

*Ai miei genitori Bettino e Teresa,
alla mia famiglia e a Lorenzo compagno di vita,
Grazie per avermi sostenuta e per aver creduto sempre in
me, Vi Amo.
Roberta*

INDICE

	Pag.
➤ <u>Introduzione</u>	4
➤ <u>Capitolo 1. Introduzione al triage</u>	8
1.1. Excursus storico.....	8
1.2. Riferimenti Legislativi.....	11
1.3. Tipi di triage.....	16
1.4. Obiettivi del triage.....	19
➤ <u>Capitolo 2. La figura professionale dell’infermiere triagista sul paziente pediatrico</u>	21
2.1. L’infermiere triagista.....	21
2.2. Ruolo dell’infermiere triagista sul paziente pediatrico.....	24
2.3. Differenze Adulto-Bambino.....	30
➤ <u>Capitolo 3. Accessi e organizzazioni Regionali, Provinciali e Nazionali dei pronto soccorso pediatrici</u>	39
3.1. Pronto soccorso “Pietro Barilla”Prama, caratteristiche e accessi.....	39
3.2. Pronto soccorso in Italia, punto di riferimento per i genitori italiani.....	44
3.3. Associazionismo pediatrico nella provincia di Parma.....	47
➤ <u>Capitolo 4. Accessi pediatrici ai servizi emergenza-urgenza Ospedale di Vaio</u>	51

	Pag.
4.1. La funzione pediatrica dell'ospedale di Fidenza.....	51
4.2. Analisi statistica relativa all'età degli assistiti dal 2011 al 2013.....	57
4.3. Analisi statistica del triennio, rappresentazione dei dati con tabelle.....	58
➤ <u>Capitolo 5. Conclusioni</u>	65
5.1. Considerazioni ai dati riportati.....	65
➤ <u>Bibliografia</u>	67

INTRODUZIONE

La scelta di quest'argomento tesi è stata dettata non solo dall'enorme importanza che riveste il triage nell'ospedale ma anche dal fatto che al suo interno c'è l'analisi dei bisogni, l'identificazione delle priorità e la definizione degli obiettivi.

Il termine "*trriage*" deriva dal francese "*trier*" che significa scegliere, selezionare. Il triage è una metodica che permette di identificare in Pronto Soccorso (PS) le priorità dei pazienti che hanno bisogno di un intervento immediato, da quelli che possono attendere, in quanto la loro patologia non comporta un rischio di vita. Esso rappresenta una vera e propria selezione e nasce dalla sproporzione tra numero di operatori sanitari e sale da visita da una parte, e un numero di pazienti che chiedono assistenza dall'altra¹.

La possibilità di poter selezionare in P.S. gli utenti che vi affluiscono attribuendo una priorità di accesso in base alla gravità, permette di

¹Gruppo Formazione Triage. Triage infermieristico. McGraw-Hill 2th ed: Milano; 2005

offrire un miglior servizio sia per il cittadino che per l'operatore sanitario.

Ciò ha lo scopo di ridurre il sovraffollamento, evitando la legge dell' "avanti a chi tocca" dando priorità alla gravità della patologia.

In Italia un cittadino su due si rivolge al P.S. almeno una volta l'anno e, per il futuro, si prevede un ulteriore aumento dell'incidenza. L' introduzione della funzione di triage operata alla porta in P.S. da infermieri Professionali, non è la sola risposta al problema del sovraffollamento, ma può contribuire a mantenere l'efficienza di queste strutture a fronte di un sovraccarico di lavoro causato dall'eccessiva richiesta dell'utenza e/o sottodimensionamento della struttura stessa.

Lo studio, oggetto della tesi, sviluppa il profilo professionale dell'infermiere secondo il D.M. n°739/ 14 Settembre 1994, dove, "l'infermiere identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi, pianifica-gestisce-valuta l'intervento assistenziale infermieristico.

Parlando di Triage si andrà ad analizzare: riferimenti legislativi relativi al Triage stesso, la storia e la motivazione per la quale è stato ideato, il Triage militare, che è stato il padre dell'attuale Triage, le finalità del

Triage all'interno del DEA, le caratteristiche del personale addetto al triage, i requisiti richiesti e la formazione, l' utilizzo della scheda di triage ed infine il Triage pediatrico, con relativi esempi nell'assegnazione dei codici di priorità, che verrà trattato nello specifico, e con riferimento all'azienda ospedaliera di Vaio, Fidenza.

Nella parte finale si tratterà il processo di Triage pediatrico, così definito nei suoi presupposti storico culturali e nelle sue procedure operative, in quanto strumento essenziale per una migliore organizzazione assistenziale delle Unità Operative di Pediatria, dei Pronto Soccorsi Pediatrici, dei Pronto Soccorsi Generali e dei DEA.

Si propone inoltre di essere un valido supporto per una efficace attuazione di qualsiasi forma di associazionismo tra i Pediatri di Famiglia, nel cui ambito è sempre più importante la competenza infermieristica. La rigorosa applicazione di tale metodologia di accesso alla prestazione medica è fondamentale per l'individuazione della criticità, la razionalizzazione dei ricoveri, la promozione di nuove forme assistenziali, l'auspicata regolamentazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle prestazioni erogate, e non ultimo, per un corretto approccio relazionale che tenga conto delle composite esigenze dell'utenza.

Capitolo 1

INTRODUZIONE AL TRIAGE

1.1. Excursus storico

Il termine sanitario Triage nasce come evoluzione del soccorso extraospedaliero².

Nei tempi antichi già l'esercito romano poteva vantare una vera e propria struttura organizzata di soccorso, dove l'assistenza ai feriti avveniva direttamente sul campo di battaglia avendo in dotazione cassette di pronto soccorso contenenti strumenti chirurgici, bende e linimenti.

In epoca napoleonica nelle sanguinose guerre che si verificarono, il chirurgo capo dell'armata francese, il barone Jean Dominique di Larrey, ebbe l'intuizione di organizzare i soccorsi ai soldati feriti sul campo con criteri antitetici ai nostri: scelse, infatti, di soccorrere per primi quelli che avevano subito lesioni meno gravi sia per una prognosi più favorevole sia perché erano più rapidamente recuperabili per la battaglia.

La “selezione”, ciò che noi chiamiamo “*Triage intraospedaliero*” venne effettuata con modalità simili a quelle odierne durante il primo conflitto

²Costa M. Il triage. McGraw-Hill Libri Italia: Milano; 1997

mondiale: era la fase della “*cernita*” dei feriti, effettuata al posto di medicazione, che era la prima stazione di soccorso e smistamento. Qui venivano utilizzate delle così dette “*tabelline diagnostiche*” con codici colore di priorità.

Tali tabelline diagnostiche erano bianche con due tagliandi uno rosso ed uno verde: qui si scrivevano tutte le indicazioni del ferito riguardanti il Corpo d’Armata, il Reggimento od il Corpo a cui apparteneva, nonché la lesione riportata, le medicazioni o le operazioni praticate. Infine, si indicava se il ferito era trasportabile o no. Sul tagliando verde era scritto trasportabile, sul tagliando rosso non trasportabile, quindi si staccava l’uno o l’altro a seconda che il ferito era o non era trasportabile. Inoltre ai feriti a cui occorreva un soccorso urgente dopo la prima medicazione o intervento praticato si aggiungeva un’altra tabellina bianca su cui vi era scritto appunto urgente. La tabellina diagnostica, completata di tutte le notizie occorrenti, veniva appesa alla giubba o al cappotto del ferito e messa bene in mostra.

Veniva quindi utilizzato il termine italiano “*cernita*”, dal latino “*cernere*” che significa scegliere, selezionare, accorgersi, capire, deliberare, decidere... (Castiglioni, vocabolario della lingua latina).

Tuttavia, pur avendo nella nostra storia italiana un antenato dell'attuale scheda di triage (tabellina diagnostica) ed un termine italiano appropriato per la funzione di Triage (cernita), in epoca più recente si scelse di utilizzare un termine francese per selezionare i malati che affollavano il Pronto Soccorso.

L'evoluzione moderna di *Triage*, intesa quale funzione nei Pronto Soccorso, risale agli anni '60, quando negli Stati Uniti, a causa dell'assenza di una copertura sanitaria gratuita, la maggioranza della popolazione affollava i Pronto Soccorso in cerca di cure gratuite; tale situazione causò un enorme sovraffollamento, con un'incidenza sempre più alta di casi non urgenti e con la dilatazione dei tempi di attesa; andò così aumentando il tasso di abbandono per le lunghe attese con un'evoluzione del rischio clinico: cure non erogate o erogate in ritardo a pazienti che necessitavano di assistenza. L'esigenza, quindi, di “mettere in ordine” nell'erogazione di assistenza portò (prima gli USA e poi gli altri paesi industrializzati) a sviluppare sistemi di codifica basati sulla gravità di presentazione, “*triage acutysystem*”, inizialmente organizzati su tre livelli di priorità.

1.2. Riferimenti legislativi

Il primo riferimento normativo sul triage in Italia è il D. P.R del 1992, nel quale si introduce il concetto di codice di priorità di assistenza sanitaria :

Articolo5

Disciplina delle attività

- 1. Gli interventi di emergenza sono classificati con appositi codici. Il Ministro della sanità, con proprio decreto da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione del presente atto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, stabilisce criteri e requisiti cui debbono attenersi le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella definizione di tale codificazione, anche ai fini delle registrazioni necessarie per documentare le attività svolte e i soggetti interessati.*
- 2. L'attività di soccorso sanitario costituisce competenza esclusiva del Servizio sanitario nazionale. Il Governo determina gli standard tipologici e di dotazione dei mezzi di soccorso ed i requisiti professionali del personale di bordo, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni.*
- 3. Ai fini dell'attività di cui al precedente comma, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi del concorso di enti e di associazioni pubbliche e private, in possesso dell'apposita autorizzazione sanitaria, sulla base di uno schema di convenzione*

definito dalla Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministro della sanità.

Nel maggio 1996 si ha una rivoluzione legislativa molto importante con la pubblicazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza-urgenza sanitaria (Gazzetta Ufficiale n°114 del 17/05/1996), in quanto si prevede, per la prima volta in Italia, l'uso della funzione di triage nelle strutture di emergenza. In questo documento la sezione dedicata al triage recita testualmente:

“all’interno del DEA deve essere prevista la funzione triage, come primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti, in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio”³.

Questo documento tratteggia le 2 fasi di intervento del sistema dell'emergenza/urgenza (allertamento e intervento) e ne individua le caratteristiche organizzative e gli obiettivi essenziali. L'aspetto innovativo, contenuto nella sezione dedicata ai DEA, è l'istituzione di un sistema di accoglienza e valutazione dei pazienti affidata a personale

³ Linee guida sul Sistema di emergenza sanitaria . Atto di Intesa Stato Regioni,Gazzetta Ufficiale 17/5/1996

infermieristico specificamente formato al fine di selezionare la priorità di accesso alla visita medica e garantire così la risposta più efficiente ed efficace all'emergenza/urgenza. Per la prima volta viene affidato all'infermiere un ruolo decisionale cruciale, con diretta assunzione di responsabilità e impatto diretto sia sulla risposta ospedaliera che sul percorso del paziente.

Ma è solo con il Decreto del Ministro della salute e nell'atto di intesa Stato-Regioni (in G.U. 285 del 2001) che vengono analizzati in maniera specifica gli aspetti organizzativi e strutturali del triage. Due sono le novità sostanziali di queste linee-guida:

1. l'attivazione obbligatoria del triage in tutte le strutture ospedaliere con un numero di accessi > 25.000/anno, le cui risorse devono essere garantite da ogni Azienda Sanitaria;
2. la definizione puntuale e dettagliata degli aspetti che riguardano le caratteristiche del personale, la formazione, l'organizzazione del lavoro, le strutture e l'informativa all'utenza⁴.

Nel testo si specifica che il triage deve essere svolto da un infermiere esperto e specificatamente formato, sempre presente nella zona di accoglimento del PS, al fine di determinare un codice di gravità per

⁴Publicato nella Gazzetta Ufficiale 7 dicembre 2001, n. 285

ciascun paziente e stabilire le priorità di accesso alla visita medica. L'infermiere opera sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attività, e secondo protocolli predefiniti, riconosciuti e approvati dal responsabile del servizio di PS. Quindi l'infermiere deve rispondere alla corretta applicazione di protocolli secondo gli usuali canoni di responsabilità colposa per negligenza, imperizia ed imprudenza. Risponde in sede penale, civile e disciplinare per l'attività svolta. Il personale infermieristico deve seguire l'iter formativo specifico che deve essere rivolto a coloro che possiedono almeno sei mesi di esperienza in pronto soccorso e, deve riguardare anche lezioni di psicologia comportamentale, di organizzazione del lavoro e di conoscenza di tecniche relazionali.

Il documento contiene, oltre all'indicazione del numero minimo di accessi per l'istituzione obbligatoria del triage, anche la menzione del diretto coinvolgimento delle Aziende Sanitarie per l'approvvigionamento delle risorse necessarie alla realizzazione della metodica (strutturali, dotazioni, personale, formazione); importante è l'esplicita indicazione sulla metodologia da adottare per lo svolgimento del triage (rilevazione dei segni, sintomi e parametri vitali, codifica e rivalutazione) e le caratteristiche dell'infermiere, che non solo deve

essere formato specificamente sulla metodica, ma deve soprattutto avere esperienza di almeno 6 mesi di PS.

1.3. Tipi di triage

Diverse sono le forme e i metodi usati per fare triage in Pronto Soccorso, ognuno dei quali presenta caratteristiche peculiari diverse:

- **Triage “direttore di traffico”:** questo sistema è attuato generalmente da un operatore non-professionista, che in base alla sua esperienza e alla sua percezione di quanto “stia male” l'utente, suddivide i pazienti in urgenti o non urgenti, quindi ad accesso diretto o attesa del proprio turno;
- **Triage di “Bancone”:** è così denominato in quanto la valutazione viene svolta dall' infermiere che si trova in una postazione aperta (bancone di accettazione) situata all'ingresso del P.S. e consiste in una rapida intervista ed analisi del reperto visivo dell'operatore, senza procedere nella valutazione oggettiva di segni, sintomi e dello stato clinico della persona.
- **Triage “spot-check”** (o triage a controllo casuale): è un sistema a rapida occhiata nel quale un medico o un infermiere si reca nell'aria di triage per eseguire una minima valutazione e assegnare un codice di priorità;

- **Triage Globale:** le caratteristiche di questo sistema sono: infermiere preparato e dedicato, valutazione completa e professionale del paziente, rivalutazione, livelli di priorità codificati, attuazione dei primi interventi assistenziali, scheda di triage, modalità di verifica e di valutazione del sistema, presenza di linee guida e protocolli condivisi e validati nell'organizzazione;

- **Triage Bifasico:** è il sistema più recente. Viene applicato nei Pronto Soccorsi ad elevata affluenza. Il procedimento valutativo è lo stesso del triage globale ma viene diviso in due fasi gestite da due infermieri (esaminatore e valutatore) in due momenti distinti. Nella prima fase il paziente è accolto da un Infermiere “esaminatore” che valuta velocemente l’ABCD , indaga sul problema di salute o sul motivo dell’accesso e decide se il paziente è in grado di aspettare per la valutazione e la registrazione amministrativa o se deve essere immediatamente sottoposto al trattamento. La seconda fase del processo è espletata dall’infermiere “valutatore” il quale gestisce i pazienti giudicati non-urgenti dall’“esaminatore”. I pazienti, nella seconda fase, possono essere valutati in ordine di arrivo o a discrezione

dell'infermiere, rispetto al problema segnalato dal collega. Il secondo infermiere completa la raccolta dei dati oggettivi e soggettivi, assegna il codice di priorità ed inizia i trattamenti. In qualunque momento del processo l'infermiere può decidere di portare il paziente nell'area di trattamento qualora le condizioni di questo dovessero aggravarsi⁵.

La scelta del modello organizzativo da usare è basata spesso sulle caratteristiche del Pronto Soccorso: numero di accessi, tipo di pazienti che accedono, tipo di organizzazione dell'ospedale e del PS, tipologia e competenze dei medici, dei infermieri e del personale attivi in PS.

Secondo una ricerca epidemiologica condotta dal Ministro della Salute i sistemi di triage maggiormente utilizzati sono il triage "globale" (30,42%), il triage da "bancone"(31,94%) e misto (12,17%), praticamente inutilizzati il sistema denominato "Direttore del traffico" e il "Bifasico".

⁵Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: «Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso). Pubblicato nella Gazz. Uff. 7 dicembre 2001, n. 285.

1.4. Obiettivi triage

Il triage nasce per migliorare la gestione del sovraffollamento dei Pronto Soccorso, per questo, come evidenziato dalla letteratura, gli obiettivi principali che deve perseguire l'attività di triage sono:

- l'individuazione dei pazienti urgenti e il loro immediato inoltro all'area di trattamento;
- l'attribuzione per tutti i pazienti di un codice di priorità che regoli l'accesso alle cure mediche in relazione alla priorità della loro condizione.

Oltre a questi il triage si pone anche una serie di obiettivi "accessori" che contribuiscono a migliorare la qualità del servizio prestato dal sistema:

- mantenere e migliorare l'efficacia complessiva della struttura di PS;
- ridurre lo stato d'ansia delle persone che si rivolgono alla struttura;
- smistare i pazienti non urgenti;
- valutare periodicamente le condizioni dei pazienti in attesa⁶.

⁶Gruppo Formazione Triage, San Marino

Gli obiettivi devono essere definiti dal singolo P.S. in base al numero di utenti, di locali disponibili per gli interventi, al tipo di servizi sanitari e ai limiti spaziali, temporali, legali e amministrativi.

Capitolo 2

LA FIGURA PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE TRIAGISTA SUL PAZIENTE PEDIATRICO

2.1. L'infermiere Triagista

L 'infermiere del triage è il primo operatore sanitario che il paziente incontra in PS .

Dalla letteratura e dalle disposizioni di legge emergono le caratteristiche che dovrebbe possedere l'infermiere che effettua il triage.

Il “triagista” ideale dovrebbe avere caratteristiche professionali e caratteristiche personali che possono contribuire in maniera positiva alla realizzazione di una corretta attività di triage. Le caratteristiche professionali sono:

- esperienza lavorativa di ameno 6 mesi al Pronto Soccorso (Linee-guida sul sistema di Emergenza sanitaria concernente:”Triage intra-ospedaliero e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza – urgenza sanitaria” del 25/10/2001);
- specifico percorso formativo preparatorio (corsi di laurea ed ospedalieri) ;

- corsi di rianimazione di base: BLSD (Basic Life Support Early Defibrillation), ASL (Advanced Life Support), PTC (Prehospital Trauma Care), ATLS (Advanced Trauma Life Support), PBLS (Pediatric Basic Life Support and Early Defibrillation);
- conoscenza delle linee guida\protocolli\procedure aziendali e del Pronto Soccorso;
- conoscenza dell'organizzazione e dei servizi del PS e dell'Ospedale (ambulatori, diagnostica)
- formazione continua;
- rotazione periodica nelle varie aree del Pronto Soccorso;
- conoscenza dei servizi territoriali di emergenza:118, 113, 112, 115;
- capacità di eseguire procedure ed interpretare i risultati (ECG, EGA etc.).

Le caratteristiche personali, invece, dovrebbero essere:

- intuito;
- rapidità;
- capacità di utilizzare il processo di valutazione del triage;
- esperienza, che consente di migliorare la capacità di valutare rapidamente e correttamente il paziente;

- elasticità mentale: sapere adattare i protocolli alle varie situazioni;
- capacità comunicative e relazionali;
- predisposizione al lavoro di gruppo;
- autocontrollo emotivo.

Con la legge n.42 del 1999 il ruolo dell'infermiere si è modificato e con altri provvedimenti di legge sono stati delineati ambiti operativi e profili di responsabilità che aprono all'infermiere triagista ampia prospettiva per il futuro. Gli infermieri iniziano a partecipare non solo all'attuazione sul campo dell'attività di triage ma anche ai processi di definizione delle strategie, alle scelte di programmazione ed alle attività di verifica della ricaduta degli interventi assistenziali. Anche il lavoro di costruzione e di revisione periodica dei protocolli e di tutti gli strumenti operativi (schede di triage, procedure etc...) non può che realizzarsi attraverso la partecipazione attiva di tutte le professioni coinvolte⁷.

⁷Dal profilo professionale (Decreto Ministeriale 14/9/1994 n. 739)

2.2. Ruolo dell'infermiere triagista sul paziente pediatrico

L'approccio con un bambino che presenti un qualsiasi bisogno di tipo sanitario rappresenta certamente una delle sfide più importanti del ruolo di infermieri. Fare la differenza, ovvero sapere distinguere in che modo approcciare un bambino rispetto all'adulto, può rivelarsi di fondamentale importanza per poter effettuare correttamente un intervento di soccorso su un piccolo paziente. In questo nostro contesto formativo, occorre ricordare che: “ Il bambino non è un adulto in miniatura”⁸.

Il primo passo per poter interagire con un bambino è conoscere in che età si colloca il bimbo stesso, e naturalmente quali sono le caratteristiche peculiari di ogni singola fascia di età:

- neonato: dalla nascita al primo anno di vita (periodo “critico”: primi 30 giorni)
- “toddler” (1-2 anni)
- età' prescolare (2-5 anni)
- età' scolare (6-13 anni)
- adolescenti (oltre i 13 anni)

⁸N&A mensile italiano del soccorso · Anno 14° · Vol. 154 · Agosto 2005

Ogni età del periodo dello sviluppo presenta problematiche peculiari e differenti.

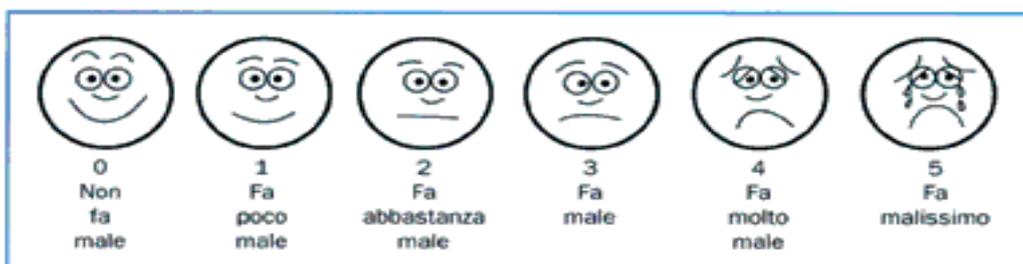
I neonati ed i bambini che si collocano nella primissima infanzia rappresentano un notevole impatto emozionale nei confronti di un infermiere, ma allo stesso tempo, qualora coinvolti in un incidente o in una necessità di tipo sanitario, ricevono essi stessi un “bombardamento emozionale” che potrà addirittura condizionarne lo sviluppo psichico ed emozionale. Il neonato di pochi giorni non distingue praticamente nulla di ciò che lo circonda. Arrivato alle 8-10 settimane di vita comincia a distinguere i contorni di un viso, in particolar modo gli occhi. Per consolare questi piccoli è in genere sufficiente prenderli in braccio e cullarli. Intorno al quarto mese riconoscono la mamma e le persone più vicine; sarà più difficile consolarli, in quanto dovrà necessariamente intervenire la mamma o un familiare. Arrivati al nono-decimo mese di vita, i bambini cominciano a sviluppare avversione nei confronti degli estranei, e piangono a dirotto se allontanati da chi se ne prende cura.

Per quanto riguarda l’approccio con questi piccoli occorrerà pertanto:

- Approcciare il bambino con gentilezza, evitando un atteggiamento “aggressivo”

- Valutare il paziente preferibilmente seduto o in braccio di chi se ne prende cura
- Iniziare l'esame fisico partendo dai piedi verso la testa, e comunque mai dalla parte del corpo dove sia presente dolore⁹.

Mentre nel paziente adulto è possibile valutare il dolore attraverso la Scala di Borg (consiste nel chiedere al paziente quanto dolore provi, dandogli un punteggio da 0 a 10), nei bambini, soprattutto nei più piccoli può risultare complicato. Un modo per poter interpretare “quanto stia male” un bambino è quello di utilizzare le faccine di Lewis: dal bambino contento sorridente, al bambino che piange disperato.



I bambini in età scolare sono già capaci di interagire con gli assistenti e di comprendere quanto viene loro detto o richiesto. Non si potrà ovviamente pensare di rivolgersi a loro come ad un adulto, ma le

⁹Dr.ssa Valeria TrombaSapienza Università di Roma -Dipartimento di Pediatria - U.O.C.Pediatria d’Emergenza e TIP

strategie di approccio sono sicuramente diverse rispetto a quelle utilizzabili con i più piccoli.

Grande parte della attività comunicativa sarà quella di coinvolgere il più possibile i familiari o chi si prende cura del bambino: in questa fascia di età i bimbi percepiscono nettamente l'apprensione e la paura dei loro genitori.

L'infermiere cercherà quindi di:

- Approcciarsi al piccolo paziente spiegando cosa si sta facendo e perché
- Interagire con i familiari almeno tanto quanto si cerchi di interagire con il piccolo paziente
- Sedersi o, comunque, porsi con il proprio viso all'altezza di quello del bambino
- Evitare di “scendere a compromessi”: questo potrebbe vanificare ogni nostro tentativo di apportare un soccorso tempestivo e adeguato.

Gli adolescenti sono un mondo magico e fantastico, completamente a sé rispetto alla sfera degli adulti e dei bambini. Gli adolescenti sono permeati da un grandissimo spirito di gruppo e di emulazione nei confronti dei coetanei. Generalmente pensano di essere “invincibili”, e

che nulla possa loro accadere. Quando hanno da chiedere un consiglio, molto probabilmente non si rivolgeranno ad un adulto ma ad un coetaneo che, nella maggior parte dei casi, non saprà dire molto altro di più. Nonostante questo, nel corso di un incidente o di una malattia, non è raro assistere ad una sorta di “regressione” che ci presenta un adolescente magari con dimensioni di uomo adulto ma con comportamenti simili al bambino che, piangendo e lamentandosi, cerca conforto nel genitore o in chi gli presta soccorso.

Gli adolescenti posseggono un enorme senso di autostima e di idealizzazione al bello della propria persona: nel corso dell’evento traumatico probabilmente la preoccupazione principale sarà quella di “non poter più essere bello come prima e come gli altri”.

Nel soccorso ad un paziente adolescente:

- Qualificarsi, spiegare ciò che sta succedendo e ciò che è necessario fare
- Tranquillizzare il paziente, cercare di ottenerne la fiducia
- Non giudicare, non esprimere mai giudizi sulle situazioni, sull’abbigliamento, sui comportamenti

- Evitare di interagire con eventuali adulti prima di aver stabilito un rapporto di fiducia con il paziente

2.3. Differenze Adulto-Bambino

Esistono differenze tra adulto e bambino:

- Dimensioni del bambino
- Atteggiamento psicologico
- Range di normalità dei parametri vitali
- Anatomia e fisiologia peculiari

La differenza tra adulto e bambino in termini di dimensioni consiste in Pronto Soccorso in differente equipaggiamento, che varia con peso e altezza del bambino, ed abilità manuali degli infermieri soprattutto per i bambini più piccoli.

Il bambino spesso non collabora:

- A causa dell'età
- A causa dell'ambiente il più delle volte poco accogliente
- A causa dell'ansia degli adulti stessi

Nella misurazione dei parametri vitali, in un paziente pediatrico, bisogna fare attenzione alle possibili condizioni che fanno variare i valori dei parametri, facendone sovrastimare la gravità.

Le condizioni che possono far variare transitoriamente i parametri vitali sono:

- Stato di sonno o di veglia
- Stato emotivo (pianto, paura, dolore)
- Febbre (ad es. 10 atti respiratori in più ogni grado di temperatura maggiore dei 37°C)
- Estremità fredde

Parametri vitali paziente pediatrico:

	FC Veglia	FC Sonno	FR	PAS	PAD	SpO2
Neonato (0-30 gg)	100-180 btt/min	80-160 btt/min	40-60 atti/min	60-90 mm/Hg	20-60 mm/Hg	96-100 %
Lattante (1-12 m)	100-160 btt/min	75-160 btt/min	30-60 atti/min	87-105 mm/Hg	53-66 mm/Hg	96-100 %
Infanzia(1- 6aa)	70-100 btt/min	60-90 btt/min	22-34 atti/min	96-110 mm/Hg	55-70 mm/Hg	96-100 %
Età Scolare (7-14 aa)	65-110 btt/min	60-90 btt/min	18-30 atti/min	97-112 mm/Hg	57-71 mm/Hg	96-100 %

Parametri vitali adulto:

	FC	FR	PA	SpO2
Adulto	60-100 btt/min	12-18 atti/min	130/85 mm/Hg	95-100 %

L'organismo del bambino a differenza dell'adulto, è in continua e progressiva evoluzione: l'accrescimento delle dimensioni del corpo si accompagna ad modificazioni anatomiche ma soprattutto allo sviluppo di tutte le sue funzioni, che maturano fino a raggiungere gradualmente le condizioni dell'adulto¹⁰.

Il naso del neonato è piccolo e piatto, è molto vascolarizzato e ciò spiega in parte il motivo per cui in caso di rinite si ha frequentemente ostruzione delle vie aeree superiori. I seni paranasali sono scarsamente sviluppati: prima dei 2 anni non sono visibili radiologicamente i seni frontali, mentre i mascellari compaiono verso la fine del primo anno di vita. La trachea e bronchi sono poveri di tessuto cartilagineo pertanto la scarsa consistenza strutturale facilita il collabimento ostruttivo, sicchè si hanno

¹⁰Hanmza J. Physiologie perinatale. In St Maurice C. Murat I. : Manual d'anesthesiepediatrique, ed. Pradel

più frequenti episodi di asma e di bronchite asmatica. Il respiro del neonato è quasi esclusivamente diaframmatico e resta prevalentemente di tipo addominale fino a circa 3 anni successivamente diventa di tipo misto e dopo i 6-7 anni è prevalentemente toracico.

Gli alveoli triplicano il loro numero con l'età. La frequenza del respiro nel neonato è di circa 40 atti al minuto e cala progressivamente per raggiungere i valori dell'adulto verso i 15-18 anni¹¹.

Nel neonato e nel lattante di pochi mesi il cuore ha forma globosa ed è posizionato più in alto per lo spostamento del diaframma dovuto al volume proporzionalmente maggiore di fegato e milza rispetto alle età successive; pertanto la punta del cuore risulta spostata verso l'esterno e più in alto. L'aumento di volume e peso del cuore interessa principalmente il ventricolo sinistro evolvendo verso la forma adulta; a 5 anni la punta del cuore si sposta sulla mammaria e successivamente più in basso e all'interno. Per questi motivi i neonati ed infanti non riescono ad aumentare il "Cardiac Output" aumentando la contrattilità perché il ventricolo sinistro è poco sviluppato. La sola possibilità di aumentare il CO è attraverso l'aumento della frequenza cardiaca. La frequenza

¹¹Serafini GP, Braschi A, Aspetti anatomici e fisiologici del neonato e del bambino.

cardiaca diminuisce con l'età per raggiungere i valori dell'adulto verso i 12-16 anni¹².

Alla nascita il volume di sangue circolante è all'incirca il 10 % del peso corporeo per poi diminuire fino al 6-7 % come nell'adulto dopo l'anno di vita. Il valore dei principali indici ematologici, in particolare l'ematocrito è alto alla nascita (in media il 58%) per l'elevato numero e volume dei globuli rossi circolanti. Segue poi una riduzione fino al 35% alla fine del primo anno seguito da un progressivo aumento fino ai valori dell'adulto dopo i 10 anni.

Il numero dei reticolociti, che alla nascita è di 20-30 %, raggiunge i valori dell'adulto in 5°- 6° giornata di 7- 10%. L'emoglobina neonatale è elevata (17-20 g%) ; inizia a scendere dalla fine della prima settimana e raggiunge i valori più bassi al 3° mese di vita, epoca in cui si ha una anemizzazione fisiologica dovuta ad una insufficiente produzione di globuli rossi . Vi può essere inoltre una anemizzazione non costante ma tipica del 2° semestre, legata allo scarso apporto di ferro nell'alimentazione ancora prevalentemente lattea. Quindi si ha una risalita dei valori di Hb, che comunque alla fine dell'età pediatrica sono leggermente inferiori a quelli dell'adulto. Il numero dei leucociti è

¹² Guidelines for red blood cell and transfusion for adults and children. CMAJ n11, 97

fisiologicamente elevato alla nascita (i media 20.000 / mm³) e dopo pochi giorni si dimezza per raggiungere i valori adulti a 6 anni circa.

La formula leucocitaria alla nascita è sovrapponibile a quella dell'adulto; verso la 7° giornata si ha la prima inversione , prevalentemente di linfociti; a 3-5 anni si ha la seconda inversione con prevalenza percentuale dei neutrofili come nell'adulto¹³.

I pazienti pediatrici hanno un rapporto superficie corporea- peso maggiore rispetto all'adulto. Il metabolismo e i suoi parametri associati, quali consumo di ossigeno, produzione di anidride carbonica, CO e ventilazione alveolare, sono correlati meglio con la superficie corporea che con il peso.

L'elevata superficie corporea è anche responsabile della aumentata perdita di calore. Tale problema è favorito anche dalla temperatura ambientale, dall'esposizione del campo chirurgico, dalla somministrazione di liquidi freddi e gas anestetici secchi , dalle perdite ematiche e dalla trasfusione.

L'ipotermia è un problema da non sottovalutare, infatti da essa ne può conseguire un ritardo nel risveglio dall'anestesia, depressione

¹³Luban NLC, et al. Neonatal red blood cell transfusion Curr.

respiratoria, alterata risposta ai farmaci, un aumento delle resistenze periferiche¹⁴.

La cavità orale è ampia ed appiattita per la mancanza di denti; lo scarso sviluppo delle arcate alveolari e l'assenza di concavità del palato duro permettono alla bocca del neonato di svolgere nel migliore dei modi la sua funzione principale che è la suzione.

Le labbra sono grosse per il notevole sviluppo del muscolo orbicolare. Le gengive sono dotate di una plica mucosa dove spunteranno i denti incisivi e canini che permette la chiusura ermetica della bocca durante la suzione. La lingua è largamente impiantata sul pavimento della bocca ed è dotata di frenulo che talvolta può essere corto ma che tranne in rari casi si distende spontaneamente.

Lo stomaco ha una capacità che varia con l'età e col tipo di alimentazione ; nel neonato è di circa 50 ml triplica a 6 mesi e sestuplica a 12 mesi.

Alla nascita il pH gastrico di un nato a termine è compreso tra 6 e 8 e diminuisce di 1 o 2 entro le prime 24 ore di vita, ma in generale nelle prime 6 settimane di vita è stato notato una notevole variabilità di valori

¹⁴Sonzogni V. La termoregolazione del bambino. Atti SARNePI '05

che si assestano oltre questa data intorno a 4, e dai 3 anni di età il pH assume valori vicini a quelli dell'adulto. Il volume di acidi biliari è ridotto nei neonati, inoltre il tempo di svuotamento gastrico è inversamente proporzionale alla quantità di calorie assunte, agli acidi grassi a catena lunga che ritardano lo svuotamento gastrico. L'intestino tenue svolge una funzione motoria e digestiva di assorbimento e soprattutto una funzione di barriera importante per impedire l'assorbimento di macromolecole allergizzanti. Tale funzione raggiunge la maturazione completa tra il 6° e il 12° mese di vita.

I reni del neonato, sono in proporzione al peso corporeo, più grandi rispetto quelli dell'adulto. Nelle prime epoche della vita tuttavia la capacità del rene di regolare l'omeostasi è ridotta e la funzione renale raggiunge i valori dell'adulto a 12 18 mesi.

Il rene neonatale è caratterizzato da un aspetto di tipo fetale e istologicamente la maturità viene raggiunta dopo il 3° anno di vita.

Al contrario nei prematuri la clearance della creatinina è diminuita, con riduzione della velocità di filtrazione glomerulare e alterata ritenzione sodica, escrezione del glucosio, e riassorbimento dei bicarbonati. Nei prematuri l'alterata escrezione del glucosio determina una tendenza

all'ipoglicemia. E' definita ipoglicemia in un neonato < 30 mg/dl di glucosio e < 40 mg/dl nei bambini più grandi.

Tali valori e relative alterazioni fanno capire la meticolosa importanza che rivestono il monitoraggio e la somministrazione di liquidi nei primi giorni di vita.

Gli ureteri sono caratterizzati da un ampio calibro e una minore tonicità dovuta allo scarso sviluppo della tonaca muscolare. La vescica ha una sede più alta perché la pelvi è più piccola, occupata in gran parte dal retto¹⁵.

¹⁵Serafini GP. Braschi A, Aspetti anatomici e fisiologici del neonato e del bambino

Capitolo 3

ACCESSI E ORGANIZZAZIONI REGIONALI, PROVINCIALI E NAZIONALI DEI PRONTO SOCCORSO PEDIATRICI

3.1. Pronto Soccorso pediatrico “ Pietro Barilla” Parma, caratteristiche e accessi

L'intervento per l'Ospedale dei Bambini è singolare e importante: due imprese e una fondazione hanno messo a disposizione 18 milioni di euro per realizzare una struttura sanitaria e questo non accade frequentemente; il gruppo Barilla, la Fondazione Cariparma e l'impresa Pizzarotti hanno costituito allo scopo la Fondazione Ospedale dei Bambini.

A completamento della donazione sono poi intervenuti anche dei fondi regionali e nazionali, ma la base di tutto è stata quella dei donatori.

L'altro aspetto da evidenziare è che quanto realizzato consente di mettere a disposizione del territorio di Parma, ma anche dell'Area Vasta Emilia nord e, in prospettiva, di tutta la regione, una struttura modernissima molto attenta alle esigenze dei bambini.

A livello nazionale l'Ospedale dei Bambini costituisce sicuramente un'eccellenza, sia dal punto di vista strutturale che per quanto riguarda le attrezzature, l'accoglienza e la vivibilità.

Nel dettaglio, i finanziamenti sono così ripartiti: 18 milioni di euro dalla

Fondazione Ospedale dei Bambini di Parma (8 milioni e mezzo dal Gruppo Barilla, 7 milioni e mezzo dalla Fondazione Cariparma, 2 milioni dall'Impresa Pizzarotti SpA) e poco più di 16 milioni dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (9 milioni e 900 mila da fondi aziendali e circa 6 milioni e 200 mila dai contributi Stato/Regione). Circa 26 milioni sono stati impiegati per la realizzazione della struttura e 8 milioni per attrezzature e arredi¹⁶.

Tutto nell'ospedale presta molta attenzione non solo alle esigenze dei bambini, ma anche a quelle delle famiglie.

Ogni stanza, ogni luogo, ogni ambiente è pensato per accogliere non solo i bambini ma anche i loro famigliari. Tutte le camere, ad esempio, hanno un letto o una poltrona per i famigliari; anche i luoghi del day hospital o quelli dove vengono fatte le terapie infusionali hanno già predisposta accanto alla poltrona per il paziente quella per il genitore o per un accompagnatore.

Tutto è pensato con grande attenzione alle esigenze dei bambini: dalla posizione delle lampade ai colori di pareti e pavimenti; le stanze sono personalizzate con colori vivaci, gli arredi offrono tavoli per i compiti, grandi spazi per il gioco e pareti attrezzate per videogiochi e riproduzione di film.

¹⁶ Newsletter Saluter notizie, Anno X, 2013

Le finestre sono ampie per valorizzare la luce naturale e permettere ai piccoli pazienti di guardare all'esterno anche da sdraiati. Nei diversi piani ci sono, poi, spazi dedicati agli incontri con i compagni di scuola, per il relax e il gioco; tutto è teso a rendere meno difficile la permanenza in ospedale.

All'interno della struttura operano, inoltre, i circa 150 volontari dell'associazione GiocAmico, che aiutano a intrattenere e accompagnare la presenza dei bambini in un luogo per loro non consueto.

Tra i tanti dettagli c'è anche un bancone accettazione dalle luci arcobaleno ad altezza dei piccoli, in modo che anche loro possano vedere e capire. E poi un enorme plastico - con trenini, seggiovie, mulini, parchi gioco, e un ospedale - realizzato da un gruppo di artigiani.

In maggio, invece, vedrà la luce il parco giochi donato da Colser-AuroraDomus. Al primo piano la stanza per le terapie si affaccia su un giardino pensile di 500 metri quadrati.

L'Ospedale Maggiore di Parma è centro di riferimento regionale o di Area vasta per molte patologie, tra queste, ad esempio, il diabete nell'età pediatrica, la spina bifida e la fibrosi cistica. Per la sindrome di Moebius siamo centro di riferimento nazionale. Queste ed altre sono tutte

discipline di eccellenza tradizionalmente presenti nella nostra struttura, e altre ne promuoveremo in futuro.

Le strutture pediatriche, relative alla regione di Parma, hanno erogato circa 82 mila prestazioni ambulatoriali e di day hospital, i ricoveri sono stati 6.751, gli accessi in emergenza 16.499 (circa 45 ogni giorno dell'anno). Per questo motivo nell'Ospedale dei Bambini si è istituita una nuova unità operativa, la pediatria e accettazione d'urgenza, che è organizzata con l'ingresso di cinque nuovi medici destinati a questa specifica attività; fermo restando che il pronto soccorso del Maggiore è uno solo, questo reparto svolge un'attività di pediatria generale d'urgenza per una grande quantità di casi che necessitano di risposte rapide¹⁷.

Nel corso degli ultimi trent'anni abbiamo assistito in Italia, e non solo, a un completo sovvertimento di quella che è l'assistenza; un tempo andava in ospedale solo il bambino particolarmente grave, quello non curabile a casa dove preferibilmente era tenuto dalla famiglia.

Adesso c'è il problema di una marea crescente di richieste, di visite nei pronto soccorso, nelle cosiddette accettazioni pediatriche; tutto questo crea una serie di problemi perché in una massa di bambini che stanno 'quasi bene' si può celare il paziente che sta veramente male, il caso che può avere delle complicanze.

¹⁷ <http://www.saluter.it/>

Per questo motivo è stato istituito un reparto assolutamente specifico per l'accettazione pediatrica e per gestire nella maniera migliore il bambino che arriva in urgenza-emergenza/accettazione¹⁸.

¹⁸ Intervista a Leonida Grisenti, direttore generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, e con Gianluigi de' Angelis, direttore del Dipartimento materno-infantile e della Struttura complessa di gastroenterologia ed endoscopia digestiva.

3.2. Pronto soccorso in Italia, punto di riferimento per i genitori italiani

In Italia ogni anno i pronto soccorso sparsi in tutta la Penisola effettuano 5 milioni e mezzo di visite 24 ore su 24 sui bambini per tutto l'anno, ma solo il 30% circa degli ospedali italiani dispone di un pronto soccorso pediatrico.

Gli accessi dei baby-pazienti sono aumentati, in rapporto all'aumento della popolazione di età pediatrica. E anche l'analisi della fascia oraria in cui i genitori si rivolgono al pronto soccorso dimostra che il servizio è un sicuro punto di riferimento per i genitori: il 40% degli accessi si verifica nell'arco della mattinata (dalle 8 alle 14), un ulteriore 40% nel pomeriggio (dalle 14 alle 20), il 20% durante la notte (dalle 20 alle 8).

In Italia ogni anno i pronto soccorso sparsi in tutta la Penisola effettuano 5 milioni e mezzo di visite 24 ore su 24 sui bambini per tutto l'anno, ma solo il 30% circa degli ospedali italiani dispone di un pronto soccorso pediatrico.

I principali motivi di consultazione sono: dolore addominale, vomito o diarrea, dolore all'orecchio, broncospasmo, tosse insistente o febbre alta, sospetta polmonite.

Sono tutte situazioni di cui il genitore non può rilevare la gravità e per le quali serve una visita o accertamenti. Restano poi tutti i casi di trauma o incidenti. Considerando che il 70% circa delle prestazioni viene erogato in un pronto soccorso generale, proprio perché l'accesso al pronto soccorso fa parte del diritto alla salute, nei dieci principali ospedali pediatrici italiani in dieci anni c'è stato un aumento di accessi che corrisponde all'8,52%¹⁹. Si consideri che nello stesso periodo i minori sono passati (secondo i dati Istat) da 10.434.890 a 10.837.854, con un incremento di 402.964 pari al 3,86%. Ma se andiamo ad analizzare la fascia dei bambini di meno di sei anni, ovvero quella di maggior morbilità, siamo passati da 3.661.963 a 3.990.978 con un incremento di 329.015 bambini, pari all'8,98%²⁰.

Insomma, l'aumento è proporzionato al numero dei piccoli.

"Si ha una conferma ulteriore andando a guardare la fascia di età da zero a tre anni siamo passati da 2.098.242 a 2.272.946, con un incremento di 174.704 bambini, pari all'8,32%. Dal punto di vista assoluto si è avuto un incremento degli accessi del pronto soccorso pari all'8,52% che corrisponde a un incremento di carico di lavoro equivalente a un

¹⁹ <http://www.simeup.com>

²⁰ Banca dati, <http://www.istat.it>

bambino visitato ogni undici accessi.

Il dato interessante è però che l'incremento degli accessi in pronto soccorso sia stato proporzionato all'incremento globale della popolazione pediatrica, senza un'influenza peculiare dell'aumento del numero di figli di genitori stranieri. In pratica, i dati dimostrano che gli accessi al pronto soccorso sono sostanzialmente simili fra italiani o stranieri".

Si può concludere che la fruizione dei servizi del pronto soccorso pediatrico sia un fenomeno costante e consolidato. Inoltre è importante che in Italia la medicina d'emergenza e urgenza pediatrica sia presente in tutto il territorio nazionale, anche se con diverse modalità: i genitori vi si rivolgono con fiducia, come dimostra l'aumento delle prestazioni in rapporto all'incremento demografico. Infine osservando i dati degli ultimi cinque anni, nonostante la diminuzione del numero dei pediatri nel settore ospedaliero si è registrato un incremento di circa il 15% dei pronto soccorso pediatrici²¹.

²¹ Intervista a Italo Farnetani, all'Adnkronos Salute, pediatra e docente a contratto dell'Università di Milano-Bicocca.

3.3. associazionismo pediatrico nella provincia di Parma

L'associazionismo pediatrico consente di perseguire la piena realizzazione dei Nuclei delle Cure Primarie ed è punto di forza per l'integrazione multiprofessionale, con i servizi intra ed extradistrettuali e per la valorizzazione dei singoli territori.

Alla data del 31.12.2008 risultano presenti sul territorio provinciale :

- n. 2 pediatrie di gruppo per n° 7 pediatri di libera scelta.
- n. 1 pediatra inserita in una medicina di gruppo (Busseto).

Anche in considerazione delle indicazioni regionali che considerano le forme associative dei medici strumenti importanti per lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie anche in termini di integrazione tra professionisti, si condividono le seguenti azioni: Promuovere l'associazionismo pediatrico quale forma privilegiata di collaborazione professionale tra pediatri finalizzato a favorire lo sviluppo di attività integrate attraverso le seguenti azioni:

- promuovere l'attivazione di pediatrie associate nelle forme previste dall'accordo collettivo nazionale e dall'Accordo Regionale recentemente siglato , con particolare riferimento alla pediatria di gruppo, quale forma più appropriata per garantire la

realizzazione degli obiettivi di integrazione professionale e di realizzazione dei percorsi sistemici in grado di integrare la componente clinico assistenziale e quella organizzativa e gestionale.

- incrementare la continuità assistenziale attraverso l'incentivazione a una maggior apertura giornaliera/settimanale degli studi medici, anche per i pediatri di libera scelta che operano singolarmente
- incentivare lo sviluppo, anche in forma sperimentale, di associazioni pediatriche o che possano prevedere la compresenza medici di medicina generale e pediatri di libera scelta a diverso grado di realizzazione in ambito provinciale, sulla base delle caratteristiche del territorio in cui esse sono attivate (andamento demografico della popolazione pediatrica, presenza di servizi, viabilità etc).
- mettere a disposizione dei pediatri di famiglia associati, ove possibile, le sedi aziendali per lo svolgimento dell'attività, o lo svolgimento di attività a rotazione al fine di favorire ulteriormente l'integrazione tra i professionisti associati ed i servizi distrettuali presenti nelle sedi interessate, nel rispetto dell'individualità professionale e strutturale del pediatra.

Nell'Azienda USL di Parma i NCP rappresentano lo strumento organizzativo per il miglioramento dell'assistenza, secondo i criteri comuni definiti negli Accordi Locali per la medicina generale e nel rispetto delle indicazioni contenute nel Piano Sanitario Regionale e nell'Accordo Regionale per la pediatria di libera scelta del 2009.

In tal senso i NCP :

- provvedono alla produzione di prestazioni e servizi assistenziali, centrati sul bisogno della persona, e quindi condotti in un'ottica di approccio globale al caso clinico ed agli aspetti socio-sanitari;
- promuovono metodi di lavoro orientati all'integrazione, nel rispetto delle conoscenze tecniche e professionali che a vario titolo e livello di responsabilità operano nel Nucleo , nell'Unità Pediatrica di Cure Primarie, nel Distretto ; a livello provinciale
- garantiscono la partecipazione dell'insieme dei professionisti ai processi decisionali relativi alle scelte organizzative e gestionali;
- rispettano criteri di appropriatezza, efficacia e responsabilità, assicurando l'uso ottimale delle risorse comuni interne ed esterne, attraverso la definizione di criteri condivisi di accesso e/o di allocazione.

La composizione del Nucleo è rappresentata dall'afferenza funzionale di risorse professionali del Distretto, necessarie per la realizzazione dei programmi e progetti di cura specifici in una logica di servizi a rete (con particolare riferimento ai medici di medicina generale ,ai pediatri di libera scelta ,all'infermiere professionale, all'ostetrica del consultorio, al farmacista territoriale, all'assistente sociale, alla pediatria di comunità)²².

Nel territorio aziendale sono attualmente presenti 21 NCP così distribuiti:

Distretto	Popolazione 0-6	Popolazione 7-14	N° NCP presenti	PLS convenzionati	PLS associati
Parma	12.701	12.980	8	27	4
Fidenza	6.151	6.534	6	14	3
Sud-est	4.608	4.687	3	10	-
Valli Taro e	2.590	2.655	4	3	-
Ceno					
	26.050	26.856	21	54	7

²² <http://www.fimpemiliaromagna.org>

Capitolo 4

ACCESSI PEDIATRICI AI SERVIZI DI EMERGENZA- URGENZA, OSPEDALE DI VAIO

4.1. La funzione pediatrica dell'ospedale di Fidenza

All'ospedale di Vaio crescono i servizi dedicati ai bambini, sono tre le principali novità:

1. La prima riguarda la presenza del pediatra, a disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni della settimana, a partire dal 2 marzo. Servizio, questo, particolarmente utile per garantire la presenza immediata del pediatra per tutti i parti a rischio e al Pronto Soccorso che, pur mantenendo una valenza generalista, avrà a disposizione le consulenze pediatriche H24. Raddoppiano, quindi, le ore di presenza in servizio dello specialista, fino ad ora dalle 8 alle 20.
2. La seconda novità consiste nell'attivazione, entro il prossimo 30 aprile, di due posti di osservazione breve pediatrica, collocati in Medicina d'Urgenza. I posti letto sono a disposizione di quei bambini che, dopo un accesso al pronto soccorso, necessitano di essere tenuti "in osservazione" – per un periodo non superiore alle

24 ore - al fine di decidere, sulla base della risposta clinica dei pazienti alla terapia, se questi possano essere dimessi o trasferiti presso un reparto di degenza per ulteriori cure. L' "osservazione breve" è utile anche all'inquadramento diagnostico e al monitoraggio clinico di condizioni sospette, per chiarire la patologia e avviare il trattamento assistenziale più idoneo. Il nuovo servizio rappresenta, quindi, la risposta ottimale per i casi dove non è necessario il ricovero, ma la condizione di salute non è risolvibile con la sola visita in pronto soccorso. In fase sperimentale, il servizio è riservato ai bambini di età superiore ai 24 mesi.

3. La terza novità riguarda, infine, il potenziamento delle attività specialistiche ambulatoriali.

Nel dettaglio: Potenziamento dell'ambulatorio di cardiologia: (visite con ECG, visite con esecuzione di ecocardiografia, prestazioni di ecocardiografia) passato, dal 1.12.2008, da 2 a 4 sedute mensili; Avvio dell'ambulatorio di auxoendocrinologia, tutti i martedì a partire dal 17 febbraio; Avvio dell'ambulatorio di gastroenterologia pediatrica dal 1 aprile; Potenziamento dell'attività di neurologia pediatrica, già in funzione dal settembre 2008, con la previsione, entro l'anno,

dell'attivazione di un ambulatorio di ecografia cerebrale a completamento del follow-up neurologico dei neonati e lattanti del bacino di utenza.

Restano, ovviamente, funzionanti i servizi oggi già attivi: ambulatorio neonatologico/pediatrico: vengono sottoposti a controllo ravvicinato, entro 36-72 ore, i neonati dimessi in accordo con i pediatri di famiglia; vengono effettuati gli screening di legge; vengono effettuati prelievi ematici in fascia d'età 0-14 anni; vengono effettuati eventuali consulenze per il pronto soccorso; vengono effettuate visite pediatriche richieste dal pediatra di famiglia; Ambulatorio di allergologia, 2 volte la settimana; Ambulatorio di chirurgia pediatrica, 1 – 2 volte al mese; Day Hospital pediatrico con 2 posti letto, per assicurare, soprattutto a bambini affetti da patologie croniche, un rapido inquadramento diagnostico o controlli periodici concentrati in una giornata. L'attuale assetto organizzativo ed i servizi oggi garantiti, così come gli sviluppi prossimi, sono il frutto di un costante confronto con i pediatri di famiglia operanti nel Distretto e della preziosa e costante collaborazione con il dipartimento materno infantile dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Questa collaborazione si concretizza anche con l'aggiornamento continuo dei pediatri di Vaio, attraverso la frequenza delle strutture pediatriche e neonatologiche del Maggiore di Parma²³.

L'équipe della funzione pediatrica di Vaio, è composta da:

- n. 7 medici
- n. 9 infermieri, operanti anche nell'Unità Operativa di Ostetricia/Ginecologia
- n. 7 operatori sociosanitari, operanti anche nell'Unità Operativa di Ostetricia/Ginecologia.

La popolazione in età pediatrica del distretto di Fidenza è di circa 13.000 persone, in una fascia d'età compresa tra gli 0 e i 14 anni. I Pediatri di famiglia operanti nel distretto di Fidenza sono 14.

L'integrazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma si realizza anche nell'ambito della formazione, attraverso lo scambio di professionisti tra i due ospedali, per consentire la crescita delle conoscenze e delle esperienze, un importante ambito di sviluppo vedrà la disponibilità di specialisti pediatri dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma nelle discipline di endocrinologia pediatrica,

²³ AUSL / Comunicazione e stampa/ Ospedale di Vaio: cresce l'assistenza pediatrica

adolescentologia, chirurgia infantile, ematologia pediatrica. L'obiettivo è di consentire l'apertura a Fidenza di ambulatori pediatrici altamente specialistici, in grado di rispondere localmente a specifici bisogni, inquadrabili sempre nell'ambito delle attività di I livello. Relativamente all'emergenza pediatrica, sono state concordate con la Centrale Operativa 118 di Parma criteri di selezione dei pazienti in ordine ai codici gravità e alla tipologia di patologia in atto, che consentono l'invio immediato del bambino nella struttura più idonea a garantire la risposta. Inoltre, il bambino che accede all'ospedale di Fidenza durante le ore feriali diurne (8,00-20,00), una volta inquadrato al triage, viene inviato direttamente in Pediatria, evitando qualsiasi tipologia di attesa.

Nell'ambito del percorso nascita, sono in corso azioni di miglioramento e sviluppo dell'assistenza alla gravidanza fisiologica, volte a garantire e facilitare il parto naturale e fisiologico. E in corso, inoltre, la elaborazione di protocolli condivisi con il pronto soccorso, per rendere appropriata la presenza della funzione specialistica pediatrica. Presso l'ospedale di Fidenza, è garantita la vaccinazione in ambiente protetto, all'ospedale, appunto, a quei bambini che potrebbero presentare

dei sintomi allergici al momento della somministrazione del vaccino.

Continuano, infine, i rapporti in essere con altre strutture ospedaliere limitrofe all'Ospedale di Fidenza. In particolare, con l'Ospedale di Fiorenzuola d'Arda dell'Azienda Usl di Piacenza, ove nel 2005 sono stati ricoverati n. 121 casi pediatrici provenienti dal bacino distrettuale di Fidenza, mentre altri n. 357 sono stati trattati presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma.

Si è dunque stabilizzato un sistema complessivo che offre elevate possibilità di assistenza specialistica pediatrica sia ambulatoriale che di day hospital a Fidenza e che ha, nei due Ospedali limitrofi di Fiorenzuola e di Parma strutture di riferimento per, rispettivamente, ricoveri brevi e ricoveri di maggiore complessità²⁴.

²⁴ <http://www.comune.fidenza.pr.it>

4.2. Analisi statistica relativa all'età degli assistiti dal 2011 al 2013

	triennio	2011	2012	2013
<i>Media</i>	6,35	6,40	6,26	6,37
<i>Errore standard</i>	0,05	0,08	0,08	0,08
<i>Mediana</i>	6	6,00	5,00	6,00
<i>Moda</i>	1	1,00	1,00	1,00
<i>Deviazione standard</i>	4,57	4,58	4,56	4,58
<i>Varianza campionaria</i>	20,90	20,97	20,79	20,97
<i>Curtosi</i>	-1,34	1,34	1,33	-1,35
<i>Asimmetria</i>	0,24	0,24	0,26	0,23
<i>Intervallo</i>	14	14,00	14	14
<i>Minimo</i>	0	0,00	0	0
<i>Massimo</i>	14	14,00	14	14

Le tabelle sopra riportate in termini statistici, mostrano che l'età media, degli assistiti nel triennio, è di 6.4 anni, ma è grazie alla Moda, o norma, caratterizzata dalla distribuzione massima di frequenza del campione, che individuiamo, che la fascia di pazienti di un anno è la più frequentemente assistita.

4.3. Analisi statistica del Triennio, rappresentazione dei dati con tabelle

Tab.1

TIPO_ ASSISTITO	2011	2012	2013
DECEDUTO	5	1	-
DEROGA INTERNA	70	76	70
DOMICILIATO	15	9	8
NON RESIDENTE IN DEROGA	1	-	-
OCCASIONALE	237	258	264
RESIDENTE	2021	2085	2089
RESIDENTE IN DEROGA	3	5	1
STRANIERO	586	717	634
TRASFERITO	63	9	9
TOTALE_ RISULTATO	3001	3160	3075

Tab.1

Analisi sul “ Tipo di assistito”, la tabella viene ripartita nei diversi tipi di assistiti dove la maggior parte di essi risultano essere residenti, numero sempre maggiore negli anni, e una buona parte stranieri. Nel 2013, come mostra la tabella, si nota una riduzione dei residenti in deroga, questo accade perché, grazie all’organizzazione interna

comunale si è riuscito nel 2012, in tutta Italia, si è riuscito a rilasciare un totale di 263.968 permessi di soggiorno.

Tab.2

NAZIONALITA	2011	2012	2013
ALBANIA	108	118	107
ALGERIA	12	7	3
BANGLADESH	3	1	1
BIELORUSSIA (REPUBBLICA DI)	1		2
BOSNIA-ERZEGOVINA (REP. DI)	27	33	19
BRASILE	2	6	4
BULGARIA	2	5	2
BURKINA	6	6	3
CAMERUN	1	2	
CEYLON (SRI LANKA)	2	1	
CILE	1	2	3
CINA POPOLARE	7	12	10
COLOMBIA	1	3	3
COSTA D'AVORIO	4	16	12
CROAZIA			2
CUBA (ISOLA DI)			1
DOMINICANA (REPUBBLICA)	2	4	6
ECUADOR	35	34	32
EGITTO		1	
ETIOPIA	8	30	17
FILIPPINE	4	1	
GHANA	6	3	3
GRECIA	1	3	
GUINEA	1		1
INDIA	51	64	84
IRLANDA	1		
ITALIA	2298	2347	2369
JUGOSLAVIA (SERBIA-MONTENEGRO)	2	1	3
KIRGIKISTAN		1	
KOSOVO	5	4	12
LETTONIA		2	
MACEDONIA (REPUBBLICA DI)	9	13	16
MAROCCO	184	234	150
MOLDOVA (REPUBBLICA DELLA)	39	41	52
NEPAL			1
NIGERIA	3	11	6
PAKISTAN	3	10	4
PERU'		1	1
POLONIA	2	7	2
PORTOGALLO	2		
ROMANIA	69	44	56
RUSSIA	4		
SENEGAL	13	11	19
SERBIA	2	3	2
SIRIA	1		
SOMALIA			1
SPAGNA		1	
TUNISIA	66	73	56
TURCHIA	3	4	6
UCRAINA	10		4
Totale Risultato	3001	3160	3075

Tab.2

Analisi sulla nazionalità del campione, ripartita per tutte le nazionalità, la tabella mostra uno spiccato numero in nazionalità italiana. Negli anni cresce anche la presenza di stranieri nel comune di Fidenza, questi rappresentano circa l'11.8 % della popolazione residente, tra i gruppi più consistenti vi sono: Marocco, Moldavia, Romania, Ecuador, Albania, Tunisia, India, Bosnia Erzegovina (Rep. Di). Gli stranieri sono ben accolti e soprattutto viene loro messo a disposizione un servizio specifico rivolto ad utenza straniera. Nel 2012 un incremento per niente insignificante della Cina Popolare e negli anni della popolazione Macedone.

Tab.3

CODICI	2011	2012	2013
BIANCO	257	265	301
GIALLO	378	432	412
ROSSO	9	3	6
VERDE	2357	2460	2356
TOT. RISULTATO	3001	3160	3075

Tab.3

La tabella mostra un numero di assegnazione di codici Verdi molto vasto, a seguire Giallo, Bianco e Rosso.

Tab.4

COLORE	ESITO	2011	2012	2013
BIANCO	AL MED. CURANTE	99	96	121
	DIMISSIONE	81	82	76
	TRASF. CARTELLA AMB.	74	83	99
	TRSFERITO	-	-	1
	ABB. DOPO PRESA IN CARICO	3	4	4
GIALLO	AL MED. CURANTE	187	245	258
	DIMISSIONE	127	82	92
	TRASFERITO	43	72	50
	TRASF. CARTELLA AMB.	11	7	2
	ABB. DOPO PRESA IN CARICO	4	4	3
	RIFIUTO DI RICOVERO	-	-	3
	RICOVERO	6	5	4
ROSSO	AL MED. CURANTE	2	-	4
	DIMISSIONE	1	-	2
	TRASFERITO	5	3	-
	RICOVERO	1	-	-
TOTALE	AL MED. CURANTE	1279	1544	1540
	DIMISSIONE	885	706	655
	TRASFERITO	45	53	48
	TRASF. CARTELLA AMB.	119	133	88
	ABB. DOPO PRESA IN CARICO	19	15	20
	RICOVERO	4	1	1
	RIFIUTO DI RICOVERO	6	8	3
		3001	3160	3075

Tab.4

Nella Tabella si rileva:

Per i codici bianchi un incremento dell'invio in carico al medico curante e un decremento della dimissione.

Per i codici gialli e verdi:

- Una maggiore frequenza della dimissione per la continuazione della cura al medico curante per i codici gialli, un incremento dell'invio in carico al medico curante e un decremento della dimissione.
- Per i codici verdi fino al raggiungimento del 50% circa dei casi, e un decremento della dimissione senza presa in carico.

Il tutto, penso, sia significativo di buon utilizzo della struttura. Dovrebbe essere però studiata la motivazione, l'ora e il giorno di ogni accesso per sapere le ragioni per cui i genitori accedono al servizio stesso, che potrebbe essere coincidente o meno con l'orario e la giornata di chiusura degli studi dei pediatri, patologia traumatologica o altro motivo.

Tab.5

COLORE	ANNI	2011	2012	2013	
BIANCO	0	3	3	2	
	1	7	6	6	
	2	11	7	10	
	3	8	15	9	
	4	16	7	16	
	5	13	13	11	
	6	9	10	13	
	7	11	14	23	
	8	15	16	6	
	9	10	22	17	
	10	17	14	19	
	11	33	28	37	
	12	21	35	36	
	13	39	33	52	
	14	44	42	44	
GIALLO	0	36	71	53	
	1	61	68	63	
	2	51	65	52	
	3	33	43	46	
	4	24	29	27	
	5	14	24	26	
	6	19	19	19	
	7	17	9	17	
	8	20	18	16	
	9	7	15	13	
	10	12	14	18	
	11	31	12	17	
	12	21	16	11	
	13	11	16	17	
	14	21	13	17	
ROSSO	0	2	1		
	1	3			
	2	1		1	
	3			1	
	4		1	1	
	5	1	1	1	
	6	1			
	7			1	
	9			1	
	14	1			
	VERDE	0	156	162	180
		1	287	278	257
		2	240	270	259
		3	178	212	176
		4	171	161	173
5		152	145	136	
6		129	134	129	
7		119	132	116	
8		117	109	134	
9		116	111	104	
10		125	134	100	
11		127	157	136	
12		141	150	164	
13		140	170	170	
14		159	135	122	
Totale Risultato		3001	3160	3075	

Tab.5

Mostra i codici colore con a fianco l'età dei pazienti, a cui è stato assegnato quel determinato codice. L'assegnazione della maggior parte dei codici colore Rosso/Giallo è relativa a quella fascia di età che segna i primi anni di vita, Bianco relativo a 13/14 anni, nel Verde vi è una quasi equa distribuzione. Nel 2013, vi è un aumento dei bianchi, ovvero si abbassa la fascia di età, rispetto ai 13/14 anni del 2011, di poco aumenta invece la fascia del Rosso e radicale cambiamento per il Giallo che la tocca quasi tutta. Invariata la frequenza di assegnazione dei verdi, in questo caso, in relazione all'età del campione.

Capitolo 5

CONCLUSIONI

5.1. Considerazioni ai dati riportati

I dati sopra riportati mettono in evidenza:

- Età media del campione
- Le diverse nazionalità che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso
- Codici colore assegnati ed esiti

L'età media del campione nel triennio analizzato è di 6.4 anni, con una maggiore frequenza di assistenza alla fascia dei pazienti di un anno, per tutto il triennio.

Molti preferiscono aspettare ore al Pronto Soccorso, piuttosto che rivolgersi agli ambulatori, dato che al Pronto Soccorso una risposta verrebbe data loro comunque.

Importante quindi la funzione pediatrica, perché assiste circa il 10% degli accessi totali del Pronto Soccorso.

In conclusione, i dati esaminati sono dati aggregati e non sono esaustivi delle domande che sorgono, poiché dovrebbe essere studiata la motivazione, l'ora di ogni accesso, per sapere le ragioni per cui i genitori accedono al servizio stesso, ad esempio:

- L'accesso coincide con l'orario e a giornata di chiusura degli studi

dei pediatri?

- La patologia è di tipo traumatologico?
- Altro motivo?

Questo studio mette in evidenza l'importanza del triage pediatrico, in tutte le sue sfaccettature, l'importanza della formazione e organizzazione non solo dell'equipe che lavora nel Presidio ospedaliero ma di ciò che lo contraddistingue, come i servizi messi a disposizione della popolazione/ comunità al fine del soddisfacimento dei bisogni di salute.

Bibliografia

- ❖ Gruppo Formazione Triage. Triage infermieristico. McGraw-Hill 2th ed: Milano; 2005
- ❖ Costa M. Il triage. McGraw-Hill Libri Italia: Milano; 1997
- ❖ Linee guida sul Sistema di emergenza sanitaria . Atto di Intesa Stato Regioni,Gazzetta Ufficiale 17/5/1996
- ❖ Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 7 dicembre 2001, n. 285
- ❖ Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: «Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso). Pubblicato nella Gazz. Uff. 7 dicembre 2001, n. 285.
- ❖ Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: «Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso). Pubblicato nella Gazz. Uff. 7 dicembre 2001, n. 285.
- ❖ Dal profilo professionale (Decreto Ministeriale 14/9/1994 n. 739)
- ❖ N&A mensile italiano del soccorso · Anno 14° · Vol. 154 · Agosto 2005
- ❖ Dr.ssa Valeria TrombaSapienza Università di Roma -Dipartimento di Pediatria - U.O.C.Pediatria d'Emergenza e TIP
- ❖ Hanmza J. Physiologie perinatale. In St Maurice C. Murat I. : Manual d'anesthesiepediatrique, ed. Pradel
- ❖ Serafini GP. Braschi A, Aspetti anatomici e fisiologici del neonato e del bambino.

- ❖ Guidelines for red blood cell and transfusion for adults and children. CMAJ n11, 97
- ❖ Luban NLC, et al. Neonatal red blood cell transfusion Curr.
- ❖ Sonzogni V. La termoregolazione del bambino. Atti SARNePI '05
- ❖ Serafini GP. Braschi A, Aspetti anatomici e fisiologici del neonato e del bambino
- ❖ Newsletter Saluter notizie, Anno X, 2013
- ❖ <http://www.saluter.it/>
- ❖ Intervista a Leonida Grisenti, direttore generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, e con Gianluigi de' Angelis, direttore del Dipartimento materno-infantile e della Struttura complessa di gastroenterologia ed endoscopia digestiva.
- ❖ <http://www.simeup.com>
- ❖ Banca dati, <http://www.istat.it>
- ❖ Intervista a Italo Farnetani, all'Adnkronos Salute, pediatra e docente a contratto dell'Università di Milano-Bicocca
- ❖ <http://www.fimpemiliaromagna.org>
- ❖ AUSL / Comunicazione e stampa/ Ospedale di Vaio: cresce l'assistenza pediatrica
- ❖ <http://www.comune.fidenza.pr.it>
- ❖ <http://www.ausl.pr.it>

Ringraziamenti

..... E anche per me è arrivato il momento dei ringraziamenti per chiudere in bellezza questo momento già perfetto!

Tre anni indimenticabili della mia vita vissuti tra la gente sconosciuta che aveva bisogno di aiuto...

Un'esperienza grandiosa che mi ha lasciato dei segni a dir poco indelebili, per tutti quei pazienti che mi hanno voluto bene e ora non ci sono più, perché la loro forza mi ha aiutata a crescere e a diventare la donna forte e determinata, ma anche un po' sensibile che sono adesso.

Grazie mamma e papà per avermi dato la possibilità di intraprendere questo cammino unico, perché senza il vostro sostegno morale ed economico non avrei potuto realizzare tutto ciò, siete dei genitori stupendi e spero di avervi reso sempre fieri di me, siete la mia forza e un giorno spero di essere così come voi. Vi chiedo scusa se vi avessi mai delusi, sogno che possiate un giorno contare su di me, per essere finalmente io il vostro sostegno.

Vi volevo ringraziare Nonni, per l'amore imprescindibile e per essere ed essere stati i pilastri

della famiglia, mi siete sempre vicini, anche tu angelo che mi guardi da lassù, mi hai sempre protetta e hai vegliato su di me nei momenti di bisogno, mi manchi...

Grazie amore mio per l'uomo che sei stato e che sei tutt'ora, sono fortunata ad avere al mio fianco una persona come , ricordo ancora tutte quelle volte che ti ho chiamato mentre, al buio, andavo in ospedale, e tu, quasi come fossi lì con me a tenermi per mano, facevi in modo che niente e nessuno avrebbe potuto spaventarmi, la nostra sono sicura sarà una famiglia perfetta, perché il nostro amore va al di là delle materialità e delle esiguità, per questo Ti amo e ti porto sempre nel cuore.

Grazie ai miei zii, per essere sempre il pezzo forte della famiglia, è anche grazie a voi se questo momento è davvero unico... perché ognuno di voi ha messo qualcosa di proprio in questo mio cammino, e grazie anche ai miei cuginetti, perché mi danno sempre un motivo per cui sorridere.

... Si dice la famiglia sia la patria del cuore e sono fiera che ormai da un po' anche voi ne fate parte, mi avete accolta come una figlia, nipotina e cuginetta, da subito il legame che ci ha uniti è stato

quello del rispetto e della gioia reciproca, vi ringrazio per essere stati presenti e per avermi fatto sentire sempre importante con il vostro amore e affetto...vi voglio bene.

Ovviamente ai miei ringraziamenti non potevate mancare, care le mie Furfottine...se quella via Furlotti potesse parlare!! Le nostre risate e le nostre lacrime hanno reso questi 5 anni vissuti insieme a voi indimenticabili, perché il legame che ci unisce va al di là di semplici coinquiline, in un modo o nell'altro siamo state il cuore di quella via, poiché ciò che ci contraddistingueva era principalmente la vitalità e la genuinità. Sono tanti i momenti che ho registrati nel cuore, quasi come se fossimo state noi le registe di un film bello da morire.

Grazie a Feli e Cecilia, protagonisti di questi tre anni unici, perché siamo stati sempre l'uno il sostegno dell'altro.

Grazie alla Professoressa Carla Valeri, per essere stata non solo una tutor didattica, una relatrice sempre disponibile e paziente, ma anche una maestra di vita, grazie anche a Lucia Gotri, professoressa fidata e amorevole, e un ringraziamento va a tutte le miei tutor cliniche per avermi affiancata sempre, al

Presidio Ospedaliero di Vaio per avermi permesso la realizzazione di questo lavoro, in particolare all' U.O. del Pronto Soccorso e alla caposala Caterina Ferri.

Grazie anche a me stessa per la determinazione, l'impegno e la passione che ho messo in quella che viene definita: "...una delle belle arti, anzi la più bella delle arti"...