



DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Linee di indirizzo per la gestione del dolore addominale acuto in Pronto Soccorso

data di emissione	codifica	rev	redazione	verifica	approvazione
03.12.2012		0	dr. A. Cavaleri (Referente Aziendale per i Controlli DASOE per i PS)	dr. A. Seminerio (Coordinatore Sanitario Distretto Ospedaliero AG1) dr. G. Migliazzo (Coordinatore Sanitario Distretto Ospedaliero AG2) Dr. V. Scaturro (Risk Manager Aziendale)	dr. A. Zambuto (Direttore Sanitario Aziendale)

INDICE

INDICE	1
PREMESSA	2
DEFINIZIONI, CAMPO DI APPLICAZIONE, ACRONIMI ED ABBREVIAZIONI	3
INDICAZIONI OPERATIVE	4
1. CRITERI DI RECLUTAMENTO	4
2. INDICAZIONI GENERALI PER IL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO	4
3. INDICAZIONI PARTICOLARI PER LA GESTIONE DELL'ANZIANO	6
4. INDICAZIONI PARTICOLARI PER LA GESTIONE DELLA DONNA IN ETA' FERTILE	7
5. INDICAZIONI PARTICOLARI PER LA GESTIONE DEI CASI DI POSSIBILE INTERESSE CHIRURGICO	7
6. INDICAZIONI DI FOLLOW-UP	8
MONITORAGGIO E VERIFICA	9
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	10

PREMESSA

Uno dei principali obiettivi dell'Assessorato della Salute dell'Agenzia Nazionale per le Attività Sanitarie Regionali (Age.na.S) è quello di promuovere l'integrazione organizzativa e clinica tra l'ospedale e il territorio, e all'interno dell'ospedale tra le varie UU.OO. nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità, favorendo l'uniformità, la congruità e la continuità degli interventi assistenziali.

Le linee di indirizzo, rappresentano al riguardo uno strumento di "Clinical Governance" che, attraverso un approccio per processi, consente di strutturare e integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d'azione (territorio, ospedale, ...) sono coinvolte nella presa in cura del cittadino con problemi di salute. Esse permettono inoltre, rappresentando percorsi e attività codificate, e con l'ausilio di indicatori di verifica e monitoraggio, di valutare la congruità delle azioni svolte rispetto a quanto stabilito, agli obiettivi e alle risorse disponibili, conducendo, attraverso misure oggettive e condivise, al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento.

Nel giugno 2012 la Direzione Strategica ha avviato una indagine conoscitiva relativa alla inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri meritatamente ad alcune quadri sindromici di frequente riscontro in Pronto Soccorso (trauma cranico minore, dolore toracico non traumatico, dolore addominale non meglio identificato, diarrea...).

Nella fattispecie è stato riscontrato per patologie come la pancreatite, epatopatie ad evoluzione cirrogenera, dolore addominale non specificato, occlusione intestinale non specificata non solo una inappropriatezza al regime di ricovero, (ricovero urgente invece di ricovero programmato o DH/DS) ma anche alla UO di destinazione (frequentemente UO chirurgica invece di UO medica).

Il dolore addominale è stato considerato in relazione alla definizione di un percorso per la gestione in Pronto Soccorso e in Osservazione Breve, fondamentalmente orientata alla diagnosi differenziale tra patologia funzionale (IBS) e organica, rappresentando esso stesso un sintomo comune a molte patologie di pertinenza gastroenterologica, inclusi quadri mal definiti, raggruppati in DRG che pesano per una quota consistente dei ricoveri ordinari, ma sono inclusi tra quelli ad elevato rischio di inappropriatezza organizzativa se erogati in regime di ricovero ordinario.

La scelta di questo quadro patologico rientra pertanto nell'obiettivo di promuovere l'appropriatezza d'uso delle strategie diagnostiche e gestionali attraverso la sensibilizzazione dei Medici di Pronto Soccorso e dell'area medica e chirurgica ospedaliera.

Pertanto, la realizzazione delle presenti linee di indirizzo, hanno lo scopo di offrire, a tutti gli operatori interessati nel processo di diagnosi e cura di tale patologia, suggerimenti e raccomandazioni per la gestione del paziente con dolore addominale acuto, anche in rapporto alla diversa gravità della patologia, con i seguenti obiettivi:

- illustrare le modalità di gestione del paziente con dolore addominale acuto in Pronto Soccorso, con particolare riferimento al management in regime di Osservazione Breve
- uniformare quanto più possibile i comportamenti degli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale
- definire i compiti dei singoli operatori
- migliorare l'utilizzo delle risorse diagnostico-strumentali
- evitare dimissioni inopportune e ricoveri impropri

DEFINIZIONI, CAMPO DI APPLICAZIONE, ACRONIMI ED ABBREVIAZIONI

1. DEFINIZIONI

Dai testi consultati per la redazione di queste linee di indirizzo non emerge un accordo sufficiente sulla definizione di “dolore addominale” o addominalgia (sinonimi: discomfort gastrointestinale, distress addominale, ...)

In queste linee di indirizzo è da intendersi come dolore addominale acuto qualsiasi sensazione corporea dolorosa percepita dal soggetto come abnorme, penosa e più o meno esattamente localizzata in uno o più punti dell'addome, di variabile intensità ed insorta o riacutizzatasi da non oltre 72 ore. Tale tempistica è da intendersi evidentemente con il beneficio del buon senso e delle variabilità che devono sempre accompagnare qualsiasi decisione di esclusione dai percorsi assistenziali posti in essere.

Al contrario, la letteratura internazionale esprime ormai sufficiente accordo sulla definizione del dolore addominale cronico, stigmatizzato come “dolore addominale spesso accompagnato da alterazioni delle abitudini intestinali da almeno tre mesi”.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Queste linee di indirizzo vengono utilizzate presso i Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri della ASP 1 Agrigento, e sono anche valide per le UU.OO. ospedaliere che di fatto concorrono ed intervengono nel processo assistenziale del paziente preso in carico dal medico di Pronto Soccorso con il sintomo “dolore addominale”.

3. ACRONIMI ED ABBREVIAZIONI

ACOI	Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani
ASP	Azienda Sanitari Provinciale
CC	complicanze
DANS	Dolore addominale non altrimenti specificato
DH	Day Hospital
DRG	Diagnosis Related Groups (Raggruppamenti omogenei di diagnosi)
DS	Day Surgery
ECG	elettrocardiogramma
FANS	Farmaco Antiinfiammatorio Non Steroideo
IBS	Irritable Bowel Syndrome (sindrome del colon irritabile)
MCAU	Medicina e Chirurgia di Accettazione / Urgenza
MMG	Medico di Medicina Generale
OB	Osservazione Breve
PS	Pronto Soccorso
RX	radiografia
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SIAARTI	Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva
SIMEU	Società Italiana di Medicina d'Emergenza / Urgenza
TC, TAC	tomografia assiale computerizzata
UO, UU.OO.	Unità Operativa, Unità Operative

INDICAZIONI OPERATIVE

Le linee di indirizzo qui riportate e condensate in sintetici diagrammi fanno riferimento a raccomandazioni proposte dalle Società Scientifiche di riferimento (SIMEU, SIAARTI, ACOI,...), in accordo con le più recenti indicazioni bibliografiche in materia opportunamente vagliate ed adattate alla realtà locale.

Gli strumenti necessari sono la disponibilità di un'area per l'osservazione breve dei pazienti, con presenza di attrezzature e risorse umane appropriati, e il supporto di una diagnostica di laboratorio e di strumentali radiologici ed ecografici, nonché la possibilità di ottenere le eventuali consulenze specialistiche necessarie.

1. CRITERI DI RECLUTAMENTO

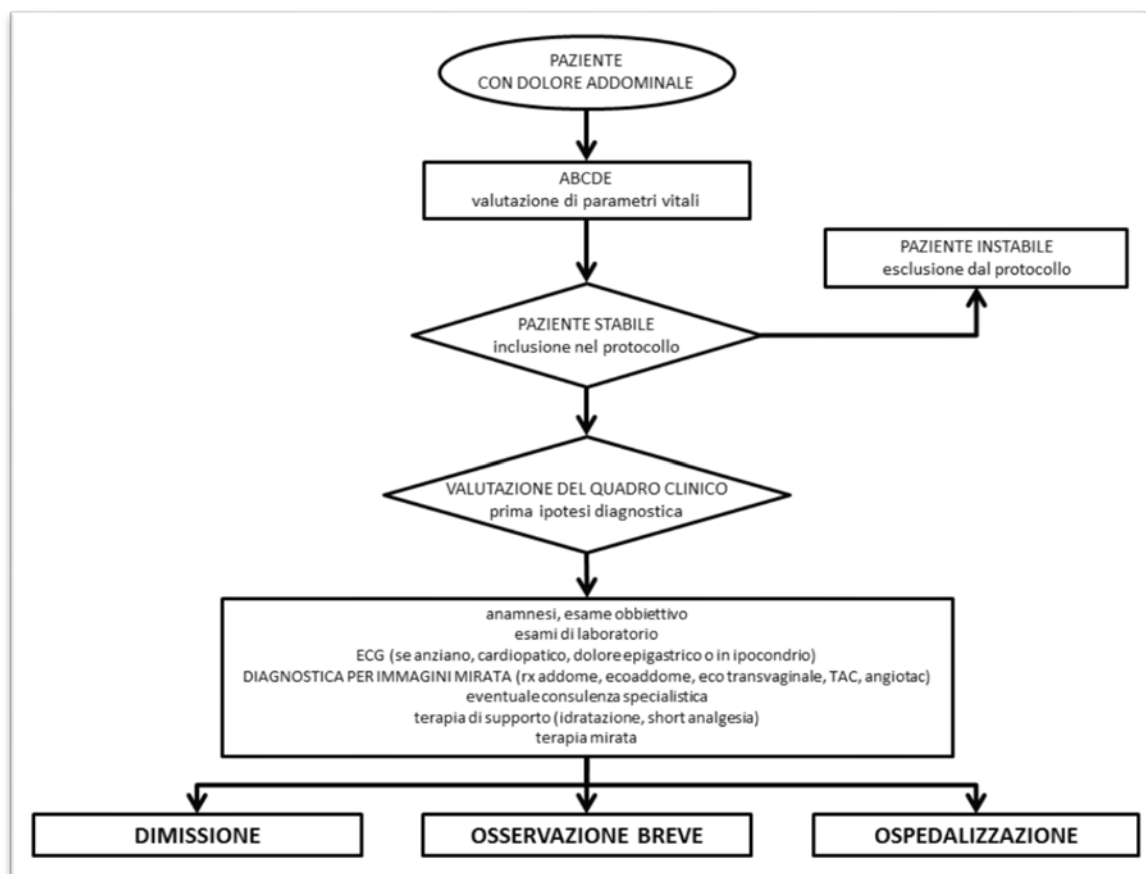
In questo percorso **sono inclusi** i pazienti emodinamicamente stabili, con dolore addominale di origine indeterminata o acuta; ma anche pazienti con diagnosi definita ma necessità di terapia e alta probabilità di dimissione in 24-30 ore, nonché quelli che necessitano ulteriori indagini di laboratorio o per immagini necessarie per definire la diagnosi ed, eventualmente, la collocazione specialistica finale.

Sono esclusi dal protocollo i pazienti emodinamicamente instabili, quelli che necessitano intervento chirurgico immediato, tutti i pazienti sicuramente da ricoverare (ed in cui sia accertata la destinazione), così come quelli che possono essere dimessi senza necessità di ulteriore valutazione dopo la prima visita.

2. INDICAZIONI GENERALI PER IL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

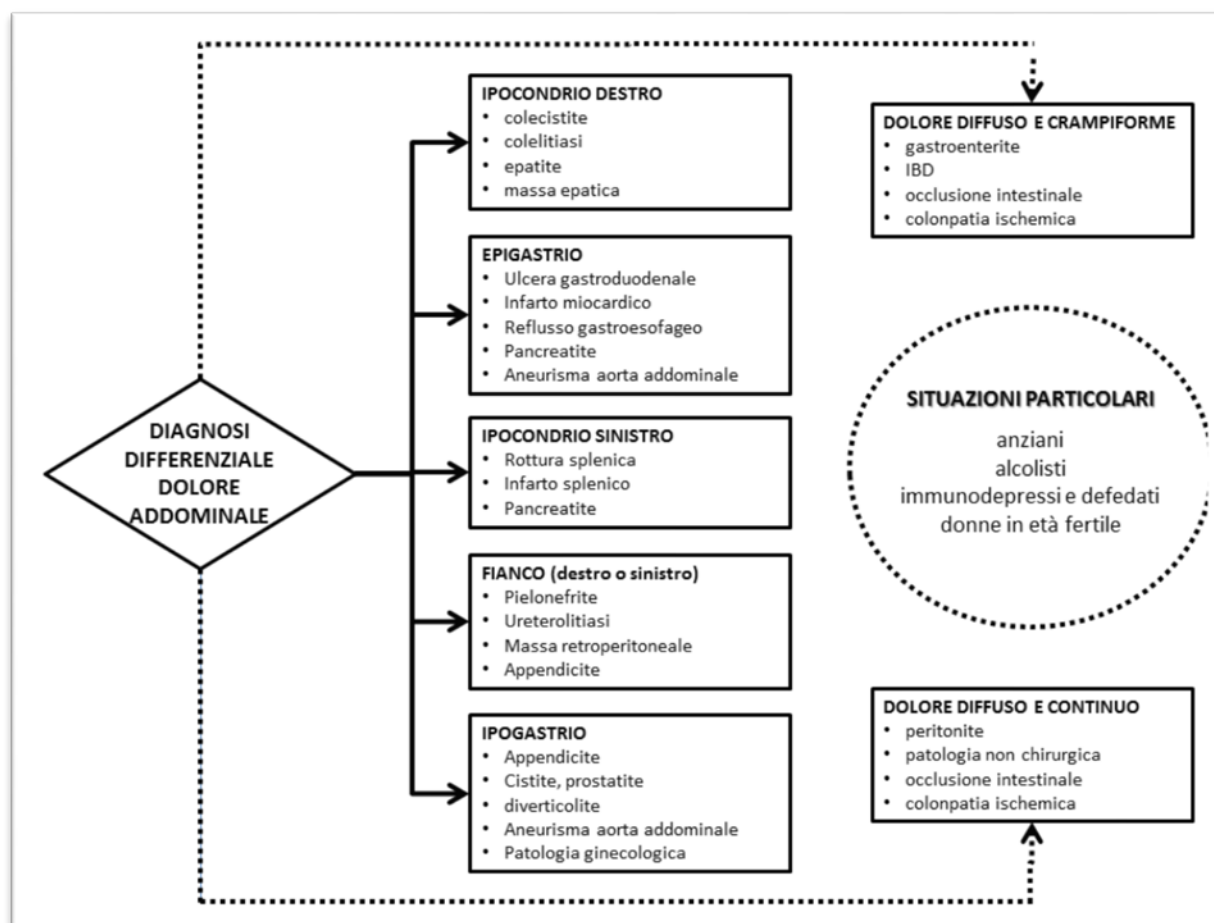
Nello schema seguente (figura 1) sono riportati i cardini principali su cui si articola il processo gestionale del dolore addominale in Pronto Soccorso.

fig. 1 – Diagramma di flusso del processo assistenziale del dolore addominale in Pronto Soccorso



Nello schema seguente (figura 2) sono invece riportate le ipotesi diagnostiche correlate al sintomo che vanno opportunamente percorse per la loro possibile connessione al quadro clinico

Zig. 2 – Diagnosi differenziale del dolore addominale



Si tenga in ogni caso presente che il dolore addominale, pur non rappresentando nella maggioranza dei casi espressione di una patologia grave, riproduce di fatto una situazione di criticità in Pronto Soccorso, per l'atipicità della presentazione dei vari quadri clinici, per le implicazioni relative alla corretta gestione dei processi assistenziali diagnostico-terapeutici e per la mancanza di un gold standard di riferimento per quanto riguarda la diagnosi.

Si tiene però a precisare che:

- solo il 9-10% dei casi osservati in Pronto Soccorso risultano di interesse chirurgico
- patologie extra-addominali possono presentarsi con sintomi localizzati all'addome
- gli anziani possono presentare un quadro clinico sfumato in presenza di patologie anche gravi
- l'insufficienza mesenterica è di difficile diagnosi precoce
- etilisti cronici e pazienti immunocompromessi richiedono particolare attenzione
- se il percorso diagnostico-terapeutico intrapreso non funziona o non risolve anche temporaneamente il quadro clinico, occorre tenere nella giusta considerazione la eventualità che l'ipotesi diagnostica possa essere sbagliata
- gli analgesici attenuano qualsiasi tipo di dolore, indipendentemente dalla sua causa; ma non per questo se ne proscrive l'uso in Pronto Soccorso, come fattore confondente o di intralcio al percorso diagnostico
- i pazienti psichiatrici hanno le stesse probabilità di tutti gli altri di presentare una patologia organica
- è accettabile dimettere un paziente dal Pronto Soccorso con diagnosi di "dolore addominale indifferenziato" o "dolore addominale non altrimenti specificato (DANS)" quando questa segua una serie di accertamenti in grado di escludere patologie pericolose per la vita od invalidanti per il paziente e non si è in grado di etichettare entro una diagnosi definita la situazione. E' sicuramente meglio utilizzare questa definizione, che rispecchia l'ampio spettro di situazioni cliniche che possono sottendere il dolore addominale, non tutte esplorabili in un Pronto Soccorso, piuttosto che dare al paziente la falsa certezza che la propria problematica sia stata inquadrata con precisione.

Peraltro, studi clinici accreditati dimostrano che, in pazienti giovani dimessi con diagnosi di dolore addominale indifferenziato dopo un corretto iter diagnostico in PS la prognosi a breve termine è benigna.

- il buon fine nella gestione di un quadro clinico così insidioso, si configura con la possibilità di monitoraggio e di controllo del paziente, anche nelle ore successive alla osservazione o al ricovero (48 – 72 ore dopo la dimissione). Tale raccomandazione appare fondamentale alla luce della integrazione ospedale-territorio e della possibilità – come sovente accade – di completare l’iter diagnostico attraverso forme assistenziali alternative al ricovero (DH, ambulatorio, DS, ...)

Stante pertanto la eterogeneità del quadro clinico e delle realtà organizzative locali, è opportuno che nelle singole UU.OO. ospedaliere vengano realizzati audit clinici ed organizzativi per potere stabilire criteri gestionali specifici, orientati ai principi espressi in queste linee di indirizzo e adattati alle singole realtà ospedaliere e territoriali locali, in modo tale da garantire prestazioni corrette ed appropriate.

3. INDICAZIONI PARTICOLARI PER LA GESTIONE DELL’ANZIANO

Da stime di studi epidemiologici accreditati, gli anziani rappresentano il 15% delle visite in Pronto Soccorso e circa un terzo di esse esitano in un ricovero. Tra quelli che si presentano in ospedale lamentando un dolore addominale acuto, circa un terzo richiede un intervento chirurgico.

La maggioranza dei pazienti anziani con dolore addominale presenta una patologia riconducibile a malattie delle vie biliari, diverticoli, ostruzione intestinale. Meno del 15% dei casi possono essere dimessi con una diagnosi appropriata di “dolore addominale indifferenziato” o “dolore addominale non altrimenti specificato (DANS)”.

I pazienti con oltre 80 anni con dolore addominale hanno una mortalità 70 volte superiore a quella degli adulti più giovani, e ad una diagnosi errata si associano con maggiore frequenza esiti catastrofici. Contribuiscono all’elevata mortalità l’ischemia mesenterica, la rottura di aneurisma dell’aorta addominale, l’infarto miocardico con presentazione atipica.

Per contro, è stato stimato che l’accuratezza diagnostica relativa al dolore addominale in PS non superi il 40-65% negli anziani con oltre 65 anni. La mortalità nei pazienti correttamente diagnosticati in PS è pari all’8%, contro il 19% tra quelli in cui la diagnosi viene posta solo dopo il ricovero in ospedale.

Le difficoltà relative alla diagnosi vanno ricercate in più fattori: ritardo nel ricercare il consulto medico, presentazione e segni clinici atipici, associazione di altre patologie confondenti.

Nell’approcciare pertanto un paziente anziano con dolore addominale il medico del Pronto Soccorso deve presentare un alto indice di sospetto. Anche se è impossibile eliminare totalmente le situazioni ad esito infausto, la attenta valutazione dei fattori di rischio associati, un approccio sistematico alla valutazione dei pazienti garantirà le migliori opportunità di diagnosi e terapia.

I reperti obiettivi negli anziani possono essere confondenti, i pazienti possono essere incapaci di presentare le risposte adattive consuete nelle diverse situazioni patologiche, possono essere afebrili in presenza di colecistite o di appendicite acuta. I pazienti più anziani possono addirittura presentarsi ipotermici.

I farmaci che spesso i pazienti anziani assumono possono contribuire ad alterare la risposta infiammatoria (cortisonici), od il manifestarsi di tachicardia come segno di sepsi in atto (betabloccanti); quando non possono essere essi stessi causa della comparsa del dolore addominale (es. FANS o cortisonici nei confronti dell’ulcera peptica).

Negli anziani come negli altri gruppi di pazienti l’attenta raccolta anamnestica e l’accurato esame fisico sono la base indispensabile per giungere ad una corretta diagnosi. Si raccomanda soprattutto di non limitare il riscontro obiettivo all’addome, ma di eseguire un esame completo testa-piedi, al fine di diminuire il rischio che cause extra addominali della sintomatologia possano sfuggire.

Va anche ricordato che la capacità di localizzare il dolore, così come la soglia dello stesso, può modificarsi sensibilmente con l’età.

Nell’anziano segni fisici come la presenza/assenza di borborigmi spesso è priva di specificità e la presenza di segni peritonitici non è necessariamente predittiva di una specifica malattia o della necessità di chirurgia.

L’esplorazione rettale può essere utile per la ricerca di sanguinamenti macroscopici.

Gli esami ematochimici possono essere utili, ma si raccomanda di richiedere solo quelli che hanno qualche probabilità di modificare la diagnosi od il trattamento, basandosi su loro specificità, sensibilità, probabilità pre-test,

prevalenza della malattia ricercata. Si consideri peraltro che i test di laboratorio nel paziente anziano non sono sensibili né specifici, potendo rientrare ancora nel range normale quando già il paziente presenta problematiche serie.

Non esiste un singolo test che possa indicare la necessità di ricoverare oppure di dimettere un paziente.

L'elettrocardiogramma va sempre eseguito nel paziente anziano, specie quando il dolore lamentato è localizzato ai quadranti superiori dell'addome. Allo stesso modo nei casi dubbi il dosaggio seriato della troponina può rivelarsi dirimente.

L'Rx dell'addome diretto può svelare la presenza di aria libera oppure ostruzione del piccolo intestino. Ancor più utile la TAC, il cui ricorso non deve però in alcun modo causare ritardo nell'intraprendere una terapia antibiotica oppure una consulenza chirurgica, quando indicate.

In sintesi i pazienti anziani con dolore addominale presentano spesso non poche difficoltà di interpretazione del quadro clinico, il medico dovrà essere sempre molto attento e prudente nella sua valutazione e mantenere una bassa soglia per il ricovero ospedaliero in tutte le situazioni in cui l'interpretazione non è certa.

L'osservazione breve in PS può senz'altro essere utile in molte situazioni borderline in cui sia prudente una valutazione protratta dell'andamento clinico e della risposta alla terapia prima di decidere per la dimissione.

4. INDICAZIONI PARTICOLARI PER LA GESTIONE DELLA DONNA IN ETÀ FERTILE

Il dolore addominale nella donna apre l'ipotesi diagnostica a patologie di natura diversa che devono attentamente essere valutate sia per la rapida evoluzione di alcune (emorragia da gravidanza extrauterina o torsione ovarica, rottura di cisti ovarica) sia per le conseguenze a lungo termine per la fertilità della donna (salpingite e annessite).

Il 12% dei dolori addominali che afferiscono in un pronto soccorso presentano come diagnosi finale un problema pelvico.

Oltre ad un'anamnesi mirata (storia mestruale, attività sessuale, problemi ginecologici precedenti, interventi ostetrici) in tutte le donne in età fertile occorre eseguire il test di gravidanza e, quasi in ogni donna, completare la valutazione con l'esame pelvico effettuato da uno specialista ginecologo corredato da una eventuale ecografia transvaginale, se ritenuta necessaria da parte di quest'ultimo.

La paziente in età fertile presentatasi in Pronto Soccorso con dolore addominale dovrebbe essere dimessa solo dopo aver escluso le seguenti patologie o averne posto diagnosi:

- emorragia da gravidanza extrauterina
- torsione ovarica e rottura/emorragia di una cisti ovarica
- malattia infiammatoria pelvica
- altre malattie ginecologiche (endometriosi, ischemia uterofibromatosa, sindrome di Mittelschmerz, ...)

5. INDICAZIONI PARTICOLARI PER LA GESTIONE DEI CASI DI POSSIBILE INTERESSE CHIRURGICO

Qualora la diagnosi sia certa o ci sia compromissione di parametri vitali prefigurandosi la possibilità di un intervento chirurgico urgente, il paziente non viene sottoposto ad osservazione breve e può essere ammesso direttamente in UO di Chirurgia.

In caso di sospette patologie chirurgiche che presentino sintomatologia clinica sfumata (ovviamente in assenza di compromissione di parametri vitali) oppure in fase di definizione – anche dopo visita chirurgica - sono necessari accertamenti seriati e controlli clinici a breve termine, è più appropriata una valutazione preliminare in Osservazione Breve.

Si ricorda a tal proposito che NESSUN PAZIENTE CON PARAMETRI DI INSTABILITÀ CLINICA PUO' ESSERE AMMESSO IN OSSERVAZIONE BREVE, stante il livello assistenziale che contraddistingue tale reparto ospedaliero.

Si riportano di seguito i quadri patologici per i quali si ritiene appropriato il trattamento del paziente in regime di osservazione breve

- SOSPETTA DIVERTICOLITE
- APPENDICOPATIA CRONICA RIACUTIZZATA
- ANEURISMA DELLA AORTA ADDOMINALE con parametri clinici assolutamente normali
- QUADRI SUBOCCLUSIVI O SUBISCHEMICI INTESTINALI
- MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA DELL'INTESTINO RIACUTIZZATA

6. INDICAZIONI DI FOLLOW-UP

Come già accennato nelle raccomandazioni di ordine generale, è sicuramente prudente garantire un percorso successivo di follow up a tutti i pazienti visti in PS per dolore addominale; soprattutto per coloro per i quali non si sia giunti ad una diagnosi conclusiva o ad una terapia definitiva.

Il percorso sarà rappresentato da un ambulatorio dedicato o specialistico, da un'indagine telefonica o altro, da un affidamento al medico di MMG, preciso, orientato e documentato a seconda della organizzazione e delle possibilità locali, da pianificare e regolamentare con apposite procedure della UO, di volta in volta condivise con i professionisti coinvolti nel processo assistenziale previsto.

Nelle more che tali percorsi virtuosi vengano realizzati ed implementati, possono essere ammissibili come buona pratica sanitaria lo scambio di recapiti telefonici, la chiamata diretta del curante, l'interlocuzione telefonica diretta con il paziente; la rassicurazione –in ogni caso– che il paziente, soprattutto se fragile, sia realmente garantito per il controllo clinico anche al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

MONITORAGGIO E VERIFICA

Qui di seguito sono elencati gli indicatori per il monitoraggio non solo della efficacia delle raccomandazioni contenute nelle presenti linee di indirizzo ma anche del grado di implementazione di esse.

La scelta delle raccomandazioni oggetto della valutazione sistematica è stata fatta in base alla rilevanza e alla fattibilità; gli indicatori sono definiti in base alla loro pertinenza, capacità discriminante, accuratezza e completezza, oltre che alla facilità di rilievo, calcolo e comprensione.

INDICATORI DI ESITO

- **Esito a 30 giorni nei pazienti rinvii a domicilio dal Pronto Soccorso con la diagnosi “dolore addominale o similare” o patologie correlate**
Rilevazione a cura dei Direttori e/o Responsabili delle UUOO MCAU, Chirurgia e Medicina interna mediante estrazione dei dati dalle schede di pronto soccorso relative alla “popolazione” target e l’analisi delle SDO e delle schede di morte relative agli eventi ricovero e/o morte occorsi per patologie correlate entro 30 giorni dalla dimissione dei pazienti dal pronto soccorso (per patologie correlate si intendono le patologie comprese nel DRG 183: esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC).
RISULTATO ATTESO: obbiettivo tendenziale 0; sono considerati pragmaticamente perseguibili valori <2%
FREQUENZA DELLA RILEVAZIONE: semestrale per i primi 12 mesi
- **Esito a 72 ore nei pazienti rinvii a domicilio dal Pronto Soccorso con la diagnosi “dolore addominale o similare” o patologie correlate**
Rilevazione a cura dei Direttori e/o Responsabili delle UUOO MCAU, Chirurgia e Medicina interna mediante estrazione dei dati dalle schede di pronto soccorso relative alla “popolazione” target e l’analisi delle SDO e delle schede di morte relative agli eventi ricovero e/o morte occorsi per patologie correlate entro 72 ore dalla dimissione dei pazienti dal pronto soccorso (per patologie correlate si intendono le patologie comprese nel DRG 183: esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC).
RISULTATO ATTESO: obbiettivo tendenziale 0; sono considerati pragmaticamente perseguibili valori <2%
FREQUENZA DELLA RILEVAZIONE: semestrale per i primi 12 mesi
- **Numero di ricoveri con DRG di dimissione 183 “esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC” dalle UUOO Chirurgia, Medicina Interna, Medicina d’Urgenza**
Rilevazione a cura della UO SDO/DRG, secondo la reportistica usuale.
RISULTATO ATTESO: riduzione del 30% rispetto allo storico
FREQUENZA DELLA RILEVAZIONE: semestrale per i primi 12 mesi
- **Rapporto numero di accessi in Pronto Soccorso per “dolore addominale o similare” / Numero di ricoveri con DRG di dimissione 183 “esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC”**
Rilevazione a cura della UO Medicina e Chirurgia di Accettazione/Urgenza dal registro di Pronto Soccorso.
RISULTATO ATTESO: da concordare per ogni singolo presidio ospedaliero secondo le potenzialità diagnostiche e logistiche di gestione dei pazienti in Osservazione Breve
FREQUENZA DELLA RILEVAZIONE: semestrale per i primi 12 mesi

INDICATORI DI PROCESSO

- **Tempo medio di trattamento del paziente in Pronto Soccorso relativamente al DRG 183 (differenza tempo di accettazione / tempo di dimissione o ricovero)**
Rilevazione a cura della UO MCAU mediante estrazione dei dati dal Registro di Pronto Soccorso
RISULTATO ATTESO: < 48 ore per i pazienti dimessi
FREQUENZA DELLA RILEVAZIONE: trimestrale per i primi 12 mesi
- **Verbal di riunioni e di comunicazioni con il personale medico ed infermieristico inerenti i processi assistenziali di presa in carico e gestione del paziente con dolore addominale**
Rilevazione e archiviazione a cura del Coordinatore Infermieristico della UO MCAU
RISULTATO ATTESO: almeno 3 audit clinici, almeno 3 procedure assistenziali
FREQUENZA DELLA RILEVAZIONE: trimestrale per i primi 12 mesi

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. *Annals of Emergency Medicine* 2000; 36(4):406-15

G. Graff "Observation Units Implementation and Management Strategies" American College of Emergency Physicians 1998

C.K. Stone, R.L. Humphries *Current Emergency Diagnosis and Treatment* Mc Graw ed, 2004

L.Cristoni, V. Palmonari, P. Iannone, T. Lenzi Dolore addominale acuto: diagnosi e gestione in urgenza *E. Care Journal* num 3 giugno e num. 4 agosto 2008

R. A. Kamin,, T. A. Nowicki et al. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain *Emerg Med Clin N Am* 21 (2003) 61–72

C. Simeoni Il dolore addominale acuto Atti del Convegno Osservazione Temporanea nei Pronto Soccorso Del Friuli Venezia Giulia - Cervignano, 24 maggio 2002

Alshinsky Is, Taylor D. et al. Standardizes approach for Assessment and Investigation of Undifferentiated Abdominal Pain *Annals of Emergency Medicine* Volume 46, no. 3 : September 2005

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE Commissario Straordinario N. 8325 DEL 14 DIC. 2012

OGGETTO: Documento "Linee di indirizzo per la gestione del dolore addominale acuto in Pronto Soccorso"

STRUTTURA PROPONENTE STAFF DELLA DIREZIONE Proposta N. 8491 del 13.12.2012 IL RESPONSABILE DELLO STAFF (Dr. G. Amico) _____ IL RESPONSABILE SERVIZIO _____ IL RESPONSABILE PROCEDIMENTO (Dr. A. Cavaleri) _____	SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE Autorizzazione di spesa N. _____ del _____ Conto Economico _____ NULLA OSTA Il Direttore U.O.C. _____
---	---

in data 14 DIC. 2012 nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Salvatore Roberto MESSINA

Nominato con Decreto Assessoriale n.1722/11 del 15 settembre 2011, assistito dal Collaboratore Amministrativo Sig.ra Sabrina Terrasi in funzione di Segretario Verbalizzante.

Visto:

Il Piano Attuativo Aziendale

Il Piano Annuale dei Controlli 2011 nel Settore Assistenza in Emergenza Urgenza in ambito Ospedaliero, secondo quanto disposto dal Nucleo Ispettivo e Vigilanza dell'Area 2 del Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale della Salute

il Progetto "Patient Safety & Emergency Department", Convenzione tra la Regione Siciliana e la Joint Commission International, riportante i nuovi standard JCI per l'anno 2012 e le relative note interpretative

Il documento allegato "Linee di indirizzo per la gestione del dolore addominale acuto in Pronto Soccorso"

Considerato:

di dovere porre in essere risoluzioni atte a sanare le criticità riscontrate dal Nucleo Ispettivo e Vigilanza dell'Area 2 del Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale della Salute

di dovere dare seguito a quanto indicato e disposto dagli standard organizzativi per l'accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere;

di dovere allinearsi agli standard organizzativi e logistici suggeriti dalla Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) che da anni collabora con l'Assessorato Regionale della Salute nell'ambito di progetti volti al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure prestate in ambito ospedaliero ed in particolare in Emergenza-urgenza;

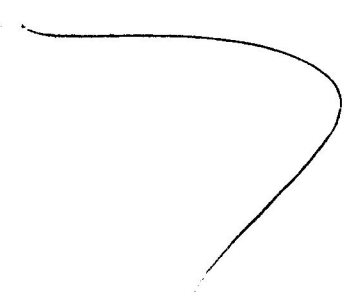
di dovere porre in essere quanto indicato nel Piano Attuativo Aziendale nel capitolo 3, azione 1 "Assistenza Ospedaliera: LL.GG. per il trattamento di patologie ad elevato rischio di inappropriately"

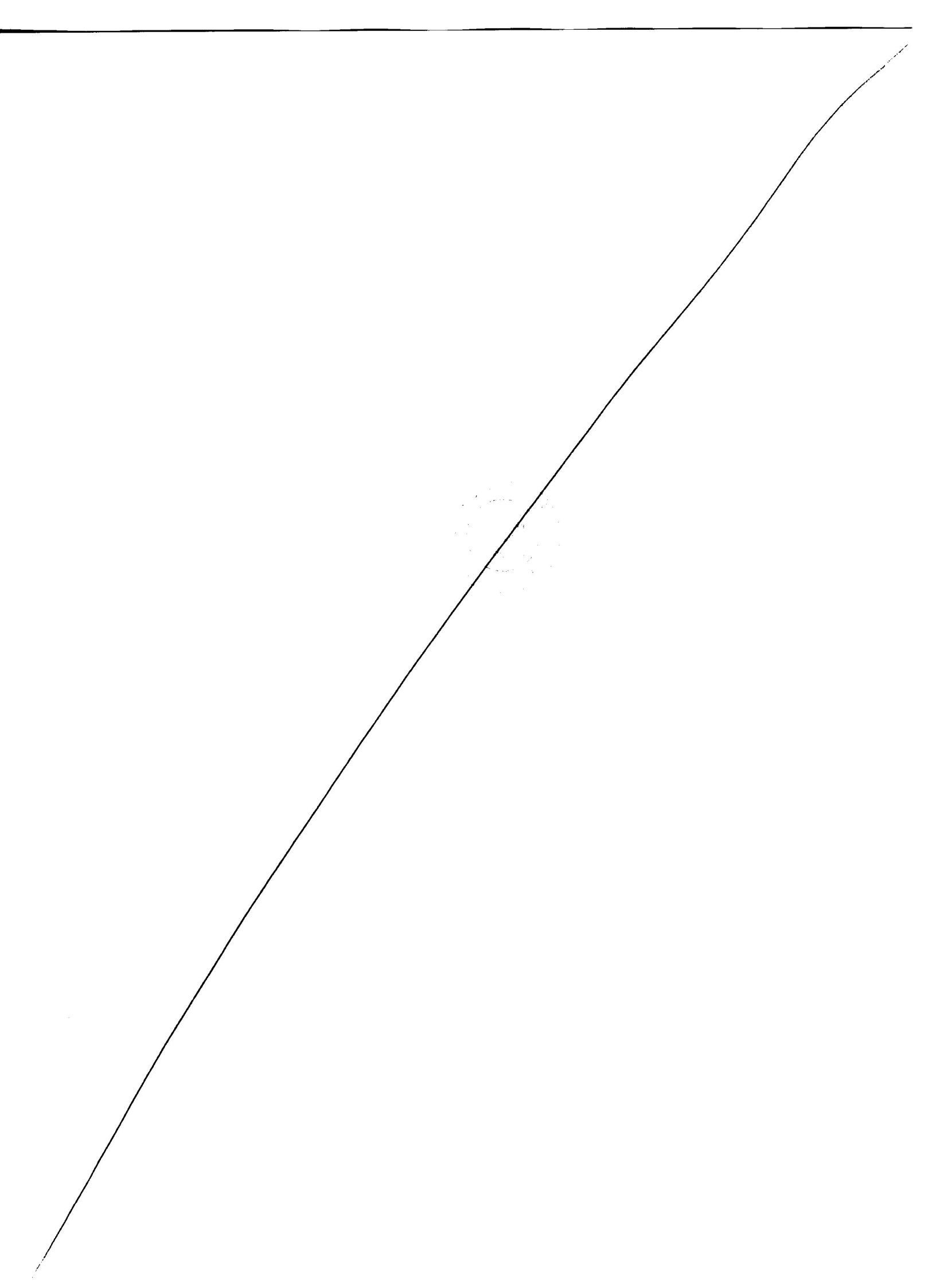
Ritenuto e considerato quanto sopra

Sentito il parere **FAVOREVOLE** del Direttore Amministrativo

Sentito il parere **FAVOREVOLE** del Direttore Sanitario

DELIBERA

1. Di dovere prendere atto dell'allegato documento "Linee di indirizzo per la gestione del dolore addominale acuto in Pronto Soccorso" già citato in premessa
 2. Di notificare – a cura della direzione Sanitaria - a tutte le macrostrutture aziendali il predetto documento;
 3. Di dare alla presente deliberazione clausola immediatamente esecutiva.
- 



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Eugenio Bonanno

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Salvatore Roberto Messina

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Alfredo Zambuto

Il Segretario Verbalizzante

Collaboratore Amministrativo

Sig.ra Sabrina Terrasi

PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto dichiara che la presente deliberazione, copia conforme all'originale, è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento ai sensi e per gli effetti della L.R. N. 30/93, art. 53 comma 2, a decorrere dal _____ e fino al _____ e che durante tale periodo _____ pervenute opposizioni.

L'Incaricato

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Eugenio Bonanno ~~DELETA~~

IL REFERENTE UFFICIO ATTI DELIB.

Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi
Il Collaboratore
Sig.ra

Notificata al Collegio Sindacale il _____ Prot. N. _____

ESECUTIVA NON SOGGETTA A CONTROLLO	ESTREMI RISCONTRO TUTORIO
☐ Delibera non soggetta al Controllo ai sensi dell'art. 16 comma 1 della L.R. n. 5 del 14/4/2009 e divenuta ESECUTIVA Decorso il termine di giorni 10 dalla data di Pubblicazione, previsto dalla L.R. n. 30/93, art. 53, comma 6	Delibera trasmessa all'Assessorato Regionale Sanità in data _____ prot. N. _____ SI ATTESTA Che l'Assessorato Regionale Sanità, esaminata la presente deliberazione,
☒ Delibera non soggetta al Controllo ai sensi dell'art. 16 comma 1 della L.R. n. 5 del 14/04/2009 e divenuta IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA Ai sensi della L.R. N. 30/93 art. 53, comma 7.	☐ Ha pronunciato l'approvazione con atto N. _____ del _____ come da allegato. ☐ Ha pronunciato l'annullamento con atto N. _____ del _____ come da allegato.

IL REFERENTE E UFFICIO ATTI DELIBERATIVI

Collaboratore Amministrativo

Sig.ra Sabrina Terrasi