

Caro Onorevole ti comunico che...

**Problematiche gestionali di un
Ospedale pediatrico di 3° livello**

Relatore: Prof. Antonio Campa



Direttore della UOC Pediatria
d'Urgenza Ospedale Santobono

Presidente SIMEUP Campania

XXIV Congresso Nazionale
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

BAMBINI DI VETRO

12 - 15
Settembre
2012
Grand Hotel
Vanvitelli
Caserta



SITUAZIONE ATTUALE

**IN UN PANORAMA COMPLESSO PER L'ASSISTENZA
SANITARIA SIA A LIVELLO NAZIONALE CHE A LIVELLO
REGIONALE FINALMENTE SI INCOMINCIANO A
INTRAVEDERE DEGLI SPIRAGLI DI LUCE E DI
PROGRAMMAZIONE TECNICO-POLITICA.**

**A.O.R.N SANTOBONO-PAUSLIPON PRESTAZIONI
DI PRONTO SOCCORSO 2009**

	tot prestazioni	tot ricoveri	prestaz. mediche	ric medici	ric chirurgici	trasferiti
2009						
gen	8977	1292	6724	547	745	189
feb	8240	1134	5868	678	456	218
mar	8926	1244	6054	584	660	213
apr	8300	600	6001	350	590	190
mag	7840	700	5030	370	480	220
giu	8536	600	6020	490	530	180
lug	7991	465				90
ago	6770	370				110
set	5580	230				60
ott	8112	568				95
nov	5497	411				31
dic	5527	289				25
totale	90.296	7.903				1.621

**A.O.R.N SANTOBONO-PAUSLIPON PRESTAZIONI
DI PRONTO SOCCORSO 2010**

	tot prestazioni	tot ricoveri	prestaz. mediche	ric medici	ric chirurgici	trasferiti
2010						
gen	4950	878				110
feb	5060	989				105
mar	8852	1008				131
apr	13997	825				145
mag	8810	730				154
giu	8357	693				119
lug	8944	685				140
ago	8684	597				123
set	7237	576				90
ott	7437	665				103
nov	6665	643				120
dic	7195	665				124
totale	96.188	8.954	0	0	0	1.464

A.O.R.N SANTOBONO-PAUSLIPON PRESTAZIONI
DI PRONTO SOCCORSO
2011

	tot prestazioni	tot ricoveri	prestaz. mediche	ric medici	ric chirurgici	trasferiti
2011						
gen	8640	846				147
feb	8720	910				119
mar	8394	866				129
apr	9526	637				105
mag	9522	603				98
giu	9049	538				111
lug	8443	442				100
ago	8195	390				69
sett	7236	422				90
ott	9577	589				101
nov	8614	569				139
dic	9592	599				131
totale	105.508	7.411				1.339

	annunziata pediatria			ost.ginecologia			
	tot pres	ric	trsf.	tot pres	ric	prestazioni	trasferiti
2011							
lug	2188	137	69	260	94	390	0
ago	2118	100	77	275	83	409	1
sett	1894	327	75	242	0	363	0
ott	2453	131	77	200	0	300	2
nov	2113	144	72	22	0	33	0
dic	2354	161	72	106	0	159	0
totale	13.120	1.000	442	1.105	177	1.654	3
	118.628	8.411					

A.O.R.N SANTOBONO-PAUSLIPON PRESTAZIONI
DI PRONTO SOCCORSO 2012

	tot prestazioni	tot ricoveri	prestaz. mediche		prestaz. Chirurgic.	trasferiti
2012						
gen	9474	802	6814		2660	144
feb	8103	601	5574		2529	114
mar	9099	631	5987		3112	123
apr	9276	550	5916		3360	104
mag	9887	934	6131		3756	121
giu	10597	593	6742		3855	104
lug						
ago						
sett						
ott						
nov						
dic						
totale	56.436	4.111	37.164		19.272	710

	annunziata pediatria		
2012	tot pres	ric	trsf.
gen		2574	70
feb		2591	73
mar		2393	62
apr		2175	80
mag		2388	72
giu		2595	78
lug			
ago			
sett			
ott			
nov			
dic			
totale		14.716	0
			435



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

DECRETO n. 57 del 14.06.2012

**Oggetto: Decreto commissariale n. 45 del 20 giugno
2010 “Programma Operativo 2011-2012” –
Approvazione intervento 3.1 –
Riqualificazione rete emergenza-urgenza -.**

OSSERVAZIONE BREVE :



DEFINIZIONE:

L'Osservazione Breve rappresenta una risorsa organizzativa a vantaggio del D.E.A. o del P.S 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.

OBIETTIVO: —————> DEOSPEDALIZZAZIONE

L'obiettivo è la riduzione dei ricoveri. Si persegue con 2 strategie:

A) Riducendo il numero di accessi in Pronto Soccorso, migliorando la funzionalità del servizio territoriale pediatrico mediante :

1) Miglioramento della qualità delle prestazioni da parte delle strutture territoriali distrettuali.

2) Migliore integrazione tra Pediatra Ospedaliero e PLS

- I PLS potrebbero bypassare il Pronto Soccorso inviando i casi di urgenza lieve-media direttamente agli ambulatori ospedalieri competenti



- Per le patologie non urgenti utilizzare al meglio i servizi ospedalieri già esistenti

OBIETTIVO:

—————> DEOSPEDALIZZAZIONE

B) Istituyendo il servizio di Osservazione Breve con vantaggi :



Per l'Utenza :

1. Garantire la salute del bambino mediante interventi rapidi di tipo diagnostico e terapeutico
2. Evitare dimissioni improprie dal Pronto Soccorso
3. Evitare ricoveri impropri con inutili degenze
4. Migliore *Compliance* per la famiglia

Per il Dirigente medico di Pronto Soccorso :

1. Maggiore serenità decisionale per i casi dubbi
2. Evitare dimissioni improprie evitando implicazioni medico-legali

OBIETTIVO:

—————> DEOSPEDALIZZAZIONE

Per la Struttura :

Nuovo modello organizzativo per l'individuazione di 2 aree operative

1) Area di Urgenza che preveda:

- Pronto Soccorso
 - Osservazione Breve
 - Pediatria d'Urgenza
di tipo Sub-Intensivo
 - Terapia Intensiva
- Assolvono, con compiti diversi e specifici, alle **PATOLOGIE URGENTI**

2) Area di Alta Specialità



OBIETTIVO:

—————> DEOSPEDALIZZAZIONE

Vantaggio Economico :

- 1) L'OB permette, in regime di non ricovero, un notevole risparmio economico regionale in termini di DRG.
- 2) Nel contempo , mediante un accordo sottoscritto da alcune Regioni con i loro Ospedali , viene riconosciuto un rimborso economico per ogni singola OBI. Anche con la possibilità di più accessi per posto letto nelle 24 ore e conseguenti rimborsi.
- 3) Il DRG dovrebbe essere riconosciuto solo dal momento in cui bambino viene trasferito in Reparto di degenza ordinaria.



- 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
- 7) Crisi lipotimiche , di apnea o cianosi , ALTE
- 8) Dolori Addominali
- 9) Dolore toracico.
- 10) Reazioni allergiche
- 11) Sindromi Emorragiche ed Anemie
- 12) Disagio sociale o scarsa compliance psicoemotiva dei genitori

REQUISITI MINIMI PER L'ORGANIZZAZIONE DI UN 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

PERSONALE, STRUMENTI E
SERVIZI DIAGNOSTICI INDISPENSABILI:

Organizzazione del Reparto di OB dell'A.O.R.N.Santobono di
Napoli

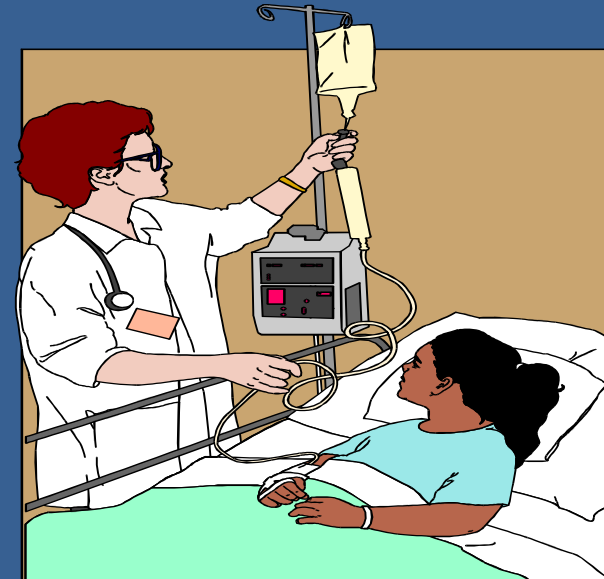
1) Reparto : composto da 5 stanze con
11 posti letto con strumenti
di emergenza standard

2) Personale Medico :

due unità per il turno 8-14,
una unità per il turno 14-20 ,
una unità per il turno notturno in servizio dipartimentale

3) Personale Infermieristico :

Caposala,
12 infermieri in turno per le 24 ore,
O.T.A. in turno diurno per le 12 ore



PERSONALE, STRUMENTI E SERVIZI DIAGNOSTICI INDISPENSABILI:

4) 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:

5) 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.

6) La Radiologia:
• fornisce risposte immediate
• è disponibile nelle 24 ore
• segue percorsi previsti per l'urgenza

PERSONALE, STRUMENTI E
SERVIZI DIAGNOSTICI INDISPENSABILI:



7) Consulenze Specialistiche: sono disponibili d'urgenza analogamente a quanto previsto per i pazienti del Pronto Soccorso.

8) Cartella clinica : deve essere di facile compilazione e completa per ogni singolo bambino.

Alla dimissione viene rilasciata una relazione per la famiglia e per il PLS, con eventuali indicazioni da seguire.

PERSONALE, STRUMENTI E
SERVIZI DIAGNOSTICI INDISPENSABILI:



9) Archivio : completo, di facile consultazione, indispensabile ai fini statistici e utile a fornire, in tempi successivi, risposte di indagini ancora in corso al momento della dimissione

10) Una scheda di valutazione viene proposta ai genitori sulla qualità dell'attività medica , infermieristica e sull'accoglienza, con successiva consultazione telefonica a campione

FOLLOW-UP:



Terminata la degenza in OBI, il bambino dimesso sarà indirizzato :

1) Al PLS con relazione relativa al periodo di degenza

2) All' Ambulatorio Pediatrico Ospedaliero per controlli successivi

3) Ad Ambulatori o Day-Hospital di Alta Specialità per controlli successivi.

1° CONGRESSO NAZIONALE SIMEUP

Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica



12 - 14 Dicembre 2003
Centro Congressi Ergife Palace Hotel
Roma

Casi Osservati dal 01/01/2003 al 31/08/2003

Totale OB Reparto	2380	(100%)	
Dimessi	1977	(83,1%)	
Trasferiti	403	(16,9%)	
			Alta Specialità
			45
			Nefrologia 11
			Chirurgia 9
			Ematologia 5
			Cardiologia 4
			Mal.Infettive 4
			Otorinolaringoiatria 4
			Neurochirurgia 3
			Rianimazione 2
			Urologia 2
			Chirurgia Oncologica 1
Pediatria 358			



BURC n° 2/2005



**REGIONE CAMPANIA – ASSESSORATO ALLA SANITA’
SETTORE ASSISTENZA SANITARIA
SERVIZIO MATERNO INFANTILE**

**LINEE GUIDA REGIONALI PER L’OTTIMIZZAZIONE DELL’ASSISTENZA
OSPEDALIERA IN NEONATOLOGIA ED IN PEDIATRIA D’URGENZA**

Documento redatto a cura del
Gruppo Tecnico per l’ottimizzazione dell’assistenza ospedaliera in Pediatria e Neonatologia
(D.P.G.R.C. n. 73 del 17 febbraio 2004 e n. 189 del 17 marzo 2004)

1. SITUAZIONE ATTUALE

1. SITUAZIONE ATTUALE

1. SITUAZIONE ATTUALE

MUTAMENTO DELLE ESIGENZE SANITARIE

A) SOCIALE →

1. Ridotta la natalità
2. Aumenta età media delle primigravide
3. Entrambi i genitori lavorano - precariato
4. Aumento dei bambini affidati ad un solo genitore
5. Aumento dei nati da genitori migranti
6. Fine della famiglia patriarcale allargata
7. Aumento dell'ansia genitoriale
8. Medical shopping

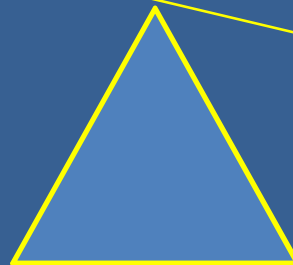
1. SITUAZIONE ATTUALE

MUTAMENTO DELLE ESIGENZE SANITARIE

B) PATOLOGIE

1. malattie infettive

- 2. malattie acute complesse
- 3. malattie croniche
- 4. danni post-traumatici dei bambini sopravvissuti ai politraumatismi;
- 5. problemi comportamentali e psichiatrici, soprattutto dell'adolescente



1. SITUAZIONE ATTUALE

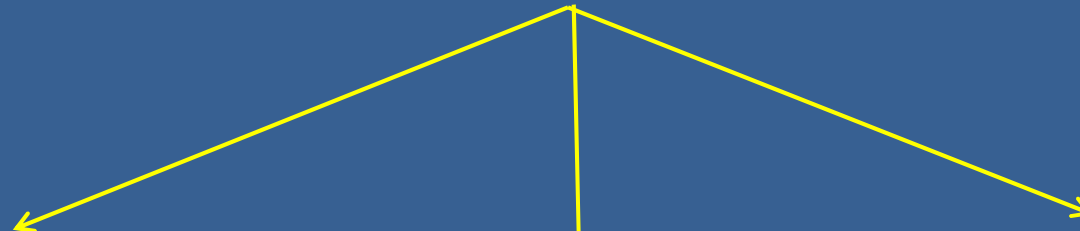
MUTAMENTO DELLE ESIGENZE SANITARIE

C) QUALE E' STATA LA "RISPOSTA SPONTANEA" DELLA PEDIATRIA ITALIANA

Influenze epigenetiche



"Disability free life expectancy"



BUONA
Qualità dell'assistenza
pediatrica

MIGLIORAMENTO
Pediatria Preventiva

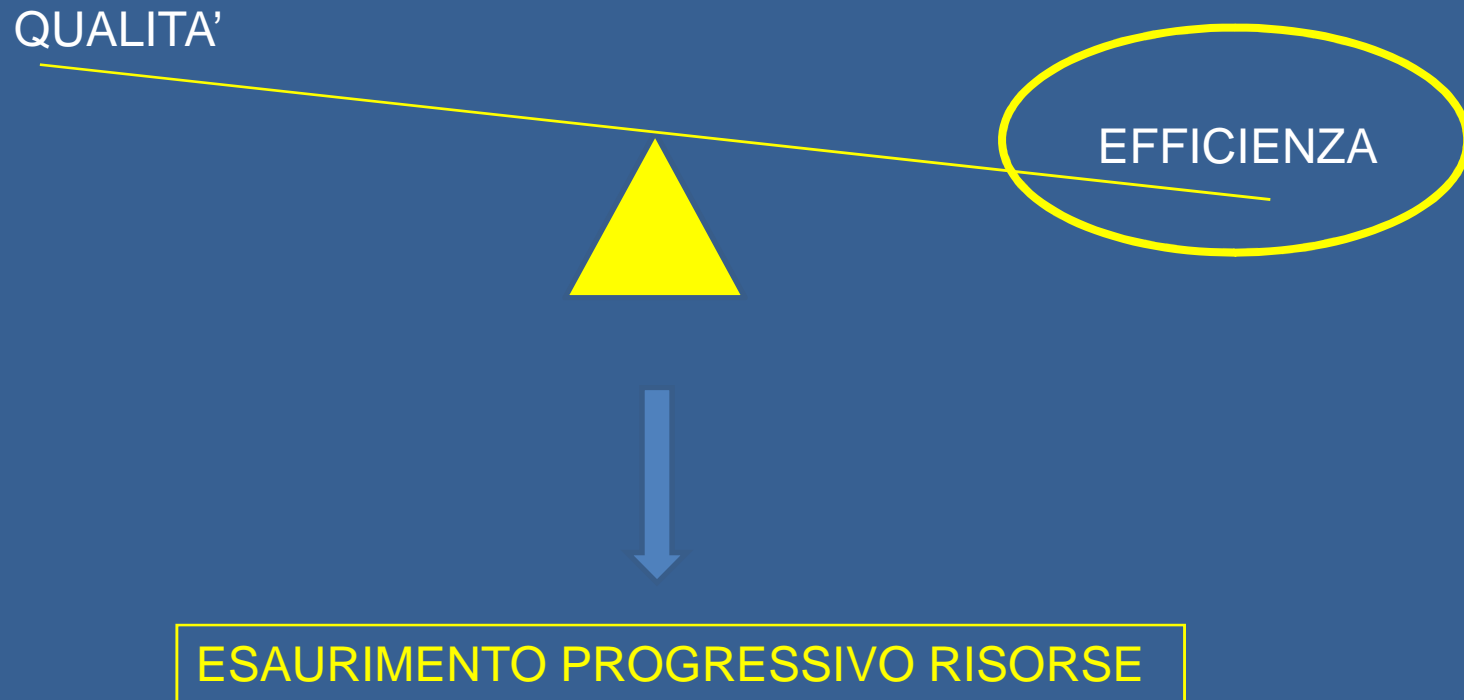
BASSI
Tassi di mortalità
neonatale e infantile

ma.....

1. SITUAZIONE ATTUALE

ma.....

PROBLEMA SANITARIO ITALIANO

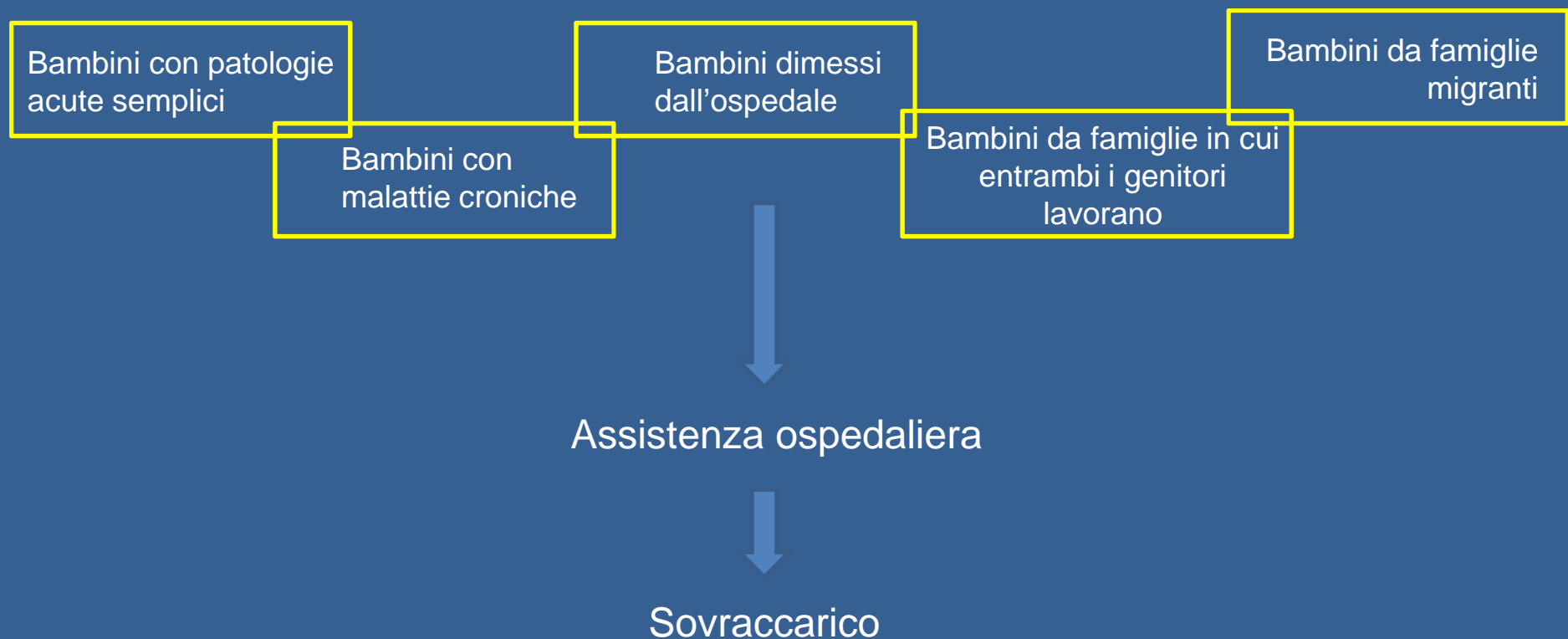


“Il problema centrale dell’assistenza pediatrica nel nostro Paese è quindi il mantenimento di elevati livelli qualitativi di efficacia con risorse più contenute, quindi con un aumento della efficienza”

1. SITUAZIONE ATTUALE

Perche?

1. Mancanza di continuità assistenziale a livello territoriale (notti, prefestivi e festivi)

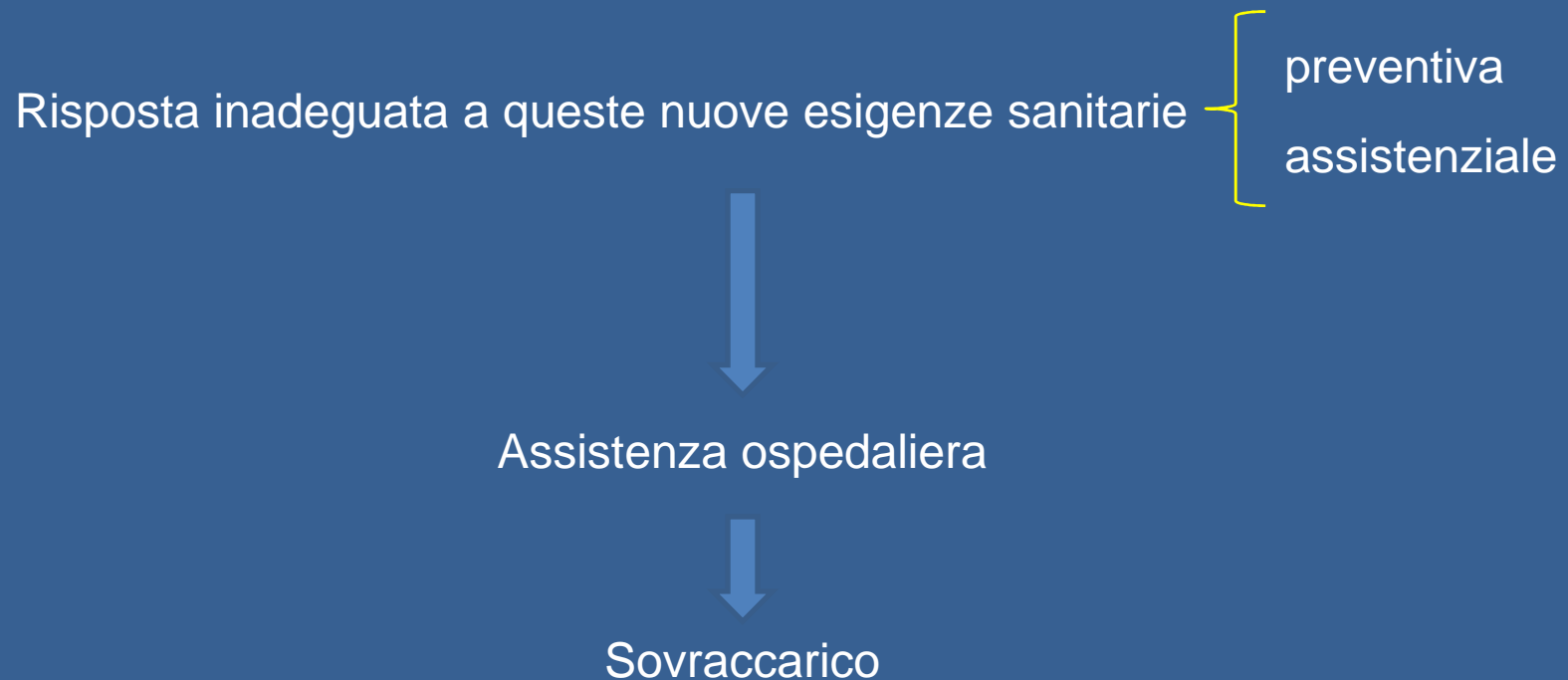


1. SITUAZIONE ATTUALE

Perche?

2. Carenza Organizzativa della Pediatria Territoriale

- a) ciascuno isolato nel proprio ambulatorio
- b) gli orari limitati di apertura
- c) concentrazione nelle aree urbane



1. SITUAZIONE ATTUALE

Perche?

3. Ospedali piccoli territoriali

Organico Insufficiente

Oltre 500 in Italia

Spesso in aree con meno di 500 nati/y

~~CSHN~~
~~CMC~~

Punto di riferimento per la popolazione

SUPPLENZA
alla

Mancanza di Continuita' Assistenziale
"motiva ma non giustifica" la
NON RIORGANIZZAZIONE

Spesa Sanitaria Inefficace
Comunque in Ospedale di 3° Livello

1. SITUAZIONE ATTUALE

Perche?

4. Carenza di Terapie Intensive (TIP) e SubIntensive Pediatriche (TSIP)

surrogata dalle Terapie Intensive dell'adulto



5. Mancanza centri di riabilitazione Pediatrica

Approccio olistico ospedaliero



2. ESPERIENZA SANTOBONO - NAPOLI

2. ESPERIENZA SANTOBONO - NAPOLI

2. ESPERIENZA PS SANTOBONO NAPOLI

ATTIVITA'
PRONTO SOCCORSO
SANTOBONO
2011



ACCESSI TOTALI = 105.508

2. ESPERIENZA PS SANTOBONO NAPOLI

ATTIVITA' PRONTO SOCCORSO SANTOBONO

2011

Assetto organizzativo



<i>richiesta dati</i>	<i>risposta</i>	<i>Note</i>
Triage informatizzato (Si /No)	SI	
Personale Inf. dedicato alTriage (Si /No)	SI	
n° Box Visite	5	
trauma Center (Si/No)	NO	PRESTO ATTIVAZIONE GIUSTO DECRETO COMMISSARIALE 49/2011 IN ATTESA FINANZIAMENTO
n° Medici dedicati al PS per turno diurno	5	3 PEDIATRI 1 CHIRURGO 1 ORTOPEDICO
n° Medici dedicati Al PS per turno notturno	4	2 PEDIATRI 1 CHIRURGO 1 ORTOPEDICO
presenza di un Chirurgo in PS almeno h12 (Si /No)	SI	
presenza di un Ortopedico in PS almeno h12 (Si /No)	SI	
presenza altro specialista in PS almeno h12 (Si /No)	SI	RADIOLOGO, RIANIMATORE, CARDIOLOGO, NEUROLOGO NEUROCHIRURGO
n° Il.PP. Pediatrici per turno diurno	6	
n° Il.PP. Pediatrici per turno notturno	5	
fast track ORL (Si /No)	SI	NON FORMALIZZATO
fast track OFT (Si /No)	SI	NON FORMALIZZATO
fast track Ortopedico (Si /No)	NO	PRESENTE IN PS
fast track DH Medico (Si /No)	NO	IN ATTIVAZIONE
Area Emergenze infettivologiche (Si /No)	NO	
Procedure Attive per la gestione del dolore? (Si /No)	SI	
Percorsi e accordi con pediatria territoriale	NO	

2. ESPERIENZA PS SANTOBONO NAPOLI

ATTIVITA' PRONTO SOCCORSO SANTOBONO 2011



Modalita' di Finanziamento / OBI

Finanziamento regionale per numerosità degli accessi Totali (No/SI) se SI specificare		
Finanziamento regionale per n° di Accessi non seguiti da ricovero(No/SI) se SI specificare	SI	80 EURO AD ACCESSO NON SEGUITO DA RICOVERO (DECRETO 42/2011)
Ticket per Accessi e Prestazioni non seguite da ricovero (No/SI) se SI riportare l'importo		
Altra modalità di finanziamento a funzione adottato dalla Regione per le attività di P.S. (No/SI)		VERIFICARE
OBI /Osservazione Temporanea gestita dal PS (Si/No)	SI	
se Si riportare il numero di casi trattati/anno non seguiti da ricovero	4343	
se Si riportare se disciplinata dalla normativa regionale		NON RICONOSCIUTA NE' TARIFFATA DALLA REGIONE
se si riportare normativa regionale		NON RICONOSCIUTA NE' TARIFFATA DALLA REGIONE
se si riportare le tariffe vigenti		NON RICONOSCIUTA NE' TARIFFATA DALLA REGIONE

2. ESPERIENZA PS SANTOBONO NAPOLI

ATTIVITA' PRONTO SOCCORSO

SANTOBONO 2011

Ambulatorio codici bianchi / Strutture Supporto al PS



Ambulatorio codici di minore gravità (Si/No)	SI	
se Si riportare il numero di casi trattati/anno non seguiti da ricovero	10.000	
Organizzazione Ambu Cod.Bianchi: Medici Coinvolti^ (A/B/C/D/D/E)	E	
Organizzazione Ambu Cod.Bianchi: giorni di apertura* (1/2/3/4/5)	4	
Organizzazione Ambu Cod.Bianchi: orarii di apertura (h6/h12/h24)	H12	

Se presente nella struttura OB pediatrica (cod.51 con apertura SDO) indicare n° Posti letto	NO	
Se presente nella struttura U.O. di Pediatria d'Urgenza indicare n° Posti letto	SI	24 PL
Se presente nella struttura U.O. di Pediatria d'Urgenza indicare n° Posti letto	24	
Se presente nella struttura U.O. di terapia intensiva pediatrica, indicare n° Posti letto	12	
Se presente nella struttura U.O. di terapia intensiva neonatale, indicare n° Posti letto	10	
Se presente nella struttura U.O. Centro ustioni indicare n° Posti letto (Si /No)	SI/NO	di I e II Livello di fatto, ma non riconosciuto
Indicare se presente nella struttura U.O. Tossicologia / Centro Antiveneni (Si /No)	NO	
Indicare se presente e attivabile h24 in urgenza il Servizio di dialisi (Si /No)	SI	IN LOCO
Indicare se presente e attivabile h24 in urgenza il Servizio di Terapia Iperbarica (Si /No)	SI	IN LOCO
Indicare se presente e attivabile h24 in urgenza il Servizio di endoscopia (Si /No)	SI	IN LOCO
Indicare se presente nella struttura Servizio Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) (Si /No)	SI	

2. ESPERIENZA PS SANTOBONO NAPOLI

ATTIVITA' PRONTO SOCCORSO SANTOBONO 2011



ACCESSI TOTALI = 105.508

n° accessi /Anno	105.508	
% codici Rossi	0,4%	380
% codici Gialli	7,3%	7.702
% codici Verdi	59,5%	62.819
% codici Bianchi	32,8%	34.607
% su totale per accessi non seguiti da ricovero	91,7%	96.751
% su dimessi dei rientri nelle 72 h per stessa patologia	nd	
% su totale degli accessi per Cause mediche	65%	68580
% su totale degli accessi per traumatismi e cause chirurgiche	35%	36928
% su totale degli accessi per avv./intossicazioni	0,95%	1001
% su totale degli accessi per Abusi e violenze	0,005%	5 casi segnalati dalla U.O. Med. Legale di cui 2 <i>Shake baby syndrome</i>

2. ESPERIENZA PS SANTOBONO NAPOLI

ATTIVITA' PRONTO SOCCORSO SANTOBONO 2011



RICOVERI ORDINARI – DAL P.S.

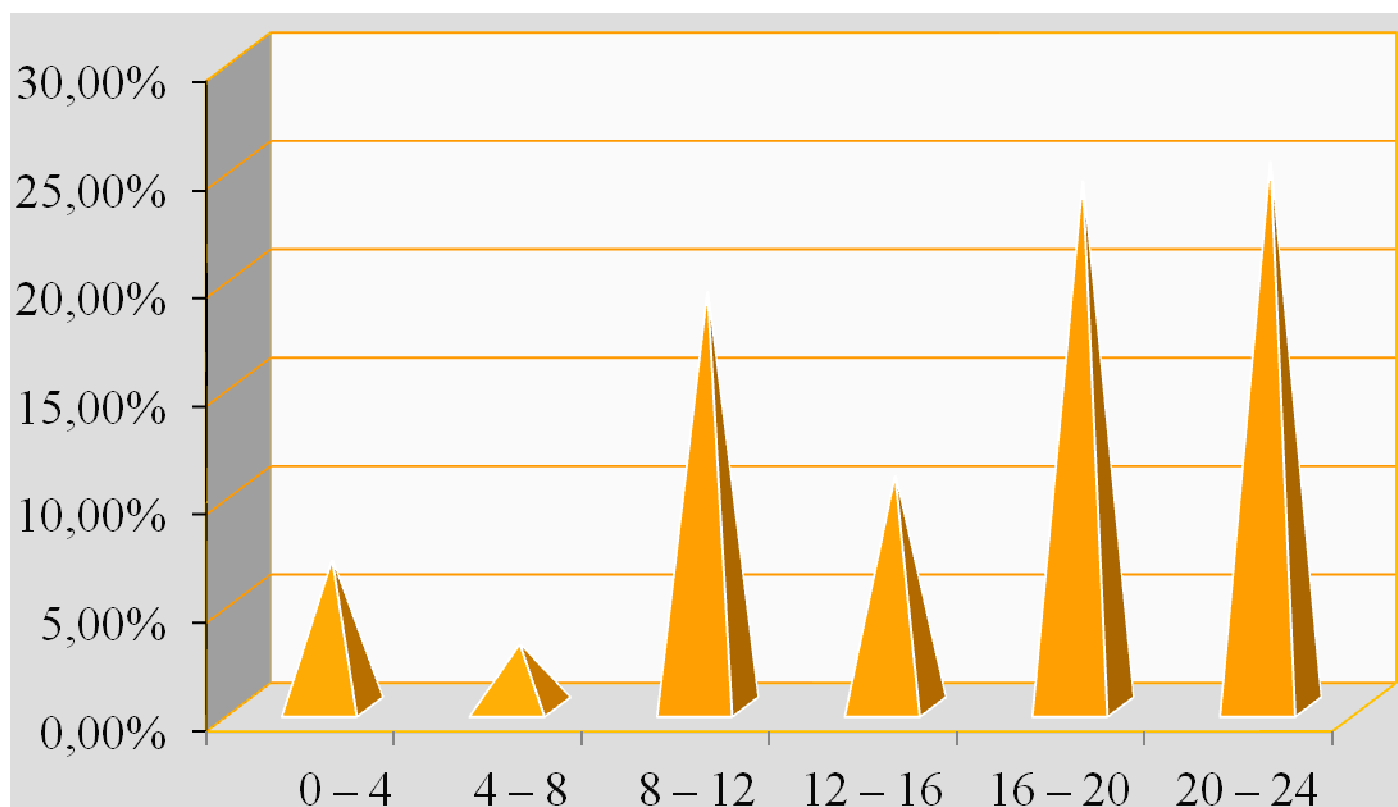
- TOTALI = 9737 (9,2% degli accessi)
- PEDIATRICI = 5627 (8,5% degli accessi)
- TRASFERITI IN ALTRI OSPEDALI = 1248

2. ESPERIENZA PS SANTOBONO NAPOLI

ATTIVITA' PRONTO SOCCORSO SANTOBONO 2011



ACCESSI PER FASCIA ORARIA

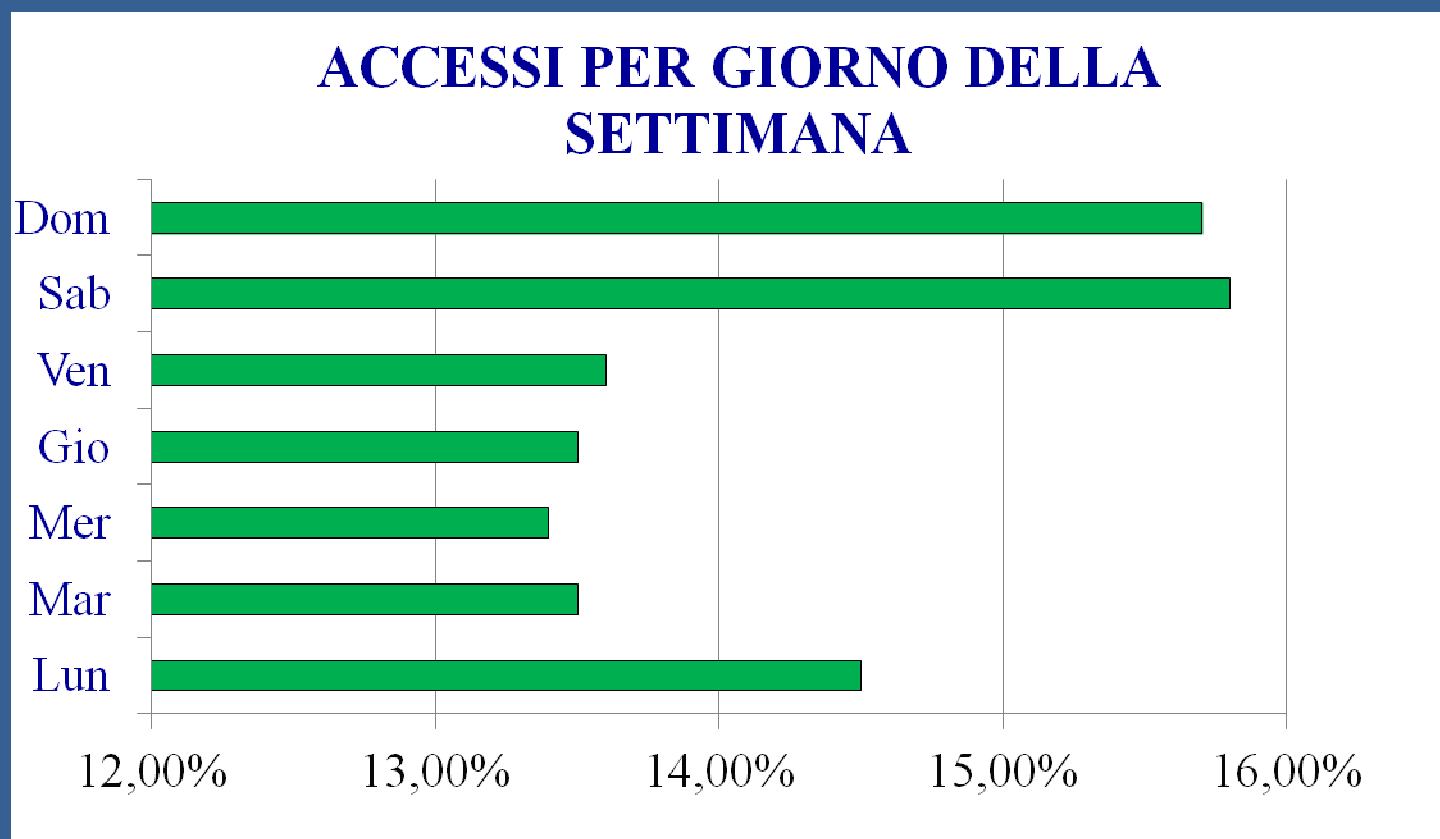


2. ESPERIENZA PS SANTOBONO NAPOLI

ATTIVITA' PRONTO SOCCORSO SANTOBONO 2011



ACCESSI PER GIORNO DELLA SETTIMANA

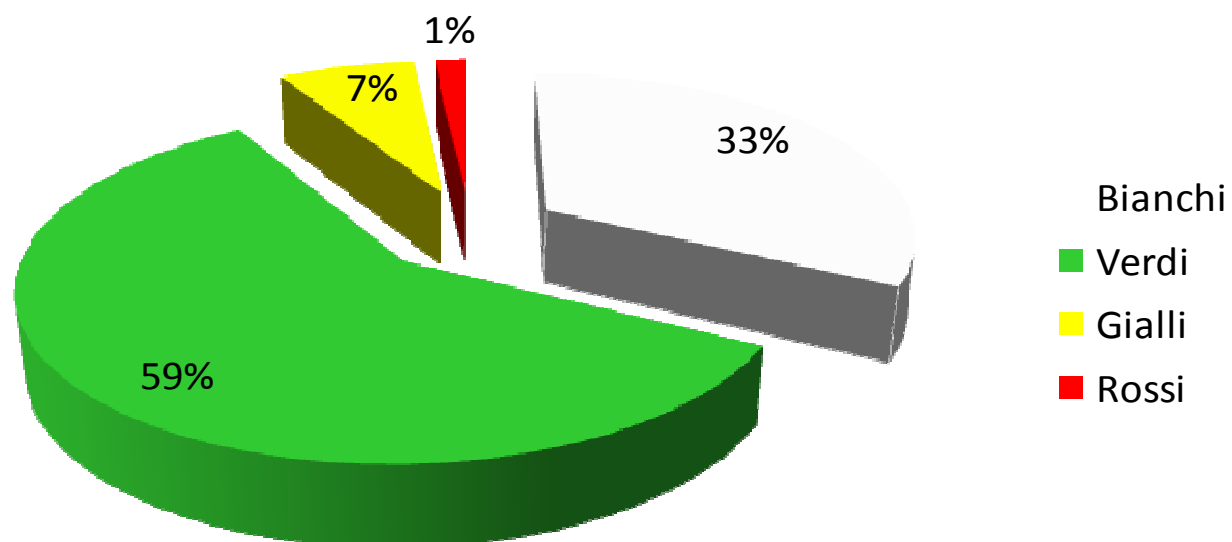


2. ESPERIENZA PS SANTOBONO NAPOLI

ATTIVITA' PRONTO SOCCORSO SANTOBONO 2011

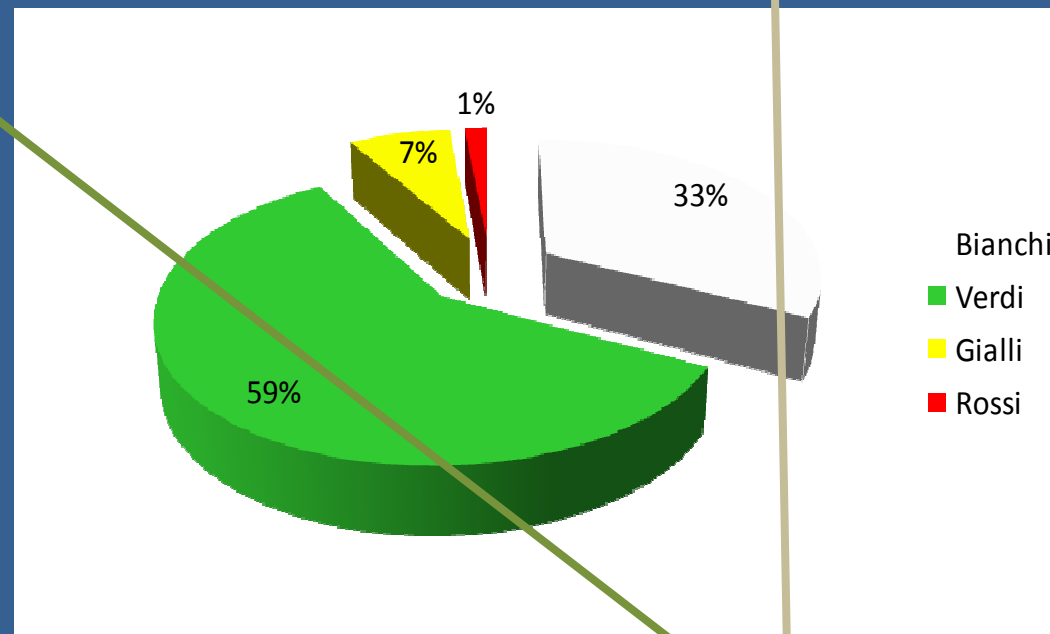


ACCESSI PER CODICE DI GRAVITA'



2. ESPERIENZA PS SANTOBONO NAPOLI

ACCESSI TOTALI: 105.508



-91%

RICOVERI TOTALI = 9737

3.PROPOSTA

3.PROPOSTA

Riorganizzazione della rete pediatrica

3.PROPOSTA

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

3.PROPOSTA SIP

1. Centri Territoriali per l'Assistenza Socio-sanitaria Pediatrica (CTASP)

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

3.PROPOSTA

1. Centri Territoriali per l'Assistenza Socio-sanitaria Pediatrica (CTASP)

Organizzazione del CTASP

- L'integrazione in centri territoriali di medicina generale
- Riconvertire in CTASP i reparti pediatrici non più utilizzati in quanto non possiedono le caratteristiche sanitarie.
- UU.OO. di pediatria che non garantiscono la guardia attiva h24, le emergenze urgenze ed appropriati volumi di attività assistenziale qualificata devono essere accorpate alle UOC di pediatria

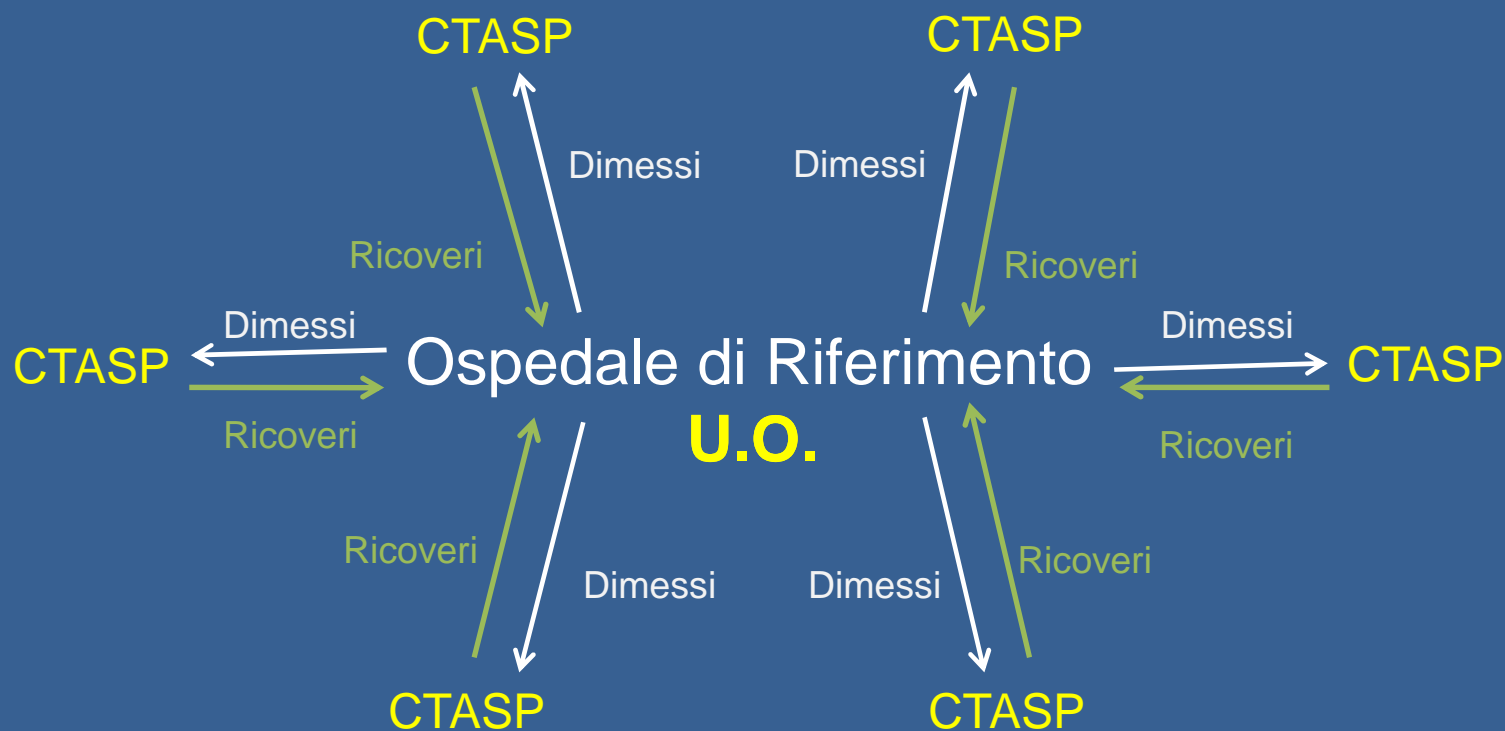
Nei CTASP:

- 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
- Dirigenti pediatri che lavorano in UU.OO "inadeguate" potranno confluire nelle UO o trasferimento nell'ambito delle CTASP

3.PROPOSTA

1. Centri Territoriali per l'Assistenza Socio-sanitaria Pediatrica (CTASP)

Rete "Hub and Spoke"



"Patient Management"

3.PROPOSTA

2. 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.

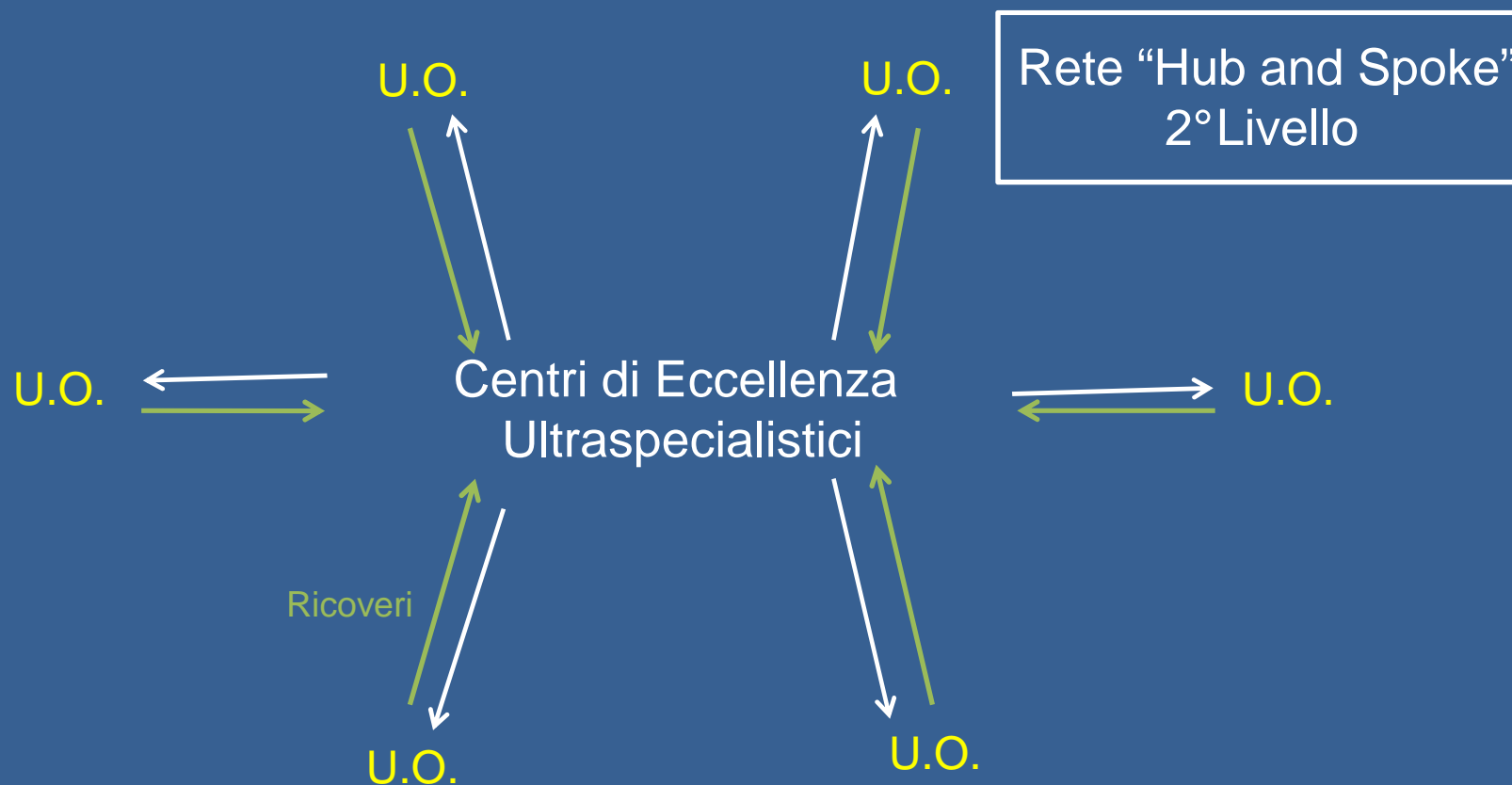


In una stessa Regione devono essere disponibili tutte le discipline specialistiche pediatriche di cui all'elenco sopra riportato

3.PROPOSTA

3. 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) alle malattie rare,
- 3) alla chirurgia specialistica
- 4) all'area onco-ematologica
- 5) a quella dei trapianti di organo

3.PROPOSTA

4. Centri di Nascita

D.m. 2010 : “ L’organizzazione del percorso nascita e l’assistenza materna e neonatale”

accorpamento graduale dei centri nascita con un numero di nati inferiore a 1000/anno

Tipologia dei centri nascita in **due livelli**

I Livello: gravidanze e nascita con basso rischio e con età gestazionale superiore a 34 settimane di età gestazionale ed

II Livello: con presenza nel presidio di una unità di Terapia Intensiva Neonatale, in grado di prestare assistenza a neonati di qualsiasi età gestazionale e peso alla nascita.

RISULTATI:

guardia attiva pediatrica 24 ore su 24 in tutti i centri nascita

rendere disponibili risorse di personale

OBIETTIVI SECONDARI:

riduzione della percentuale di tagli cesarei elettivi

promozione dell’allattamento materno

reti per il trasporto materno delle gravide a rischio di parto pretermine (STAM)

per il trasporto neonatale in emergenza (STEN).

CTASP anche il follow-up multidisciplinare per il neonato pretermine o a rischio di patologia perinatale e neonatale fonte di disabilità.

4. DISCUSSIONE

4. DISCUSSIONE

4.DISCUSSIONE

IL PRONTO SOCCORSO E' PEDIATRICO !

*Azienda di 3° livello non può lavorare con oltre 80 % di accessi impropri
Bianchi 30%; Verdi 60%; Gialli 8-9%; Rossi 0.5-1%. Di cui per fasce orarie anche
durante l'apertura degli studi dei pediatri di famiglia e di cui il 95% accessi
spontaneo*



Perdita della centralita' del
pediatra

Esperimenti sono stati fatti per togliere i codici bianchi dal ps con varie proposte non organizzate ma autonome

4.DISCUSSIONE

Come ridare centralita' al pediatra in Pronto Soccorso?

- 1) Riduzione degli accessi impropri al PS
- 2) Riaffermare il ruolo del pediatra come specialista del bambino anche in ospedali generalisti
- 3) Implementazione degli organici di Pronto Soccorso e di Emergenza
- 4) Implementazione degli spazi e dei servizi dell'Emergenza
- 5) Attenta valutazione dei carichi di lavoro in PS ed in Emergenza
- 6) Revisione del Triage

4.DISCUSSIONE

Come ridare centralita' al pediatra in Pronto Soccorso?

- 7) Disponibilita' di un numero idoneo di posti letto per il PS, OB, Pediatria d'Urgenza
- 8) Integrazione completa ed efficace tra territorio ed ospedale ed ospedali di 1° e 2° livello con ospedali di 3° livello mediante percorsi concordati e validati
- 9) Ticket per fascia di reddito per i codici di minore gravita'?
- 10) Ticket per prestazioni in emergenza diversi dalla visita (ecg, eco, etc...), non seguite da ricovero e per fasce di reddito
- 11) NO alla figura del medico unico dell'emergenza per adulti e bambini
- 12) Alta specializzazione dell'Emergenza Pediatrica

4.DISCUSSIONE

Come ridare centralita' al pediatra in Pronto Soccorso?

- 13) Formazione continua e certificata del Pediatra dell'Emergenza
- 14) Attenzione elevata per le fasce deboli e per bambini e/o famiglie fragili
- 15) Attenzione elevata per problemi sociali emergenti quali alcol, droga, maltrattamento, abuso e disagio degli adolescenti
- 16) Attenzione a malati acuti complessi sia in termini di stabilizzazione che di appropriatezza del ricovero
- 17) Spostamento periodico di personale medico ed infermieristico tra le diverse realta' del dipartimento di Emergenza
- 18) Implementazione di Unità di TIP e TSIP gestite dai pediatri dell'Emergenza

5.CONCLUSIONI

Conclusioni

- 1 organizzare attività pediatrica su tutto l'ambito territoriale
- 2 evitare "squilibri lavorativi"
- 3 ottimizzare le competenze lavorative
- 4 evitare prestazioni a finalistiche
- 5 riduzione spesa sanitaria con ottimizzazione risorse
- 6 strumento di controllo in rete delle prestazioni effettuate ai pazienti

RICONQUISTA DEL RUOLO DEL PEDIATRA
RICONQUISTA DEL RUOLO DI UN OSPEDALE DI 3° LIVELLO

Grazie per l'attenzione!

XXIV Congresso Nazionale
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

BAMBINI DI VETRO

12 - 15
Settembre
2012
Grand Hotel
Vanvitelli
Caserta

