



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 18-06-2018 (punto N 24)

Delibera N 669 del 18-06-2018

Proponente

STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile Maria Teresa MECHI

Estensore LUCA PUCCHETTI

Oggetto

Modello organizzativo dell'Emergenza Pediatrica Ospedaliera. Linee di indirizzo

Presenti

ENRICO ROSSI	VITTORIO BUGLI	VINCENZO CECCARELLI
STEFANO CIUOFFO	CRISTINA GRIECO	MARCO REMASCHI
STEFANIA SACCARDI	MONICA BARNI	

Assenti

FEDERICA FRATONI

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
A	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato_A

LA GIUNTA REGIONALE

Considerato che la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera pediatrica deve avvenire secondo i criteri individuati per l'intera rete ospedaliera con il DM n.70/2015 "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", che prevede di individuare il numero delle unità operative pediatriche in funzione del bacino di utenza, nonché di altri criteri previsti dallo stesso decreto;

Visto l'Accordo n.281 del 21 dicembre 2017, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale" integrato dal documento "Rete dell'emergenza-urgenza pediatrica" con il quale vengono indicate 10 linee di azione complementari e sinergiche da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale, tra le quali al punto 2.C "Le Regioni e le Province autonome definiscono la rete dell'emergenza-urgenza pediatrica in coerenza con il DM n.70/2015 e con le indicazioni del presente accordo;

Rilevato che nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2012-2015, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n. 91 del 5 novembre 2014 e ancora in vigore ai sensi dell'art. 142 novies della L.R. n.40/2015, al punto 2.3.2.2 "Emergenza/Urgenza Ospedaliera" si evidenzia la necessità di una maggiore omogeneità a livello regionale del modello organizzativo della medicina d'emergenza-urgenza ospedaliera attraverso l'introduzione di innovazioni finalizzate alla ridefinizione dei modelli organizzativi interni;

Visto l'art. 33bis "Rete pediatrica e ruolo dell'azienda ospedaliero universitaria Meyer" della L.R. n. 40/2005 s.m.i. "Disciplina del servizio sanitario regionale" che prevede che l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer assicuri, nell'ambito regionale, di concerto con i direttori per la programmazione di area vasta ed i direttori generali delle aziende sanitarie, la funzione di riorganizzazione e coordinamento operativo della rete pediatrica regionale;

Preso atto che in virtù dello stesso articolo l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer è chiamata alla definizione:

- a)dei percorsi assistenziali omogenei, anche con l'integrazione ospedale-territorio ed il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, favorendo e sviluppando la presa in carico del paziente minore di età nelle sedi più vicine alla sua abitazione, fatte salve le attività diagnostico-clinico-terapeutiche a più elevata complessità;
- b)delle iniziative necessarie per assicurare la continuità assistenziale e cure tempestive ed appropriate;
- c)di percorsi per una precoce presa in carico integrata della grave cronicità in età pediatrica;
- d)dei ruoli dei diversi soggetti che fanno parte della rete pediatrica;
- e)dello sviluppo delle conoscenze attraverso attività formative rivolte al personale medico e delle professioni sanitarie, in ambito pediatrico;

Visto l'art. 33ter comma 1 "Percorso pediatrico nei pronto soccorso degli ospedali regionali" della L.R. n.40/2005 s.m.i. "Disciplina del servizio sanitario regionale" con il quale viene stabilito che nei presidi ospedalieri toscani con oltre duemilacinquecento accessi pediatrici annui vengano assunte le iniziative necessarie per assicurare la continuità dell'assistenza pediatrica, nonché per garantire il diritto del minore all'accesso specifico riservato a cure tempestive ed appropriate, anche attraverso aree individuate fisicamente che garantiscano ai percorsi di permanenza nel settore dell'emergenza urgenza le peculiari necessità del minore, dalle attrezzature mediche e di assistenza agli spazi ludici e di soggiorno, di diagnostica e di cura;

Vista la Delibera GR n.1136 del 11-12-2012 "Approvazione sperimentazione del modello See and Treat nei pronto soccorso pediatrici AOU Meyer e AUSL 9 di Grosseto" con la quale vengono definite in prima applicazione le indicazioni di carattere tecnico-professionale ed organizzativo per la gestione di una specifica casistica a bassa complessità;

Vista la Delibera GR n.707 del 19-07-2016 "Rete Pediatrica regionale. Riorganizzazione ai sensi della L.R. n. 84/2015" che nell'allegato 1 prevede che per alcuni ambiti a maggiore complessità organizzativa e per i quali è necessario assicurare le migliori garanzie di accessibilità e di continuità della risposta clinica, vengano costituite specifiche reti cliniche specialistiche e che in prima applicazione verranno attivate la rete dell'Emergenza, la rete della Neonatologia, la rete della Oncoematologia, come ulteriore sviluppo del CROP, e successivamente reti di patologia individuate rispetto a specifici percorsi assistenziali ad alta complessità, alto costo, alto volume per i quali si rende necessario un elevato grado di coordinamento tra le diverse tipologie di servizi;

Vista la Delibera GR n.960 del 04-10-2016 concernente "Approvazione proposta per un piano formativo simulazione e rischio clinico nella rete pediatrica regionale" con la quale viene approvato un percorso formativo triennale che prevede anche la formazione nel campo delle urgenze-emergenze pediatriche mediante simulazione ad alta fedeltà;

Vista la Delibera GR n.806 del 24-02-2017 "Modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso. Linee di indirizzo" con la quale sono stati definiti gli standard organizzativi e professionali per l'introduzione di un nuovo modello organizzativo del sistema dell'emergenza ospedaliera;

Preso atto del documento della Rete Pediatrica regionale, con il quale vengono definite linee di indirizzo per l'organizzazione dell'emergenza pediatrica ospedaliera;

Ritenuto pertanto di approvare il documento "Modello organizzativo della Rete dell'Emergenza Pediatrica Ospedaliera – Linee di indirizzo" di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Ritenuto dunque di attribuire alla Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, in virtù della funzione di riorganizzazione e coordinamento operativo della rete pediatrica regionale, di cui all'art. 33bis della L.R. n.40/2005 s.m.i.:

a.le seguenti attività necessarie alla realizzazione della rete dell'emergenza pediatrica ospedaliera:

- la definizione e l'aggiornamento dei criteri di invio/de-localizzazione e dei relativi algoritmi decisionali necessari al funzionamento del sistema dell'emergenza pediatrica ospedaliera;
 - l'aggiornamento del sistema di trasporto in coerenza con i criteri di cui sopra ed il piano di sviluppo della rete dell'emergenza pediatrica avvalendosi del Coordinamento regionale delle Centrali operative 118;
 - lo sviluppo delle azioni formative tese a favorire l'implementazione del nuovo modello organizzativo, attuando le azioni già previste dal Piano formativo simulazione e rischio clinico nella rete pediatrica regionale, ritenendo altresì prioritario prevedere ulteriori percorsi formativi specifici che si rendano necessari per il buon funzionamento della rete dell'emergenza pediatrica;
- b.l'attuazione del sistema dell'emergenza ospedaliera pediatrica in un orizzonte temporale pluriennale definito nell'ambito della programmazione regionale;

A VOTI UNANIMI

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa:

1. di approvare il documento "Modello organizzativo dell'Emergenza Pediatrica Ospedaliera – Linee di indirizzo" di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di attribuire alla Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer:

a. le seguenti attività necessarie alla realizzazione della rete dell'emergenza pediatrica ospedaliera:

- la definizione e l'aggiornamento dei criteri di invio/de-localizzazione e dei relativi algoritmi decisionali necessari al funzionamento del sistema dell'emergenza pediatrica ospedaliera;

- l'aggiornamento del sistema di trasporto in coerenza con i criteri di cui sopra ed il piano di sviluppo della rete dell'emergenza pediatrica avvalendosi del Coordinamento regionale delle Centrali operative 118;

- lo sviluppo delle azioni formative tese a favorire l'implementazione del nuovo modello organizzativo, attuando le azioni già previste dal Piano formativo simulazione e rischio clinico nella rete pediatrica regionale, ritenendo altresì prioritario prevedere ulteriori percorsi formativi specifici che si rendano necessari per il buon funzionamento della rete dell'emergenza pediatrica;

b. l'attuazione del sistema dell'emergenza ospedaliera pediatrica in un orizzonte temporale pluriennale definito nell'ambito della programmazione regionale.

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 della L.R. 23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

IL DIRIGENTE RESPONSABILE
MARIA TERESA MECHI

IL DIRETTORE
MONICA CALAMAI



**Modello organizzativo dell'Emergenza
Pediatrica Ospedaliera**

LINEE DI INDIRIZZO

INDICE

Premessa

Contesto normativo regionale

Analisi di contesto

Obiettivi della rete dell'emergenza pediatrica

Finalità del documento

Ambiti di intervento e tipologie di risposta

Criteri organizzativi

Il percorso per la bassa complessità clinico-assistenziale

Criteri di invio/de-localizzazione

Osservazione Breve Intensiva

Informatizzazione della rete

Standard professionali

Monitoraggio

Premessa

Le urgenze e le emergenze pediatriche rappresentano una tematica che deve essere adeguatamente affrontata da parte dei sistemi sanitari in quanto richiede competenze specifiche in particolare per la classi di età più basse e per i pazienti pediatrici con malattie croniche di grado severo che, nelle fasi di riacutizzazione o di complicità, possono raggiungere elevati livelli di complessità/severità. Specifica attenzione va inoltre posta in tutte le fasce di età pediatriche al tema dei traumi, che rappresentano il 30% circa degli accessi ai Pronto Soccorso (Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale).

I dati raccolti mediante il Flusso per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (Fonte flusso EMUR-NSIS, 2014) per la fascia di età 0-14 anni riportano a livello nazionale circa 3 milioni di accessi annui al PS ma tale dato è ritenuto sottodimensionato in quanto alcune regioni non hanno segnalato o segnalato solo parzialmente gli accessi pediatrici al PS, pertanto il dato stimato complessivo è intorno ai 5 milioni/anno; di questi i codici rossi costituiscono poco meno dell'1% ed i codici gialli circa il 10% del totale, mentre i codici bianchi rappresentano circa il 60 % degli accessi di PS; la percentuale di codici gialli e rossi sul totale degli accessi è circa il 13% nella fascia di età < ad un anno.

Il ricorso alle strutture di PS appare più marcato per le classi di età al di sotto dei 4 anni ed è stato osservato un incremento delle richieste di assistenza in regime di urgenza nei primi mesi di vita. Allo stesso modo è stato registrato un aumento degli accessi da parte degli adolescenti con disagio per i quali emerge sempre più l'esigenza di percorsi specifici per i soggetti 'ad alto rischio'.

Gli ultimi dati disponibili (2014) sugli accessi pediatrici in Pronto Soccorso forniti dalla Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza Pediatrica (SIMEUP) mostrano, a livello nazionale, che il 15-20% degli accessi totali annui sono pediatrici, tali accessi risultano spontanei nel 90% dei casi. Il 30% degli accessi pediatrici in PS viene, al momento attuale, gestito da medici dell'adulto.

In Toscana nel triennio 2015-17 gli accessi al PS di bambini e/o adolescenti tra 0 e 15 anni sono stati in media 250.000/anno ed hanno rappresentato tra il 15 e il 17 % degli accessi totali. Di questi circa il 90% sono risultati codici verdi o azzurri/bianchi (dati ARS).

Il tasso di accesso regionale al PS (numero di accessi di residenti/numero di residenti) per i soggetti di età <16 anni è pari a 454 per 1.000. Il ricorso al PS è particolarmente elevato nella fascia di età 1-4 anni (720 accessi per 1.000 residenti).

Dalla lettura dei dati regionali gli accessi pediatrici in Pronto Soccorso mostrano inoltre alcune peculiarità:

- il 70% circa riguardano bambini entro i 6 anni di vita;
- le emergenze sono poco frequenti (2%) e poco annunciate (utilizzo del sistema centrale 118 < 2%);
- a differenza dell'adulto, dove prevalgono le emergenze-urgenze cardiovascolari, nel bambino sono più frequenti quelle respiratorie, soprattutto nei primi anni di vita, seguite da quelle neurologiche.

Contesto normativo regionale

La l.r. n.40/2005 con le modifiche introdotte dalla l.r. n.84/2015 ha istituito la Rete Pediatrica Regionale con l'obiettivo di fornire risposte omogenee ai bisogni di salute della popolazione pediatrica su tutto il territorio Toscano.

In particolare all'art. 33 *ter* viene indicato che “nei presidi ospedalieri toscani con oltre 2500 accessi pediatrici annui sono assunte le iniziative necessarie per assicurare la continuità dell'assistenza pediatrica, nonché per garantire il diritto del minore all'accesso specifico riservato a cure tempestive ed appropriate, anche attraverso aree individuate fisicamente che garantiscano ai percorsi di permanenza nel settore dell'emergenza urgenza le peculiari necessità del minore, delle attrezzature mediche e di assistenza agli spazi ludici e di soggiorno, di diagnostica e di cura.”

Con la Delibera GR n.707/2016 “Rete Pediatrica Regionale. Riorganizzazione ai sensi della l.r. n. 84/2015 ” si prevede che per alcuni ambiti a maggiore complessità organizzativa e per i quali è necessario assicurare le migliori garanzie di accessibilità e di continuità della risposta clinica, vengano costituite specifiche reti cliniche specialistiche e, nello specifico la rete dell'Emergenza pediatrica. Tale rete si rende necessaria per realizzare un modello di gestione dell'emergenza pediatrica omogeneo e condiviso tra il territorio, con i Pediatri di Famiglia, il sistema 118 e le varie tipologie di ospedale (di base, di primo e secondo livello) in cui siano presenti un Pronto soccorso generale (con DEA di primo o secondo livello) o un Pronto Soccorso Pediatrico specialistico, tale da garantire la presa in carico appropriata dei pazienti in età pediatrica in tutti gli ospedali del territorio regionale secondo il principio del “right patient, to the right hospital, in the right time”.

La Regione Toscana ha inoltre promosso un percorso volto alla riorganizzazione del modello di risposta assistenziale in Pronto Soccorso. Le attività, programmate per fasi e portate avanti da un gruppo di lavoro multiprofessionale costituito con decreto dirigenziale n.6380/2016, hanno avuto come risultato la definizione di un documento contenente le linee di indirizzo per la gestione per percorsi omogenei dei Pronto Soccorso della Toscana che è stato approvato con la Delibera GR n.806/2017.

Analisi di contesto

L'assistenza ospedaliera pediatrica nel percorso urgenza-emergenza è attualmente erogata con le seguenti modalità:

- Ospedale Pediatrico (Meyer, Firenze): accettazione e gestione autonoma dei codici maggiori e minori da parte di personale pediatrico (medico e infermieristico) formato ad hoc e dedicato, Triage pediatrico dedicato. Gestione diretta di tutti i pazienti pediatrici con presenza di tutte le specialistiche pediatriche sia strutturate all'interno che collegate funzionalmente. PS con personale sia medico che infermieristico autonomo. Presenza di terapia intensiva pediatrica, con personale medico e infermieristico pediatrico dedicato H 24;
- Pronto Soccorso Pediatrico formalizzato e inserito nel Dipartimento di Emergenza Urgenza: accettazione e assistenza autonoma dei codici maggiori e minori effettuato da

personale pediatrico formato e dedicato, con spazi e sale d'attesa dedicate; triage pediatrico dedicato. Il personale medico e infermieristico pediatrico dedicato è presente H 24. Consulenza delle altre specialistiche di carattere generale;

- Percorso pediatrico funzionalmente collegato al Dipartimento di Emergenza Urgenza: gestione codici maggiori effettuata dal personale medico del Pronto Soccorso generale, con il supporto del personale medico della Pediatria, assistenza codici minori a carico del Pediatra, sia in PS sia nel reparto di Pediatria con percorso strutturato; Triage pediatrico effettuato da personale infermieristico del Pronto Soccorso Generale espressamente formato. Consulenza delle altre specialistiche di carattere generale. Personale medico pediatrico disponibile (in presenza o in pronta disponibilità) H 24;
- Pronto Soccorso Generale con consulenza pediatrica: assistenza codici maggiori effettuato dal personale medico del Pronto Soccorso Generale, assistenza codici minori a carico del pediatra quando presente, possibile consulenza anche differita del pediatra, consulenza specialistica generale; Triage pediatrico effettuato dal personale infermieristico formato del Pronto Soccorso Generale. Personale medico pediatrico disponibile 6-12 ore/24;
- Pronto Soccorso in assenza di pediatra: Gestione del paziente pediatrico a carico del medico di PS che garantisce la stabilizzazione del paziente critico e il suo trasferimento nel luogo di cura più adeguato al bisogno clinico;
- Ospedale dal Cuore di Massa della Fondazione Toscana "G. Monasterio, in quanto ospedale specialistico per le patologie cardiache e riferimento regionale per la cardiologia interventistica e la cardiochirurgia in età neonatale e pediatrica.

Sia dalla letteratura che dal confronto con i professionisti emerge inoltre la necessità di garantire una presa in carico completa che definisca, fin dal primo contatto, il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale più idoneo per ciascun bambino che accede al PS (neonato, bambino traumatizzato, bambino con problemi neuropsichiatrici, bambino maltrattato, bambino con patologia complessa etc.).

Il paziente pediatrico nel Sistema Sanitario Nazionale non ha generalmente un percorso strutturato come il paziente adulto all'interno del PS. Le necessità del bambino che accede in PS richiedono quindi un ripensamento organizzativo a partire dalla funzione di triage che deve essere contestualizzata per rispondere nel modo più appropriato a tali esigenze.

Obiettivi della rete pediatrica dell'emergenza

La rete ha come finalità quella di realizzare un modello efficace ed efficiente di emergenza-urgenza pediatrica attuato mediante la collaborazione tra i Pediatri di Famiglia, i servizi territoriali, il sistema di trasporto 118 e gli ospedali della rete.

Gli obiettivi della Rete clinica regionale per l'Emergenza pediatrica sono:

- garantire in tutta la rete la centralità del piccolo paziente e della sua famiglia;
- assicurare un'adeguata assistenza pediatrica in emergenza per tutti i bambini che si rivolgano a qualunque PS della Toscana anche mediante una distribuzione più capillare delle risposte;
- coniugare snellezza operativa ed efficacia di azione mediante criteri condivisi di invio/de-localizzazione in sicurezza e protocolli clinico-assistenziali omogenei;
- assicurare la massima sicurezza del trasporto sanitario pediatrico mediante modalità adeguate di attivazione tra territorio, Centrale Operativa del 118 e gli ospedali della Rete;
- valorizzare le competenze di tutti i nodi della Rete dell'emergenza pediatrica ed assicurare la formazione continua sull'emergenza-urgenza di tutti i professionisti coinvolti;
- fornire strumenti efficaci di comunicazione ed interazione tra i diversi nodi;
- assicurare una sempre maggiore appropriatezza degli accessi pediatrici in Pronto Soccorso e dei ricoveri pediatrici in urgenza.

Finalità del documento

Le azioni prioritarie da mettere in atto per il miglioramento della risposta all'emergenza-urgenza della rete assistenziale pediatrica sono il ridisegno del sistema dell'emergenza ospedaliera ed un parallelo e sinergico intervento per rendere più appropriato il ricorso al PS tramite il coinvolgimento della pediatria di famiglia nell'ambito delle cure primarie.

Il primo step è rappresentato dalla ridefinizione ed aggiornamento del modello organizzativo di gestione dell'emergenza pediatrica ospedaliera, a seguire verranno avviate le progettualità necessarie ad affrontare compiutamente la problematica dell'appropriatezza degli accessi pediatrici al Pronto Soccorso.

Il presente documento definisce il modello di funzionamento della emergenza pediatrica ospedaliera individuando i presupposti organizzativi richiesti per i bisogni della fascia pediatrica per assicurare un'adeguata presa in carico del bambino che accede in PS.

Come risposta adeguata agli accessi dei bambino in PS vanno prioritariamente affrontati due distinti aspetti:

- capacità di risposta ai codici maggiori mediante percorsi codificati e lo sviluppo di competenze specifiche
- appropriatezza del percorso nella gestione dei codici minori.

Ambiti di intervento e tipologie di risposta

Il target della rete pediatrica dell'emergenza è rivolto alla fascia di età inferiore ai 16 anni, per i pazienti con trauma maggiore si fa riferimento ai criteri previsti dalla Rete regionale Trauma maggiore (Delibera GR n.1380/2016 All. C).

La Rete dell'Emergenza pediatrica è una rete clinica integrata regionale, all'interno della quale vengono individuate quattro tipologie di risposta per la gestione dell'emergenza ospedaliera: Pronto Soccorso con percorso pediatrico di Base, Pronto Soccorso con percorso pediatrico integrato, Pronto Soccorso pediatrico, DEA Pediatrico di II Livello di valenza regionale.

Fa parte della rete pediatrica dell'emergenza anche l'Ospedale del Cuore di Massa della Fondazione Toscana "G.Monasterio, che, in quanto presidio specialistico per le patologie cardiache, è riferimento cardiologico per l'Area vasta Nord Ovest e regionale per la cardiologia interventistica e la cardiocirurgia in età neonatale e pediatrica e che accoglie pazienti in emergenza urgenza nell'ambito dei protocolli di invio-de-localizzazione.

La tipologia di risposta viene individuata in base a criteri oggettivi costituiti da: bacino di utenza, condizioni oro-geografiche, tipologia di presidio (di base, di I o di secondo livello).

<p>PRONTO SOCCORSO CON PERCORSO PEDIATRICO DI BASE</p>	<p>collocato in presidi ospedalieri di base dotati di Pronto Soccorso o presidi di I livello con DEA di I Livello, senza U.O. di Pediatria. In queste strutture deve essere assicurato il primo intervento, la stabilizzazione e l'eventuale trasferimento al Pronto Soccorso Pediatrico di riferimento o Regionale.</p> <p><i>(numero atteso di accessi pediatrici non superiore ai 2500 annui)</i></p>
<p>PRONTO SOCCORSO CON PERCORSO PEDIATRICO INTEGRATO</p>	<p>collocato in ospedali dotati di DEA di I Livello e di U.O. di Pediatria. In queste strutture, funzionalmente collegate al PS generale, deve essere assicurata la stabilizzazione clinica e terapeutica immediata e l'eventuale successivo trasferimento al Pronto Soccorso Pediatrico di riferimento o Regionale per patologie complesse o che richiedono un più alto livello di specializzazione</p> <p><i>(numero atteso di accessi pediatrici non superiore ai 12000 annui)</i></p>
<p>PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO</p>	<p>collocato presso DEA di I o II Livello nei quali deve essere identificata nel P.S. un'area dedicata ai pazienti pediatrici con triage pediatrico autonomo e presa in carico diretta del personale pediatrico delle emergenze mediche e chirurgiche a media ed alta intensità di cura. Deve essere presente una U.O. di Pediatria ed una Terapia Intensiva in grado di dare una risposta adeguata al paziente pediatrico. Nei DEA di II livello deve essere garantita anche una risposta sanitaria dedicata all'emergenza pediatrica maggiore</p> <p><i>(numero atteso di accessi pediatrici superiore ai 12000 annui)</i></p>
<p>DEA PEDIATRICO DI II LIVELLO DI VALENZA REGIONALE</p>	<p>collocato presso l'ospedale pediatrico Meyer dotato dei servizi necessari a garantire la più ampia risposta integrata alle patologie critiche pediatriche (compresa la rianimazione pediatrica), dotato di attività polispecialistiche dedicate all'infanzia e all'adolescenza e le alte specialità pediatriche. In questa struttura devono essere centralizzate le problematiche della grande emergenza-urgenza neonatale e pediatrica per patologie che richiedono competenze non presenti presso i Pronto Soccorso Pediatrici</p>

Criteri organizzativi

a) Pronto Soccorso con Percorso Pediatrico di Base

- gestione diretta del paziente pediatrico da parte del PS generale
- formazione del personale medico e infermieristico del PS generale sulle emergenze-urgenze pediatriche
- procedure interne per assicurare la valutazione pediatrica, anche differita, se il pediatra è presente nella struttura ospedaliera, o attraverso lo strumento del teleconsulto con la U.O. Pediatrica di riferimento del territorio
- invio della casistica con problematiche cliniche che richiedono competenze non presenti all'interno dell'ospedale ai Pronto Soccorso Pediatrici o al DEA di II Livello di valenza regionale, o all'Ospedale del Cuore della Fondazione Monasterio (per le patologie di pertinenza)

b) Pronto Soccorso con Percorso Pediatrico Integrato

- assistenza pediatrica fornita da personale infermieristico del PS generale con almeno un infermiere in ogni turno formato per il triage pediatrico
- personale medico e infermieristico del PS e della Pediatria adeguatamente formato sulla gestione delle emergenze-urgenze pediatriche
- assistenza pediatrica attiva H 24 nel Presidio, in funzione dell'attività del punto nascita. Per i codici maggiori il pediatra garantisce un'assistenza integrata in team col personale del PS generale; dovrà essere comunque prevista la presa in carico da parte del personale medico del PS di tutti i pazienti pediatrici indipendentemente dal codice, qualora il pediatra sia impegnato con l'assistenza in sala parto e al neonato critico da stabilizzare
- negli ospedali nei quali gli accessi sono fortemente influenzati da fenomeni stagionali (p.e. località turistiche), l'assistenza pediatrica potrà essere garantita anche mediante accordi formalizzati con il Pronto Soccorso Pediatrico o con la Pediatria di riferimento con distanze non superiori a 40 minuti
- presenza di percorsi pediatrici per la gestione della bassa priorità (Fast Track, See and Treat, etc.) anche con modalità attuative diverse in funzione delle caratteristiche del contesto
- disponibilità del teleconsulto con il Pronto Soccorso Pediatrico di riferimento
- invio della casistica con problematiche cliniche che richiedono competenze non presenti all'interno dell'ospedale ai Pronto Soccorso Pediatrici o al DEA di II Livello di valenza regionale, o all'Ospedale del Cuore della Fondazione Monasterio (per le patologie di pertinenza)

c) Pronto Soccorso Pediatrico

- presenza di un settore del PS dedicato ai pazienti pediatrici, attiguo ma distinto dal PS generale, con una propria autonomia funzionale e operativa
- presenza H 24 di almeno un pediatra formato sulle emergenze pediatriche ed almeno un infermiere con competenze pediatriche capaci di gestire in modo autonomo anche codici di maggiore gravità e che intervengono fin dalla prima valutazione del paziente

- triage pediatrico specifico H 24 effettuato da infermieri pediatrici e/o adeguatamente formati in ambito pediatrico
- gestione integrata dei casi a maggiore complessità e delle diverse tipologie di emergenze-urgenze con le specialità e le competenze professionali presenti nell'ospedale e nel PS generale con una formazione specifica in ambito pediatrico con particolare riferimento all'area Intensiva, Traumatologica e Chirurgica
- disponibilità del teleconsulto con il DEA Pediatrico di II Livello a valenza regionale presso l'Ospedale Pediatrico Meyer; o con l'Ospedale del Cuore della Fondazione Monasterio (per le patologie di pertinenza)
- invio delle grandi emergenze-urgenze neonatali e pediatriche, sia mediche che chirurgiche, che richiedono competenze non presenti nel Presidio al DEA di II Livello di valenza regionale

d) DEA Pediatrico di II Livello di valenza regionale

- gestione della grande emergenza-urgenza neonatale e pediatrica per patologie che richiedono competenze non presenti nei Pronto Soccorso Pediatrici
- presenza H 24 di medici dell'emergenza pediatrica ed infermieri formati sulle emergenze pediatriche e delle altre alte specialità che assicurano la più ampia risposta integrata alle patologie critiche pediatriche, compresa la rianimazione pediatrica
- Trauma Center pediatrico regionale
- centro di riferimento del teleconsulto con i diversi nodi della Rete clinica dell'Emergenza pediatrica regionale.

Un elemento di fondamentale importanza è rappresentato dal collegamento e dalla possibilità di scambio di informazioni tra tutti i nodi della rete ed i pediatri di famiglia anche attraverso l'informatizzazione del sistema.

La realizzazione del sistema dell'emergenza ospedaliera pediatrica avverrà mediante una progressiva attivazione da prevedersi in un orizzonte temporale pluriennale sulla base dei documenti di programmazione annuale definiti dalla rete pediatrica regionale con le direzioni delle aziende sanitarie regionali e le direzioni della programmazione di Area Vasta, tenuto conto anche della disponibilità delle competenze professionali necessarie.

Il percorso per la bassa complessità clinico-assistenziale

I codici a minore priorità (bianco/azzurro) attualmente rappresentano in Toscana circa un quarto degli accessi pediatrici in PS (circa il 29% del totale, dati ARS). In attuazione di quanto definito con la Delibera GR n.806/2017, dopo la prima valutazione al triage il paziente a bassa complessità può essere indirizzato verso uno dei tre seguenti percorsi:

- il percorso dei codici minori (con medico)
- il percorso S&T (gestito dall'infermiere)
- il percorso FT (invio diretto dal triage alla gestione specialistica).

I primi due percorsi vengono gestiti e conclusi, anche se con diverse modalità, all'interno del PS; l'attivazione del percorso FT prevede invece l'invio del paziente al medico specialista, al di fuori dell'area del PS secondo protocolli che prevedono criteri di inclusione e di esclusione per l'arruolamento ai singoli percorsi; lo specialista, completato il percorso clinico-assistenziale, provvede alla dimissione del paziente ed alla compilazione del referto. Il Fast Track è attuabile nei Pronto Soccorso con Percorso Pediatrico, per la presa in carico diretta da parte del pediatra e nei Pronto Soccorso Pediatrici può essere esteso ai servizi specialistici presenti nell'ospedale che posseggano competenze pediatriche (oculistica, cardiologia, etc.). L'istituzione di percorsi specialistici FT deve essere valutata in funzione della casistica specifica attesa per quella disciplina, oltre che in funzione della effettiva disponibilità di quegli specialisti nell'Ospedale.

Il See and Treat è un percorso assistenziale gestito dall'infermiere pediatrico o con competenze pediatriche adeguatamente formato e basato su protocolli medico-infermieristici condivisi attivabile in base alle specifiche peculiarità del presidio e del territorio di competenza.

È possibile, nei singoli Presidi, prevedere ulteriori modelli integrati medico-infermieristici orientati alla gestione della "bassa intensità", con il compito di ottimizzare la presa in carico, il trattamento e la dimissione dei pazienti arruolabili in questi percorsi.

Criteri di invio/de-localizzazione

Il buon funzionamento della rete dell'emergenza pediatrica poggia sulla corretta definizione di criteri di invio e di de-localizzazione da nodo a nodo della rete ospedaliera, in funzione sia della complessità delle condizioni cliniche del paziente che della prossimità, in un'ottica di "regionalizzazione delle cure" finalizzata al miglior utilizzo delle risorse e caratterizzata dalla canalizzazione dei pazienti verso le strutture che dispongono delle competenze adeguate per gestire in sicurezza lo specifico quadro clinico. Il criterio di invio/de-localizzazione si basa sulla valutazione del grado di instabilità clinica e della complessità diagnostico/assistenziale/terapeutica. All'interno della rete le relazioni e i flussi di pazienti sono bi-direzionali e prevedono che una volta risolta la fase più acuta del problema clinico che ha comportato la necessità di assistenza in uno dei nodi a complessità maggiore venga attivato il "back transport", ovvero il trasferimento all'ospedale di provenienza o a quello più vicino al domicilio del paziente. Un elemento fondamentale per l'ottimale gestione delle criticità pediatriche in emergenza-urgenza è l'adeguata organizzazione del trasporto pediatrico che presenta alcune peculiarità e richiede competenze specifiche per la gestione del trasporto del bambino critico in particolare nei primi due anni di vita che devono essere assicurate mediante specifici percorsi formativi.

Osservazione Breve Intensiva

Il servizio di OBI pediatrico deve essere previsto con le seguenti modalità:

- continuità assistenziale medica e infermieristica pediatrica con almeno un posto letto ogni 4.000 accessi di PS
- protocolli relativi a modalità di accesso, assistenza, dimissione con definiti criteri di appropriatezza e di esclusione del servizio. La permanenza in questo setting deve iniziare non più tardi di 6 ore dall'accesso in PS ed essere limitata di norma alle 24 ore, massimo 48 ore per i casi a più alta complessità. Trascorse le 48 ore di permanenza in OBI, il paziente viene ricoverato, con decorrenza del ricovero dal momento dell'ammissione in OBI.

Informatizzazione della rete

In tutti i nodi del sistema dell'Emergenza Pediatrica ospedaliera deve essere garantita l'informatizzazione degli algoritmi del triage pediatrico e dei protocolli del See & treat pediatrico dove previsto.

Standard professionali

Deve essere assicurato il rispetto degli standard formativi previsti per medici e infermieri dei percorsi urgenza -emergenza (partecipazione a corsi PBLs, EPILS, PHTC, EPALS, simulazioni pediatriche).

Il personale infermieristico addetto alle funzioni di Triage e See & Treat deve aver completato il percorso formativo espressamente previsto a livello regionale.

Monitoraggio

Ai fini del governo della Rete Pediatrica dell'Emergenza, è inoltre necessario assicurare un monitoraggio sistematico e periodico della qualità delle cure erogate mediante la definizione ed il costante aggiornamento di un panel di indicatori specifici in collaborazione con Ars ed il Laboratorio Mes.