa e prevedere aree dedicate ai pazienti che necessitano di maggiore sorveglianza
- Il Triage in PS viene svolto da infermieri formati secondo gli standard nazionali con dei requisiti previsti dalle disposizioni vigenti
- Numero di infermieri adeguato per quantità e competenza per l'attività di triage
- Personale amministrativo e di supporto
- La funzione di triage deve essere svolta a rotazione da tutti gli infermieri del PS in possesso dei requisiti specifici
- Nei Pronto Soccorso con affluenza > a 25.000 accessi/aa il triage deve essere effettuato da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva, e con incremento delle risorse dedicate in proporzione al numero degli accessi e delle attività concomitanti alla rivalutazione delle persone in attesa.
- Nelle strutture < di 25.000 accessi/aa un infermiere dedicato anche ad altre attività nel PS e nel calcolo della dotazione del personale infermieristico, occorre considerare anche l'attività di triage

Formazione

La funzione di triage infermieristico richiede una formazione abilitante alla quale si accede se in possesso dei seguenti requisiti:

- titolo di studio ed abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico o ostetrica
- almeno sei mesi di esperienza lavorativa in Pronto Soccorso (una volta assolto il periodo di prova).

Formazione al Triage

Partecipazione ad uno specifico corso teorico di preparazione e ad un periodo di affiancamento a tutor esperto di durata non inferiore a 24 ore. L' idoneità allo svolgimento dell'attività di triage sarà dichiarata al termine del periodo di affiancamento.

Ogni azienda deve prevedere nel proprio programma formativo:

- una formazione propedeutica alla funzione di triage e finalizzata a garantire competenze sull'organizzazione del PS e sulla gestione delle principali situazioni cliniche critiche
- una formazione permanente che consenta agli infermieri, compresi quelli con funzioni di coordinamento, abilitati a svolgere attività di triage, di mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali, organizzativi relazionali, attraverso adeguate attività formative, da svolgersi almeno una volta ogni 2 anni.

Sistemi di verifica e qualità dell'attività di triage

Tutti i sistemi di triage devono prevedere e realizzare attività di verifica secondo i criteri nazionali

Modalità organizzative

Modalità di monitoraggio delle performance del sistema triage su due livelli:

- a livello aziendale: consiste nella conduzione di incontri, fra operatori per la realizzazione di audit professionali attraverso discussione di casi, eventi critici, sentinella ed analisi di dati statistici
- a livello regionale sono definiti i criteri per la valutazione del sistema triage attraverso una metodologia che porti alla condivisione professionale dei medesimi.

Per poter effettuare una valutazione della qualità del triage è necessario che ogni struttura di pronto soccorso predisponga i protocolli di triage sui quadri sintomatologici con maggior **frequenza di accesso** e **complessità valutativa**.

Bisogna inoltre valutare anche il livello di **appropriatezza organizzativa** del sistema PS tramite

1. Tempo di attesa - indicatore di processo:

- % di pazienti codice emergenza che accedono immediatamente al trattamento
- % di pazienti codice urgenza che accedono al trattamento entro 15 minuti

2. Codice Standard

3. Esito in ricovero - indicatore di esito

Esempio di strategia per ridurre il sovraffollamento in PS:

PROGETTO 'CHIOCCIOLA' (Milano 07 Marzo 2012):

Il progetto prevede un percorso differenziato per il bambino che giunge in PS dopo avere eseguito la visita pediatrica ambulatoriale (in cui viene indicato l'invio in ospedale) o dopo che i genitori si sono consultati con il medico di continuità assistenziale (che ha ravveduto le condizioni per l'invio in PS).

Accanto al codice colore del triage attribuito dall'infermiera all'ingresso in PS, verrà inserito un particolare simbolo (una @ appunto) che garantirà una attesa minore rispetto agli utenti con lo stesso quadro clinico ma non visti precedentemente dal pediatra. Naturalmente i casi con problemi più gravi avranno sempre la precedenza

Tale progetto ha lo scopo di incentivare il corretto ricorso al pdf per problematiche di salute non gravi e utilizzare invece il PS in seconda istanza per un'assistenza medica non risolvibile con le risorse del territorio.

Gli obiettivi del progetto sono:

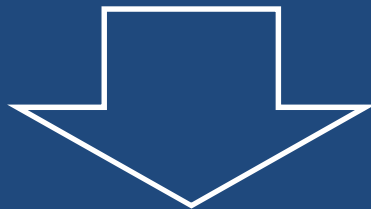
- evitare il sovraffollamento del PS per accessi impropri
- favorire il corretto ricorso ai pdf
- creare dei "percorsi preferenziali" e di continuità fra pdf ed ospedale



Palazzo del Governatore

II)Potenziamento della struttura e del personale che lavora in un PS pediatrico

- 1. Modifiche inerenti alla struttura**
- 2. Modifiche inerenti al personale**
- 3. Modifiche inerenti all'approccio al bambino**



Pieno rispetto del piccolo paziente

1. Modifiche inerenti alla struttura



ambienti ospedalieri dedicati ai bambini ed agli adolescenti



Esempi di T.C. e R.M.N. pediatriche



- Ingressi preferenziali per pz trasportati in ambulanze e in auto private già definiti sul territorio come codici rossi senza passare dal triage
- Open space dei reparti di emergenza-urgenza come il modello statunitense
- Illuminazione adeguata
- Aree monitorizzate per tutte le postazioni di assistenza al pz in PS
- Aree per codici rossi e shock room con posti letto con doppia postazione
 - { una dedicata al monitoraggio delle funzioni vitali
 - { una interfacciata alla rete informatica ospedaliera
- Aree degli ambulatori per codici bianchi, ambulatori ortopedici e chirurgici
- Potenziamento tecnologico tramite supporto wireless (tablet pc) e allarmi uditivi collegati alle strumentazioni sanitarie
- Video sorveglianza con videocamere orientabili
- Ambiente accogliente per il piccolo paziente con idonei arredi sia dal punto di vista cromatico che di robustezza e sanificabilità (corian e acciaio)
- Percorsi ‘facilitati’ per idoneo trasporto del bb a seconda della necessità(strisce di colori differenti sul pavimento, utilizzo di inserti cromatici per diversificare le aree del PS...)
- Idonee strumentazioni
- Ambienti predisposti all’isolamento di pz infettivi
- Sale d’attesa per codici gialli, verdi e bianchi a misura di bambino con colori vivaci che lo distraggano dal dolore con supervisione da parte degli operatori del PS dei bb con codice verde e del codice giallo

UMANIZZAZIONE del PS

PS di Parma



2. Modifiche inerenti al personale

- Equipe di alta o altissima specializzazione che stazionano *nel* PS
- Equipe adeguatamente qualificate e dotate di idonei supporti tecnologico-strumentali e telematici per un corretto utilizzo della rete
- Formazione continua e certificata del Pediatra dell'Emergenza
- Corsi di formazione di base per il personale infermieristico
- Implementare figure di supporto per i piccoli pazienti : associazioni di volontariato, insegnanti, animatori, psicologi, neuropsichiatri dedicati al reparto di emergenza
- Spostamento periodico di personale medico ed infermieristico tra le diverse realtà del dipartimento di Emergenza
- Implementazione di Unità di TIP e TSIP gestite dai pediatri dell'Emergenza

3. Modifiche inerenti all'approccio al bambino con dolore

Il ruolo infermieristico

B. < 3-4 anni: gioco e distrazione

B. > 3-4 anni: informazioni blande sulle procedure e distrazione

B. età scolare: descrizione delle procedure (ascolto e complicità)

Il ruolo del medico

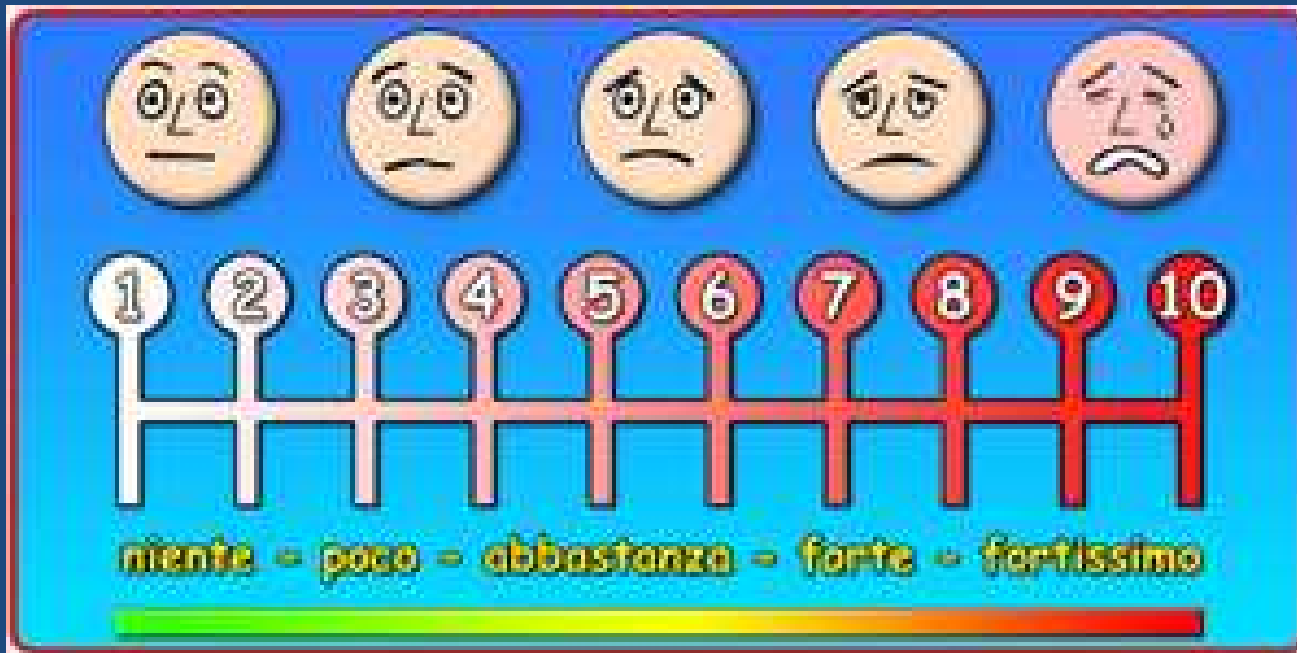
Corretta profilassi del dolore da procedure:

Puntura venosa, sutura, toilette o medicazione di ferite, procedure invasive (rachicentesi, toracentesi), incisione o rimozione corpo estraneo...

Corretta profilassi del dolore da patologia :

Abrasioni, contusioni e piccole ustioni, odontalgia, otalgia...

Scala del dolore



*Alcuni strumenti
per
medicare*



Da anni tutti gli operatori del PSP sono coinvolti attivamente nel **migliorare la qualità** delle cure nell'emergenza-urgenza

L'attenzione alla sofferenza rappresenta la peculiarità della nostra specificità pediatrica

Capacità di osservazione, ascolto e comunicazione sono elementi fondamentali per una adeguata risposta alle richieste dei piccoli utenti sofferenti

Lenire il dolore è uno dei nostri target per qualificare l'appropriatezza delle prestazioni

“Il dolore passa, l'aver sofferto mai”

F. Buytendijk

III)Potenziamento delle strutture a latere del PS

Gestione del bambino che effettua accesso al PS:

➤ Dimissione immediata

- Osservazione Breve (OB)

➤ Possibilità di assistenza in:

- Pediatria d'Urgenza di tipo Sub-Intensivo (TSIP)

- Terapia Intensiva *Pediatrica* (TIP)

➤ Possibilità di avere tutte queste strutture su uno stesso livello o immediato accesso.

Osservazione breve

DEFINIZIONE:

L'Osservazione Breve rappresenta una risorsa organizzativa a vantaggio del D.E.A. o del PS che consente di poter osservare casi non critici :

- in regime di non ricovero
- per un tempo limitato al massimo di 24 - 36 ore
- con codice di accesso al Triage prevalentemente verde
- per i quali il medico di Pronto Soccorso ipotizza una risoluzione in tale tempo

PATOLOGIE DA OSSERVAZIONE BREVE

- 1) Patologie respiratorie acute delle alte e basse vie respiratorie, in particolare asma e laringiti
- 2) Convulsioni febbrili semplici, non complicate e non protratte
- 3) Esposizione a sostanze tossiche
- 4) Febbre senza localizzazione in fase diagnostica
- 5) Gastroenteriti con disidratazione di grado medio – lieve

6) Vomito ed Ematemesi

7) Trauma Cranico Minore

8) Politrauma in buon equilibrio emodinamico

9) Crisi lipotimiche, di apnea o cianosi, ALTE

10) Dolori Addominali

11) Dolore toracico

12) Reazioni allergiche

13) Sindromi Emorragiche ed Anemie

14) Disagio sociale o scarsa compliance psicoemotiva dei genitori

PERSONALE, STRUMENTI E SERVIZI DIAGNOSTICI INDISPENSABILI:

Al ricovero vengono rilevati :

Parametri standard:

- Peso
- Altezza
- C.Cranica
- C.Toracica
- C.Addominale

Parametri vitali:

- P.A
- F.C
- F.R
- T.C
- Sat.O2
- Stato di vigilanza

VALUTAZIONE CLINICA

- Almeno 2 visite mediche annotate in cartella
- Almeno 4 controlli infermieristici annotati in cartella infermieristica
- Almeno 3 volte : Monitoraggio della PA, FR, FC, SatO2, CGS,
Diuresi, Alvo, Alimentazione
- Terapia necessaria al caso in esame

PERSONALE, STRUMENTI E SERVIZI DIAGNOSTICI INDISPENSABILI:

Il laboratorio fornisce entro 1 ora le indagini previste per l'emergenza:

- Azotemia
- Glicemia
- Creatininemia
- Es.Urine completo
- Elettroliti sierici
- Emocromo
- Protidemia con Rapporto A/G, PCR, AST, ALT



eventualmente implementate, a seconda della patologia da:

- Tempi di Coagulazione
- Reticolociti
- EAB
- Amilasi
- Lipasi
- Bilirubina Tot e Fraz.
- Colinesterasi
- CPK.

La Radiologia:

- fornisce risposte immediate
- è disponibile nelle 24 ore
- segue percorsi previsti per l'urgenza

Requisiti per un PS e Reparto di OB

8. Risorse tecnologiche consigliate

- Ossigeno e mascherine
- Ambu
- Laringoscopio
- Set per intubazione orotracheale
- Aspiratore con sondini
- Termometri
- Monitor multiparametrico (saturimetro, sfigmomanometro, monitor cardiorespiratorio)
- Apparecchio aerosol-nebulizzatore
- Strisce reattive per test rapidi sul sangue e sulle urine
- Strisce tornasole (per l'analisi estemporanea di eventuali sostanze caustiche ingerite)
- Glucometro
- Fonendoscopio
- Otoscopio
- Set d'infusione parenterale
- Set intraossea
- Set gastrolusi
- Set tamponamento nasale
- Strumentazione per piccola chirurgia
- Cateteri
- Attrezzature per immobilizzazione
- Pompe da infusione
- Defibrillatore

9. Requisiti strutturali

- 1 posto letto ogni 5.000 accessi in PSP, o almeno 1 posto letto ogni UO di Pediatria o PSP, modulabile in base alla necessità assistenziali.
- Nel caso in cui si prevede la realizzazione di modulo di 4 posti letto di OB, i locali di degenza saranno attigui al PS, e di cubatura come prevista per legge.
In questo caso è richiesta la presenza di:
 - 1 infermiere professionale nelle 24 ore;
 - 1 pediatra nelle 24 ore (nella struttura pediatrica)
 - 1 Operatore Tecnico addetto all'Assistenza (OTA) in servizio sulle 12 ore
- Se per dimensione l'OB non costituisce un modulo, saranno adibiti a questa funzione posti letto dell'UO di Pediatria con personale dedicato nelle 24 ore (utilizzo del personale esistente), per meglio utilizzare le risorse ed ottenere una risposta più efficace ed efficiente.
 - a) Per ogni posto letto, devono essere previste:
 - 1 presa di ossigeno
 - 1 presa di aria compressa
 - 1 presa per aspirazione
 - 3 prese di corrente
 - 1 sorgente luminosa orientabile

Pediatria d'Urgenza di tipo Sub-Intensivo (TSIP)

Il ruolo della Terapia Subintensiva è quello di una Struttura intermedia, allocata nel Dipartimento di Emergenza, e più verosimilmente nell'ambito della Struttura di Pediatria di Urgenza, in stretto contatto con la Terapia Intensiva alla quale può, in caso di necessità inviare il piccolo bambino.

Candidato al ricovero è:

- **un paziente con malattie di grado intermedio**
- **ad evoluzione potenzialmente grave**
- **in cui si presume che le cure semi-intensive possano rappresentare una valida alternativa al ricovero in reparti di rianimazione**

Paziente semintensivo

E' un bambino con un deterioramento significativo delle condizioni generali, che necessita di un monitoraggio non invasivo e di una assistenza medico infermieristica più articolata e dedicata di quella della degenza ordinaria

Zimmerman

E' un bambino che necessita di un'intensità di cure minori di quelle offerte da un reparto di terapia intensiva la cui criticità non ne consente un'adeguata gestione in una degenza ordinaria

Consensus Genova SIP 2008

Requisiti di una TSIP

La presenza all'area di degenza di Terapia semintensiva deve essere preferibilmente parte integrante dell'U.O. di Pediatria di Urgenza.

I collegamenti col dipartimento dell'Emergenza urgenza, con il blocco operatorio, con i servizi di supporto e specialità e la terapia intensiva devono essere concordati.

Terapia Intensiva Pediatrica (TIP)

La carenza di TIP è la causa di gestione del piccolo paziente dalle Terapie Intensive dell'adulto che mancano di:

competenze mediche
competenze infermieristiche
strumentazioni idonee

per il trattamento dei bambini!!!

E' fondamentale una riorganizzazione dei reparti di emergenza- urgenza pediatrici

- ✓ Creando strutture di TSIP ove assenti
- ✓ Potenziando ove presenti le TSIP
- ✓ Razionalizzando il numero di TIP
- ✓ Garantendo un adeguato assetto di tali strutture sia in termini di requisiti strumentali che di personale altamente qualificato
- ✓ Garantendo un accesso facilitato alle due strutture, ad esempio sullo stesso piano o su piani differenti ma con accesso immediato



**L'aspetto organizzativo deve essere *conseguenza*
della funzione**

Grazie per l'attenzione!