

Analisi delle criticità e possibili risposte organizzative

L'inquadramento e la gestione del paziente dispnoico nel Dipartimento d'Emergenza e Accettazione (DEA) pone alcuni problemi organizzativi che, sinteticamente, possiamo definire di tipo a) logistico; b) tecnico-strumentale; c) formativo. I problemi di tipo logistico riguardano gli spazi "fisici" all'interno dei quali il paziente viene trattato nel DEA ed i percorsi che consentono al paziente di raggiungere la diagnostica od il luogo di trattamento definitivo più idoneo. Non bisogna dimenticare che in molti ospedali del nostro paese il DEA è stato costruito in epoche in cui non esisteva il concetto di "percorso del paziente urgente". È noto, poi, che il DEA rappresenta il punto di arrivo all'Ospedale dei più svariati quadri clinici, urgenti o meno; è quindi fondamentale garantire al paziente dispnoico un percorso di triage facilitato che consenta una rapida, ma efficace valutazione iniziale, l'attribuzione corretta del codice di gravità, ed un rapido trasferimento alla sala di visita. Qui dovrà avvenire l'inquadramento clinico e stabilizzazione rapida del paziente che sarà quindi trasferito, per le cure del caso, presso zona del Pronto Soccorso dotata di capacità di monitoraggio e personale sufficienti (Osservazione Temporanea), presso l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) della Medicina d'Urgenza, o se la gravità del caso lo rende necessario, presso la Terapia Intensiva Generale o Pneumologica (se presente), secondo protocolli definiti. Se, come nella maggior parte dei casi, ad una dispnea sottende una condizione di Insufficienza Respiratoria Acuta (IRA), il trattamento ed il monitoraggio dovranno avvalersi di personale medico ed infermieristico qualificati, di luoghi dedicati al trattamento in urgenza, di strumentazione adeguata (1). Nelle situazioni in cui ciò non sia realizzabile, sarà necessario formulare protocolli di gestione condivisi con la Pneumologia o la Terapia intensiva. Studi dedicati hanno infatti dimostrato che un trattamento idoneo del paziente "critico" nel DEA riduce i tempi di gestione ed i costi, nonché la mortalità, nelle terapie intensive, laddove un trattamento avulso da linee guida condivise, oltre a peggiorare l'outcome, comporta costi aumentati e allungamento del tempo di degenza (2). Ugualmente, la diagnostica radiologica dovrà svolgersi secondo tempi e percorsi che non comportino interruzioni del trattamento del paziente. Alcune esperienze internazionali hanno dimostrato che l'utilizzo precoce della CPAP da parte degli operatori dell'emergenza territoriale nelle dispnee cardiogene accorcia significativamente i tempi di gestione del paziente nel DEA (3,4,5).

Sul piano strumentale e tecnico l'inquadramento e la gestione delle dispnee nel DEA non può prescindere dalla presenza nello stesso di una diagnostica radiologica d'urgenza di qualità adeguata, anche alla luce dei risultati promettenti dell'ecografia toracica nello screening delle dispnee e degli stati ipoperfusivi, tecnica questa gestibile in prima persona dal medico dell'urgenza, in associazione alle indispensabili informazioni derivanti dall'interpretazione dell'Emogasanalisi arteriosa (EGA). Il trattamento di molti pazienti colpiti da IRA si avvale oggi della ventilazione non invasiva (NIV) in un numero crescente di DEA (6,7). La scelta dei dispositivi più idonei tra quelli presenti sul mercato deve tenere conto della disponibilità di personale e del livello formativo dello stesso, della logistica di cui sopra, dell'esistenza di protocolli concordati con le terapie intensive, della capacità da parte del personale stesso di ricorrere a tecniche di ventilazione convenzionale ove opportuno.

Infine, una corretta gestione del paziente dispnoico nel DEA deve prevedere una adeguata formazione del personale dedicato medico ed infermieristico (1). Un problema spesso rilevato riguarda la non omogeneità delle conoscenze specifiche all'interno dell'organico del DEA che ha come conseguenza la mancata garanzia al paziente di un corretto trattamento sulle 24 ore e spesso è fonte di incomprensione con gli intensivisti. La formazione deve prevedere i fondamentali della fisiopatologia respiratoria, il rationale della ventilazione meccanica e della NIV in particolare, con i relativi aspetti di nursing, l'interpretazione dell'EGA, elementi di base di ecografia toracica. Un aspetto formativo di fondamentale importanza riguarda la corretta selezione del paziente da trattare con NIV ed i criteri per definire l'eventuale fallimento della metodica.

- 1) MW Elliott, M. Confalonieri, S. Nava. Where to perform non invasive ventilation? *Eur Respir J* 2002; 19: 1159-1166.
- 2) DT Huang. Clinical Review: impact of emergency department care on intensive care unit costs. *Critical Care* 2004; 8: 498-502.
- 3) Kosowsky et al. Prehospital use of continuous positive airway pressure (CPAP) for presumed pulmonary edema, a preliminary case series. *Prehospital emergency care* 2001.
- 4) Kallio T et al. The use of prehospital continuous positive airway pressure treatment in presumed acute severe pulmonary edema. *Prehospital Emergency care* 2003.
- 5) Tempier et al. "Boussignac" continuous positive airway pressure system: practical use in a prehospital medical care unit. *Eur J Emergency Med* 2003.
- 6) J Browning, B Atwood, Gray A et al. Use of Non-invasive ventilation in UK emergency departments. *Emerg Med J* 2006; 23: 920-921.
- 7) NS Hill. Where should Noninvasive ventilation be delivered? *Respir Care* 2009; 54 (1): 62-69.

