

## Daniele Coen

### Analisi delle criticità e possibili riposte organizzative

La valutazione del paziente febbrile in Pronto Soccorso, o più specificamente del paziente con sospetta patologia infettiva, pone, oltre ai problemi diagnostici evidenziati dal primo relatore della sessione, una serie di problemi logistici ed organizzativi che suddividerei per semplicità in due capitoli.

La gestione del paziente settico, in condizioni critiche.

Un primo punto è la necessità di diffondere e rendere consuetudine, laddove ancora non lo sia, la consapevolezza che è proprio in questa categoria di pazienti che la precocità della terapia antibiotica offre i maggiori vantaggi prognostici. Si tratta quindi di condividere un approccio secondo il quale il paziente potenzialmente settico, con compromissione di una funzione vitale (coscienza, respiro, circolo) o comunque con un significativo impegno sistemico, deve essere trattato con terapia antibiotica empirica subito dopo il prelievo di emocolture e prima di proseguire ogni altro accertamento diagnostico volto a definire l'eziologia dello stato infettivo. In questo senso l'esempio della meningite è paradigmatico.

Un secondo punto riguarda la possibilità di applicare in tutti i Pronto Soccorso le linee guida della Surviving Sepsis Campaign, la cui efficacia nel ridurre la mortalità per sepsi è ormai assodata. Tra i punti che limitano l'applicazione delle LG si sono dimostrati rilevanti la preoccupazione di eccedere nel rimpiazzo volemico dei pazienti con shock settico e la non uniforme capacità dei medici di Pronto Soccorso nel posizionare un CVC, essenziale per la valutazione della PVC e dei valori di SVCO<sub>2</sub>. La veloce diffusione di competenze di ecografia focalizzata consente di utilizzare la valutazione della distensione e della collassabilità della vena cava inferiore come equivalente dei valori di PVC. Sempre con l'uso dell'ecografia, la valutazione dell'interstizio polmonare offre una ulteriore utile guida al controllo della somministrazione di liquidi. Infine, la recente disponibilità di strumentazione per la valutazione non cruenta della saturazione di ossigeno tissutale (StO<sub>2</sub>) apre la possibilità di utilizzare questa metodologia al posto della SVCO<sub>2</sub>, di nuovo senza necessità di posizionare in urgenza un CVC. Una acquisizione di queste due tecnologie potrebbe dunque favorire la diffusione e la più corretta applicazione delle linee guida internazionali.

La gestione del paziente a potenziale alta contagiosità

La recente pandemia influenzale ha sottolineato le carenze organizzative di molti Pronto Soccorso che per dimensioni e struttura non sono dotati di aree adeguate, o di sufficienti dimensioni per ospitare in condizioni di isolamento pazienti in accertamento per sospetta contagiosità (in particolare appunto influenza o TBC). Oltre ad indicare la necessità che questa esigenza venga presa in adeguata considerazione nella progettazione dei nuovi Dipartimenti di Emergenza, questo problema apre spazi relativi da un lato alla formazione del personale per quanto riguarda dispositivi e modalità di protezione dal contagio, dall'altro allo sviluppo di percorsi dedicati in grado di consentire un'adeguata risposta al problema anche in presenza di strutture non idonee.

Al laboratorio si rivolge la richiesta di test capaci di una risposta tempestiva e di criteri condivisi per definire uno stato di bassa o assente infettività.