

Dalla letteratura e dal web

Remo Melchio, Sara Ferrillo*, Christian Bracco

Dipartimento di Medicina d'Urgenza, AO Santa Croce e Carle, Cuneo

* Dipartimento di Medicina d'Urgenza, AO Santi Antonio e Biagio, Alessandria

Iperafflusso in Pronto Soccorso e pazienti su barella: come ricoverarli nei reparti

Uno dei problemi principali che affliggono il Pronto Soccorso in Italia, come in altri Paesi, è la difficoltà a collocare i pazienti da ricoverare nei reparti, per la carenza dei posti letto disponibili. In questo articolo leggiamo che il dottor Peter Vecellio, Direttore del Dipartimento di Medicina d'urgenza dello *Stony Brook University Hospital* in New York, ha proposto di inviare i pazienti in attesa del posto letto presso i reparti di degenza, dove avrebbero potuto ricevere un'assistenza infermieristica più attenta, in un ambiente più tranquillo e confortevole. Inoltre è stato osservato che in questo modo i pazienti vengono ricoverati più velocemente, in quanto i medici si sentono più motivati a liberare i posti letto per accogliere i pazienti in attesa. Verificato che non esistono negli USA motivi legali che ne impediscano la messa in atto, la proposta del dottor Vecellio si è diffusa rapidamente a 400-500 strutture ospedaliere. L'articolo, inoltre, espone diverse proposte organizzative mirate a ridurre i tempi di attesa del posto letto per i pazienti che si trovano in Pronto Soccorso, come anticipare l'orario del giro vista dei medici del mattino e spostare i pazienti in dimissione in un'area apposita come avviene al *Memorial Hospital*, in modo da poter programmare entro le 11 del mattino le dimissioni e i ricoveri. Potrebbe essere utilizzato anche un sistema elettronico per monitorizzare la presenza di posti letto dell'ospedale e le dimissioni programmate e una figura professionale specifica potrebbe occuparsi di coordinare le esigenze di ricovero con la disponibilità dei reparti. Inoltre per rendere più veloce l'iter del paziente in Pronto Soccorso sono stati previsti in alcuni casi percorsi diagnostici preferenziali per le patologie più rappresentate e in alcune realtà, come il *San Antonio Public Hospital*, sono state istituite strutture ambulatoriali adiacenti al Pronto Soccorso di pronta accessibilità in fasce orarie prefissate per alcune categorie di pazienti con problematiche di urgenza non immediata.

Commento. Il sovraffollamento del Pronto Soccorso non dovrebbe essere considerato, come precisato dall'Autore stesso, un problema organizzativo del solo Pronto Soccorso, ma dovrebbe essere affrontato coinvolgendo i reparti di degenza, le strutture territoriali e quelle implicate nel percorso diagnostico-terapeutico del paziente, complessivamente. In quest'ottica inviare i pazienti da ricoverare ai reparti, in attesa del posto letto, è una soluzione in favore del paziente e sostenibile sul piano organizzativo da parte del reparto accettante, che condivide così con il Pronto Soccorso la presa in carico del paziente.

Greene J.
Emergency Department flow and the boarded patient: how to get admitted patients upstairs.
Ann Emerg Med 2007; 49: 68-70.

Toracentesi ed ecografia: un tutorial

Più di 1,5 milioni di persone negli USA sviluppano ogni anno un versamento pleurico: in molti casi si tratta di pazienti ricoverati in Unità di terapia intensiva e indubbiamente l'ecografia sta assumendo un ruolo chiave nel processo diagnostico e terapeutico di queste situazioni. Kopman in questa *review* su *Chest* effettua una revisione della più recente letteratura sull'argomento, producendo un *tutorial* che riafferma il ruolo primario attribuibile all'ecografia nella valutazione del paziente critico con versamento pleurico. La possibilità di realizzazione *real time*, tramite macchine portatili "al letto del malato", l'assenza di radiazioni ionizzanti e l'elevata capacità identificativa nei confronti di falde liquide collocano l'ecografia in posizione privilegiata non solo nell'ambito del processo diagnostico del paziente affetto da versamento pleurico, ma anche nell'ambito dell'iter terapeutico. In effetti è stata dimostrata in più lavori una netta riduzione delle complicanze, in particolare dello pneumotorace, legate alla procedura di toracentesi, quando questa venga effettuata tramite supporto ecografico (uno stu-

dio riferisce una riduzione dell'incidenza di pneumotorace dal 29% allo 0%); inoltre l'esame ecografico risulta in grado di localizzare falde liquide in circa l'80% dei casi di toracentesi fallite tramite sola valutazione clinica. Altrettanto interessante risulta considerare la possibilità di utilizzo di tale metodica da parte di personale non dedicato, dal momento che più lavori hanno posto in evidenza come il percorso di addestramento per effettuare valutazioni ecografiche di base in urgenza-emergenza sul paziente affetto da versamento pleurico non risulti particolarmente lungo o complesso.

I limiti che vengono evidenziati sono da riferire al costo delle apparecchiature e al fatto che nelle forme di versamento scattato la TC ancora rappresenta un supporto difficilmente sostituibile per le procedure di drenaggio.

Kopman D.
Ultrasound-guided Thoracentesis.
Chest 2006; 129: 1709-14.

Comunicare con i familiari dei pazienti che muoiono in Unità di terapia intensiva

Avere una persona cara che muore in Unità di terapia intensiva costituisce un evento caratterizzato da un importante stress emotivo, anche perché molto spesso il paziente non è in grado di comunicare né con i familiari né con i sanitari. In questo *setting* vari studi hanno dimostrato come una comunicazione efficace tra personale e familiari rappresenti uno strumento importante per il processo di elaborazione del lutto. Un gruppo di ricercatori francesi ha condotto uno studio multicentrico randomizzato e controllato in 22 reparti di rianimazione per verificare l'efficacia di una strategia di comunicazione "proattiva" basata su un incontro con la famiglia di pazienti ricoverati in rianimazione in stadio terminale, condotto secondo specifiche linee guida e concluso con la consegna ai parenti di una brochure sul lutto. Venivano incluse nello studio le famiglie dei pazienti che, a giudizio del medico, sarebbero inevitabilmente morti nei giorni successivi e per i quali era in previsione la sospensione del trattamento intensivo. Il *follow up* veniva effettuato con intervista telefonica dopo 90 giorni e venivano quantificati, mediante scale specifiche, il disordine post-traumatico da stress e sintomi quali ansia e depressione. I risultati confermano che le famiglie gestite con incontri più strutturati (in media più lunghi e con più tempo dedicato alla comunicazione) presentavano a 3 mesi meno sintomi indicativi di disordine post-traumatico da stress, di ansia e di depressione. Gli Autori concludono che nel *setting* specifico le famiglie coinvolte in una strategia di comunicazione "proattiva" si sentono più supportate nel prendere decisioni difficili, sperimentano minor senso di colpa e sono più disponibili ad accettare obiettivi realistici nell'assistenza ai loro cari.

Commento. Che la comunicazione svolga un ruolo decisivo e centrale nella relazione medico-paziente è noto. Questo lavoro dimostra che una comunicazione con i familiari (condotta in modo accurato e secondo linee guida a cui gli operatori vengono formati) è altrettanto importante, soprattutto nelle situazioni di prossimità alla morte, come quelle considerate dallo studio.

La brochure che veniva consegnata ai familiari dai ricercatori è disponibile in appendice al lavoro.

Lautrette A et al.
A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU.
N Engl J Med 2007; 356: 469-478.

L'arresto cardiaco intraospedaliero: una sfida

L'arresto cardiaco in ospedale rappresenta un argomento di grande interesse per chi lavora quotidianamente nell'ambito dell'emergenza e per coloro che in più si occupano anche di formazione al sostegno di base o avanzato alle funzioni vitali. Claudio Sandroni (rianimatore del Gemelli e coordinatore della Commissione ALS dell'*Italian Resuscitation Council*) e Jerry Nolan (*co-chairman* del gruppo di lavoro dell'ILCOR che ha prodotto le recenti linee guida per la rianimazione) ci propongono questa revisione della letteratura recente su alcuni importanti *topics* inerenti l'arresto cardiaco intraospedaliero. Vengono prese in considerazione la definizione, l'epidemiologia, la sopravvivenza e i fattori che la influenzano, l'esito funzionale e le possibili misure per migliorare l'*outcome*. Per quest'ultimo aspetto, si evidenzia in base ai dati della letteratura che il deterioramento clinico delle funzioni vitali precede fino all'84% delle casistiche la situazione di arresto cardiorespiratorio: viene discusso quindi il ruolo del *Medical Emergency Team* come strumento (il cui impatto sulla prognosi rimane ancora controverso) per identificare e modificare precocemente le situazioni che possono condurre all'arresto. Si ribadisce il ruolo primario di una CPR corretta e quindi di un'adeguata preparazione al massaggio cardiaco.

In sintesi, concludono gli Autori, la prognosi dell'arresto è determinata da vari fattori che agiscono nel pre-, intra- e post-arresto: alcune condizioni pre-arresto (sepsi, neoplasia, insufficienza renale) sono correlate a una prognosi peggiore ma gli *scores* di morbidità pre-arresto oggi disponibili non forniscono un'accuratezza prognostica sufficiente.

Sandroni C et al.
In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival.
Intensive Care Medicine 2007; 33: 237-245.