

La complessità assistenziale in pronto soccorso pediatrico durante la pandemia da Covid19

F. Logrippo, V. Carmellino, A. Lisenni

INTRODUZIONE.

L'assistenza infermieristica pediatrica in area di emergenza-urgenza è difficilmente indagabile perché caratterizzata da aspetti unici. Prevede infatti una presa in carico globale della diade bambino-caregiver in situazioni tempo-dipendenti, che spesso portano a sottoporre il paziente a molteplici procedure che l'infermiere deve eseguire riducendo il più possibile stress e dolore.¹ La pandemia di Covid19 ha comportato ulteriori sfide per gli infermieri pediatrici. Sebbene, inizialmente, l'impatto della pandemia sui bambini è stato minimo, nel 2021, invece, con l'allentamento delle misure di prevenzione per la diffusione del virus, vi è stato un repentino ritorno ai numerosi accessi in pronto soccorso (PS) pediatrico. Si è assistito infatti ad aumento dei contagi da SARS-Cov2 e un *rebound* dei virus respiratori rimasti silenti durante i lockdown attuati da diversi Paesi, tra cui l'Italia. I dipartimenti di emergenza e urgenza pediatrici si sono riorganizzati per permettere ad un maggior flusso di bambini di accedervi in sicurezza preservandoli dal rischio di contagio da covid19.^{1,2} Gli infermieri pediatrici hanno avuto un ruolo centrale nell'attuazione della riorganizzazione delle cure assicurando un'assistenza centrata sulla famiglia, nonostante le misure di distanziamento ancora vigenti. Ciò nonostante, non vi sono studi sulla complessità dell'assistenza infermieristica pediatrica in area di emergenza-urgenza durante la pandemia da Covid19.^{1,4,5} L'obiettivo di questo studio è quello di indagare l'assistenza infermieristica fornita ai bambini con fattori di rischio per infezione SARS-Cov2, visitati presso l'area dedicata ai casi "possibili Covid-19" del Pronto Soccorso del P.O. Regina Margherita - Città della Salute e della Scienza di Torino.

MATERIALI E METODI.

È stato condotto uno studio osservazionale. Sono stati inclusi tutti i bambini con pretriage positivo per rischio di infezione da SARS-Cov2, cioè con uno dei seguenti sintomi: febbre, faringodinia, tosse, vomito, diarrea, lesioni cutanee suggestive di COVID-19. Sono stati inclusi tutti i codici di gravità, tranne il bianco. I dati sono stati raccolti a settembre e ottobre 2021 su una scheda di raccolta dati appositamente strutturata e sono stati raccolti per ogni turno dagli infermieri in servizio.

La complessità assistenziale dei pazienti è stata misurata con la scala IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale) modificata per il pronto soccorso e adattata al contesto pediatrico (Tabella 1).

| | Respirazione e ventilazione | Alimentazione e idratazione | Terapia | Prestazioni | Capacità sensoriale / neurologico | Monitoraggio pv | Codice colore | Età |
|----|---|-----------------------------|----------------------------|--|--|--------------------------|---------------|-----------|
| +1 | O2 terapia ≥ 50%, HFNC | Bilancio I-E | EV x CVC, trasfusioni | Posizionamento cvp complesso, controlli seriali di esami ematici | Soporoso, Crisi convulsive ripetute | Continuo | Rosso | <1 anno |
| +2 | O2 terapia 22%-49%, terapia inalatoria multipla | PEG, Bisogni speciali | EV, SNG | Posizionamento cvp, sng, cv, emocolture | Crisi convulsiva singola, dolore severo, bisogni neuropsichiatrici complessi | Periodico ripetuto ≥ 3 h | Giallo | 1-5 anni |
| +3 | Terapia inalatoria singola, lavaggi nasali | Da monitorare | terapia orale, endorettale | Prestazioni semplici | Oppositivo, dolore lieve | | Verde | 6-12 anni |
| +4 | Aria ambiente | Autonomo | Nessuna | Nessuna | Vigile | Per turno ≥ 6 h | | >12 anni |

Tabella 1

Ad ogni item è stato assegnato un punteggio. La complessità assistenziale è stata misurata sommando i punteggi dei singoli item. Per ogni bambino è stato calcolato un punteggio di complessità valutando tutti gli item riportati in tabella. Per determinare le classi di complessità sono stati utilizzati i seguenti range: complessità alta punteggio <17, medio-alta 18-25, medio-bassa 26-30, bassa >31.

RISULTATI.

Sono stati analizzati 434 accessi nell'area "possibili Covid-19". La complessità assistenziale è stata per lo 0,9% alta, 21,9% medio-alta, 43,1% medio-bassa e 34,1% bassa. I risultati ottenuti dallo studio sono riassunti nella tabella 2.

Solo un bambino è stato sottoposto a supporto con HFNC. Il 51,8% dei bambini ha necessitato di prestazioni semplici, mentre il 18% ha richiesto prestazioni più invasive.

Il 29% dei bambini ha avuto un tempo di permanenza in PS inferiore alle 3 ore, mentre il 21% ha necessitato di un tempo di osservazione superiore.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.

Allo stato dell'arte, questo è uno dei pochi studi che indaga la complessità assistenziale del

| TABELLA 2 – RISULTATI MISURATI DALLA SCALA IDA | | |
|--|-------|-----|
| | % | N. |
| RESPIRAZIONE E VENTILAZIONE | | |
| HFNC | 0,23 | 1 |
| O2 terapia, terapia inalatoria | 27,19 | 117 |
| ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE | | |
| Da monitorare | 19,81 | 80 |
| Autonoma | 80,18 | 348 |
| TERAPIA | | |
| Endovenosa | 16,59 | 72 |
| Orale, endorettale | 32,72 | 142 |
| PRESTAZIONI | | |
| Prestazioni semplici | 51,84 | 225 |
| Prestazioni complesse | 21,43 | 78 |
| CAPACITA' SENSORIALE/NEUROLOGICO | | |
| Crisi convulsiva singola, dolore severo, bisogni neuropsichiatrici complessi | 2,07 | 9 |
| Oppositivo, dolore lieve | 18,89 | 82 |
| MONITORAGGIO PV | | |
| Continuo | 42,86 | 186 |
| Per turno | 43,76 | 190 |

paziente pediatrico in PS durante la pandemia da Covid19. Dall'analisi dei risultati emerge una frequenza percentuale di complessità assistenziale in linea con quella dei codici colore assegnati al triage durante l'anno nel PS del PO Regina Margherita di Torino: 22,9% bambini con complessità alta/medio-alta vs 30,5% codici rossi e gialli; 77,19% bambini con complessità medio-bassa/bassa vs 69,5% codici verdi. La complessità assistenziale nell'area "possibili Covid19" a settembre-ottobre 2021 potrebbe essere sovrapponibile alla complessità assistenziale del PS pediatrico durante l'anno 2021. Tuttavia, essa deve essere interpretata alla luce del contesto organizzativo-strutturale del PS in questione, caratterizzato da 6 stanze di isolamento ed un numero di accessi in aumento. Inoltre, per valutare la complessità dell'assistenza in periodo pandemico deve essere considerato anche lo stato di allerta e tensione dovuti alla responsabilità di fornire assistenza di qualità in un contesto di continua esposizione al contagio, così come riportato in letteratura.^{1,4,5}

Infine, si può affermare che, in base a questo studio, la scala IDA sembrerebbe essere uno strumento idoneo a valutare l'assistenza al bambino, ma necessita di ulteriori modifiche e applicazioni.

BIBLIOGRAFIA.

1. Efendi, Defi, Faizul Hasan, Regina Natalia, Ayuni Rizka Utami, Ismaila Sonko, Titik Ambar Asmarini, Risna Yuningsih, Dessie Wanda, e Dian Sari. Nursing Care Recommendation for Pediatric COVID-19 Patients in the Hospital Setting: A Brief Scoping Review. PLOS ONE 2022.
2. Salute, Ministero della. s.d. «Ospedali pediatrici italiani e Covid-19, il Position Paper per la presa in carico del bambino». Consultato 14 novembre 2022.
3. Rachel Jenner, Alexandra Walker, Rachel Isba. Kids are back in town: the return of high demand for paediatric emergency care. Arch Dis Child February 2022 Vol 107 No 2.
4. Góes FGB, Silva ACSS, Santos AST, Pereira-Ávila FMV, Silva LJ, Silva LF, Goulart MCL. Challenges faced by pediatric nursing workers in the face of the COVID-19 pandemic. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2020;28:e3367
5. Al-Motlaq, Mohammad, Sarah Neill, Mandie Jane Foster, Imelda Coyne, Davina Houghton, Charlotte Angelhoff, Malin Rising-Holmström, e Maureen Majamanda. 2021. «Position Statement of the International Network for Child and Family Centered Care: Child and Family Centred Care during the COVID19 Pandemic». Journal of Pediatric Nursing 61 (novembre): 140–43