

Sommario

Editoriale	4	presso il Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza di Rimini: report del primo anno di attività	27
Cardiologia		Validazione di un questionario di screening per la diagnosi di emicrania nel Dipartimento di Emergenza.....	28
Accuratezza diagnostica dell'ecografia toracica vs BNP nella diagnosi di dispnea cardiogena in Pronto Soccorso: uno studio prospettico	6		
Le complessità cliniche e organizzative nell'emergenza: la diagnosi di sincope in Pronto Soccorso tra linee guida e medicina difensiva	7	Tossicologia	
Fibrillazione atriale: dal trattamento farmacologico alla terapia elettrica	8	Intossicazioni da metanolo in Sicilia: outbreak 2006-2008	30
Pneumologia e NIV		Acidosi lattica nell'intossicazione da metformina: un rischio sottostimato	31
La complessità e le variabili nella presentazione dell'asma acuto al Pronto Soccorso	10	Impatto sul sistema dell'urgenza-emergenza delle nuove tipologie di consumo delle sostanze d'abuso	32
La ventilazione non-invasiva nel trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta: caratteristiche cliniche e organizzative nella realtà del Dipartimento di Emergenza-Urgenza	11	Evoluzione clinica e trattamento antidotico in 228 pazienti con avvelenamento da morso di vipera in Italia: casistica del Centro Antiveneni di Pavia	33
Confronto tra due sistemi CPAP nel trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta secondaria a edema polmonare acuto cardiogenico	13	Le intossicazioni da monossido di carbonio: esperienza dell'azienda usl di Rimini dal 1996 al 2007	34
Scompenso cardiaco e BPCO in Pronto Soccorso: possibile ruolo della telemedicina nella gestione degli episodi di riacutizzazione	15	Emergenza tossicologica in Pronto Soccorso: organizzazione logistica, sistematizzazione delle risorse e algoritmo gestionale	35
Diagnostica per immagini		<i>Rave party e club drugs</i> : report di un caso di intossicazione da GHB.....	37
Identificazione precoce di focolaio broncopneumonico con l'ecografia toracica: un caso esemplificativo	16	Malattie infettive	
Utilità dell'ecografia toracica nella diagnosi di consolidamenti polmonari flogistici: presentazione di due casi clinici	17	Valutazione di un test rapido (TQS) per la determinazione dello stato immunitario antitetanico in pazienti con ferite in Pronto Soccorso. Studio pilota	39
Diagnostica per immagini in emergenza: ruolo dell'ecografia in situazioni di arresto-periarresto cardiaco. Un caso di tamponamento cardiaco.....	18	Malaria cerebrale da <i>P. falciparum</i>	40
Neurologia		Immunoprofilassi passiva antitetanica in Pronto Soccorso: utilizzo di un test rapido nella scelta decisionale.....	41
Integrazione di un percorso assistenziale e audit clinico: lo <i>stroke</i>	20	Emofilia acquisita in paziente HIV positivo: una singolare emergenza ematologica	42
Headache in the Emergency Department: case report.....	22	Clinica	
Organizzazione della procedura per la trombolisi sistemica nell'ictus cerebrale ischemico acuto		Possibili diagnosi differenziali di fronte a un quadro di citolisi epatica acuta.....	44
		La simulazione come standard: un progetto di formazione continua per il DEA dell'Ospedale di Imola.....	45
		Indice annata	47

AcEMC: un anno pieno di soddisfazioni all'insegna dell'interdisciplinarietà

Ivo Casagrande

Direttore Dipartimento di Emergenza e Accettazione, ASO Santi Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria

In questo numero di fine anno ho il piacere di presentare gli abstract dei lavori che sono stati esposti durante il Congresso fondativo dell'AcEMC (Academy of Emergency Medicine and Care), tenutosi a Bologna nei giorni 11-12 marzo 2010 e che ha visto la partecipazione di circa 200 persone.

Colgo l'occasione dell'editoriale, oltre che per fornire commenti rispetto ai lavori presentati, anche per tracciare il bilancio di fine anno dell'attività scientifica della nostra neonata Academy.

Ma andiamo con ordine.

Del Congresso fondativo ricordo, oltre all'abbondante nevicata, l'entusiasmo, in particolare dei giovani colleghi, per qualcosa di nuovo che si affacciava sul mondo della medicina d'urgenza.

L'idea dell'interdisciplinarietà, del mettere insieme le diverse professionalità che lavorano nel mondo dell'urgenza pareva a tutti un'idea, una proposta da accettare e seguire.

Il Congresso è stato in effetti la traduzione del primo articolo del nostro statuto dove il concetto di interdisciplinarietà è l'elemento motore. Molti sono stati i relatori provenienti da discipline diverse dalla medicina d'urgenza ma che con essa hanno a che fare e i cui professionisti collaborano con coloro che lavorano nel Pronto Soccorso.

In particolare gli interventi dei medici radiologi, di laboratorio, dei colleghi tossicologi e infettivologi in sintonia con quelli dei medici d'urgenza hanno permesso di far raggiungere agli argomenti trattati un elevato livello, anche per il valore aggiunto proprio dell'interdisciplinarietà.

Altri relatori non appartenenti al mondo del Pronto Soccorso ci hanno permesso di comprendere l'apporto che possono fornire altre discipline quali quelle delle scienze sociali o della psicologia, per capire come affrontare i problemi legati alle organizzazioni complesse e al rischio di errore connesso all'attività propria della medicina d'urgenza il cui setting, il Pronto Soccorso, dovrebbe imboccare la strada propria delle high reliability organisations e, in quel contesto, sarebbe opportuno fornire strumenti perché gli operatori sanitari possano raggiungere la necessaria "mindfulness" nell'esercizio quotidiano della propria professione.

Interessante è stato l'apporto dei Direttori di alcune scuole di specializzazione, i cui interventi hanno permesso di apprezzare gli aspetti di integrazione tra le

varie scuole e il mondo dell'emergenza-urgenza. L'ultima giornata è stata caratterizzata dalla presentazione dei progetti di ricerca che hanno coinvolto numerosi partecipanti al Congresso e che hanno fatto percepire la necessità e l'interesse per la conduzione di studi multicentrici.

Infine gli abstract presentati al Congresso e pubblicati in questo numero, pur in gran parte scritti da medici d'urgenza, riflettono la vasta gamma di interessi e tecnologie che la medicina d'urgenza abbraccia, le discipline che incrocia e la multidisciplinarietà che essa esprime.

Il progredire delle conoscenze nei vari campi della clinica e della tecnologia va sempre più ad impattare sui contenuti propri della medicina d'urgenza: basti pensare all'ecografia ed al suo ruolo recente di studio e monitoraggio dell'emodinamica.

Ragganciandomi a quanto scritto prima riguardo al ruolo di AcEMC nella proposta di progetti di ricerca, non posso non ricordare l'ospitalità che ci è stata data dal prof. Salvatore Di Somma all'interno del I Congresso dell'Associazione GREAT Italia (Global Research on Acute Conditions Team) tenutosi a Roma nei giorni 19 - 21 ottobre presso l'ospedale S. Andrea. Congresso ricco di cultura scientifica e di relatori riconosciuti a livello internazionale. Molti sono stati i lavori presentati da giovani medici clinici e ricercatori che verranno anch'essi pubblicati in uno dei primi numeri di ECJ del prossimo anno. Alla fine di questo Congresso si sono decise due cose importanti: far diventare ECJ organo di riferimento di GREAT Italia e organizzare con questa Associazione il Congresso AcEMC 2011.

Non ci si era ancora ripresi dalle fatiche del GRE-AT che il 29 ottobre si inaugurava a Saint Vincent il Convegno Nazionale di Studi e Proposte dal titolo "Errore e Responsabilità nelle Organizzazioni Sanitarie Complesse: Medici, Giuristi, Decisori e Cittadini a confronto, per un processo di cambiamento", che ha visto la partecipazione di oltre 200 persone provenienti da tutt'Italia. Il Convegno era stato preceduto dalla diffusione di un questionario rivolto ai medici del Pronto Soccorso generali e pediatrici il cui scopo era quello di rilevare l'atteggiamento dei colleghi dell'urgenza nei riguardi della medicina difensiva. La risposta è stata un vero successo: sono stati restituiti ben 1390 questionari. L'organizzazione, il cui merito è da attribuirsi a Massimo Pesenti, all'Ufficio For-

mazione dell'USL della Valle d'Aosta, oltre che alla segreteria AcEMC, è stata perfetta. Le relazioni tutte di ottimo livello hanno ruotato attorno alla presentazione dei dati del questionario elaborati dal prof. Maurizio Catino (membro del direttivo AcEMC) e dalla dott.ssa Chiara Locatelli della Facoltà di Sociologia dell'Università Milano-Bicocca. Tra le relazioni sono state particolarmente apprezzate quelle dei Giuristi del Centro Federico Stella sulla giustizia penale e la politica criminale dell'Università Sacro Cuore di Milano coordinati dal prof. Gabrio Forti, quella del Presidente FNOMCEO dott. Amedeo Bianco e quelle degli esponenti dell'aeronautica militare e civile gen. Luca Valeriani e comandante Marco Alberti nonché del prof. Bruno Franchi. Molto interessanti le relazioni provenienti dai rappresentanti delle istituzioni quali AGENAS (dott. Fulvio Moirano) del Ministero della Salute (dott. Alessandro Ghirardini) e delle associazioni come FIASO (dott. Giovanni Monchiero) e di Cittadinanzattiva (dott.ssa Teresa Petrangolini). Il Congresso si è chiuso con la proposta della Carta di Saint Vincent, documento di consenso su errore e responsabilità nelle organizzazioni sanitarie complesse, pubblicata a seguire. Chiuso questo Congresso si è entrati in pieno nell'organizzazione del Corso di Malattie Infettive per Medici d'Urgenza, organizzato in collaborazione con i medici infettivologi dell'ospedale Spallanzani di Roma e che si è tenuto all'interno del Congresso SIMIT, svoltosi nella capitale dal 24 al 28 novembre. L'obiettivo del corso era quello di fornire

uno strumento formativo strutturato sulle emergenze infettivologiche basato su modelli di approccio sindromico, di formare i medici d'urgenza sulla gestione medica ed organizzativa delle principali patologie infettive e di conseguire una standardizzazione nella gestione diagnostica ed assistenziale dei pazienti con patologia infettiva che accedono ai PS/DEA.

Sono state individuate una serie di condizioni patologiche principali con le quali i medici d'urgenza devono confrontarsi e per le quali ci sembra necessario definire modalità di approccio che consentano di operare scelte razionali evitando procedure di medicina difensiva e/o che trascurino aspetti importanti ai fini di un corretto inquadramento diagnostico. Le sindromi presentate e discusse sono state quella settica, quella neurologica, la sindrome respiratoria e quella gastrointestinale.

Ciascuna sezione ha visto la partecipazione di un medico d'urgenza, di un infettivologo e di un microbiologo. Il corso si è concluso con una relazione sull'utilizzo degli antibiotici in Pronto Soccorso e un'altra sulla gestione delle misure di isolamento e la prevenzione dei rischi per il personale. Va sottolineato la regia e la grande ospitalità offerta dal prof. Giuseppe Ippolito e l'impegno del dott. Fabrizio Palmieri nel coordinare, assieme al sottoscritto, le varie fasi di preparazione del corso.

A questo punto mi sembra giusto concludere ringraziando le numerose persone che ci hanno comunicato il loro entusiasmo per la nascita di AcEMC e che hanno partecipato con interesse agli eventi formativi.

LA CARTA DI SAINT VINCENT

Documento di consenso su errore e responsabilità nelle organizzazioni sanitarie complesse

- 1. Apprendere dall'errore.**
Occorre considerare l'errore in medicina un evento da cui apprendere per evitare che si ripeta e per migliorare la sicurezza del paziente.
- 2. Consolidare il rapporto di fiducia tra il professionista sanitario e il paziente.**
Il professionista sanitario, in caso di errore, deve impegnarsi a una comunicazione trasparente nel rispetto della persona coinvolta, dei suoi familiari e del codice deontologico.
- 3. Superare il mito dell'infallibilità.**
Occorre considerare la medicina come una scienza che opera in contesti al contempo di profonda conoscenza e di grande incertezza. Il professionista sanitario deve basarsi sul metodo scientifico e sulle prove di efficacia, tenendo conto del consenso informato della persona, evitando comportamenti difensivi.
- 4. Dalla blame culture alla just culture.**
In caso di errori involontari, occorre superare la cultura della colpa orientata soltanto ad individuare il colpevole di un evento avverso. È auspicabile promuovere processi di *just culture* in cui i professionisti siano messi in grado di distinguere i comportamenti accettabili da quelli non accettabili.
- 5. Promuovere organizzazioni ad alta affidabilità.**
I sistemi sanitari dovrebbero essere progettati e gestiti secondo i principi di management delle organizzazioni ad alta affidabilità (con alta efficienza, basso tasso di errore, lavoro di team). Occorre favorire lo sviluppo delle non technical skills (abilità cognitive personali e sociali necessarie alla realizzazione di performance sicure), attivando percorsi formativi accademici e istituzionali.
- 6. Sviluppare sistemi di gestione del rischio clinico.**
È necessario dotare le organizzazioni sanitarie di strumenti di segnalazione e di gestione che permettano di correggere tempestivamente gli errori, e che siano in grado di costruire barriere difensive capaci di prevenirli.
- 7. Modificare il sistema normativo.**
Per consolidare il rapporto di fiducia tra medico e paziente è indispensabile ridisegnare l'attuale modello di attribuzione della responsabilità penale e civile. Una ragionevole limitazione della responsabilità penale del sanitario ai soli eventi avversi realizzati con "colpa grave", accompagnata dall'introduzione di programmi di giustizia riparativa in ambito sanitario e da un riordino delle norme in tema di assicurazione per la responsabilità civile che metta al centro le strutture che erogano prestazioni sanitarie e non i singoli operatori. Ciò consentirebbe di spezzare il circolo vizioso che induce molti sanitari, oggi, ad adottare comportamenti di medicina difensiva.