

Lunedì 09 MARZO 2020

Coronavirus. Le linee guida degli specialisti per la gestione dei pazienti sospetti in Pronto soccorso

Messo a punto dalla Società della medicina di emergenza urgenza e da alcuni dei direttori di Pronto Soccorso un documento con le indicazioni per le strutture: dall'individuazione di cinque categorie di pazienti in base alla gravità, alle modalità di individuazione dei casi sospetti, passando per le misure di profilassi attuate nei Dea "epicentro" del contagio, alle modalità di impiego di spazi, presidi e tecnologia e che termina con i percorsi diagnostico-terapeutici in dea e con la gestione dei flussi dei pazienti. [IL DOCUMENTO](#)

Individuate cinque categorie di pazienti in base alla gravità, inquadramento rapido e trattamento tempestivo dei pazienti. Protezione degli operatori. Unità di crisi in ogni ospedale, funzione di "bed management" su due livelli, e condivisione informatica di tutte le informazioni utili. È la sintesi del "Rapporto Prima Linea Covid-19" pubblicato dalla Simeu, Società italiana della medicina di emergenza urgenza e redatto da alcuni dei direttori di Pronto Soccorso delle zone più colpite dal Coronavirus.

"Il documento – spiegato dalla Simeu - parte dalla raccolta e analisi dei dati clinico-epidemiologici delle prime tre regioni colpite dal coronavirus, Lombardia, Emilia e Veneto, per passare alle modalità di individuazione dei casi sospetti, alle misure di profilassi attuate nei Dea "epicentro" del contagio, alle modalità di impiego di spazi, presidi e tecnologia e che termina con i percorsi diagnostico-terapeutici in dea e con la gestione dei flussi dei pazienti. Sono individuate cinque categorie di pazienti in base alla gravità, e per ognuna vengono indicati la destinazione più opportuna e il trattamento da attuare tempestivamente".

Queste le cinque categorie in base alla gravità individuate da Simeu e i relativi percorsi di gestione:

- 1. Febbre senza insufficienza respiratoria (EGA e walking test normali) e Rx Torace normale >** dimissibile con indicazione per auto quarantena in attesa dell'esito del tampone
- 2. Febbre con Rx torace ed EGA indicativi per focolaio e/o insufficienza respiratoria modesta (PO2 > 60 mmHg in aa) >** O2 terapia – OBI o ricovero in degenza ordinaria
- 3. Febbre con insufficienza respiratoria moderata-grave documentata da EGA in aa al triage (PO2 < 60 mmHg in aa) >** O2 terapia / CPAP – ricovero in degenza ordinaria o TSI
- 4. Insufficienza respiratoria con sospetta ARDS iniziale o polmonite complicata >** O2 terapia / CPAP / IOT e ventilazione invasiva – ricovero in TSI o TI
- 5. ARDS franca all'esordio >** CPAP / IOT e ventilazione invasiva – ricovero in TSI o TI

La conclusione è la definizione di cosa è necessario fare dal punto di vista organizzativo per

gestire il sistema di risposta all'emergenza:

“In base all'esperienza raccolta - spiega **Salvatore Manca**, presidente nazionale Simeu - è necessario costituire in ogni ospedale una Unità di Crisi che includa il Direttore del PS/DEA e che si riunisce giornalmente per il coordinamento di tutte le attività; attivare la funzione di bed-management su due livelli, una per l'area critica e l'altra per i ricoveri ordinari; nelle prime fasi utile prevedere un Responsabile in PS in servizio permanente per coordinare l'organizzazione delle attività e l'eventuale adeguamento strutturale del pronto soccorso, e monitorare l'efficacia delle soluzioni applicate per le problematiche locali logistiche, di materiale e organizzative in generale”.

Nel documento si legge ancora che “Il modello organizzativo dell'unità operativa deve essere rivisto in funzione del contesto: può essere necessario il passaggio a una pianificazione verificata giornalmente con turni redatti in funzione della confermata presenza del personale in servizio. Sono anche opportuni incontri regolari (ogni 2-3 giorni) con il personale del PS/DEA, e predisposizione di una cartella informatica sulla rete locale del PS/DEA con tutte le informazioni e indicazioni utili “.

“Le strutture di Emergenza-Urgenza - commenta Salvatore Manca - si sono trovate investite di un grande impegno 'non previsto', con problematiche cliniche e organizzative molto rilevanti. Per questo oggi è molto importante condividere una prospettiva che deriva dall'esperienza concreta di chi si è trovato per primo a gestire l'impatto con l'epidemia. Il virus si è mosso oltre i confini tracciati dagli uomini, ma per contrappasso sta mostrando a tutti che nell'Emergenza ci sono grandi persone oltre che professionisti. C'è chi fa il suo dovere fino in fondo sacrificando molto, se non tutto, della propria vita. Ed è l'esempio di uomini, donne, medici e infermieri come questi che conferma il valore della nostra professione”.