



XLIX
CONGRESSO
NAZIONALE
AIEOP

Gestione delle emergenze in OEP

Federica Perigli

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Bologna, 2 Ottobre 2024



La sottoscritta Perigli Federica

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009,

dichiara

- ☒ *che negli ultimi due anni NON ha avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario*
- ☐ *che negli ultimi due anni ha avuto rapporti diretti di finanziamento con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:*
-
 -
 -



Il ***paziente oncoematologico*** è un paziente complesso dal punto di vista assistenziale a causa del decorso della patologia e degli effetti dei trattamenti chemioterapici.

E' perciò una tipologia di paziente ad ***alto rischio*** che può presentare emergenze cliniche e necessitare quindi in molte occasioni di ***terapia intensiva***.



OBIETTIVO STUDIO

Studiare la gestione delle
emergenze cliniche in ambito
oncoematologico pediatrico nei
vari centri AIEOP

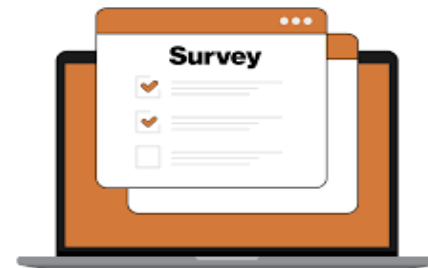


METODO DI STUDIO

1. *Revisione* della letteratura



2. *Survey* nazionale (espressione del consenso al trattamento dei dati raccolti)



3. *Raccolta* dati



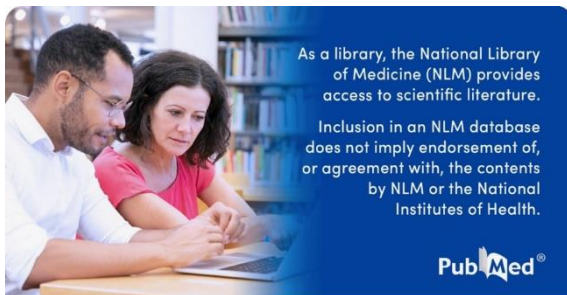


REVISIONE LETTERATURA

Stringa di ricerca



- articoli totali trovati: 177
- articoli selezionati di pertinenza: 9



(pediatric OR paediatric OR child* OR "young adult") AND (cancer OR tumor OR neoplasms OR oncology OR hematology OR haematology) AND ("intensive care unit" OR "intensive care") AND ("general ward" OR "standard ward" OR "care") AND ("patient management" - Search Results - PubMed
nlm.nih.gov

Risultati conclusivi

- paziente fragile da ogni punto di vista
- trasferimento direttamente in terapia intensiva.



STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE

Obiettivo: descrivere la gestione del paziente critico onco-ematologico pediatrico nei centri AIEOP

considerando le variabili, i rischi o eventuali benefici che derivano da un trasferimento in un setting diverso da quello di appartenenza

Materiali e metodi: survey nazionale, questionario composto da 22 domande

Target: rappresentanti centri AIEOP





RISULTATI: centro AIEOP di appartenenza

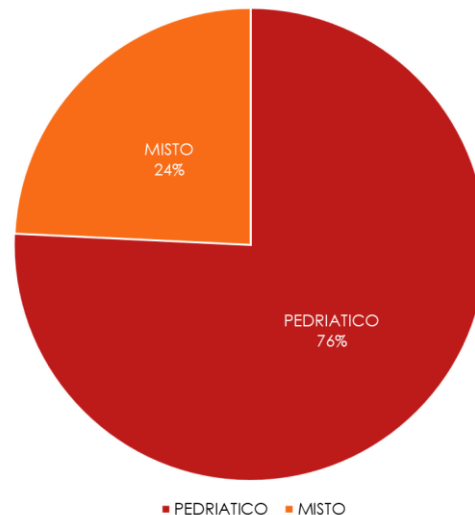
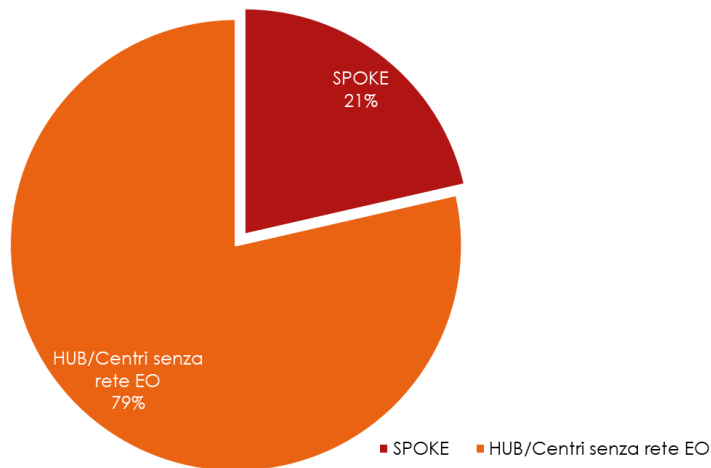


Risposte pervenute da **33 centri AIEOP** (referenti infermieristici), appartenenti a **27 città**, in quanto in 6 casi abbiamo centri differenti per la stessa città oppure U.O. dislocate diversamente nello stesso Centro.



RISULTATI: tipologia di centro

Il **79%** dei centri sono *HUB* o
Centri senza rete EO
Il **21%** sono invece *SPOKE*.

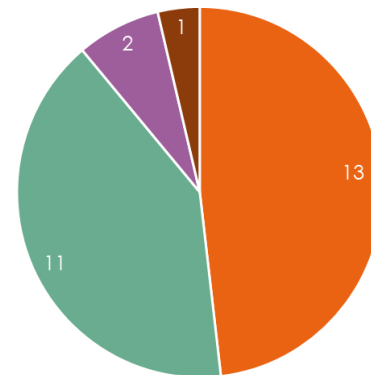
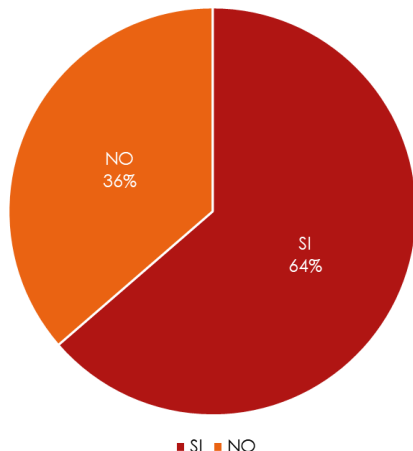


Il **76%** dei partecipanti sono
appartenenti ad un *centro*
pediatrico, il **24%** ad un *centro*
misto.



RISULTATI: presenza reparto di Rianimazione

Nel **64%** dei centri AIEOP è presente un reparto di *rianimazione pediatrica*.



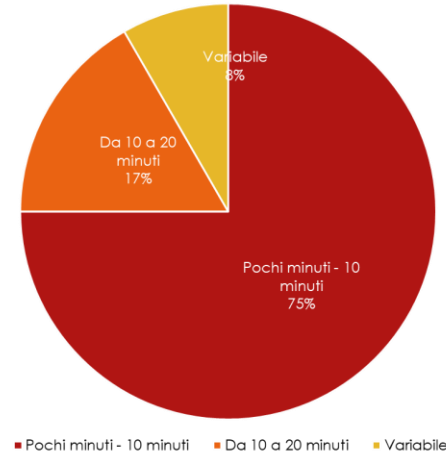
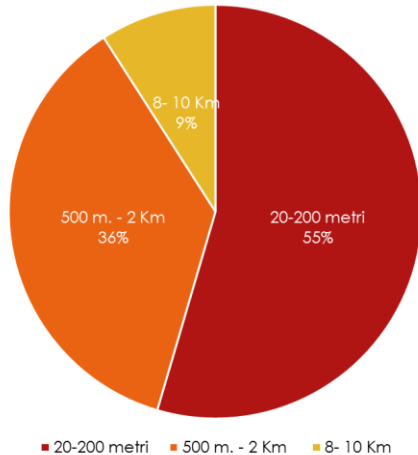
- Stesso Padiglione
- Padiglione differente
- Imprecisato
- Altro presidio ospedaliero, stessa azienda

Solo in **13** centri AIEOP il reparto di rianimazione è collocato nello *stesso padiglione*.



RISULTATI: caratteristiche circa l'accessibilità nel reparto di rianimazione, per coloro che sono in un padiglione differente (ma stesso Centro)

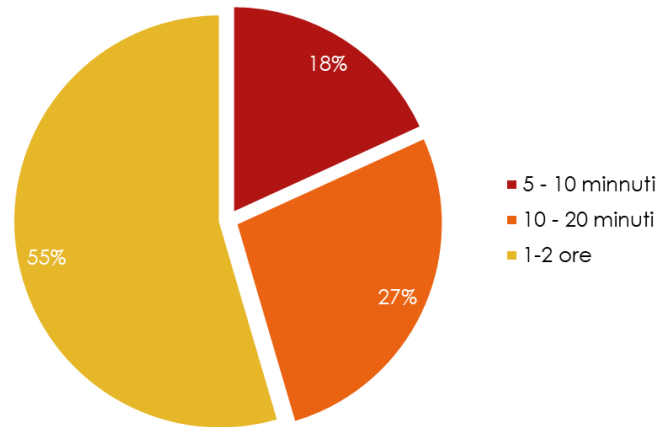
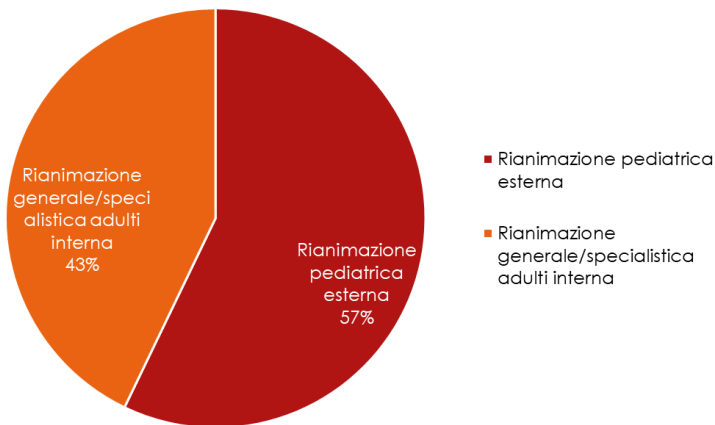
DISTANZA: Solo nel **55%** dei centri il reparto di rianimazione si trova tra i **20 e 200 metri** di distanza.



TEMPO: il **75%** riesce a trasferire un paziente critico in rianimazione con una tempistica che varia da **pochi a 10 minuti**. Laddove il trasferimento è in un UTI esterna, i tempi sono ovviamente più lunghi, nel **60%** dei casi **1-2 ore**.



RISULTATI: scelta tipo di rianimazione per quei centri in cui non è presente un UTI pediatrica

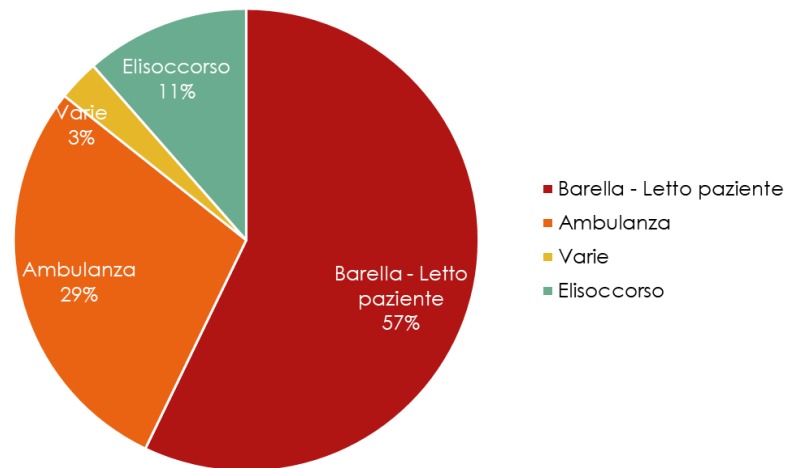


Il **57%** dei centri in cui *non è presente UTI pediatrica* trasferisce il paziente in una *rianimazione pediatrica esterna*, di questi solo il **18%** impiega un tempo *minore o uguale a 10 minuti*.



RISULTATI: mezzo utilizzato per il trasferimento

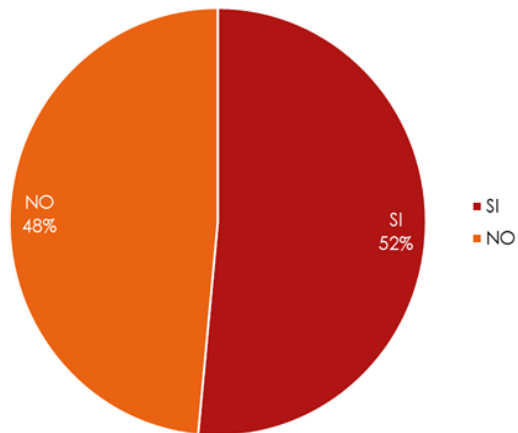
Il **57%** dei centri utilizza come mezzo di trasferimento **la barella**, laddove possibile. Per chi invece è costretto ad uscire dal padiglione o dal centro, a seconda della distanza e della criticità del paziente sceglie o **l'ambulanza (29%)** o **l'elisoccorso (11%)**.



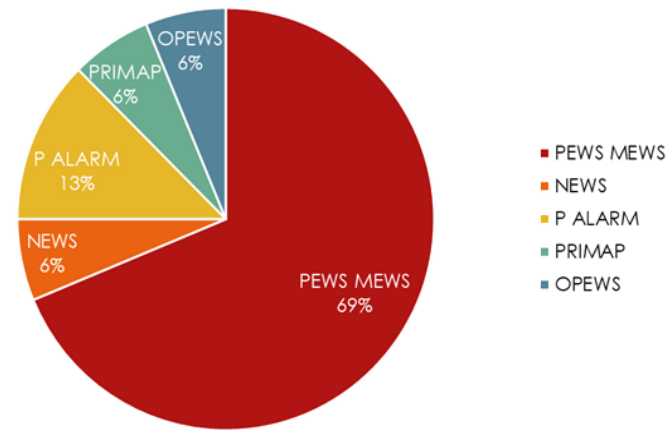


RISULTATI: valutazione paziente critico

Il **52%** dei centri utilizza *scale di valutazione* per identificare precocemente il deterioramento delle condizioni del paziente.



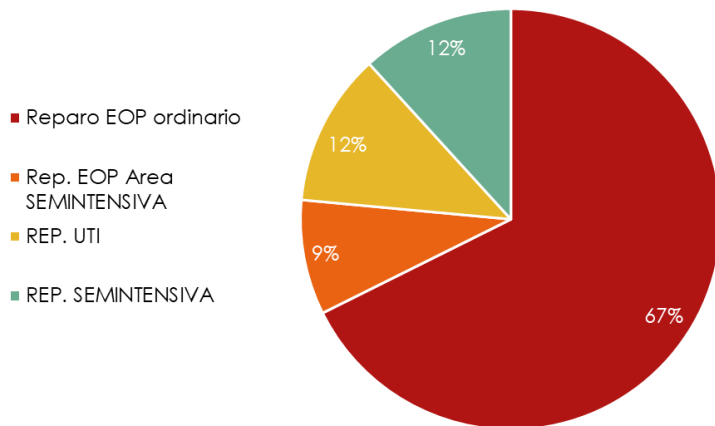
... il **69%** di questi utilizza lo score *PEWS/MEWS*.



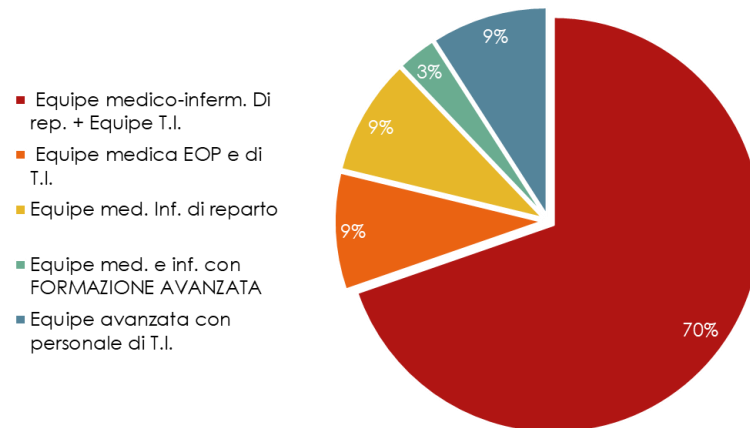


RISULTATI: gestione trasferimento

Nel **67%** dei centri il paziente oncoematologico che necessita di **assistenza semintensiva** è gestito nel reparto ordinario di oncoematologia

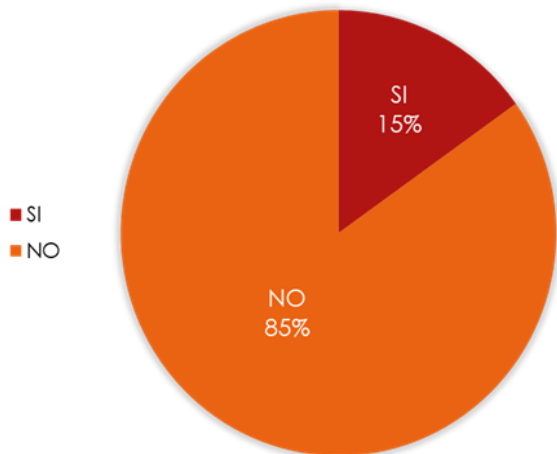


Nel **70%** dei centri la decisione del trasferimento del paziente critico viene presa **in collaborazione**, dall'equipe di reparto e quella di terapia intensiva.

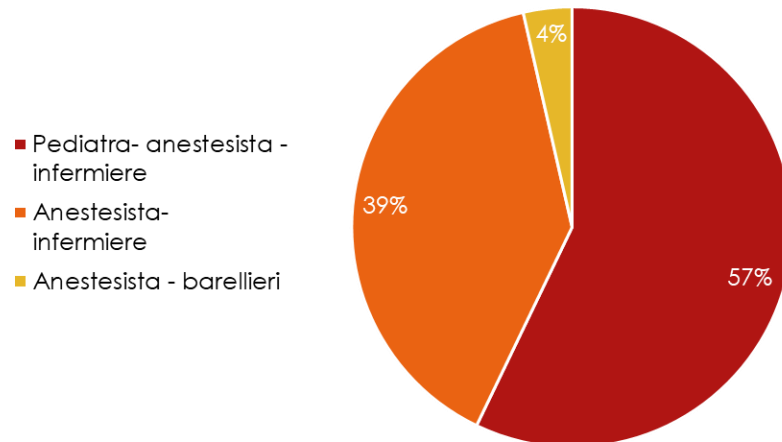




Solo nel **15%** dei casi esiste un **team dedicato** al trasferimento del paziente critico.



In quei centri in cui **non** esiste nel **57%** dei casi **Pediatra-Anestesista-Infermiere** si occupano del trasferimento.
Nel **4%** la **figura infermieristica non viene coinvolta**.

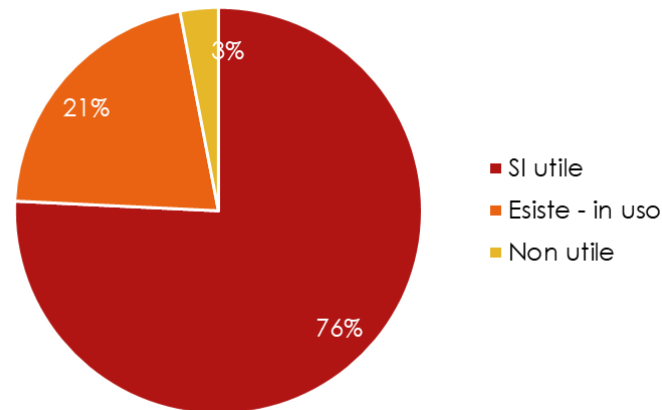




RISULTATI: scheda di trasferimento/algorithmo

Nella maggior parte dei centri (*circa il 60%*) *non esiste una scheda di trasferimento paziente* o comunque qualcosa di simile, contenente dettagli riguardo la sua patologia e le sue criticità cliniche.

Il **79%** dei centri *non possiede un algoritmo* da seguire per il trasferimento in terapia intensiva. Di questi, il **97%** ne riterrebbe utile la stesura.





CONCLUSIONI

La *gran parte dei centri partecipanti* gestiscono le emergenze oncoematologiche in maniera uniforme:

- presenza di *rianimazione pediatrica* nella *stessa struttura*;
- *distanza* reparto e UTI tra *20 e 200 metri*;
- *tempo* impiegato per trasferimento fino a 10 minuti;
- mezzo utilizzato *barella*;
- utilizzo *scale di valutazione*, PEWS/MEWS;
- *decisione* di trasferimento in collaborazione tra *equipe di reparto e di rianimazione*;
- *team dedicato* al trasferimento: *pediatra-anestesista-infermiere*;
- *inesistenza* di un *algoritmo*, ritenuto *utile* da quasi tutti i centri.



Da *non sottovalutare* però che esistono centri in cui non è presente un UTI pediatrica, quindi:

- *trasferimento* in un *altro centro*;
- *allungamento tempistica trasferimento (1-2 ore)*;
- *mezzo* utilizzato *ambulanza*, in pochi casi elisoccorso.

CONCLUSIONS

- 1.
- 2.
- 3.





BUONI PROPOSITI PER IL FUTURO

Creazione di un ALGORITMO standardizzato (considerando le caratteristiche dei vari centri in studio), da utilizzare con lo scopo di *migliorare l'assistenza al paziente oncoematologico critico* e conseguentemente la sua *prognosi*.

Pertanto chiediamo la disponibilità dei GdL interessati a collaborare!





COLLABORAZIONI



Revisione

Macchi S.
Antenucci E.
Lupo T.
Perigli F.

Survey

Botta D.
Amicucci M.
Nicolini N.
Mastria A.
Zibaldo A.
Balboni E.
Canesi M.



THANK
YOU!