



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

ORIGINALE

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 930 DEL 29 DIC. 2014

OGGETTO: PAA 2014 - Adozione del documento: "Linee di indirizzo per la gestione delle urgenze otorinolaringoiatriche ed oftalmologiche in Pronto Soccorso".

U.O. PROPONENTE: STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

PROPOSTA N. 1258 DEL 29/12/2014

IL RESPONSABILE del PROCEDIMENTO

Dr. F. A. Cracò

IL RESPONSABILE UOC

DR. Antonio FLORENTINO

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

() Autorizzazione ~~non~~ comporta ordine di spesa C.E. / C.P.

IL RESPONSABILE del PROCEDIMENTO

L'ADDETTO RESPONSABILE
(Coll. Amm.vo Sig.ra C. TASSI)

IL DIRETTORE UOC SEF e P.
IL DIRETTORE U.O.C.
SERVIZIO ECONOMICO
FINANZIARIO E PATRIMONIALE
Dr. Beatrice Salvago

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA _____

L'anno duemilaquattordici il giorno VENTINOVE del mese di DICEMBRE
nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Salvatore Lucio Ficarra, giusta D.P.R.S. n. 197/serv.1/S.G. del 24/06/2014, coadiuvato dal
Direttore Amministrativo Dott. Salvatore Lombardo e dal Direttore Sanitario
Dott. Silvio Lo Bosco, con l'assistenza del Segretario verbalizzante Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi



DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Linee di indirizzo per la gestione delle urgenze otorinolaringoiatriche ed oftalmologiche in Pronto Soccorso

data di emissione	rev.	redazione	verifica	approvazione
02.09.2010	0	Dr. A. Cavaleri	Dr. E. Criscimanna (direttore UO Oftalmologia Ospedale di Agrigento) Dr. E. Bennici (direttore UO ORL Ospedale di Agrigento)	Dr. F. Ferrara (Responsabile del DEU)
27.12.2014	1	Dr. A. Cavaleri (direttore UOC Medicina e Chirurgia Accett./Urgenza Ospedale di Agrigento)	Dr. E. Criscimanna (direttore UOC Oftalmologia Ospedale di Agrigento) Dr. E. Bennici (direttore UOC ORL Ospedale di Agrigento)	Dr. F. Ferrara (Responsabile del DEU) Dr. V. Scaturro (Risk Manager)

INDICE	2
PREMESSA	3
1. GESTIONE DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA OFTALMOLOGICA	
TRIAGE	4
APPROCCIO MEDICO	4
Segni e sintomi di allarme: indicazioni circa l'invio allo specialista	4
2. GESTIONE DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA OTOIATRICA	
TRIAGE	6
APPROCCIO MEDICO	6
Indicazioni circa l'invio allo specialista	6
3. INDICAZIONI CONCLUSIVE DI CARATTERE GENERALE	7
4. BIBLIOGRAFIA	7
5. ALLEGATI	6

PREMESSA

Gli esiti della pubblicazione della precedente versione di queste linee di indirizzo, non sono stati in linea con le attese. Tale considerazione sembra imputabile a:

- una scarsa compliance delle indicazioni contenute, probabilmente non adeguatamente sostenuta da una forte leadership;
- una bassa implementazione delle informazioni;
- un elevato turnover delle figure professionali che gestiscono di fatto la “clinical governance”;
- la peculiarità delle patologie oftalmologiche ed otoiatriche che di fatto rendono tali patologie quasi “superspecialistiche”, non essendo comprese nel piano degli studi universitari se non come “complementari”; e di conseguenza la scarsa attitudine del medico di Pronto Soccorso alla gestione delle patologie oculo-otoiatriche;
- un atteggiamento difensivistico del medico di Pronto Soccorso, soprattutto se con basso bagaglio esperienziale, per timore di contenziosi medico legali per malpractice.

Sulla scorta di queste indicazioni si è ritenuto necessario riadattare su scala aziendale tali linee guida comportamentali riguardanti la gestione gli accessi al Pronto Soccorso del paziente con patologia oftalmologica ed otoiatria, onde potere da una parte minimizzare i disagi all’utenza e garantire la corretta esecuzione di tutti gli atti sanitari istituzionalmente dovuti; dall’altra, evitare il facile, ricorrente ricorso all’intervento dello specialista sanitario in regime di servizio attivo o in pronta disponibilità anche per problematiche di basso profilo sanitario, o che in ogni caso non configurano situazioni di emergenza/urgenza.

Il breve documento redatto, come tutte le linee guida, contiene indicazioni che si ritengono appropriate nel paziente medio, sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili. Resta pertanto fondamentale il ruolo del singolo professionista (con la sua esperienza e competenza) nel decidere se la indicazione raccomandata possa essere applicata allo specifico caso clinico.

Queste linee di indirizzo non hanno pertanto la finalità di sostituirsi al giudizio del professionista e l’adesione alle stesse non costituisce parimenti garanzia di un buon esito in ogni caso. Esse vertono espressamente a fornire a tutti i professionisti operanti nei Pronto Soccorso raccomandazioni coerenti, consistenti e condivise riguardanti la gestione al Pronto Soccorso dei pazienti con patologia oftalmologica ed otorinolaringoiatrica.

Metodi alternativi di valutazione volti agli stessi fini che si discostino da quelli proposti in questo documento sono accettabili, se documentati.

In ogni caso, l’adesione a queste indicazioni non costituisce in sé una garanzia dal punto di vista medico-legale.

Per scelta precisa degli Autori ci si è astenuti da indicazioni circa il trattamento farmacologico e il dettaglio dei processi diagnostico-decisionali, concentrando l’attenzione sui criteri che debbano orientare il medico del Pronto Soccorso a richiedere l’intervento dello specialista.

I dati raccolti sono stati desunti dalla banca telematica MEDLINE (impostando limiti di tempo, di pubblicazione, di età e di genere), dai siti internet specifici e dagli articoli di settore pubblicati su riviste con importante IF e sono stati condivisi e verificati con i Direttori delle relative UU.OO. del Presidio Ospedaliero “S. Giovanni di Dio” di Agrigento.

1. GESTIONE DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA OFTALMOLOGICA

TRIAGE

Nonostante alcuni Autori ritengano che non esistano o che siano comunque molto rare le urgenze in oftalmologia, tale affermazione può essere accettata qualora si intenda come “urgenza” una patologia che richieda un intervento diagnostico e terapeutico immediato, in quanto è in pericolo la vita del paziente: l’urgenza oftalmologica è da ritenersi secondaria alla perdita completa della capacità visiva.

Per quanto attiene al comportamento del triager nell’accettazione del paziente con patologia oftalmologica e all’attribuzione del codice colore, si farà riferimento alle indicazioni fornite dal Comitato Tecnico Scientifico della SOI (Società Oftalmologica Italiana) riportate in allegato (vedi OFTall01).

APPROCCIO MEDICO

Il medico del Pronto Soccorso non oftalmologo, deve essere in grado di prestare le prime cure, spesso decisive, al fine di preservare le strutture oculari da danni anatomici e/o funzionali irreversibili.

E’ quindi importante che sappia riconoscere, sulla scorta delle indicazioni qui fornite, le situazioni urgenti da quelle che non hanno carattere d’urgenza, ma che allo stesso modo preoccupano il paziente inducendolo a presentarsi in ospedale.

Il medico del Pronto soccorso deve pertanto effettuare un seppur grossolano esame obiettivo oculare, che deve avvalersi di:

- anamnesi
- ispezione e palpazione del bulbo
- esame della motilità oculare e delle pupille
- esame della congiuntiva e dei fornici congiuntivali
- valutazione approssimativa del visus mediante la conta delle dita a distanza approssimativamente crescente
- valutazione della possibilità che i sintomi oculari siano conseguenti a patologie sistemiche

Segni e sintomi di allarme: indicazioni circa l’invio allo specialista

I segni e i sintomi più frequenti per i quali un paziente si reca al Pronto Soccorso sono:

- Riduzione / perdita improvvisa del visus (mono- bi-laterale)
- Annebbiamenti visivi transitori
- Alterazioni aspecifiche del campo visivo (presenza di ombre, scotomi, riduzione...)
- Diplopia improvvisa
- Asimmetria pupillare
- Occhio rosso
- Edema palpebrale
- Strabismo acuto
- Esoftalmo acuto
- Enoftalmo acuto
- Fosfeni e misodesopsie
- Ptosi palpebrale acuta
- Dolore oculare
- Dolore palpebrale

Sulla scorta dei dati clinici ed epidemiologici acquisiti e sulle indicazioni della SOI (Società Oftalmologica Italiana), si ritiene necessario **l’invio immediato** allo specialista nei seguenti casi:

- Riduzione / perdita improvvisa del visus (mono- bi-laterale)
- Alterazioni aspecifiche del campo visivo (presenza di ombre, scotomi, riduzione...)

- Asimmetria pupillare
- Occhio rosso (solo se accompagnato da dolore violento e gravativo, con nausea e vomito, suggestivo per glaucoma acuto)
- Pazienti con prescrizione di ricovero urgente da parte di uno specialista del territorio

Tutti gli altri segni e sintomi clinici necessitano dell'intervento dello specialista in tempi differibili di 24/48 ore.

Per quanto concerne la traumatologia oculare **si ritiene necessario l'intervento immediato** dello specialista in caso di:

- Contusioni e/o ferite perforanti del bulbo con ipoema e/o alterazione dell'anatomia normale dell'occhio

Sono da ritenersi urgenze differibili ed emendabili all'intervento dello specialista:

- ustioni e causticazioni corneo congiuntivali
- corpi estranei
- abrasioni corneali
- contusioni bulbari senza alterazione dell'anatomia normale dell'occhio e senza alterazione del visus

In ogni caso l'intervento dello specialista sia differito in tempi successivi, si raccomanda il lavaggio dell'occhio con soluzione fisiologica sterile, la somministrazione di un collirio anestetico (???) e di un antibiotico locale, nonché il bendaggio protettivo. **E' comunque sconsigliato il lavaggio dell'occhio in caso di contaminazione con calce viva.**

2. GESTIONE DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA OTOIATRICA

TRIAGE

Nonostante alcuni Autori ritengano che non esistano o che siano comunque molto rare le urgenze in otorinolaringoiatria, tale affermazione può essere accettata qualora si intenda come “urgenza” una patologia che richieda un intervento diagnostico e terapeutico immediato, in quanto è in pericolo la vita del paziente: l’urgenza otoiatica è da ritenersi secondaria alla perdita completa della capacità uditiva.

Per quanto attiene al comportamento del triager nell’accettazione del paziente con patologia otoiatica e all’attribuzione del codice colore, si farà riferimento alle indicazioni fornite dalla Direzione di U.O. del Presidio Ospedaliero “San Giovanni di Dio” di Agrigento riportate in allegato (vedi ORLall01).

APPROCCIO MEDICO

Il medico del Pronto Soccorso non otorinolaringoiatra, deve essere in grado di prestare le prime cure, spesso decisive, al fine di preservare le strutture oculari da danni anatomici e/o funzionali irreversibili.

E’ quindi importante che sappia riconoscere, sulla scorta delle indicazioni qui fornite, le situazioni urgenti da quelle che non hanno carattere d’urgenza, ma che allo stesso modo preoccupano il paziente inducendolo a presentarsi in ospedale.

Il medico del Pronto soccorso deve pertanto effettuare un seppur grossolano esame obiettivo otoiatico, che deve avvalersi di:

- anamnesi ed esame obiettivo generale
- ispezione delle vie aeree superiori e dei CC.UU.EE.
- valutazione della possibilità che i sintomi riferiti siano conseguenti a patologie sistemiche

Indicazioni circa l’invio allo specialista

I segni e i sintomi più frequenti per i quali un paziente si reca al Pronto Soccorso sono:

- Dispnea, faringodinia, disfagia
- Rinorrea, epistassi
- Frattura maxillo-facciale
- Riduzione / perdita improvvisa dell’udito (mono- bi-laterale)
- Otagia, otodinia
- Otorrea, otorragia
- Acufeni
- Vertigini
- Corpi estranei delle prime vie aeree (naso, laringe, ipofaringe, orecchio)

Sulla scorta dei dati clinici ed epidemiologici acquisiti, si ritiene necessario **l’invio immediato** allo specialista nei seguenti casi:

- Dispnea (solo se laringea, associata a tirage o coruage)
- Epistassi (solo se posteriore o di difficile tamponamento anteriore)
- Frattura maxillo-facciale (solo se scomposta o complicata da sanguinamento)
- Riduzione / perdita improvvisa dell’udito (mono- bi-laterale)
- Otorrea, otorragia
- Vertigini (solo per le vertigini vestibolari acute)
- Corpi estranei delle prime vie aeree (naso, laringe, ipofaringe, orecchio)
- Pazienti con prescrizione di ricovero urgente da parte di uno specialista del territorio

Tutti gli altri segni e sintomi clinici necessitano dell’intervento dello specialista in tempi differibili di 24/48 ore.

3. INDICAZIONI CONCLUSIVE DI CARATTERE GENERALE

Sono ammessi e consigliati:

- il consulto telefonico con lo specialista tutte le volte che si manifestino dubbi, problemi, perplessità in ordine alla gestione del paziente.
- la ospedalizzazione del paziente in Osservazione Breve tutte le volte nelle quali risulta rischioso, poco indicato o in ogni caso disagiata, il rinvio a domicilio del paziente.

Ai sigg. medici consulenti si raccomanda la massima disponibilità e collaborazione tutte le volte in cui contrasti, controversie, situazioni borderline, possano inficiare il buon esito del processo di gestione del paziente.

Per i medici operanti nei Pronto Soccorso di Presidi Ospedalieri sforniti di tali UU.OO. specialistiche, si raccomanda l'adesione alle indicazioni contenute in questo documento, prima di inviare il paziente presso altro ospedale, aumentandone il disagio e creando situazioni di discrepanza sulla valutazione clinica che nuocciano in prima istanza all'utente e non realizzano certamente una buona immagine dell'Azienda e dei Sanitari che la rappresentano.

Può essere in ogni caso accettabile e consigliabile il contatto telefonico tra medici di Pronto Soccorso, tutte le volte che dubbi, perplessità e timori possano inficiare il buon esito del processo assistenziale.

Per tutto quanto non contemplato in questa linee di indirizzo, si rimanda alle indicazioni della letteratura scientifica, ispirate dal buon senso e dai principi della salvaguardia della salute del paziente, nonché della buona immagine della Azienda.

4. BIBLIOGRAFIA

- V. Gai, Medicina d'Urgenza, Urgenze oftalmologiche, Masson
- EMC, Enciclopedia Medico Chirurgica, Urgenze in oftalmologia, Elsevier Masson
- J.E. Tintinalli, E. Ruiz R. L. Krome, American College of Physicians, Medicina d'Emergenza, IV edizione, McGraw-Hill
- Emergency Medicine Practice, L'occhio rosso, l'occhio gonfio e la perdita acuta della capacità visiva: la gestione nel DEA, settembre 2002
- Emergency Medicine Practice, Un approccio basato sulle evidenze della anormalità della visione, dicembre 2007
- www.occhio.it
- M. Salducci, Argomenti di traumatologia oculare e pronto soccorso oculistico, Cedis, 2008
- L.M. Addante, L.R. Berardi, M. Tentarelli, Urgenze in pronto soccorso oculistico, CIC Edizioni internazionali, 1999
- M. Peduzzi, Manuale di oculistica, IV edizione, McGraw-Hill, marzo 2008
- www.sedesoi.com

5. ALLEGATI

ORTall01 – TRIAGE DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA OFTALMOLOGICA: Indicazioni per l'attribuzione del codice colore

ORLall01 - TRIAGE DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA OTOIATRICA: Indicazioni per l'attribuzione del codice colore

*** ORLall01**

TRIAGE DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA OTORINOLARINGOIATRICA

INDICAZIONI PER L'ATTRIBUZIONE DEL CODICE COLORE

L'attribuzione del Codice Colore in Triage è unicamente finalizzata alla migliore e più tempestiva assistenza dei pazienti con maggiore urgenza che per definizione sono coloro i quali traggono un maggior danno funzionale dal protrarsi dell'attesa.

Al termine della prestazione il Medico di PS ha facoltà di rivalutare il codice colore attribuito dal triager in funzione della diagnosi. Allo stesso modo il triager potrà attribuire codici colore in deroga alla presente linea guida in funzione dell'età del paziente, dello stato psicologico, delle condizioni generali o altri parametri che ritenga opportuno valutare secondo scienza e coscienza.

Per non ingenerare confusione nella interpretazione non sono mai stati utilizzati nella codifica aggettivi tipo "marcato", "grave", "esteso"; mentre è stato introdotto il parametro temporale di insorgenza della sintomatologia per favorire i pazienti che sentono il bisogno di recarsi in PS nell'immediatezza dell'insorgenza dei sintomi.

CODICE ROSSO

- Alterazione di uno o più parametri vitali
- Dispnea oggettiva con tirage e cornege

CODICE GIALLO

- Politrauma o trauma facciale
- Ferita maxillo-facciale penetrante e/o sanguinante
- Ferita succhiante del naso
- Riduzione dell'udito di recente insorgenza (entro le H12), specie se associato a deficit neurologico, nausea o vomito
- Deficit neurologico del VII nervo cranico entro H24 associato o meno a sintomi centrali
- Epistassi in atto

CODICE VERDE

- Corpi estranei nasali, del CU e della gola
- Otagia, otodinia
- Otorrea, otorragia
- Vertigine

CODICE BIANCO

- Rinorrea
- Faringodinia
- Epistassi pregressa o già tamponata
- Riduzione dell'udito datata (oltre le H24)
- Deficit neurologico del VII nervo cranico datata (oltre le H24)
- Controllo di pregresse diagnosi già in terapia senza miglioramento

*** OFTall01**

TRIAGE DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA OFTALMOLOGICA

INDICAZIONI PER L'ATTRIBUZIONE DEL CODICE COLORE

(SOI, Società Oftalmologica Italiana, Comitato Tecnico Scientifico, settembre 2008)

L'attribuzione del Codice Colore in Triage è unicamente finalizzata alla migliore e più tempestiva assistenza dei pazienti con maggiore urgenza che per definizione sono coloro i quali traggono un maggior danno funzionale dal protrarsi dell'attesa.

Al termine della prestazione il Medico di PS ha facoltà di rivalutare il codice colore attribuito dal triager in funzione della diagnosi. Allo stesso modo il triager potrà attribuire codici colore in deroga alla presente linea guida in funzione dell'età del paziente, dello stato psicologico, delle condizioni generali o altri parametri che ritenga opportuno valutare secondo scienza e coscienza.

Per non ingenerare confusione nella interpretazione non sono mai stati utilizzati nella codifica aggettivi tipo "marcato", "grave", "esteso"; mentre è stato introdotto il parametro temporale di insorgenza della sintomatologia per favorire i pazienti che sentono il bisogno di recarsi in PS nell'immediatezza dell'insorgenza dei sintomi.

CODICE ROSSO

- Alterazione di uno o più parametri vitali

CODICE GIALLO

- Politrauma o trauma facciale e bulbare
- Ferita bulbare penetrante o perforante
- Ferita palpebrale
- Dolore e calo del visus entro 15 giorni da pregressa chirurgia oculare
- Contatto con agenti chimici, ustioni, esposizione a radiazioni entro H24
- Contusione bulbare con calo del visus entro H24
- Calo del visus associato a deficit neurologico e/o nausea e/o vomito
- Calo del visus con anamnesi positiva per esposizione a schegge / corpi estranei / esplosioni
- Deficit neurologico III, IV, VI nervo cranico entro H24 associato o meno a calo del visus (anomalia di
- reazione pupillare o motilità oculare o palpebrale, ptosi)
- Calo visus in gravidanza (in specie nel 3° trimestre con fotopsie o scotomi)
- Amaurosi (improvvisa totale perdita di vista) / Amputazione del campo visivo entro H24
- Dolore oculare con calo del visus (con o senza nausea e vomito / visione di aloni attorno alle luci)

CODICE VERDE

- Abrasioni corneali, cheratiti, corpi estranei corneali o congiuntivali
- Miodesopsie (visione di "mosche", "ragnatele") associate a fosfeni entro H24
- Diplopia oltre H24 dall'insorgenza in assenza di altri deficit neurologici
- Contatto con agenti chimici / ustioni / esposizione a radiazioni oltre H24
- Contusione Bulbare oltre H24
- Edema palpebrale entro H24

CODICE BIANCO

- Iperemia congiuntivale, secrezione, epifora (lacrimazione)
- Calo del visus oltre H48 / difetti di vista, miodesopsie oltre H48
- Sensazione di corpo estraneo, bruciore, prurito
- Emorragia sottocongiuntivale
- Edema palpebrale oltre H24
- Controllo di pregresse diagnosi già in terapia senza miglioramento