

Rete dell'Emergenza-Urgenza Pediatrica

Il documento finale prodotto dal Tavolo tecnico Agenas-Ministero della Salute-Regioni ed elaborato con il contributo del Gruppo di lavoro composto da alcune società scientifiche, tra cui Aogoi e Sigo



Vito Trojano
Presidente AOGOI

Il documento sulla Rete dell'Emergenza-Urgenza Pediatrica, di cui vi avevamo anticipato i contenuti nel numero 5/2015 di *GynecoAogoi*, è stato approvato all'unanimità dal Tavolo istituzionale Agenas-Ministero della Salute-Regioni lo scorso dicembre.

Il documento finale, di cui pubblichiamo alcuni stralci di nostro maggior interesse, recepisce in massima parte le proposte delle società scientifiche, tra cui Aogoi e Sigo, che sono state coinvolte nel gruppo di lavoro che ha supportato il tavolo tecnico, a cui ho partecipato insieme al presidente Paolo Scollo.

Per quanto riguarda la Rete Neonatale, ricordo che nel documento si fa riferimento solo ad alcuni aspetti di maggiore rilevanza per il sistema dell'emergenza, rimandando per gli altri alla normativa già esistente in materia"

Premessa

Il paziente pediatrico al pari dell'adulto ha il diritto di godere del miglior stato di salute possibile e di avere accesso alle cure sanitarie più appropriate ai bisogni di salute nell'ambito di una "specificità pediatrica".

Benché nel nostro paese gli indicatori di salute in età evolutiva si attestino sui livelli dei paesi più avanzati è tuttavia presente in alcuni ambiti una forte variabilità territoriale.

Obiettivo del Tavolo Agenas è produrre uno strumento tecnico utilizzabile dalle Regioni per migliorare e monitorare l'organizzazione dell'assistenza sanitaria pediatrica in ambito dell'emergenza-urgenza al fine di ridurre le discrepanze e razionalizzare l'impiego delle risorse disponibili. Per quanto riguarda la Rete Neonatale si fa riferimento solo ad alcuni aspetti di maggiore rilevanza per il sistema dell'emergenza, rimandando per gli altri alla normativa già esistente in materia (...).

Il contesto

In Italia la rete di emergenza-urgenza risulta strategica nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e nel riordino dei servizi sanitari. Anche in ambito pediatrico la necessità di fornire risposte coerenti con le esigenze sempre più specifiche ha progressivamente assunto un ruolo prioritario, in considerazione soprat-

tutto delle peculiari caratteristiche della domanda in questa fascia d'età e delle conseguenti implicazioni in termini di adeguatezza delle strutture e delle modalità di organizzazione dei servizi agli specifici bisogni di salute dei pazienti pediatrici.

Nella rete di emergenza-urgenza sono in vario modo attivamente coinvolte con Linee guida e protocolli condivisi: il Sistema di Emergenza Territoriale 118, i DEA di I e II livello, i DEA pediatrici di II° livello (Hub pediatrici), le Unità Operative di Pediatria e la Pediatria di libera scelta. In Italia, si è assistito negli ultimi 30 anni ad un aumento degli accessi in Pronto Soccorso (P.S.) sia generale che pediatrico. (...) L'analisi degli accessi al P.S. mette in evidenza che in circa il 90% dei casi si tratta di codici bianchi o verdi, ossia casi non urgenti o urgenze differibili che in gran parte potrebbero essere valutati e risolti in un contesto extraospedaliero o di setting ambulatoriale. Queste situazioni, unitamente al mancato o scarso coordinamento assistenziale ospedale-territorio, concorrono spesso all'elevato tasso di ospedalizzazione di bambini e adolescenti che nel nostro paese, pur con sensibili differenze a livello regionale, è all'incirca il doppio rispetto a quello rilevato in altri paesi europei. (...)

Il Sistema di Emergenza Territo-



riale 118 garantisce la copertura della totalità del territorio nazionale con un buon livello operativo nell'adulto, anche se in alcuni aree territoriali è ancora da migliorare per l'ambito pediatrico. Insufficiente è spesso la sua integrazione con i P.S. pediatrici, ove presenti, e con i DEA pediatrici di riferimento per l'emergenza-urgenza che sono distribuiti in modo non uniforme sul territorio nazionale. L'accesso urgente al P.S. non è quasi mai mediato dal 118 o dai medici di continuità assistenziale che peraltro mancano spesso di adeguate competenze pediatriche. Anche per il trasporto primario

e secondario del paziente pediatrico vengono richieste competenze ed organizzazioni differenti dal trasporto dell'adulto. Tali peculiarità sono specialmente evidenti nei primi anni di vita; per tale fascia di età non sono a volte chiari i compiti e i ruoli del trasporto pediatrico e del trasporto neonatale.

Sono inoltre carenti i sistemi regionali di monitoraggio in tempo reale dei posti letto nelle Terapie Intensive Neonatali e nelle Terapie Intensive Pediatriche. Non sono infine sempre previsti specifici programmi formativi dedicati al personale coinvolto nell'emergenza-urgenza pediatrica a garanzia delle competenze necessarie su soggetti in età evolutiva.

Definizione di Rete Pediatrica per l'emergenza urgenza

Al fine di assicurare una visione condivisa della risposta appropriata da fornire al bisogno assistenziale in termini organizzativi, di qualificazione dell'offerta e di razionalizzazione delle risorse disponibili, è importante definire chiaramente cosa si intende per Rete Pediatrica dell'Emergenza e Urgenza.

Per Rete Pediatrica dell'Emergenza e Urgenza si intende un sistema integrato di servizi che devono rispondere a livello ospedaliero e territoriale ai bisogni di salute in condizioni di emergenza e/o urgenza del bambino lungo tutta l'età evolutiva. Tale

Obiettivo del Tavolo Agenas è produrre uno strumento tecnico utilizzabile dalle Regioni per migliorare e monitorare l'organizzazione dell'assistenza sanitaria pediatrica in ambito dell'emergenza-urgenza al fine di ridurre le discrepanze e razionalizzare l'impiego delle risorse disponibili

rete, da un punto di vista organizzativo, è strutturata sul modello Hub e Spoke e su specifici PDTA come successivamente specificato.

Per quanto concerne le emergenze e le urgenze neonatali, all'interno del percorso nascita va differenziato e strutturato un collegamento tra Unità Operative ostetriche-neonatalogiche di I° e II° livello e il sistema di trasporto per l'emergenza neonatale o in utero.

Nell'ambito del riordino delle reti territoriali, come previsto dal Patto della salute Art. 5, che auspica una integrazione tra gli aspetti sanitari e sociali, si ritiene opportuno che i PDTA in ambito di rete di emergenza territoriale vengano concordati e condivisi con i DEA. A questo scopo si sottolinea l'importanza di prevedere in ciascuna Azienda Sanitaria territoriale una funzione di coordinamento e programmazione dei servizi dell'area pediatrica, ospedaliera e territoriale, da col-

locare all'interno della Direzione aziendale con attenzione specifica all'integrazione fra servizi sanitari e sociali che dovrà elaborare e monitorare protocolli e percorsi assistenziali condivisi. Nei modelli organizzativi regionali di rete assistenziale pediatrica anche la rete dell'emergenza urgenza deve basarsi sulla integrazione di competenze professionali e servizi differenti al fine di rispondere adeguatamente ai bisogni di salute. A questo scopo si sottolinea altresì di prevedere una funzione regionale di coordinamento e programmazione dei servizi

RACCOMANDAZIONI Protocolli e procedure

Fondamentali, ai fini del corretto funzionamento della Rete, sono i protocolli, procedure e linee guida organizzativi e clinico assistenziali; essi devono coprire tutte gli snodi organizzativi e decisionali dei percorsi pediatrici, essere redatti a livello aziendale e regionale, condivisi con tutti i soggetti interessati, monitorati nella loro applicazione e nei risultati, aggiornati periodicamente. Al fine di una loro capillare e corretta applicazione gli operatori sanitari coinvolti debbono essere oggetto di formazione obbligatoria specifica e periodica.

Le emergenze neonatali

Le emergenze neonatali sono state trattate dalla Commissione che ha elaborato le Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 16.12.2010, Allegato I B. Da tener presente che il numero dei Centri di Terapia intensiva neonatale nel nostro paese è elevato e che la qualità dell'assistenza neonatale è, in gran parte, legata al numero dei neonati di peso inferiore a 1500 g assistiti all'anno per ogni Centro per cui appare rilevante richiamare l'opportunità di applicare le indicazioni approvate riducendo i Centri di Terapia intensiva neonatale che assistono meno di 50 neonati/anno con peso alla nascita < 1500 grammi. Per quanto riguarda i neonati (fino a 28 giorni) con importanti problematiche di emergenza urgenza dovrebbe essere previsto, ove possibile, un accesso diretto nelle UOC di Patologia Neonatale, evitando così che il neonato acceda al Pronto Soccorso. In alternativa deve essere, comunque, previsto un per-

corso protetto. Nell'ambito di una corretta regionalizzazione dei servizi di assistenza perinatale, (così come previsto dal Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008), deve essere portato a regime in ogni regione il Servizio di trasporto neonatale in emergenza (STEN), prevedendo anche il cosiddetto "trasporto in utero" (STAM) che, anche con il supporto delle nuove tecnologie (telemedicina), dovrebbe essere sempre più implementato così come la concentrazione delle gravidanze a rischio presso i Centri di riferimento per l'assistenza ai parti ed ai neonati ad alto rischio. Sono compresi nell'organizzazione di tale sistema di trasporti i protocolli di gestione delle situazioni di saturazione dei posti letto nella TIN di riferimento per area, che devono prevedere la garanzia di presa in carico appropriata della situazione di emergenza.

Formazione

Svolge un ruolo strategico per il corretto funzionamento, l'integrazione, l'efficienza e l'efficacia della Rete pediatrica per l'emergenza urgenza.

I temi della formazione devono essere correttamente individuati in base alla determinazione degli specifici bisogni formativi sia clinico assistenziali che organizzativi. Obiettivo formativo prioritario è far acquisire e mantenere in tutto il personale pediatrico e non pediatrico coinvolto a vario titolo nella rete, compreso il 118 e le professionalità pediatriche territoriali, le competenze necessarie ad affrontare in modo appropriato le urgenze emergenze pediatriche.

Una corretta programmazione formativa è particolarmente rilevante per mantenere un omogeneo e adeguato livello di qualità e sicurezza della risposta della rete alle emergenze urgenze pediatriche ed in modo particolare per tutte le componenti della rete ove può non essere disponibile il pediatra, oppure ove i pazienti pediatrici non sono particolarmente numerosi o nel caso di patologie o procedure pediatriche non frequenti.

Gli ambiti assistenziali ove è strategicamente rilevante questo bisogno formativo sono il personale del 118, gli anestesisti rianimatori, le professionalità che si dedicano ad alcune particolari patologie pediatriche e le professionalità pediatriche territoriali; particolare attenzione va posta ai PS soprattutto nelle strutture ove non sono disponibili i pediatri in h24 sia ai fini della stabilizzazione dei pazienti sia per gli aspetti relativi al triage pediatrico. Un importante bisogno formativo è quello relativo alla gestione e al trattamento delle

emergenze urgenze psichiatriche in età pediatrica particolarmente in quelle strutture sanitarie ove non è immediatamente disponibile il neuropsichiatra infantile. La formazione di tutto il personale coinvolto nell'emergenza urgenza pediatrica deve tra l'altro contenere anche una parte relativa alla diffusione, condivisione e aggiornamento dei protocolli e delle procedure organizzative e clinico assistenziali in uso a livello regionale ed aziendale, la terapia del dolore nell'ambito dell'emergenza urgenza pediatrica, l'uso di device e farmaci pediatrici, la corretta comunicazione con i bambini ed i genitori.

La formazione deve essere programmata nell'ambito dei piani formativi regionali ed aziendali in coerenza con gli obiettivi formativi di livello regionale e nazionale ed effettuata, in base alle specifiche peculiarità e bisogni, principalmente ad opera delle Istituzioni regionali ed aziendali, dall'Università, dai centri Hub. Importante per questi scopi la finalizzazione del budget aziendale per la formazione, il coinvolgimento delle società scientifiche in alcuni ambiti formativi, l'utilizzo di tecniche avanzate di simulazione pediatrica, la progettazione condivisa dei corsi ECM.

La formazione universitaria post laurea è basata sull'indirizzo di Pediatria di Urgenza già previsto dal nuovo ordinamento delle scuole di specialità tenendo anche conto della attenta programmazione del numero di pediatri necessari per garantire la professionalità sub specialistica e che tenga anche conto del fisiologico turnover.

È inoltre importante dedicare uno specifico spazio nei programmi formativi relativi alle modalità di trattamento delle urgenze emergenze delle Malattie Rare con particolare riferimento a procedure, farmaci e management delle vie aeree. Rilevanti sono anche le azioni formative e comunicative riguardanti l'educazione sanitaria e l'informazione ai genitori ed agli insegnanti al fine di migliorare le conoscenze sulle condizioni che richiedono l'accesso in PS.

Monitoraggio della rete

La valutazione ed il monitoraggio delle Rete particolarmente per gli aspetti relativi alla sua efficienza ed efficacia ha un ruolo fondamentale per la sua gestione e il suo corretto funzionamento. Il set base di indicatori per il monitoraggio deve originare da flussi informativi già esistenti (SDO, EMUR, ecc.) e, ove possibile, focalizzarsi sugli snodi funzionali e decisionali della re-

te stessa e del percorso che ne è alla base. In casi specifici vanno raccolti dati ad hoc.

Un ruolo cruciale, nell'ambito dell'organizzazione dei 118 regionali, per la corretta funzionalità della rete è il monitoraggio dei posti letto ordinari di pediatria, per le urgenze di neuropsichiatria infantile, di rianimazione pediatrica e TIN.

Ai fini di una corretta lettura ed interpretazione tali informazioni debbono essere integrate con altri flussi informativi aziendali e regionali. Il set base di indicatori deve anche essere omogeneo a livello aziendale, regionale e nazionale e confluenti in un data base regionale e possibilmente anche nazionale. **Y**

Gruppo di lavoro di supporto alle attività del Tavolo tecnico

Società scientifiche di area pediatrica

- AOGOI - Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani
- FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri
- FISM - Federazione delle Società Medico Scientifiche Italiane
- FISSP - Federazione Italiana delle Società Scientifiche di Psicologia
- SARNePI - Società di Anestesia e Rianimazione Neonatale e Pediatrica Italiana
- SIAARTI - Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva
- SIAATIP - Società Italiana di Anestesia, Analgesia e Terapia Intensiva Pediatrica
- SIARED - Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore
- SIGO - Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia
- SIMEUP - Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica
- SIN - Società Italiana Neonatologia
- SIP - Società Italiana di Pediatria
- SIS 118 - Società Italiana Sistema 118
- SITI - Società Italiana di Igiene - Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Ospedali pediatrici

- AOPI - Associazione degli Ospedali Pediatrici Italiani
- AOU Meyer
- Istituto Giannina Gaslini
- OPBG - Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

