

PREMESSA

L'Ospedale di Santa Maria Nuova per la sua collocazione nel centro di una città ad altissimo afflusso turistico ha una vocazione naturale ad essere il punto di riferimento per i bisogni sanitari di questa particolare popolazione.

La maggior parte degli accessi si esaurisce in prestazioni di pronto soccorso, ma esiste anche una casistica di patologie urgenti sia mediche che chirurgiche che esitano in un ricovero.

Riportiamo un caso particolarmente complesso sia dal punto di vista clinico che assistenziale che organizzativo.

CASO CLINICO

Cittadina americana di 64 anni. In anamnesi epilessia nota dall'infanzia e pregressa etp vaginale. Nel 2016 grave infezione respiratoria con necessità di ricovero in terapia intensiva. In Aprile 2017 grave infezione delle vie urinarie trattata a domicilio.

La paziente giunge in Italia come turista il 10 giugno 2017. Riferisce che già al momento della partenza non era in buone condizioni generali (ripresa infezione?)

Giunge al nostro DEA il 1/07 riferendo da circa 1 settimana diarrea, anoressia, astenia e anuria da 24 ore.

All'ingresso grave insufficienza renale e elevati indici di flogosi (PCR 30 e leucocitosi neutrofila).

La paziente viene ricoverata in terapia intensiva

All'ingresso è presente Sepsis da *Enterobacter aerogenes* a probabile partenza urinaria.

La paziente rimane ricoverata in terapia intensiva per 38 gg; nel corso della degenza sviluppa ARDS con necessità di IOT e assistenza ventilatoria protratta, associata a infezione da *Pseudomonas aeruginosa* MDR trattata con ceftolozano.

L'insufficienza renale viene trattata prima con CRRT e poi con emodialisi

La paziente viene trasferita in Nefrologia in data 7/8 e rimane degente per ulteriori 20 giorni con necessità di stanza singola e dialisi in box con apparecchiatura e infermiere dedicato e disinfezione ambientale come da procedura aziendale al termine di ogni seduta dialitica.

Il decorso è complicato da neutropenia e infezione da *Clostridium*

Alla dimissione:

- paziente ancora non deambulante per sindrome da allettamento
- colonizzazione da *Pseudomonas aeruginosa* MDR
- persistenza di insufficienza renale anurica trattata con emodialisi intermittente



Problematiche sociali /organizzative

- Barriera linguistica totale: la paziente ed i famigliari parlano solo inglese
- Mancanza di documentazione sanitaria
- Ritardo da parte dei familiari nel comunicare la copertura assicurativa; il primo contatto con l'assicurazione avviene in data 14/8 (44° gg di degenza)
- Iniziale rifiuto e conseguente ritardo alla completa presa in carico, da parte dell'assicurazione, della gestione del trasferimento a domicilio della paziente con modalità adeguata (trasporto aereo sanitario)

CONCLUSIONI

- Essere turisti non significa essere sani nè sufficientemente consapevoli del proprio stato di salute.
- Spesso i primi sintomi di malattia vengono trascurati e sottovalutati per non interrompere la vacanza.
- Mancano quasi sempre dati anamnestici completi/ adeguata documentazione clinica ed è molto difficile acquisirli.
- Il paziente non è dimissibile se non perfettamente stabilizzato.
- Quasi sempre il desiderio dei pazienti e dei famigliari è di rientrare in patria contestualmente alla dimissione, con le conseguenti difficoltà ad organizzare una modalità adeguata a carico dell'assicurazione del paziente.
- Infine, rispetto a casi complessi, con degenze prolungate in rianimazione, trattamenti ad alto costo come la dialisi o alcuni antibiotici, il sistema di rimborso a DRG è penalizzante rispetto al reale costo della degenza.

