

INDAGINE SULLO STATO ATTUALE DELLE ATTIVITÀ DEL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO IN CORSO DI PANDEMIA SARS coV-2

La pandemia COVID-19 è una patologia a lungo termine che sta comportando un profondo cambiamento nelle nostre strutture assistenziali.

Il modello organizzativo quasi statico a cui da decenni siamo abituati, ha subito in questi mesi una profonda e rapida evoluzione.

La necessità di dare risposte rapide ed efficienti ai complessi problemi che si manifestano in un numero molto elevato di pazienti affetti da questa patologia, ha costretto le nostre regioni attivare un numero crescente di nuovi posti letto di terapia intensiva, in quanto la loro disponibilità iniziale si era rapidamente esaurita.

Di conseguenza si sta verificando la dislocazione in quest'area di personale specializzato e dei più moderni strumenti diagnostici e terapeutici, a scapito dei tradizionali settori assistenziali della medicina.

In questa indagine miriamo a raccogliere poche ma utili informazioni sullo stato attuale dell'attività di Pronto Soccorso Pediatrico che, rispetto a quello dell'adulto, sembra meno interessato dalla tempesta creata dal COVID-19 ma non meno importante. Il suo continuo potenziamento è comunque indispensabile, per garantire al bambino la migliore assistenza possibile, nell'interesse delle famiglie e della Società in cui viviamo.

Questionario

Rispondente:

Qualifica Medico altro _____

Ospedale Pediatrico Generale Universitario Misto SPOKE HUB

Reparto Pronto Soccorso UO di pediatria misto _____

Regione _____ Ospedale _____

1) La vostra Regione ha espresso nelle Direttive indicazioni sulla gestione e definizione di "Caso Covid-19 Pediatrico" ?

Sì No Non so

2) Il Triage Pediatrico viene effettuato da un triagista pediatrico generalista

3) Vi è una sala di attesa per pazienti pediatrici SI NO

4) Avete creato un ambiente pre-Triage? SI NO

In caso affermativo viene effettuato da un Triagista pediatrico generalista

5) La Vostra Azienda ha prodotto un PDTA specifico per la gestione dell'emergenza COVID-19? SI NO

In caso affermativo il PDTA prevede una sezione specifica per :

-Modalità di utilizzo dei DPI SI NO

-Modalità di esecuzione del Tampone :Orofaringeo O SI O NONaso-faringeo SI NO

- Aspirato SI NO Lavaggio bronco-alveolare SI NO
- Modalita' di ricovero nel locale di Isolamento COVID SI NO
- Modalita' di trasferimento da/per un altro Ospedale SI NO
- Modalita' di gestione del Personale Sanitario con sospetto COVID 19 SI NO
- E' previsto un percorso per la gestante COVID o sospetta? SI NO

6) Che tipologia di DPI usate nel paziente " Caso Sospetto " e " Caso Confermato"

	Caso Sospetto	Caso Confermato
Doppi Guanti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Camice monouso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Camice Impermeabile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Mascherine Chirurgiche	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FFP2 (con valvola)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FFP2(senza valvola)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FFP3 (con valvola)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Occhiali protettivi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cappellino	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Visiera	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Calzari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

7) Nella Vostra Azienda sono stati ricoverati bambini con COVID 19 accertata?

In caso affermativo indicare il numero assoluto

Indicare il numero di dimessi dall'OBI o dal PS con Tampone Positivo

8) Qual è il tempo medio necessario dall'esecuzione del Tampone alla sua refertazione ore giorni

9) Abitualmente nella routine giornaliera utilizzate

	Prima dell'epidemia	Attualmente
Guanti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Camice monouso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Mascherine Chirurgiche	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FFP2 (con valvola)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FFP2(senza valvola)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FFP3 (con valvola)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Occhiali protettivi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
cappellino	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

10) Nella Vostra Azienda avete avuto oppure avete ancora difficoltà di approvvigionamento di mezzi protettivi (mascherine, guanti, disinfettanti, etc.)?

Rispondete con una scala Likertda 1 (Moltissime difficoltà) a 5 (Nessuna difficoltà)

	Prima dell'epidemia	Attualmente
Guanti	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Mascherine	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Camici monouso	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Occhiali	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

11) Nella Vostra Azienda vi è stata una riduzione degli accessi al PS di area pediatrica? SI NO

12) Quanti accessi vi sono stati nel mese di marzo? nel 2019 _____ nel 2020 _____

13) Quanti ricoveri vi sono stati nel mese di marzo? nel 2019 _____ nel 2020 _____

14) Nella Vostra Azienda in questo periodo si sono utilizzati settori del reparto di Pediatria per pazienti adulti con COVID-19? SI NO