



DELIBERAZIONE N. 0915 DEL 26 GIU. 2019

Struttura proponente: UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management Centro di Costo: G0DG43JD1S

Codice settore proponente: RMDG 11/2019 del 15 /05/2019

Oggetto: Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico della Cefalea non traumatica in Pronto Soccorso.
"Il Provvedimento non comporta oneri di spesa"L'esteriore
(Dott. Antonio Silvestri)IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Fabrizio d'Alba

Parere del Direttore Amministrativo: Dott.ssa Francesca Milito

 FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data

21/6/2019

Parere del Direttore Sanitario: Dott.ssa Daniela Orazi

 FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data

24/6/2019

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico aziendale.

Voce del conto Economico/Patrimoniale su cui si imputa l'importo:

Visto del Dirigente addetto al controllo del budget economico aziendale:

Direttore UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione - Dr.ssa Miriam Piccini

Firma

Data

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Responsabile del Procedimento: (Dott. Antonio Silvestri)

Firma

Data

17/6/19

Il Dirigente: (Dott. Antonio Silvestri)

Firma

Data

17/6/19

**IL DIRETTORE U.O.S.D. QUALITA', CERTIFICAZIONE
E SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT**

VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421";
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante "Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni - istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";
- l'intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- la deliberazione aziendale n. 404 del 14/04/2016 recante per oggetto <<Affidamento di un incarico dirigenziale di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale "UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure - Risk Management" nell'ambito della Direzione Strategica al Dott. Antonio Silvestri>>;

PREMESSO

che all'art. 5 della succitata L. 8 marzo 2017, n. 24 "Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida" viene prescritto che "Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico- scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale";

DATO ATTO

che il succitato art. 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24 prescrive che "In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico - assistenziali";

DATO ATTO

la definizione ed implementazione dei PDTA rappresenta un obiettivo LEA demandato alla responsabilità delle Regioni e quindi delle Aziende del SSR;

CONSIDERATO

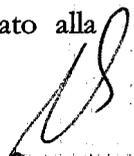
che tra gli obiettivi della UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure - Risk Management rientra la definizione e la condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e l'attivazione di sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi di diagnosi e cura orientati alla qualità e alla sicurezza dei pazienti;

DATO ATTO

che l'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità delle cure attraverso un continuum dell'assistenza che consideri tutte le tappe del processo di cura, permettendo il superamento del concetto di singole prestazioni, migliorando gli outcome clinici "risk-adjusted", aumentando la soddisfazione dell'utenza e garantendo anche una corretta allocazione delle risorse;

RITENUTO

necessario delineare nel contesto dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale mirato alla gestione della Cefalea non traumatica in Pronto Soccorso ;



- CONSIDERATO** che all'interno dell'Azienda è stato attivato un Gruppo di Lavoro per la definizione di un PDTA di riferimento per i pazienti affetti da Cefalea non traumatica in Pronto Soccorso, che ha elaborato una proposta di PDTA con approccio multidisciplinare, condivisa da tutti gli operatori che, a vario titolo, sono coinvolti in questo percorso di cura e salute dei cittadini;
- CONSIDERATO** che il suddetto PDTA è stato sottoposto a verifica, con esito positivo, da parte del Responsabile Aziendale per la Qualità;
- RITENUTO** opportuno approvare l'allegato "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della Cefalea non traumatica in Pronto Soccorso";
- RITENUTO** opportuno dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa di assicurare la massima diffusione al presente atto deliberativo e di assicurarne l'attuazione, per quanto di competenza;
- VERIFICATO** che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

- di approvare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) di riferimento per la Cefalea non traumatica in Pronto Soccorso di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare il PDTA ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UOC delle strutture interessate e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che il PDTA sia inserito nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;
- di dare mandato alla U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico – Comunicazioni Istituzionali – Rapporto con le Associazioni di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Risk Management e Sicurezza delle Cure.

**IL DIRETTORE UOSD QUALITA', CERTIFICAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE -
RISK MANAGEMENT**

(Dott. Antonio Silvestri)



IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del decreto legislativo 30.12.92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00202 del 7 ottobre 2016 avente ad oggetto "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini";
- VISTA** la propria ordinanza n. 1242 del 10 ottobre 2016;
- LETTA** la proposta di delibera, "Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della Cefalea non traumatica in Pronto Soccorso" presentata dal Direttore UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- di approvare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) di riferimento per la Cefalea non traumatica in Pronto Soccorso di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare il PDTA ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UOC delle strutture interessate e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;

- di disporre che il PDTA sia inserito nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;
- di dare mandato alla U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico – Comunicazioni Istituzionali – Rapporto con le Associazioni di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Risk Management e Sicurezza delle Cure.

La struttura complessa proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

La presente deliberazione è composta di n. 57 pagine di cui n. 51 pagine di allegati nei termini indicati.

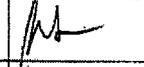
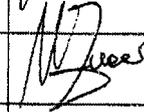
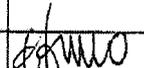
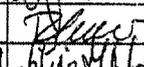
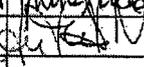
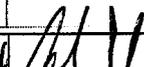
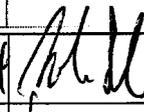
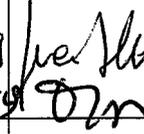
Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Fabrizio d'Alba)



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 1 di 51
---	---	---

Gruppo di lavoro Aziendale	Disciplina	Ruolo	Data	Firma	
STAFF DI COORDINAMENTO: Francesco Medici Roberto Locci COORDINATORE: Maurizio Zucco COMPONENTI: Gabriella Grieco Rodolfo Luna Silvia Morlando Anna Maria De Negri Maria Rita Zambuto	Qualità e Risk Management	Medico	16/5/19		
	P.O. Best Practice e sicurezza delle cure	CPS Infermiere	21/7/19		
	Neurologia	Dirigente Medico	15/5/19		
	Medicina D'Urgenza	Dirigente Medico	16/5/19		
	Radiologo	Dirigente Medico	17/5/19		
	Pronto soccorso	CPS Infermiere	20/5/19		
	Oculista	Dirigente Medico	19/5/19		
	Neurochirurgo	Dirigente Medico			
	VERIFICA	Dott. Antonio Silvestri Responsabile Aziendale per la Qualità (RAQ)		17/9/19	
	APPROVAZIONE	Dott.ssa Lucia Mitello Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie Dott.ssa Daniela Orazi Direttore Sanitario Aziendale		13-6-19 24/6/19	
VALIDAZIONE	Dott. Fabrizio d'Alba Direttore Generale				

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
00	20/05/2019	Prima stesura	A cura del RAQ

Data trasmissione	Data codifica	Data distribuzione
10/06/2019	10/06/2019	
Lista di distribuzione (I livello)		
Direttore Sanitario		
Direttore Amministrativo		
Direttori di Dipartimento		
Direttori di Strutture Complesse		
Direttori di Strutture Semplici a valenza Dipartimentale; Responsabili di Strutture Semplici		

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 2 di 51
---	--	---

Indice

1.	PREMESSA	Pag. 5
2.	SCOPO	Pag. 6
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	Pag. 7
4.	CRITERI D'ACCESSO	Pag. 7
	4.1 CODICI ICD 9	Pag. 8
5.	DEFINIZIONI TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	Pag. 9
6.	DIAGRAMMI DI FLUSSO	Pag.10
7.	MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Pag.15
	AZIONI	Pag.16
	Tabella 1. Descrizione sintetica dell'iter diagnostico e relative tempistiche	Pag.16
	8.1 SCENARI	Pag. 17
	8.2 TRIAGE	Pag.21
	8.3 VISITA MEDICA	Pag.22
	8.4 CRITERI PER RICHIEDERE CONSULENZE AGGIUNTIVE	Pag.23
8.	8.5 SCENARIO 1 - cefalea ad esordio acuto, definita come la peggiore della sua vita" ("cefalea a colpo di fulmine") - oppure, cefalea insorta improvvisamente - oppure cefalea con vomito o esordita con sincope	Pag.24
	8.5.1 Triage 1° scenario	Pag.24
	8.5.2 Il medico di PS	Pag.24
	8.5.3 Il neurologo di guardia	Pag.25
	8.6 SCENARIO 2 - cefalea associata a febbre e/o rigidità nucale - cefalea associata a stato confusionale	Pag.25
	8.6.1 Triage 2° scenario	Pag.25
	8.6.2 Visita medica	Pag.26



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 3 di 51
---	---	---

8.6.3	Visita neurologo di guardia	Pag.26
8.7	SCENARIO 3	
-	Cefalea esordita recentemente (giorni o settimane) in assenza di anamnesi per cefalea	Pag.27
-	oppure cefalea progressivamente ingravescente	
-	oppure cefalea persistente	
8.7.1	Triage	Pag.27
8.7.2	Visita Medica	Pag.27
8.7.3	Visita neurologo di guardia	Pag.28
8.8	SCENARIO 4	
-	Attacco/crisi di cefalea simile ai precedenti per intensità, durata e sintomi associati in soggetti con anamnesi nota per cefalea	Pag.28
8.8.1	Triage	Pag.28
8.8.2	Visita medica	Pag.28
8.8.3	Visita neurologo di guardia	Pag.29
8.9	TERAPIA DELLA CEFALEE PRIMARIA	Pag.29
8.10	Indagini neuroradiologiche	Pag.30
8.10.1	Ruolo della TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA	Pag.31
8.10.2	Ruolo della RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE	Pag.31
8.11	RACHICENTESI	Pag.32
8.11.1	- Competenze infermieristiche	Pag.32
8.11.2	- Puntura lombare: modulistica ed invio liquor	Pag.33
8.12	- VISITA OCULISTICA	Pag.34
8.13	- VISITA NEUROCHIRURGICA	Pag.34
8.14	- VISITA INFETTIVOLOGICA	Pag.36
8.15	- RICOVERO	Pag.36
8.16	- AMBULATORIO E FOLLOW UP	Pag.36
9.	SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI	Pag.37
10.	VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA	Pag.37

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFАLEА NON TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 4 di 51
---	--	---

11.	EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE	Pag.38
12.	REVISIONE E AGGIORNAMENTO	Pag.38
13.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	Pag.38
14.	ALLEGATI	Pag.39
	14.1 PROTOCOLLO GESTIONE DELLA SINDROME NEUROLOGICA ACUTA A SOSPETTA EZIOLOGIA INFETTIVA IN PRONTO SOCCORSO 14.1.A Modulistica aziendale per Microbiologia 14.1.B Richiesta di prestazioni microbiologiche urgenti presso Spallanzani 14.1.C-D-F scheda sorveglianza per sindrome neurologica di sospetta origine infettiva 14.1.E Consenso Informato Lazzaro Spallanzani	Pag.40
	14.2 SCHEMA RACHICENTESI	Pag. 47
	14.3 CONSENSO INFORMATO RACHICENTESI	Pag. 48
	14.4 CONSENSO INFORMATO PER RMN	Pag. 50
	14.5 Foglio di accesso in reparto	Pag. 51

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 5 di 51
---	--	---

1. PREMESSA

La cefalea è probabilmente il sintomo di più frequente riscontro nella pratica medica ed è uno dei motivi che più spesso induce i pazienti ad accedere al Pronto Soccorso, rappresenta infatti dal'1,7 al 4,5% di tutti gli accessi. Di questi, circa l'1% è dovuto a cefalee non correlate a traumi, ed il 20-30% viene ricoverato in ospedale per ulteriori accertamenti. E' importante comunque sottolineare che nonostante la stragrande maggioranza dei pazienti tende a credere che il loro mal di testa abbia una causa organica, in realtà solo una piccola percentuale è realmente pericolosa per la vita, trattandosi più spesso di una "cefalea primaria benigna". Le cefalee infatti, secondo la classificazione internazionale delle cefalee (ICHD-3BETA-2013) (1) si distinguono in **CEFALEE PRIMARIE** (tab 1) , ossia quelle in cui tutta la patologia si concretizza nella sola manifestazione algica del mal di testa, ma non è dovuta ad una noxa del SNC; ed in **CEFALEE SECONDARIE** (Tab2), nelle quali la cefalea è appunto secondaria ad un'altra patologia, che può riguardare direttamente il SNC, o a malattia sistemica con secondario coinvolgimento dello stesso.

Le **principali cefalee primarie** sono: le emicranie; la cefalea tensiva, la cefalea a grappolo ed altre forme più rare come le cefalee autonome-trigeminali. Di queste quella più frequente (tasso di prevalenza) è Cefalea Tensiva (CT); seguita dall'Emicrania Comune (o senz'aura, EC), con un tasso di prevalenza 3-10 % per il sesso maschile e 9-25 % per il sesso femminile; l'Emicrania con Aura (ECA), con un tasso di prevalenza del 4%, e la più rara Cefalea a Grappolo (CG). L'emicrania prevale nel sesso femminile (rapporto donne/uomo 3-2:1).

Le **principali cefalee secondarie** sono riportate nelle tabella 2.

Il principale compito del neurologo nelle situazioni di emergenza del PS, è quello di diagnosticare, nel modo più rapido ed accurato possibile, le cefalee secondarie, e di queste soprattutto quelle in cui la tempestività di una corretta diagnosi è strettamente correlata alla vita del paziente.

FONTE GIPSE	NEUROLOGIA	ACCESSO IN PS ANNI 2012-2017
TOTALE VISITE	DIAGNOSI PRINCIPALE	Diagnosi PRINCIPALE DESCRITTIVA
648	7840	CEFALEA
19	30781	CEFALEA DA TENSIONE
101	34600	EMICRANIA CLASSICA
1	34601	Emicrania classica con emicrania non trattabile
4	34610	Emicrania comune senza menzione di emicrania non trattabile
6	34691	Emicrania non specificabile con emicrania non trattabile
17	34690	Emicrania non trattabile senza menzione di emicrania non trattabile
TOT: 796		

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 6 di 51
---	--	---

Pazienti ricoverati per Cefalea ed Eemicrania			
Anno	Ricovero	Day Hospital	Totale
2013	13	3	16
2014	6	7	13
2015	13	9	22
2016	12	7	19
2017	3	7	10

Pazienti Visitati in ambulatorio per Cefalea			
Anno	Visita neurologico per cefalea	Visita di controllo	PAC cefalea
2013	100	63	176
2014	101	69	194
2015	121	105	148
2016	111	141	173
2017	212	105	179

Commento

Relativamente al numero dei pazienti ricoverati, in regime di degenza ordinaria o in DH, che può apparire basso, c'è da considerare che sono registrati dal sistema di raccolta dati, solo i pazienti dimessi con la "diagnosi principale" di Eemicrania e Cafalea, mentre più spesso nelle diagnosi di dimissioni questa voce non è registrata come principale.

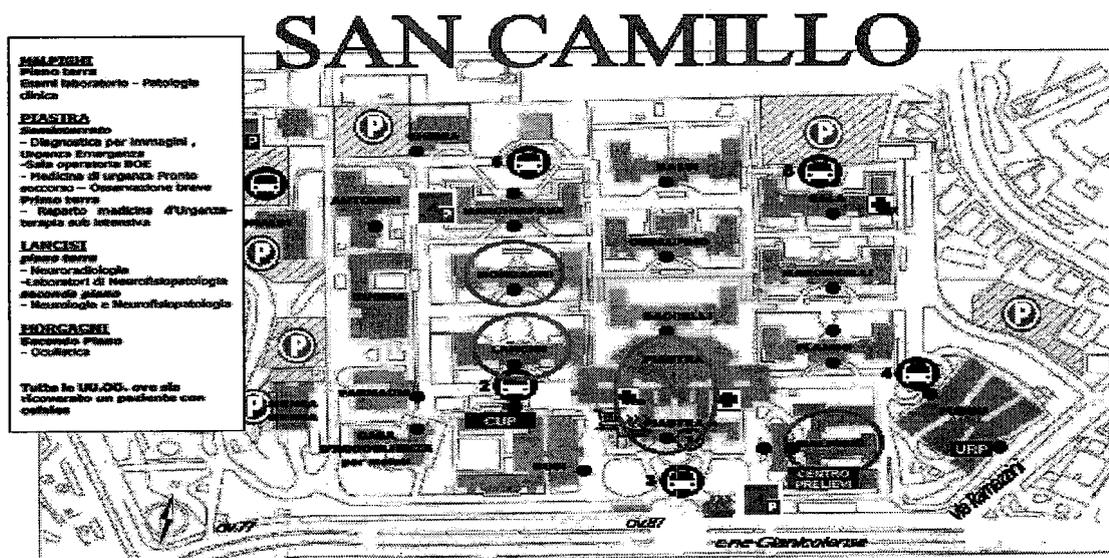
I dati invece relativi ai pazienti visitati e seguiti in Ambulatorio dedicato alle Cefalee, prendendo in considerazione gli anni dal 2013 a 2017, sono in aumento. Infatti, confrontando il numero di pazienti, nel periodo di riferimento, si nota un incremento del 50%, sia dei pazienti che accedono all'ambulatorio per prime visite, e soprattutto dei pazienti che vi ritornano per la visita di controllo.

2 SCOPO

- a) escludere una cefalea immediatamente pericolosa per la vita del paziente
- b) escludere una cefalea secondaria a patologie del SNC e provvedere al trattamento sintomatico più efficace.
- c) individuare le cefalee primarie ed inserire i pazienti in un percorso di gestione ambulatoriale migliorando la continuità assistenziale;
- d) migliorare il percorso e la gestione della presa in carico del paziente che accede all'Ambulatorio delle Cefalee proveniente dal territorio (medico di medicina generale)
- e) migliorare i tempi dell'iter diagnostico terapeutico fissando gli standard aziendali
- f) ottimizzare l'impiego delle risorse umane e strumentali mediante l'esecuzione di esami mirati
- g) ottimizzare i livelli di qualità delle cure prestate e monitorarli attraverso l'identificazione di indicatori di processo e di esito e la messa a punto di un sistema di raccolta e analisi dei dati.
- h) migliorare gli aspetti informativi e comunicativi con il paziente.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 7 di 51
---	--	---

3. Campo di applicazione



4. Criteri d'accesso

Le modalità di accesso alla diagnosi e cure delle cefalee sono:

- pazienti che arrivano in PS (accesso diretto al PS)
- pazienti provenienti dal territorio: mediante prenotazione (CUP) c/o l'Ambulatorio delle Cefalee Aziendale (UOC di Neurologia).

Relativamente ai pazienti che si presentano in PS manifestando una cefalea come sintomo principale, questi si possono dividere in **4 gruppi fondamentali**, a cui corrispondono **4 situazioni o scenari possibili** (Tab 4). Questa suddivisione permette di impostare per ciascuna situazione tipo che si presenta, gli accertamenti diagnostici più appropriati nonché di graduare il rischio per la vita del paziente relativamente alla situazione clinica di presentazione.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 8 di 51
---	---	---

4.1 Codici ICD.9 CM

Codice ICD-9 CM	Descrizione
346.2	Cefalea a Grappolo
346.2	Allergica (Istaminica)
349.0	Da blocco sellare, da perdita di liquor, da puntura lombare
668.8	Che complica il travaglio ed il parto, post-partum
346.9	Eemicrania (o "Tipo emicrania")
307.81	Emotiva
346.2	Istaminica
307.81	Post-confusionale
349.0	Perdita di liquor, Post Spinale, Puntura lombare
307.81	Psicogena, Tensione
307.81	Tensione
784.0	Cefalea; Vascolare
346.9	Eemicrania (idiopatica); Vasomotoria
346.2	Addominale
346.1	Comune (anche "Atipica")
346.2	Basilare; Retinica e "Variante".
346.0	Classica o Con Aura
346.8	Emiplegica; ed Oftalmica ed Oftalmoplegica
625.4	Mestruale

Codice Procedure	Descrizione
86.03	TAC cranio
88.91	RMN cranio
88.91.5	Angio-RMN del cranio
03.91	Puntura Lombare (rachicentesi)
88.71	Ecodoppler dei Vasi del Collo
89.14	Elettroencefalogramma
88.41	Arteriografia intracranica

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFАLEА NON TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 9 di 51
---	--	---

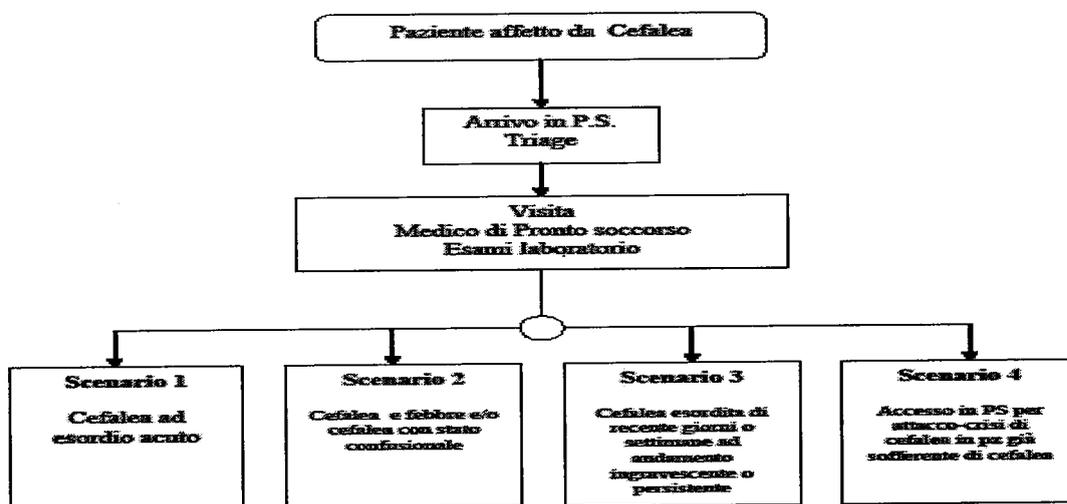
5. Definizione Terminologia ed Abbreviazioni

ANG-RM	Angio-Risonanza Magnetica Cerebrale
CT	Cefalea da Tensione o Cefalea Tensiva
DEA	Dipartimento d'Emergenza Urgenza
DWI	Diffusion Weighted Imaging
EC	Emicrania Senz'aura (o Emicrania Comune)
ECA	Emicrania con Aura (o Emicrania Classica)
EEG	Elettroencefalogramma
ESA	Emorragia SubAracnoidea
FANS	Antinfiammatori non steroidei
im	Intramuscolo
INF PS	Infermiere Pronto soccorso
MAV	Malformazione Artero Venosa
MED PS	Medico di Pronto Soccorso
MDC	Mezzo di Contrasto
mg	milligrammi
MMG	Medico di Medicina Generale
ndd	Natura da determinare
NdG	Neurologo di guardia
NRX	Neuroradiologia
OS	<i>Oral Somministrazione</i>
PCR	Proteina C-reattiva
PL	Puntura Lombare
PS	Pronto Soccorso
RMN	Risonanza Magnetica Cerebrale
TC	Tomografia computerizzata cerebrale
TNFP	Tecnico di Neurofisiopatologia

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 10 di 51
---	---	--

6. Diagrammi di flusso

6.1 FLOW CHART



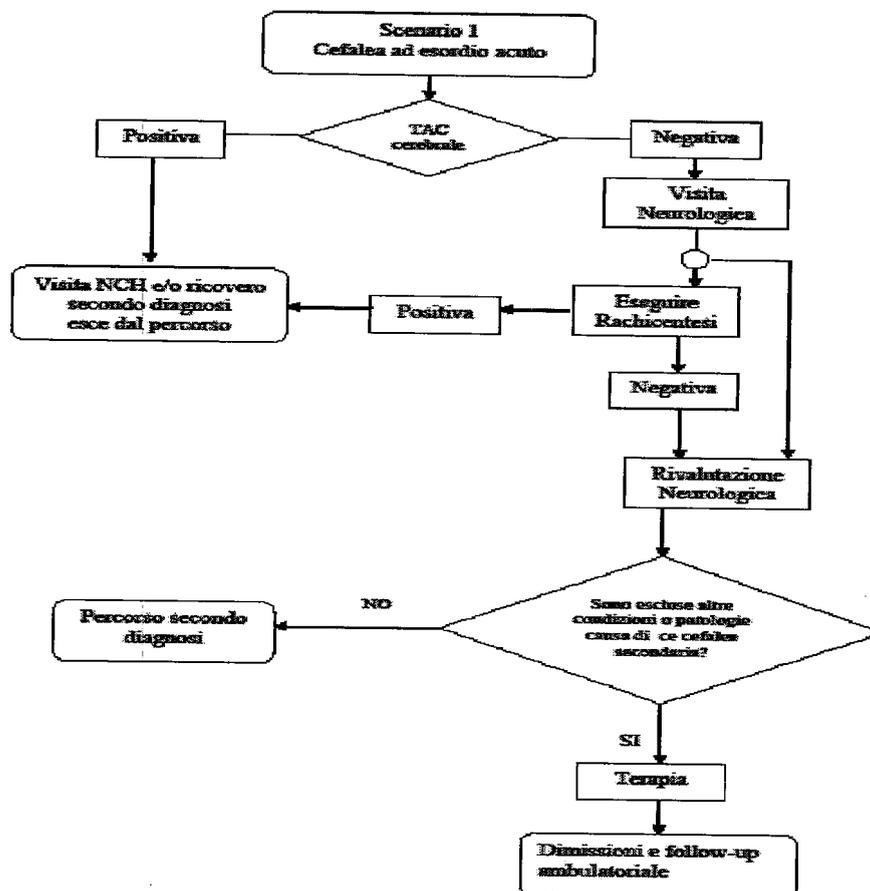


Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale PDTA
Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/02

**PDPTA DELLA CEFALEA NON
TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO**

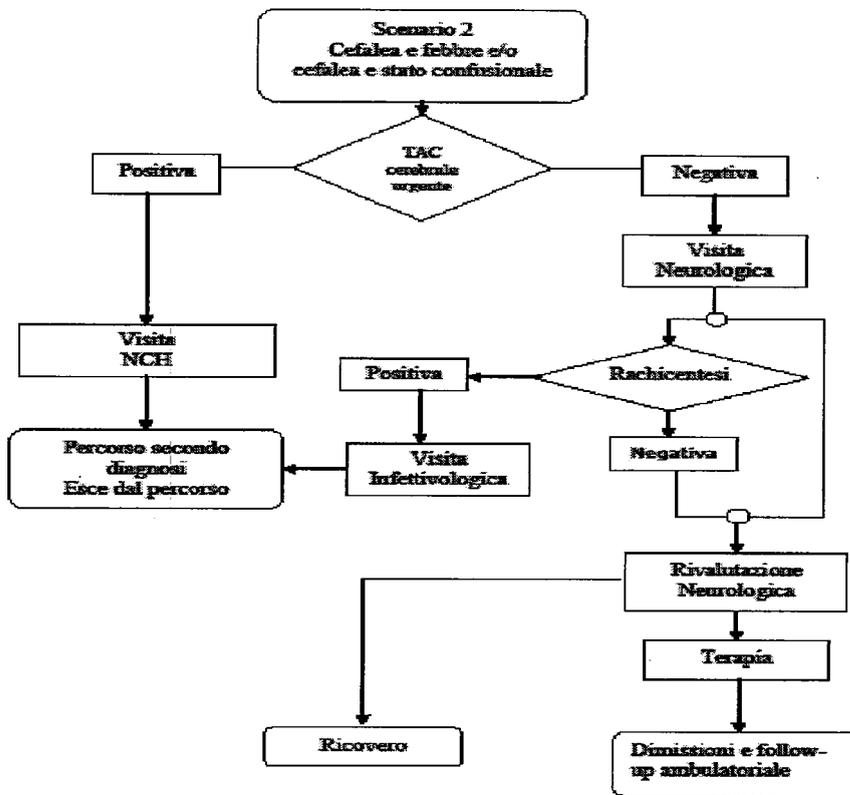
Rev. 00 del
20/05/2019
Pag. 11 di 51

6.2 FLOW CHART: SCENARIO 1: CEFALA AD ESORDIO ACUTO



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 12 di 51
---	--	--

6.3 FLOW CHART SCENARIO 2: CEFALA E FEBBRE - CEFALEA E STATO CONFUSIONALE



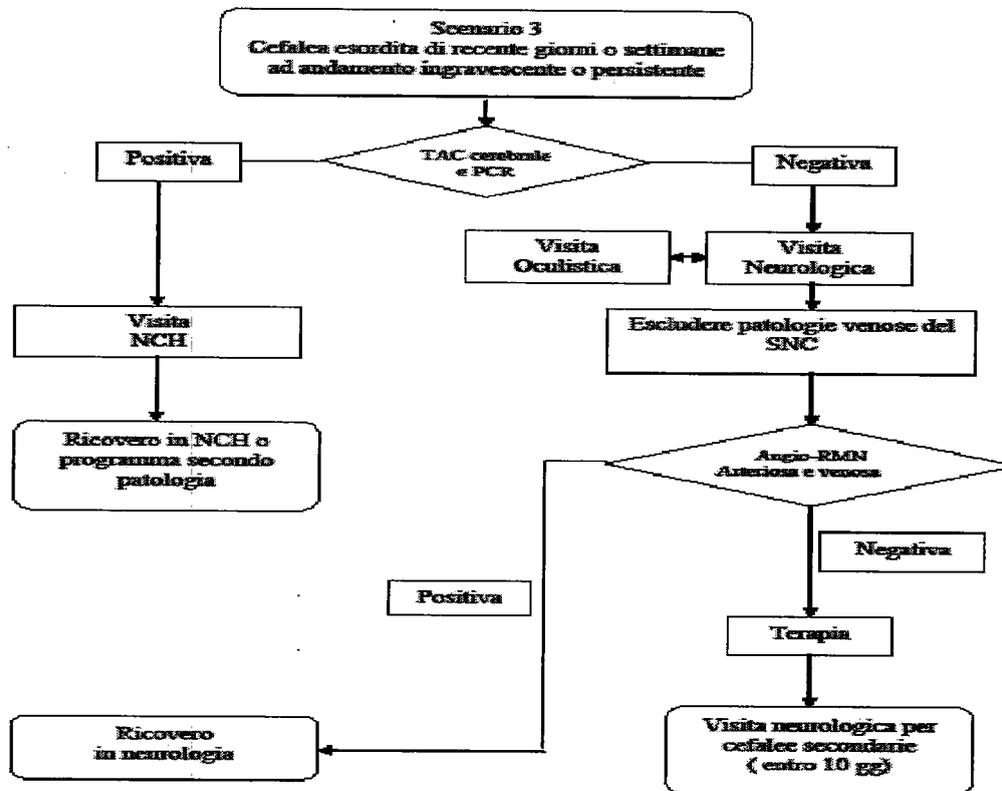


Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale PDTA
Cod. Doc.: 901/PDPA/19/02

**PDPA DELLA CEFALIA NON
TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO**

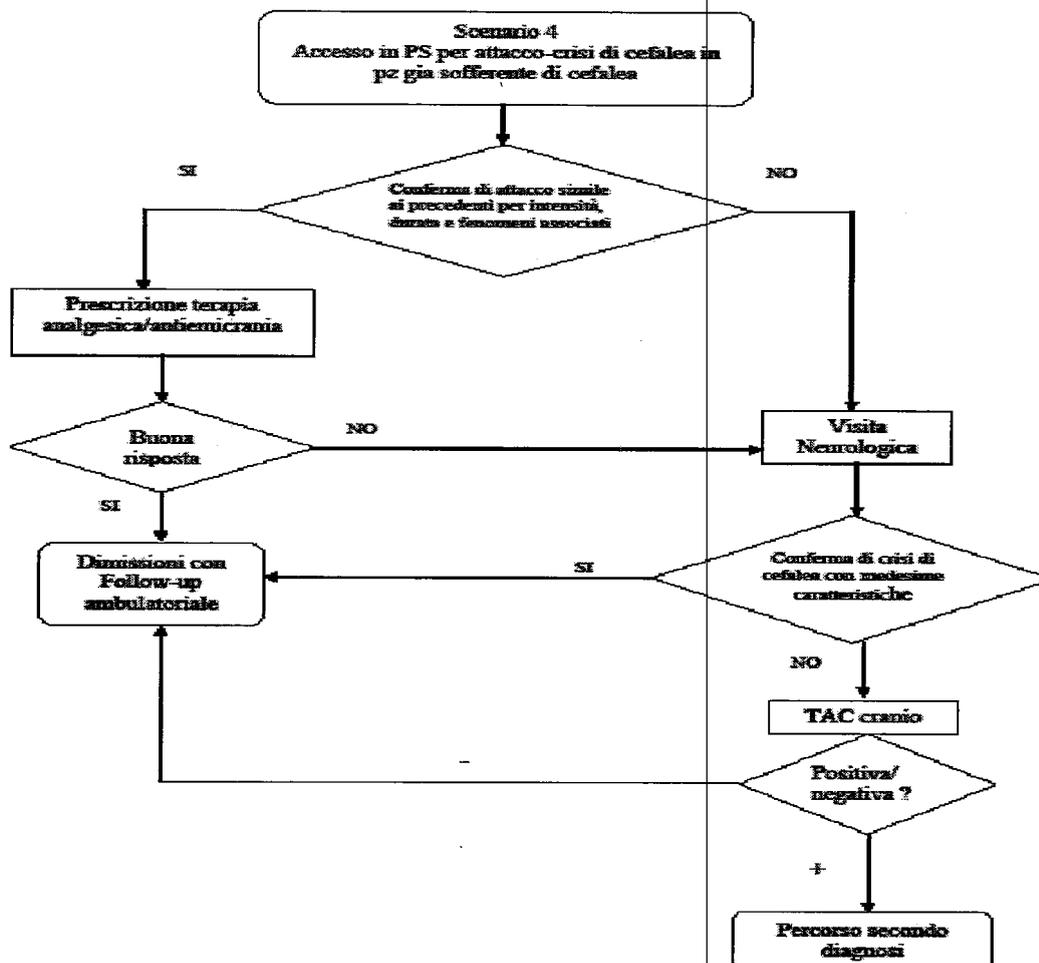
Rev. 00 del
20/05/2019
Pag. 13 di 51

6.4 FLOW CHART SCENARIO 3: CEFALIA A ANDAMENTO INGRAVESCENTE/PERSISTENTE





Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 14 di 51
---	---	--

6.5 FLOW CHART SCENARIO 4: CEFALA IN PAZ. GIA' SOFFRENTE DI CEFALEA



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFАLEА NON TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 15 di 51
---	---	--

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Attività	INFERMIERE	MEDICO P.S.	RADIOLOGO NEURORADIOLOGIA	NEUROLOGO	LABORATORIO ANALISI	INFETTIVOLOGO	OCULISTA	NEUROCHIRURGO
Triage- attribuzione codice colore	R	C						
Visita medica	C	R						
Rilievo parametri vitali	R	I						
Esami ematici	C	C			R			
TAC	I	C	R	I				
Visita Neurologo di guardia		C		R				
RMN		I	R	C				
Rachicentesi	C	I		R				
EEG						R		
Visita Infettivologa		C						
Visita NCH		C		C				R
Oculista		C		I			R	
Ricovero o invio a day hospital	I	R		C				

R= RESPONSABILE
C= COINVOLTO
I= INFORMATO

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFALЕА NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 16 di 51
---	---	--

8. AZIONI

All'arrivo in PS il paziente che riferisce "mal di testa" (cefalea) viene valutato al TRIAGE. Quindi in relazione alle possibili modalità di presentazione, esordio acuto, sub-acuto, lento o progressivo, o alla presenza o meno di segni di allarme (Tab 3), vengono attivati i percorsi ("scenari"). Quindi, ad eccezione dei paziente che rientra nello scenario 1, contestualmente viene indirizzato ad eseguire la valutazione con il Neurologo di Guardia, il cui compito principale è capire se il paziente è affetto da una cefalea primaria o da una forma secondaria.

Tale compito può essere complesso in quanto le cefalee secondarie possono non avere delle caratteristiche cliniche distintive rispetto alle primarie, ed il PS non è l'ambiente più idoneo per un'anamnestica accurata. Nonostante ciò, le principali forme di **cefalee secondarie** possono manifestarsi delle caratteristiche peculiari, con sintomi e/o segni che ne fanno sospettare la diagnosi (cosiddetti "**segnali di allarme**", Tab 3). Ad ogni modo è importante sottolineare che la riduzione della cefalea, in relazione alla terapia antalgica praticata, non è da considerare come prova a favore di una cefalea primaria, potendo essere invece fuorviante per una corretta diagnosi. In sintesi, se per le cefalee secondarie si impone una diagnosi più rapida possibile, per le cefalee primarie il primo obiettivo appare quello della gestione del dolore in fase acuta (tabella 1), in quanto, la loro corretta definizione diagnostica, secondo la Classificazione Internazionale delle Cefalee, ed il loro eventuale trattamento preventivo, sono demandate al setting ambulatoriale di cui si descrive il relativo percorso.

Tab 1: **CEFALEE PRIMARIE**

- 1)Emicrania
- 2)Cefalea tensiva
- 3)Cefalea a grappolo
- 4) altre (più rare) cefalee primarie

Tab 2: **CEFALEE SECONDARIE** (forme più frequenti)

- 1) Cefalea associate a malattie cerebrovascolari
- 2) Cefalee associate a disturbi infettivi del SNC
- 3) Cefalee associate a neoplasie
- 4) Cefalee associate a disturbi della circolazione liquorale

Tab 3: "**segnali d'allarme**" per la **DIAGNOSI DI CEFALЕE SECONDARIE**

- cefalea di recente insorgenza
- cefalea esordita dopo i 50 anni
- cefalea con peggioramento inspiegabile e persistente del dolore
- cefalea a sede unilaterale e fissa del dolore
- cefalea associata a vomito profuso (in assenza di precedente diagnosi di emicrania)
- cefalea che presenta un decorso progressivo
- cefalea associata a sforzo fisico
- cefalea associata a stato confusionale e/o a perdita di coscienza o convulsioni
- cefalea associata a segni neurologici

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 17 di 51
---	--	--

8.1 SCENARI

Situazioni tipo con cui i pazienti che si presentano in PS per con:

Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4
-cefalea ad esordio acuto, definita come la peggiore della sua vita" ("cefalea a colpo di fulmine") -oppure, cefalea insorta improvvisamente -oppure cefalea con vomito o esordita con sincope	-cefalea associata a febbre e/o rigidità nucale -cefalea associata a stato confusionale	-Cefalea esordita recentemente (giorni o settimane) in assenza di anamnesi per cefalea -oppure cefalea progressivamente ingravescente -oppure cefalea persistente	Attacco/crisi di cefalea simile ai precedenti attacchi per intensità, durata e sintomi associati in soggetti con anamnesi nota per cefalea.

Per ognuno di questi scenari sono previsti 4 percorsi specifici (vedi pag. 24,25,27 e 28).

A scopo orientativo, bisogna porsi, e porgere al paziente, alcune semplici domande per una rapida valutazione anamnestica:

- 1) Il paziente soffre già di cefalea?
- 2) Se sì, come mai per questa cefalea è venuto in PS?
- 3) Ha presentato attacchi simili in passato?
- 4) Questa attuale in che cosa è diversa?
- 5) Quando e come è iniziato il dolore?
- 6) Dove è localizzato il dolore?
- 7) Come è (caratteristiche) il dolore?
- 8) Vi sono altri sintomi oltre al dolore?
- 9) Vi sono altri problemi di salute di salute noti ?

Tabella 1. Descrizione sintetica dell'iter diagnostico e relative tempistiche

CONDIZIONE	PROCEDURE	RESPONSABILITA'	TEMPI PREVISTI
Sospetto o diagnosi di cefalea	TRIAGE parametri vitali	Infermiere di pronto soccorso Sala triage U.O.C Medicina di Urgenza e Pronto Soccorso Telefono 06 5870 3102/3668	Entro 10 minuti dall'arrivo in p.s
	Visita medica	Medico di pronto soccorso Sala emergenza 1 o Sala codici verdi secondo triage U.O.C Medicina di Urgenza Telefono 06 58704910	Immediato nei codici rossi Entro 20 minuti nei codici gialli Entro 2 ore nei codici verdi



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIOPercorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02

**PDTA DELLA CEFALEA NON
TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO**Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 18 di 51

	Esami di laboratorio	Medico di Laboratorio U.O.C. Patologia Clinica Malpighi Piano Terra Tel. 06 58704429	
Soggetto con cefalea ad esordio acuto con o senza segni neurologici - con vomito o sincope all'esordio (Scenario n°1)	TAC cerebrale senza mdc	Servizio TAC DEA Piano Seminterrato U.O.C DIAGNOSTICA PER IMMAGINI -EMERGENZA Telefono 06 58703022	Entro 15 minuti dalla richiesta
		U.O.C. Neuroradiologia Refertazione on-line Tel. 06 58704378	Entro 15 minuti dalla ricezione delle immagini
	Visita Neurologica	Neurologo di guardia (n° cellulare tramite centralino aziendale) Piastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO AREA VISITA U.O.C. Neurologia e Fisiopatologia Cell. Aziendale 3355681330	Entro 30 minuti dalla richiesta nei codici giallo o rossi Entro 60 minuti dalla richiesta nei codici verdi
	Puntura Lombare (Rachicentesi)	Neurologo di guardia Piastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO AREA ISOLAMENTO U.O.C. Neurologia e fisiopatologia Cell. Aziendale 3355681330	Entro 30 minuti dalla richiesta nei codici giallo o rossi
	Laboratorio microbiologia	Medico di Laboratorio Malpighi Piano Terra U.O.C. Patologia Clinica Tel. 06 58704429	
	Laboratorio microbiologia Spallanzani	Medico Laboratorista Presso Ospedale Lazzaro Spallanzani 06 55170/0666 Cellulare 3204343793	
	Consulenza NCH	Medico NCH Piastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO AREA VISITA UOC neurochirurgia 06 58704537 o centralino aziendale	Entro 30 minuti dalla richiesta nei codici giallo o rossi Entro 60 minuti dalla richiesta nei codici verdi

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 19 di 51
---	--	--

	Ricovero/ambulatorio	Medico di pronto soccorso Sala emergenza 1 o Sala codici verdi secondo triage U.O.C Medicina di Urgenza Telefono 06 58704910	Secondo disponibilità posto letto per ricovero Appena disponibile appuntamento in ambulatorio con invio da ps. su verbale di ps
Soggetto con cefalea associata a febbre e/o rigor nuchalis (Scenario n° 2)	TAC cerebrale	Servizio TAC DEA Piano Seminterrato U.O.C DIAGNOSTICA PER IMMAGINI -EMERGENZA Telefono 06 58703022	Entro 15 minuti dalla richiesta
		U.O.C. Neuroradiologia Refertazione on-line Tel. 06 58704378	Entro 15 minuti dalla ricezione delle immagini
	Neurologo	Neurologo di guardia Plastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO AREA VISITA U.O.C. Neurologia e fisiopatologia Cell. Aziendale 3355681330	Entro 10 minuti dalla chiamata
	Rachicentesi	idem	
	Laboratorio microbiologia	idem	
	Laboratorio microbiologia Spallanzani	idem	
	RMN	Sala RMN Lancisi Piano terra U.O.C. Neuroradiologia Tel. 06 58704378	Entro 15 minuti dall'arrivo del paziente in sala RMN
	Ricovero/ambulatorio	Medico di pronto soccorso Sala emergenza 1 o Sala codici verdi secondo triage U.O.C Medicina di Urgenza Telefono 06 58704910	Secondo disponibilità posto letto per ricovero Appena disponibile appuntamento in ambulatorio con invio da ps. su verbale di ps



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIOPercorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02

**PDTA DELLA CEFALEA NON
TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO**Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 20 di 51

Soggetto con cefalea esordita recentemente (giorni o settimane) e/o progressivamente ingravescente o persistente (Scenario n° 3)	TAC cerebrale	idem	Entro 60 minuti dalla richiesta
	Visita Neurologico	Neurologo di guardia Piastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO AREA VISITA U.O.C. Neurologia e fisiopatologia Cell. Aziendale 3355681330	Entro 60 minuti dalla chiamata
	Visita Oculistica	Medico oculista Sala visite oculistica sala codici verdi OUC Oculistica 06 58705591/95 o centralino aziendale	Entro 60 minuti dalla chiamata
	Angio-RMN cerebrale	Sala RMN Lancisi Piano terra U.O.C. Neuroradiologia Tel. 06 58704378	Entro 15 minuti dall'arrivo del paziente in sala RMN
	NCH	Medico NCH Piastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO AREA VISITA UOC neurochirurgia 06 58704537 o centralino aziendale	Entro 30 minuti dalla richiesta nei codici giallo o rossi Entro 60 minuti dalla richiesta nei codici verdi
	Ricovero/ambulatorio	Medico di pronto soccorso Sala emergenza 1 o Sala codici verdi secondo triage U.O.C Medicina di Urgenza Telefono 06 58704910	Secondo disponibilità posto letto per ricovero Appena disponibile appuntamento in ambulatorio con invio da ps. su verbale di ps
Soggetto con storia di cefalea in anamnesi ed accesso per attacco	Terapia sintomatica analgesica/antiemici cranica	Medico di pronto soccorso Sala emergenza 1 o Sala codici verdi secondo triage U.O.C Medicina di Urgenza	All'arrivo in ps. o dopo visita neurologica se richiesta



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIOPercorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02

**PDTA DELLA CEFALEA NON
TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO**Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 21 di 51

con caratteristiche simile ai precedenti per intensità e durata (Scenario n°4)		Telefono 06 58704910	
	Neurologo	Neurologo di guardia Piastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO AREA VISITA U.O.C. Medicina D'Urgenza - Pronto Soccorso - Osservazione Cell. Aziendale 3355681330 o centralino	Entro 60 minuti dalla richiesta
	TAC	idem	
	Ricovero/ambulatorio	Medico di pronto soccorso Sala emergenza 1 o Sala codici verdi secondo triage U.O.C Medicina di Urgenza Telefono 06 58704910	Secondo disponibilità posto letto per ricovero Appena disponibile appuntamento in ambulatorio con invio da ps. su verbale di ps

8.2 Triage

All'arrivo in triage è necessario eseguire una valutazione sulla porta secondo metodologia e ponendo immediata attenzione allo stato di coscienza e allo stato neurologico.

Le informazioni peculiari da recuperare durante la raccolta dati mirata riguardano:

- *Modalità e tempi di insorgenza*
- *Localizzazione, gravità del dolore*
- *Presenza di altri sintomi*
- *Traumi recenti*
- *Risposta ad eventuale terapia antidolorifica*
- *Esposizione al sole*
- *Permanenza in ambienti riscaldati e non areati*
- *Gravidanza*

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE
LAZIO

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFALЕА NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 22 di 51
---	---	--

- Assunzione di farmaci (anticoagulanti, neurolettici, estro-progestinici, etc.)

I parametri da rilevare sono:

- PA
- FC
- GCS
- TC
- FR

L'esame fisico prevede la valutazione di:

- Diametro pupillare
- Segni di trauma cranico recente
- Segni evidenti di deficit neurologici

L'attribuzione del codice colore dipenderà inoltre dall'eventuale presenza dei seguenti segni di allarme:

- Primo episodio di cefalea severa ad insorgenza improvvisa
- Diversa modalità di insorgenza in un paziente cefalalgico noto
- Esordio od esacerbazione a seguito di sforzi fisici, colpo di tosse, attività sessuale
- Alterazione dello stato di coscienza
- Improvviso e marcato disturbo della vista
- Segni neurologici focali e/o di irritazione meningea
- Vomito a getto non correlato all'assunzione dei cibi
- Ipertermia (posizionare la mascherina chirurgica al paziente e valutare se collocarlo in isolamento)

8.3 VISITA MEDICA

Al momento della valutazione medica, il Medico di Pronto Soccorso (PS):

- controlla e integra i **parametri vitali** riportati in scheda GIPSE (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura corporea, Glasgow Coma Scale).
- raccoglie una **anamnesi** accurata su storia di cefalea (se soffre di cefalea e da quanto tempo, se le caratteristiche del dolore si sono modificate (es pulsante o continuo, variazioni intensità), frequenza e durata delle crisi, dinamica e contesto della comparsa della cefalea, sintomi di



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE
LAZIO

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFАLEА NON TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 23 di 51
---	---	--

accompagnamento (nausea, vomito, fotofobia o altri) o precursori (segni visivi quali scotomi, disturbi sensitivi o motori), patologie concomitanti (es ipertensione arteriosa, diabete, IRC, cardiopatie, neoplasie, HIV, ect) eventuale esposizione a tossici (es monossido carbonio), eventuale abuso di analgesici, storia di cefalea catameniale, eventuale uso di contraccettivi estrogenici, elenco dei farmaci che eventualmente assume per altre patologie.

- esegue l'**esame obiettivo** con particolare riguardo all'obiettività neurologica, così da identificare uno dei 4 possibili scenari:

Scenario 1. La peggiore cefalea della vita.

Cefalea insorta improvvisamente (tipo fulmine a ciel sereno).
Segni neurologici focali e non (stato mentale alterato con confusione o disturbo di vigilanza, sintomi neurologici focali)
Vomito (a getto) o sincope all'esordio
Insorgenza sotto sforzo

Scenario 2. Cefalea associata a febbre e stato confusionale e/o rigor nuchalis

Scenario 3. Cefalea a esordio recente (giorni o settimane, comunque meno di 3 mesi)
Anamnesi remota negativa per cefalea
Cefalea progressivamente ingravescente

Scenario 4. Storia di cefalea
Attacco simile ai precedenti come intensità, durata e sintomi associati

L'obiettivo della visita in ps è discriminare tra le forme di cefalea primaria e le forme di cefalea secondaria.

Altro obiettivo è quello di valutare quali pazienti vadano trattenuti in osservazione/ricovero e quali invece reinviati al Medico di Medicina Generale (MMG) o inviati a follow up ambulatoriale presso Centro Cefalee.

8.4 CRITERI PER RICHIEDERE CONSULENZE AGGIUNTIVE:

visita ORL: cefalea con vertigini, ipoacusia, acufeni. Segni di impegno seni paranasali.

visita Oculistica: dolore oculare, cefalea periorbitaria, riduzione del visus, scotomi persistenti, sospetto di ipertensione endocranica.

visita maxillo facciale: dolore intorno a articolazione temporo-mandibolare (ATM), con irradiazione a tempia e fronte. Che peggiora con la masticazione, sbadiglio, bruxismo.

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02

**PDTA DELLA CEFALEA NON
TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO**

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 24 di 51

8.5 SCENARIO 1

- cefalea ad esordio acuto, definita come "la peggiore della sua vita"
("cefalea a colpo di fulmine")
- oppure, cefalea insorta improvvisamente
- oppure cefalea con vomito o esordita con sincope

8.5.1 Triage 1° scenario

Il paziente con cefalea e con le seguenti caratteristiche:

- esordio acuto
- accompagnata da segni neurologici
- con nausea e sincope all'esordio

1. Valutazione sulla porta
 2. Registrazione e raccolta dati mirata
 3. Rilevazione dei parametri vitali
 4. Esame fisico
 5. Posizionare il paziente sulla barella
- Assegnazione codice/colore rosso

8.5.2 Medico di PS

Il medico di PS richiede:

- Esami ematochimici di routine (emocromo, pcr, e coagulazione)
- Tac encefalo senza MDC che verrà eseguita presso Radiologia DEA e refertata da neuroradiologo di guardia presso Padiglione Lancisi
- Visita neurologica in Pronto Soccorso

Se la tac encefalo risulta negativa, il neurologo valuta indicazione a puntura lombare (PL) che esegue, eventualmente assistito da rianimatore di guardia in sala rossa.

La PL viene, se possibile, eseguita in sala emergenza 3.

Vengono prelevati in provetta dedicata (vedi procedura aziendale: allegato 14.2) campioni per conta cellule, esame chimico-fisico e microbiologico.

Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale PDTA
Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02

**PDTA DELLA CEFALEA NON
TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO**

Rev. 00 del
20/05/2019
Pag. 25 di 51

Nell'orario notturno e nei festivi il campione per esame microbiologico viene inviato al Forlanini (vedi modulo apposito allegato 14.1.B).

Se la Tac encefalo risulta positiva per evento emorragico, il Medico di PS richiede valutazione neurochirurgica e il paziente esce dal percorso.

Se la PL risulta positiva, il paziente esce dal percorso.

Se Tac encefalo e PL risultano negative, e la visita del medico di PS e del neurologo escludono cefalea secondaria, si può rimandare il paziente al MMG. Quindi, a giudizio del Neurologo, il paziente sarà inviato all'Ambulatorio delle Cefalee per un controllo a breve (entro 15 giorni); oppure, sempre a giudizio del Neurologo, il paziente potrà accedere all' Ambulatorio delle Cefalee mediante prenotazione tramite il CUP regionale.

8.5.3 Il neurologo di guardia

Il NDG visita il paziente e prende immediatamente visione della TAC cerebrale eseguita. Quindi raccoglie l'anamnesi con il paziente e/o, avvalendosi eventualmente anche dell'aiuto di parenti e/o testimoni eventualmente presenti, e procede secondo il diagramma relativo.

8.6 In caso di scenario 2

- cefalea associata a febbre e/o rigidità nucale
- cefalea associata a stato confusionale

8.6.1 Triage 2° scenario

Paziente con cefalea associata a febbre e *rigor nuchalis* e/o associata a stato confusionale

- a. Valutazione sulla porta
 - b. Registrazione e raccolta dati mirata
 - c. Posizionamento della mascherina chirurgica al paziente
 - d. Rilevazione dei parametri vitali
 - e. Esame fisico
 - f. Posizionamento del paziente sulla barella e valutazione per collocamento in isolamento
- Assegnazione codice/colore rosso



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE
LAZIO

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 26 di 51
---	---	--

8.6.2 Visita medica

In caso di febbre il medico di PS deve assicurarsi che non sia necessario isolamento preventivo del paziente, assicurare utilizzo di meccanismi di protezione (mascherina chirurgica) per il paziente e per il personale.

Il medico di PS richiede:

- Esami ematochimici di routine (emocromo, pcr, coagulazione)
- Tac encefalo senza MDC che verrà eseguita presso Radiologia DEA e refertata da Neuroradiologo di guardia presso Padiglione Lancisi
- Visita neurologica in Pronto Soccorso

Se la TAC encefalo risulta negativa per emorragia cerebrale, intraparenchimale o sub-aracnoidea, il neurologo pone indicazione a PL che esegue, eventualmente assistito da rianimatore di guardia in sala rossa.

La PL viene, se possibile, eseguita in sala emergenza 3.

Vengono prelevati in provetta dedicata (vedi procedura aziendale) campioni per conta cellule, esame chimico-fisico e microbiologico.

Nell'orario notturno e nei festivi il campione per esame microbiologico viene inviato al laboratorio di microbiologia dell'ospedale Spallanzani (vedi modulo apposito allegato n. 14.1.B Richiesta di prestazioni microbiologiche urgenti presso Spallanzani).

Se Tac encefalo e PL risultano negative, il paziente viene tenuto in osservazione fino a miglioramento clinico e successivamente reinviato a MMG.

Se tac encefalo risulta positiva per spandimento emorragico o neoformazione, il medico di PS richiede valutazione neurochirurgica il paziente esce dal percorso

Se la PL risulta positiva per conta cellule e identificazione patogeni, si richiede valutazione infettivologica telefonica per impostare terapia adeguata e il paziente esce dal percorso.

8.6.3 Visita neurologo di guardia

Il NDG visita il paziente, raccoglie l'anamnesi accurata con il paziente avvalendosi, quando possibile dell'ausilio di parenti e/o testimoni eventualmente presenti, in particolare relativamente alla modalità di esordio della cefalea, agli eventuali sintomi associati, alle eventuali patologie concomitanti o preesistenti, ed alle terapie eseguite. contestualmente prende visione della TAC cerebrale e procede secondo il diagramma relativo.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFАLEА NON TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 27 di 51
---	---	--

8.7 In caso di scenario 3

- **Cefalea esordita recentemente (giorni o settimane) in assenza di anamnesi per cefalea**
- **oppure cefalea progressivamente ingravescente**
- **oppure cefalea persistente**

8.7.1 Triage

Per il Paziente che presenta cefalea:

- esordita recentemente (giorni o settimane)
- progressivamente ingravescente
- persistente

Eeguire:

1. Valutazione sulla porta
 2. Registrazione e raccolta dati mirata
 3. Rilevazione dei parametri vitali
 4. Esame fisico
- Se si tratta di un primo episodio o di un episodio con modalità e caratteristiche diverse dai precedenti o comunque se contraddistinto da dolore severo (≥ 8), si assegna un codice/colore giallo.

8.7.2 Visita medica

Il medico richiede:

- Esami ematochimici di routine (emocromo, pcr, coagulazione)
- Tac encefalo senza MDC che verrà eseguita presso Radiologia DEA e refertata da neuroradiologo di guardia presso Padiglione Lancisi
- Visita neurologica in Pronto Soccorso

se Tac encefalo risulta positiva per spandimento emorragico o neoformazione, il medico di PS richiede valutazione neurochirurgica e il paziente esce dal percorso.

Se tac encefalo e pcr risultano nella norma, il neurologo può valutare indicazione a ulteriori accertamenti (es fondus oculi per ipertensione endocranica, RMN cerebrale per verificare eventuale trombosi seni venosi intracranici).

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFАLEА NON TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 28 di 51
---	---	--

Alla fine degli accertamenti eseguiti in PS, se questi hanno escluso una patologia urgente o che necessita di ricovero, il paziente potrà essere dimesso ed avviato presso l'ambulatorio cefalee mediante appuntamento programmato su GIPSE entro 15 giorni.

8.7.3 Visita neurologo di guardia

Il NDG raccoglie una anamnesi accurata sulle modalità di esordio della cefalea, di eventuali sintomi associati, di eventuali patologie concomitanti o preesistenti, sulle terapie eseguite. Prende visione della TAC cerebrale ed in relazione alla persistenza o meno della cefalea prescrive una terapia antalgica ed avvia il paziente c/o il Ambulatorio Cefalee.

8.8 - In caso di scenario 4

- **Attacco/crisi di cefalea simile ai precedenti per intensità, durata e sintomi associati in soggetti con anamnesi nota per cefalea**

8.8.1 Triage

Paziente con storia di cefalea nota ed attacco simile a precedenti per intensità, durata e sintomi associati.

1. Valutazione sulla porta
 2. Registrazione e raccolta dati mirata
 3. Rilevazione dei parametri vitali
 4. Esame fisico
- Assegnazione codice/colore verde

8.8.2 - Visita medica

Il medico di PS controlla e integra i parametri vitali riportati nella scheda GIPSE.

Non sono necessari tac encefalo e/o esami ematochimici.

Il medico di PS prescrive terapia analgesica/antiemcranica.

Alla risoluzione della sintomatologia, il medico di PS invia il paziente a controllo ambulatoriale presso ambulatorio cefalee (**appuntamento preso direttamente dal paziente tramite CUP**).

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 29 di 51
---	---	--

8.8.3- Visita neurologo di guardia

Il NDG raccoglie una anamnesi accurata relativamente alle caratteristiche della cefalea (durata, epoca di esordio, cambiamenti clinici, terapie eseguite, ect), ad eventuali patologie concomitanti o preesistenti, sulle terapie eseguite e procede pertanto secondo diagramma relativo.

8.9 TERAPIA DELLE CEFALIE PRIMARIA

La terapia in pronto soccorso e' sostanzialmente una **terapia sintomatica**: serve a bloccare il singolo attacco, rimuovere o alleviare dolore e sintomi associati, principalmente la nausea ed il vomito. Si rammenta che la risposta positiva (attenuazione o scomparsa del dolore) alla terapia non da' sicurezza circa l'eziologia della cefalea e che non esime dall'avviare e possibilmente completare l'iter diagnostico. I principali farmaci per il trattamento delle cefalee in PS che hanno un alto livello di evidenza, includono i **triptani**, farmaci non specifici (**Paracetamolo**) ed alcuni **FANS**. Andrebbero evitati gli oppioidi.

I FANS possono inoltre essere considerati come opzione ai triptani, in quanto efficaci sia sulle cefalee tensive sia su molte forme di emicrania. Questi, in caso di necessita', possono essere associati, nelle terapia delle forme secondarie, ovviamente dopo la terapia eziologica.

I FANS che si sono dimostrati efficaci sono:

- Paracetamolo 1000 mg per os o ev
- Fans: -asa (Flectadol) 500/1000 mg iv
 - diclofenac (Voltaren) 75mg im
 - ketoprofene (Artrosilene) 100 mg im
 - ketorolac (Toradol) 30 o 60 mg im

Hanno un basso livello di evidenza il Tramadolo, alla dose di 100 mg, il Valproato di Sodio (da 400 a 1000 mg) ed il Betametassone da 4 a 16 mg.

Relativamente al trattamento delle crisi emicraniche nelle donne in gravidanza o che allattano al seno, il trattamento più sicuro è il Paracetamolo. Relativamente all'uso degli oppioidi, che per molti anni sono stati considerati come i farmaci "sicuri" in gravidanza, una recente revisione della letteratura del 2017 ha mostrato una associazione significativa con malformazioni congenite e pertanto vanno evitati.

I TRIPTANI vanno usati nell' emicrania (diagnosi certa). Questi agiscono come agonisti dei recettori della serotonina, 5-HT_{1b} e 5-HT_{1d}, determinando una vasocostrizione sugli shunt

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 30 di 51
---	---	--

artero-venosi delle arterie cerebrali e pertanto sono sconsigliati nei pazienti con anamnesi positiva per ischemia cerebrale, emicrania, emiplegia, ipertensione arteriosa non controllata, malattie coronariche, nelle insufficienze renali ed epatiche gravi. Sono inoltre sconsigliati nelle donne in stato di gravidanza. La scelta di un triptano rispetto ad un altro deve essere effettuata in base alla rapidità d'azione ed all'efficacia. Il Sumatriptan (Imigran), capostipite della categoria, esiste alle posologie da 50-100 mg per os, molto utile in caso di nausea/vomito, nella formulazione iniettabile sottocute da 6 mg, e nella formulazione spray intranasale da 10 o 20 mg.

Altri Triptani in commercio in Italia sono: Zolmitriptan (Zomig) da 2,5 mg per os; Rizatriptan (Maxalt) 10 mg per os; Almotriptan (Almogran) 12,5 mg per os; Eletriptan (Relpax) 20-40 mg per os; Frovatriptan (Auradol) 2,5 mg per os.

Farmaci di ausilio per la nausea ed il vomito sono la Metoclopramide per via IM (Plasil)

In caso di cefalea a grappolo

- inalazione ossigeno puro (7 litri /Min per max 15 minuti con mascherina)
- oppure Imigran 6 mg fiale sc;

8.10 Indagini neuroradiologiche

8.10.1 Ruolo della TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA(TC) nella diagnosi e inquadramento clinico della cefalea primaria e secondaria . Il paziente in studio sarà sottoposto in prima istanza ad esame TC cranio -encefalico senza somministrazione di mdc iodato iv. Il tempo di esecuzione è solitamente molto breve utilizzando TC multislice di ultima generazione che richiede circa 30 secondi per la acquisizione delle immagini e dunque di esposizione del paziente alla radiazione X , con dosi molto basse intorno ai 2 milliSivert (tale dato è particolarmente significativo nel caso di pazienti in età pediatrica). Seguirà una breve fase di post-processing delle immagini con ricostruzione multi planare e 3D che richiede solitamente 5-10 min e consente di ottenere una valutazione completa di encefalo, massiccio facciale ,teca cranica ,basicranio . Le informazioni ottenute consentono di identificare le patologie responsabili di gran parte delle cefalee secondarie :

- Patologia emorragica (subdurale, epidurale, ESA, intraparenchimale, intraventricolare)
- Patologie responsabili di edema vasogenico (ischemia in fase acuta-subacuta precoce, neoplasie, intra o extrassiali, encefaliti e meningoencefaliti, traumi, trombosi. venosa)
- Patologie traumatiche del cranio con o senza componente emorragica



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFАLEА NON TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 31 di 51
---	---	--

- Condizioni di ipertensione endocranica senza componenti emorragiche o edema parenchimale, come la ipertensione liquorale, ad es, da malfunzionamento di shunt ventricolo -peritoneale o in generale da idrocefalo.
- Patologie traumatiche, neoplastiche o flogistiche (sinusopatia, otomastoidite) del cranio, basicranio e massiccio facciale.
- Patologia a carattere espansivo della regione diencefalo-ipofisaria e apoplessia pituitaria

8.10.2 Ruolo della RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM).

La RM svolge ruolo fondamentale come metodica di diagnostica di immagine di seconda istanza per l'approfondimento diagnostico nei confronti di patologie del distretto cranio-encefalico individuate o sospettate sulla base dell'esame TC senza mdc eseguito in urgenza.

Prima dell'esecuzione della RMN bisogna accertarsi che il paziente non abbia controindicazione all'esecuzione di tale mediante compilazione dell'apposito modulo aziendale (14.4)

- Tale approfondimento potrà valersi di sequenze su piani multipli dunque con ottimale risoluzione spaziale, e della ben nota elevata risoluzione di contrasto insita nella RM morfologica, anche con ausilio di somministrazione di mdc paramagnetico iv. Saranno inoltre utilizzabili le tecniche più recenti di tipo funzionale-strutturale (spettroscopia RM, perfusione RM, diffusione -mappa ADC e DTI). Tale integrazione risulta particolarmente utile nella corretta valutazione di tutta la patologia neoplastica intra e extrassiale, primitiva o secondaria, del distretto cranio-encefalico, ma anche nella patologia infettiva, flogistica non infettiva come le condizioni infiammatorie demielinizzanti, in alcune condizioni malformative -dismorfiche, e ovviamente nelle condizioni vasculogeniche come l'ischemia acuta-subacuta, ove lo studio con seq. DWI pesate in diffusione -mappa ADC consente di riconoscere la presenza di edema citotossico, non riconoscibile alla TC, sin dai primi 8 minuti dall'insorgere dell'evento ischemico cerebrale, mentre le sequenze FLAIR-T2 dip. risultano molto sensibili all'edema vasogenico anche in fase iniziale e le seq. GRET2 dip o SSET2 dip hanno elevatissima sensibilità nel riconoscimento di componenti macro o microemorragiche -
- L'utilizzo di sequenze angiografiche -RM sia di tipo arteriografico -RM che venosenografico -RM, consente infine la identificazione della patologia vascolare in sede di macrocircolo cerebrale responsabile della situazione ischemica o emorragica (occlusione vasale, dissezione, stenosi non occlusiva, patologie malformative arterovenose e aneurismatiche). Nel caso della patologia venosa, rilevante è l'utilità della RM con integrazione di sequenze DWI, GRET2 dip. e venosenografiche, nella diagnosi delle condizioni di trombosi venosa in generale e di encefalopatia reversibile posteriore, senza dimenticare che le sequenze morfologiche e di suscettibilità magnetica sono utilissime



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFАLEА NON TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 32 di 51
---	---	--

,con l'ausilio del mdc iv nel riconoscimento di malformazioni del versante capillaro-venoso come cavernomi, teleangectasie, anomalie di drenaggio venoso, angiomi venosi .

- Infine nella patologia traumatica, fondamentale e' il ruolo della RM , e in particolare delle sequenze pesate in diffusione -mappa ADC, nel riconoscimento del danno assonale, frequentemente non riconoscibile all'esame TC in assenza di una significativa componente emorragica.

8.11- RACHICENTESI

La puntura lombare (o rachicentesi) è un'indagine diagnostica molto importante, consiste nel prelevare un campione liquido cefalo-rachidiano (liquor) dallo spazio sub-aracnoideo delle meningi spinali, mediante l'introduzione di un apposito ago, e di sottoporlo ad indagini di laboratorio. La puntura lombare viene eseguita solitamente nello spazio intersomatico L3-L4 o L4-L5, ossia al di sotto del punto terminale del midollo spinale, circa a livello di L1-L2. Come punto di repere, per individuare lo spazio L3-L4, si individua una linea ideale che passa per le creste iliache posteriori. Mediante l'analisi di laboratorio del liquor si possono diagnosticare patologie infettive-infiammatorie del sistema nervoso e delle meningi, patologie disimmuni, emorragie subaracnoidee, neoplasie con infiltrazione meningea. Estremamente importante, prima dell'esecuzione della puntura lombare è escludere, mediante l'esecuzione di una TAC (e/o RMN) cerebrale, l'eventuale presenza di una patologia intracranica, occupante spazio e/o edemigena, che potrebbe comportare una condizione di ipertensione endocranica. In tal caso infatti, l'esecuzione della puntura lombare deve essere molto bene valutata, per i rischi, anche letali, che un'improvvisa abbassamento della pressione liquorale determini una erniazione dell'uncus, o un'ernia cerebrale, con compressione sul tronco encefalico .

(Schema puntura lombare: allegato 14.2)

8.11.1 - Competenze infermieristiche

MATERIALE PER RACHICENTESI

- ✓ Consenso informato per rachicentesi (allegato n. 14.2)
- ✓ Guanti monouso
- ✓ Guanti sterili
- ✓ Garze sterili
- ✓ Camici monouso
- ✓ Cuffie
- ✓ Mascherine chirurgiche

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFАLEА NON TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 33 di 51
---	---	--

- ✓ Disinfettante per la cute a base di iodio
- ✓ Telini per campo sterile
- ✓ Aghi per puntura lombare di diverso calibro
- ✓ Tre provette sterili prive di additivo con tappo removibile per la raccolta dei campioni (provette con tappo bianco)
- ✓ Contenitore per lo smaltimento dei taglienti
- ✓ Occorrente per medicazione
- ✓ Modello 10/01, Richiesta per Esame Batteriologico (allegato n.14.1)

8.11.2 - Puntura Lombare: modulistica ed invio liquor.

Si prelevano 4 provette di liquor (provetta a punta tonda, tappo bianco):

1 provetta va SEMPRE inviata al laboratorio centrale per esame chimico/fisico, con richiesta da GIPSE (dicitura "esame liquor", comprendente cloruri, proteine, glucosio) ;

2 provette :

- nei giorni feriali e nei festivi sino alle ore 14.00 vanno inviati alla Microbiologia del San Camillo compilando l'apposita modulistica aziendale (allegato 14.1), 1 per conta cellule e 1 per esame colturale;
- di notte e nei giorni festivi dalle ore 14 alle 20.00 si inviano alla microbiologia dello Spallanzani come urgenze (prestazione in convenzione per la chiusura della nostra microbiologia), previo contatto telefonico, prima di inviare i campioni, con il dirigente di guardia del laboratorio di Virologia dello Spallanzani (tel 06-55170666/3204343793) mediante compilazione del modulo per richiesta prestazioni urgenti (allegato 14.1) : 1 per conta cellule ed 1 per esame colturale

Per quanto riguarda le 4 provette:

Nel caso si sospetti una patologia neurologica infettiva, **SI DEVE SEMPRE** compilare la scheda di sorveglianza per sindrome neurologica di sospetta origine infettiva (allegato 14.1C,D ed F) compilata almeno nelle sezioni A e B. Questo permette di ottenere dalla virologia dello Spallanzani l'esecuzione del **film array** su provetta punta tonda con tappo bianco.

- Il medico deve compilare la scheda di notifica di malattia infettiva da GIPSE e la scheda di sorveglianza e portarle all'ufficio FAX del P.S., da cui saranno inviate nel più breve tempo possibile: nei giorni feriali ed il sabato sino alle ore 14.00 al SISP ASL RM3 n° 06-56485330/5367; mentre nei giorni festivi ed il sabato dalle 14.00 alla UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera-SORVEGLIANZA INFEZIONI, FAX n° 06-58704353.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFАLEА NON TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 34 di 51
---	---	--

Alla virologia dello Spallanzani si invia, insieme alla quarta provetta, la fotocopia della prima pagina della scheda di sorveglianza compilata. Nel caso in cui il paziente venga ricoverato, sarà compito del reparto di degenza la compilazione delle sezioni D-E-G dell'allegato 2 del Decreto del Commissario ad Acta e la trasmissione al SISP della ASL RM3 al fax n° 06-56485330/5367.

8.12 - VISITA OCULISTICA

Nella gestione in acuto del paziente che giunge al Pronto Soccorso con cefalea non traumatica è appunto fondamentale la distinzione tra forma primaria e forma secondaria. Al riguardo l'esame del fondo oculare rappresenta uno dei segni semeiologici importanti nella differenziazione tra queste due forme.

Nella cefalea con sintomi associati attribuibili a ipertensione liquorale, sia idiopatica che secondaria, il riscontro di **Papilledema**, cioè di edema della papilla ottica bilaterale, rappresenta uno dei segni clinici fondamentali e di aiuto per il giusto orientamento diagnostico e terapeutico.

Inoltre tra le **forme secondarie** dobbiamo considerare le patologie oculari come il glaucoma acuto, alcune forme di uveite, patologie orbitarie e importanti vizi refrattivi che possono determinare dolore acuto orbitario-periorbitario e necessitano di un veloce inquadramento diagnostico.

Sebbene le forme secondarie siano meno frequenti di quelle primarie, è fondamentale la loro individuazione precoce data la potenziale gravità. Anche nelle forme primarie si rende necessaria la visita oftalmologica, sia perché a volte i sintomi visivi precedono la cefalea, sia perché vizi di rifrazione non corretti o mal corretti possono avere un effetto 'trigger sull'emicrania'.

8.13 - VISITA NEUROCHIRURGICA

Nel percorso delle cefalee il Neurochirurgo è coinvolto solo dopo l'esecuzione e la positività di un esame neuroradiologico. Quindi fondamentalmente solo in presenza di **cefalee secondarie**. Quindi relativamente ai singoli scenari:

Scenario 1:

la TAC cerebrale potrà evidenziare varie patologie di competenza neurochirurgica:

a) **Emorragia sub-aracnoidea (ESA) spontanea**. E' una patologia il cui esordio è caratterizzato da una violenta cefalea generalmente nucale ("a colpo di pugnale") a cui si può associare un rapido decadimento delle funzioni neurologiche. In questi casi è indispensabile eseguire una Angio-TAC e/o un Angio-RMN cerebrale nella ricerca di una malformazione vascolare causa del sanguinamento (Aneurismi e/o malformazioni artero-venose - MAV). L'esame diagnostico di elezione è comunque l'Angiografia cerebrale che, in relazione alle condizioni del paziente, potrà essere eseguita in urgenza o concordata con il servizio di Neuroradiologia.

b) **Emorragia intraparenchimale in sede atipica**. Si tratta di raccolte ematiche del parenchima cerebrale in sede diverse da quelle situate nei nuclei della base. Queste potranno essere di dimensioni variabili e presentarsi con deficit focali associati o meno a



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFАLEА NON TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 35 di 51
---	---	--

decadimento dello stato di coscienza. Anche in questo caso è fondamentale l'integrazione da una Angio-TAC del cranio per escludere MAV. In caso di negatività dell'esame, sulla base dimensioni dell'emorragia, della sede e dello stato clinico del paziente il neurochirurgo valuterà l'eventuale indicazione chirurgica o l'approfondimento con ulteriori esami (RMN encefalo o angiografia).

- c) **Emorragia intraparenchimale in sede tipica.** Si tratta di una emorragia dei nuclei della base correlata spesso a rialzo pressorio. Si tratta di sanguinamenti profondi che più spesso non richiedono un intervento neurochirurgico, a meno che non siano di dimensioni considerevoli tale da determinare una ipertensione endocranica o presentino una componente ventricolare importante tale da giustificare una valutazione neurochirurgica.

Scenario 2 (cefalea e febbre o cefalea e stato confusionale)

Il neurochirurgo viene coinvolto in caso di positività alla TAC cranio. Se la cefalea non ha un esordio acuto è meno probabile che si tratti di una evento emorragico. Quindi se si escludono fatti emorragici, si possono riscontrare differenti patologie quali: edema cerebrale, idrocefalo di ndd, lesioni occupanti spazio di varia natura, per cui è quasi sempre è necessaria l'integrazione diagnostica con una RMN cerebrale con mdc per chiarirne l'eziologia. Quindi in relazione ai risultati della TAC cerebrale ed allo stato neurologico del paziente, nonché sulla base del sospetto diagnostico e del possibile trattamento neurochirurgico si valuterà l'urgenza di esecuzione dell'esame.

La presenza di un idrocefalo iperteso potrebbe rappresentare un quadro urgente in quanto a rischi di rapido peggioramento dello stato neurologico.

Un idrocefalo di ndd in un paziente adulto necessita di un completamento con una RMN cerebrale con mdc, se il quadro clinico lo consente. Vanno esclusi tutti gli idrocefali "cronici" o sospetti normotesi, nonché gli idrocefali congeniti stabilizzati.

SCENARIO 3 (cefalea di recente insorgenza)

Spesso le cefalee di recente insorgenza (alcune settimane) sono collegate a lesioni che determinano un effetto massa sull'encefalo una iniziale sindrome di ipertensione endocranica. Possono essere associate o meno a deficit neurologici focali. Nella popolazione anziana le cefalee di recente insorgenza possono essere associate ad ematomi sottodurali cronici, cioè a raccolte ematiche extracerebrali di vecchia data che per azione osmotica richiamano liquidi ed aumentano progressivamente di dimensioni causando compressione sul parenchima encefalico. Spesso nell'anamnesi patologica prossima viene riferito un trauma cranico di varia entità. In questi casi l'esame di scelta è la TAC cerebrale che consentirà al neurochirurgo di valutare l'entità e le dimensioni dell'ematoma, la presenza o meno di shift e quindi indirizzare il paziente verso il trattamento chirurgico o conservativo. Se invece la TAC dovesse riscontrare una lesione espansiva è indispensabile l'integrazione con una RMN cerebrale con mdc per meglio definire la sede, l'estensione della neoformazione nonché una diagnosi presuntiva di natura. Quindi in relazione a tali riscontri (p.e. sospette metastasi cerebrali) ed all'anamnesi si procederà con ulteriori esami (TAC T/B). Inoltre nel caso in cui la TAC dimostri, in relazione al processo occupante spazio, un considerevole spostamento della



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFАEA NON TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 36 di 51
---	---	--

falce cerebrale con peggioramento dello stato di coscienza e/o alla comparsa di deficit neurologici, dovrà essere eseguita in urgenza una RMN cerebrale.

8.14 – VISITA INFETTIVOLOGICA

In caso di positività per infezioni della puntura lombare. Il paziente esce da questo PDТА.

8.15 – RICOVERO

Scenario 1, 3 e 4 : i pazienti con persistenza di cefalea resistente a terapia, rivalutati dal neurologo di guardia, vengono ricoverati presso il reparto di neurologia.

Scenario 2 : i pazienti con persistenza di stato confusionale rivalutati dal neurologo di guardia, vengono ricoverati presso il reparto di neurologia o di medicina.

Per i pazienti ricoverati presso il reparto di Neurologia viene compilato il "foglio di accesso" ved allegato 14.5 Foglio di accesso in reparto

8.16 – AMBULATORIO E FOLLOW UP

Scenario 1,3, e 4: i pazienti con regressione anche parziale di cefalea dopo terapia, vengono dimessi ed inviati all'ambulatorio delle cefalee con visita prenotata entro 15 giorni

Scenario 2 : i pazienti con persistenza di stato confusionale vengono dimessi ed inviati all'ambulatorio dei "disturbi cognitivo comportamentali" con visita prenotata entro 15 giorni.

Tabella 3. Descrizione sintetica del follow-up e relative tempistiche

PROCEDURA	DOVE VIENE SVOLTA	PERIODICITA'
FOLLOW UP	Ambulatorio delle cefalee Lancisi Piano terra Impegnativa del medico curante o del medico di PS Telefono 065870.3066	Entro 15 giorni dalla visita in pronto soccorso Visite successive secondo valutazione clinica
AMBULATORIO TERRITORIALE	Ambulatorio disturbi cognitivo comportamentali Lancisi Piano terra Impegnativa del medico curante o del medico di PS Telefono 065870.3066	Entro 15 giorni dalla visita in pronto soccorso Visite successive secondo valutazione clinica
ACCERTAENTI PROGRAMMATI CODICE 5	Nei servizi indicati nella lettera di dimissione	Entro un mese dalla dimissione protetta

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFALЕA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 37 di 51
---	--	--

9. SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI

I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere il PDТА, rispettano le indicazioni della legislazione e normativa vigente nazionale e regionale senza scostamenti od eccezioni. Gli unici limiti che possono essere immaginati nella corretta applicazione del PDТА sono limiti strutturali (es. mancato acquisto e disponibilità di presidi) o di carenza di personale dedicato o temporanea mancanza di posto letto. Non sono viceversa ipotizzabili limiti organizzativi visto che non vi sono contrasti tra i professionisti che devono concorrere al perfetto funzionamento del PDТА.

10. VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDТА

INDICATORE	VALORE STANDARD	RESPONSABILE
Documentazione correttamente distribuita	100%	Coordinatore Infermieristico
Disponibilità della documentazione nei luoghi ove la documentazione stessa deve essere applicata.	100%	Coordinatore PDТА
Numero di eventi formativi effettuati dal team.	1	Coordinatore PDТА
Numero di riospedalizzazioni a 30 GG	< 5%	Responsabili UOC Neurologia
Secondo accesso al Pronto soccorso dopo presa in carico dell'Ambulatorio cefalee	< 10%	Responsabile ambulatorio cefalee
Mortalità intraospedaliera cefalea primaria	0 %	Responsabili UOC Neurologia
Indicatori di processo correlati al paziente Registrazione in cartella di: <ul style="list-style-type: none"> • Segni e sintomi /parametri vitali/dati di laboratorio. • Misura quantitativa della Terapia. • Compilazione del "foglio accesso in reparto" (allegato 14.5) 	95%	Responsabili UOC Reparti degenza
Aumento della accuratezza nella diagnosi di dimissione da Pronto Soccorso secondo classificazione del PDТА	80%	Medici di Pronto Soccorso
Pazienti seguiti presso l'ambulatorio cefalee in follow up post ricovero	80%	Responsabile Ambulatorio cefalee
Pazienti visitati in ambulatorio cefalee post dimissione da pronto soccorso	80%	Responsabile Ambulatorio cefalee

Almeno una volta all'anno il Gruppo di lavoro che ha redatto il PDТА si riunisce e valuta gli indicatori proposti con possibilità di proporre di nuovi.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFАLEА NON TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 38 di 51
---	---	--

11. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE

Il PDТА deve essere disponibile in forma cartacea nei reparti di degenza , negli ambulatori e presso la Direzione Sanitaria .
In forma di Volantino presso il CUP , gli ambulatori , distribuito nei Poliambulatori che interessano i potenziali pazienti coinvolti nel Percorso.
In formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Risk Management e nella sezione dei Dipartimenti coinvolti.

12. REVISIONE E AGGIORNAMENTO

Il presente PDТА sar  oggetto di revisione periodica e verr  aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- 1) Pini LA et all. Trattato Italiano delle Cefalee. Centro Scientifico Editore, 2010.
- 2) La Neurologia dell'emergenza-Urgenza. Algoritmi decisionali. A cura dell'Associazione Neurologia Emergenza Urgenza (ANEU); Il Pensiero Scientifico Editore, 2° ed. 2017.
- 3) Sarchielli P. et all. Italian guidelines for primary headaches: 2012 revised version. J Headache Pain 2012; 13 (suppl 2): S31-70.
- 4) Torelli P. et all. Management of primary headaches in adult Emergency Departments: a literature review, the Parma ED experience and a therapy flow chart proposal. Neurol Sci 2010; 31:545-53.
- 5) Orr SL et all. Canadian Headache society systematic review and recommendations on the treatment of migraine pain in emergency setting. Cephalgia 2015; 35(3):271-83.
- 6) Lind JN, Interrante JD, Ailes EC, et al. Maternal use of opioids during pregnancy and congenital malformations: a systematic review. Pediatrics 2017;139(6):e20164131. doi:10.1542/peds.2016-4131.



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFАLEА NON TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 39 di 51
---	--	--

14. ALLEGATI**14.1 PROTOCOLLO GESTIONE DELLA SINDROME NEUROLOGICA ACUTA A SOSPETTA EZIOLOGIA INFETTIVA IN PRONTO SOCCORSO****14.1.A** Modulistica aziendale per Microbiologia**14.1.B** Richiesta di prestazioni microbiologiche urgenti presso Spallanzani**14.1.C-D-F** scheda sorveglianza per sindrome neurologica di sospetta origine infettiva**14.1.E** Consenso Informato Lazzaro Spallanzani**14.2 SCHEMA RACHICENTESI****14.3 CONSENSO INFORMATO RACHICENTESI****14.4 CONSENSO INFORMATO PER RMN****14.5 Foglio di accesso in reparto**

Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale PDTA
Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02

**PDTA DELLA CEFALEA NON
TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO**

Rev. 00 del
20/05/2019
Pag. 40 di 51

**14.1 PROTOCOLLO GESTIONE DELLA SINDROME NEUROLOGICA ACUTA A SOSPETTA
EZIOLOGIA INFETTIVA IN PRONTO SOCCORSO:**

PUNTURA LOMBARE, MODULISTICA E INVIO LIQUOR

Preparazione per esecuzione del prelievo liquorale: preparare tavolo servitore, guanti sterili e non, telino sterile, garze sterili, disinfettante, anestetico locale, aghi per rachicentesi, 4 provette punta tonda tappo bianco, buste contenitori, medicazione.

Si prelevano **4 provette liquor** (provette punta tonda tappo bianco):

1 provetta va SEMPRE al laboratorio centrale per esame chimico-fisico del liquor, con richiesta da GIPSE (dicitura esame liquor: comprendente cloruri, proteine, glucosio)

2 provette:

- nei feriali diurni, e nei festivi fino alle 14:00

si mandano alla nostra microbiologia compilando apposita modulistica aziendale (**allegato 14.1.A**)

1) per conta cellule

1) per esame colturale

- di notte e nei festivi dalle 14:00 alle 20:00

si inviano alla microbiologia dello Spallanzani come urgenze, in convenzione per la chiusura della nostra microbiologia), previo contatto telefonico con dirigente di guardia del **laboratorio di Virologia dello Spallanzani**, prima di inviare i campioni allo 06-55170666/3204343793,

mediante compilazione del modulo richiesta prestazioni urgenti (**allegato 14.1.B**)

1) per conta cellule

1) per esame colturale

Per quanto riguarda le 4 provette:

Nel caso si sospetti patologia neurologica di origine infettiva, SI DEVE SEMPRE compilare scheda sorveglianza per sindrome neurologica di sospetta origine infettiva (allegato 2 v3.2 al Decreto del Commissari ad Acta) (**allegato 14.1 C-D-E**) comprensivo del consenso informato firmato dal paziente (**allegato 14.1.E**).

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 41 di 51
---	---	--

Questo permette di ottenere dalla virologia dello Spallanzani l'esecuzione del **film array** su provetta punta tonda con tappo bianco (gratuito in caso di compilazione scheda sorveglianza).

Il Medico deve compilare scheda notifica malattia infettiva da GIPSE e la scheda di sorveglianza e portarle a ufficio fax del pronto soccorso, dove saranno inviate nel piu' breve tempo possibile:

nei giorni feriali e il sabato fino alle 14:00 : al SISP ASL RM3 fax 06-56485330/5367

nei giorni festivi e il sabato dalle 14:00 alla UOSD igiene e tecnica ospedaliera-SORVEGLIANZA infezioni fax 06-58704353

La ricevuta del fax verrà attestata secondo le modalità già in essere.

Alla Virologia Spallanzani si invia, insieme alla quarta provetta, la fotocopia della prima pagina della scheda sorveglianza compilata e il consenso informato del paziente.

Nel caso in cui il paziente venga ricoverato, sarà carico del reparto di degenza il completamento della compilazione dell'allegato 2 del Decreto del Commissario ad Acta e la trasmissione al SISP della ASL RM 3 al fax 06-56485330/5367



Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02

**PDTA DELLA CEFALEA NON
TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO**

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 42 di 51

Allegato 14.1.A Modulistica aziendale per Microbiologia

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI
 U. O. C. MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
 Direttore **L.L. Dottassa Gabriella Parisi**
 Tel. 06-58703707 - 6041 - 5492 Fax: 06-58705442

MD 19/01 Rev. 02 OTTOBRE 2017
 Richiesta per Esame Batteriologico

Data _____ Ora Prelievo _____ Reparto _____ Cod _____ Tel _____
 Centro di stato _____ RAD _____ Data Ricovero _____
 Cognome _____ Nome _____
 Data di Nascita _____ Sesso _____ M: F: _____
 Luogo _____

DIAGNOSI ALL'INGRESSO
INFORMAZIONI CLINICHE:
 1) Temperatura °C _____ 2) Sepsì _____ 3) Immunodepressione _____
TERAPIA ANTIBIOTICA (specificare il nome dell'antibiotico): _____
 in atto sospeso da gg _____

CAMPIONI PER CONTROLLO DI:

CAMPIONI BIOLOGICI			MICET	AEROB	ANAEROB
<input type="checkbox"/> SOSPETTA INFEZIONE	<input type="checkbox"/> PREGRESSA INFEZIONE	<input type="checkbox"/> DOPO PROCEDURA INVASIVA:			
<input type="checkbox"/> URINA: <input type="checkbox"/> Inito intermedio <input type="checkbox"/> sacchetto <input type="checkbox"/> catetere			1	1	1
<input type="checkbox"/> Tampone Vaginale <input type="checkbox"/> T. Cervicale <input type="checkbox"/> T. Uretrale					
<input type="checkbox"/> Secrezione Prostatica (dopo massaggio) <input type="checkbox"/> Liquido Scendiale					
<input type="checkbox"/> Espettorato <input type="checkbox"/> BKDir <input type="checkbox"/> BKCO <input type="checkbox"/> BK GeneXpert					
<input type="checkbox"/> BAL (Aspirato broncoalveolare) <input type="checkbox"/> BKDir <input type="checkbox"/> BKCO <input type="checkbox"/> BK GeneXpert					
<input type="checkbox"/> DAS (Aspirato tracheale) <input type="checkbox"/> BKDir <input type="checkbox"/> BKCO <input type="checkbox"/> BK GeneXpert					
<input type="checkbox"/> Bronchiocentrifugato <input type="checkbox"/> BK GeneXpert					
<input type="checkbox"/> Catetere <input type="checkbox"/> Venoso <input type="checkbox"/> Arterioso <input type="checkbox"/> Punta <input type="checkbox"/> Periferico					
<input type="checkbox"/> Catetere Ombelicale					
<input type="checkbox"/> Protesi (specificare tipo):					
<input type="checkbox"/> Lesioni Cuti (specificare sede):					
<input type="checkbox"/> Tampone Faringeo					
<input type="checkbox"/> Tampone Nasale: <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX					
<input type="checkbox"/> Feci distriche <input type="checkbox"/> CD Antigene <input type="checkbox"/> CD Toxina <input type="checkbox"/> CD GeneXpert					
<input type="checkbox"/> Feci: <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Camp <input type="checkbox"/> Sbi <input type="checkbox"/> E.coli(O157) <input type="checkbox"/> E.coli(BI/EC) <input type="checkbox"/> Yers <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> HPSA <input type="checkbox"/> Rotav <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> GFF <input type="checkbox"/> PSTF					
<input type="checkbox"/> Liquor: <input type="checkbox"/> Spinali <input type="checkbox"/> Ventricolare <input type="checkbox"/> Derivazione					
<input type="checkbox"/> Materiale Biopico (specificare sede):					
<input type="checkbox"/> Pac (specificare sede):					
<input type="checkbox"/> Pistola (specificare sede): <input type="checkbox"/> Secrezione <input type="checkbox"/> Tampone					
<input type="checkbox"/> Liquido <input type="checkbox"/> Asclitico <input type="checkbox"/> Bilirico <input type="checkbox"/> Pericardico <input type="checkbox"/> Pleurico <input type="checkbox"/> Sinoviale <input type="checkbox"/> Drenaggio (sede):					
<input type="checkbox"/> T. Articolare: <input type="checkbox"/> Cond. Uditivo <input type="checkbox"/> Pad. Auric. <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX					
<input type="checkbox"/> T. Congiuntivale: <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX					
<input type="checkbox"/> T. Uterina (specificare sede e tipo):					
<input type="checkbox"/> T. Uterina (specificare sede):					
<input type="checkbox"/> Sangue (emocultura): 1° <input type="checkbox"/> Vena <input type="checkbox"/> Arteria <input type="checkbox"/> CIC Ora Prelievo:					
<input type="checkbox"/> Sangue (emocultura): 2° <input type="checkbox"/> Vena <input type="checkbox"/> Arteria <input type="checkbox"/> CIC Ora Prelievo:					
<input type="checkbox"/> Sangue (emocultura): 3° <input type="checkbox"/> Vena <input type="checkbox"/> Arteria <input type="checkbox"/> CIC Ora Prelievo:					
<input type="checkbox"/> ALTRI CAMPIONI (specificare):					
COLTURA DI SORVEGLIANZA:					
<input type="checkbox"/> T. Rettale (KMDR) <input type="checkbox"/> T. Nasale (MRSA) <input type="checkbox"/> Candida score (specificare sede):					

Timbro e firma medico



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 43 di 51
---	---	--

ALLEGATO 14.1.B**RICHIESTA DI PRESTAZIONI MICROBIOLOGICHE
URGENTI**

DA	RICHIEDENTE: _____ RAGIONE SOCIALE (SE DIVERSA DAL RICHIEDENTE): _____ INDIRIZZO: _____ PARTITA IVA: _____
A	ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE "LAZZARO SPALLANZANI" – "I.R.C.C.S."

Identificazione del Paziente:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____

Reparto di provenienza _____

Campione inviato:

- Liquor
 Sangue intero
 Striscio di sangue
 Goccia spessa
 Urine

Tipo di prestazione	Pannello di esami inclusi nella prestazione (contrassegnare le voci di interesse)
<i>esame standard liquor</i>	<input type="checkbox"/> Esame chimico fisico del liquor (proteine, glucosio e cloruri) <input type="checkbox"/> Esame morfologico del sedimento del liquor e conta cellule <input type="checkbox"/> Esame colturale del liquor <input type="checkbox"/> Ricerca di antigeni batterici su liquor <input type="checkbox"/> Altro.....
<i>ricerca del parassita malarico</i>	<input type="checkbox"/> Ricerca del parassita malarico mediante test rapido + Ricerca del parassita malarico su striscio e goccia spessa
<i>altre prestazioni</i>	<input type="checkbox"/> Ricerca di antigene criptococcico su liquor <input type="checkbox"/> Ricerca di antigene urinario di legionella mediante test rapido <input type="checkbox"/> Ricerca di antigene urinario di pneumococco mediante test rapido

IL MEDICO RICHIEDENTE

(Nome in stampatello e firma)

DATA _____

Recapito per eventuali comunicazioni:



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIOPercorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02

**PDTA DELLA CEFALEA NON
TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO**Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 44 di 51

Allegato 14.1 C

ALLEGATO 2 v3.2

Scheda di sorveglianza delle sindromi neurologiche di sospetta origine infettiva

 Primo invio Aggiornamento del (gg/mm/aaaa) ID

Caso di

Criterio diagnostico Clinico Sierologico Colturale
 Esame diretto Esame molecolare Antigeni solubili**SEZIONE A - DATI RELATIVI AL COMPILATORE***(A cura del medico di PS/DEA o del medico che pone il sospetto diagnostico)*

Data compilazione (gg/mm/aaaa)

Medico compilatore Telefono

Ospedale Reparto

Comune Provincia

N. fax per la restituzione del referto (indicare il numero per intero)

SEZIONE B - DATI RELATIVI AL PAZIENTE*(A cura del medico di PS/DEA o del medico che pone il sospetto diagnostico)*

Cognome Nome

Sesso M F Data di nascita (gg/mm/aaaa)

Nazione di nascita Se estera, anno di arrivo in Italia

Residenza / / / ASL

Codice fiscale / STP / ENI

Domicilio (se diverso dalla residenza) / / / ASL

Telefono Professione

Fattori di rischio preesistenti, condizioni rilevanti:

- Diabete mellito Insufficienza renale cronica/dialisi
 Asplenia anatomica/funzionale Malattie polmonari croniche
 Immunodeficienza Terapie immunosoppressive
 Leucemie/linfomi Altre neoplasie, spec.
 Altro, specificare

 Gravidanza (data u. m. (gg/mm/aaaa)

Data inizio sintomi (gg/mm/aaaa)

Glasgow Coma Scale Medical Early Warning Score (MEWS)

PaO2 mmHg PaO2/FIO2

Tempo trascorso dall'arrivo in PS/DEA e inizio della terapia antibiotica: h min

Se trasferito, specificare: Ospedale Reparto

SEZIONE H - PARTECIPAZIONE A FILM-E*(A cura del medico di PS/DEA o del medico che esegue la radiocentesi)*

Il paziente ha firmato il consenso informato per la partecipazione allo studio:

 Sì, in data No, specificare la motivazione

Medico compilatore Telefono

Data compilazione (gg/mm/aaaa)

NOTE



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 45 di 51
---	--	--

Allegato 14.1 D

ALLEGATO 2 v3.2

Scheda di sorveglianza delle sindromi neurologiche di sospetta origine infettiva

SEZIONE D - DATI CLINICI ED ESAMI
 (A cura del medico responsabile del reparto di ricovero)

Cognome _____ Nome _____

 Sesso M F Data di nascita (gg/mm/aaaa) _____

Codice fiscale / STP / ENI _____

1. DATI CLINICI

Ricovero:

 1. _____ / _____ / _____
 2. _____ / _____ / _____
 3. _____ / _____ / _____

Ospedale _____ Reparto _____ Dal _____ Al _____

Segni e sintomi

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Febbre | <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Artralgie/Mialgie | <input type="checkbox"/> Rash | <input type="checkbox"/> Fotofobia | <input type="checkbox"/> Irritabilità |
| <input type="checkbox"/> Allucinazioni/Delirio | <input type="checkbox"/> Convulsioni | <input type="checkbox"/> Stato confusionale/Agitazione psicomotoria | |
| <input type="checkbox"/> Sopor/Letargia | <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Rigor nucales | |
| <input type="checkbox"/> Altri segni meningei, specificare _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Paresi/paralisi, specificare _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Altri segni neurologici focali, specificare _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____ | | | |

 Il caso era vaccinato per l'agente in causa?¹ Sì No Non noto

Se sì, n. dosi: _____ Data ultima dose (gg/mm/aaaa) _____

2. ESAMI DI LABORATORIO

Esame del Liquor Data (gg/mm/aaaa) _____

Chimico fisico	Aspetto: <input type="checkbox"/> Limpido <input type="checkbox"/> Torbido <input type="checkbox"/> Ematico <input type="checkbox"/> Opalescente
	Leucociti/mm ³ _____ (Neutrofili _____ Linfociti% _____) Proteine: mg/dL _____ Glucosio: mg/dL _____
Batterio scopico	<input type="checkbox"/> Positivo, spec. _____ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> NE
Culturale	Aerobi <input type="checkbox"/> Positivo, spec. _____ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> NE
	Anaerobi <input type="checkbox"/> Positivo, spec. _____ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> NE
	Miceti <input type="checkbox"/> Positivo, spec. _____ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> NE
Molecolare	Multiplex <input type="checkbox"/> Positivo, spec. _____ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dubbio
	PCR <input type="checkbox"/> Positivo, spec. _____ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dubbio
	PCR <input type="checkbox"/> Positivo, spec. _____ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dubbio
	PCR <input type="checkbox"/> Positivo, spec. _____ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dubbio

¹ Indicare sì anche per eventuali trattamenti di chemioprophassi effettuati (e.g. immunoglobuline)

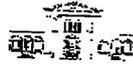


Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale PDTA
Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02

**PDТА DELLA CEFALЕА NON
TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO**

Rev. 00 del
20/05/2019
Pag. 46 di 51

14.1.E CONSENSO INFORMATO LAZZARO SPALLANZANI



*Istituto Nazionale per le Malattie Infettive
"Lazzaro Spallanzani" I.R.C.C.S., Roma*

"Costruzione di una filiera diagnostica e bioinformatica per l'identificazione e classificazione eziologica delle meningi-encefaliti nel Lazio attraverso sequenziamento ad alta processività dei genomi virali". Acronimo: FIM-E. v. 2 del 12/12/2018.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto _____

Sono un adulto

Sono un genitore/affidatario di un minore

Sono un familiare di persona temporaneamente capace di esprimere il consenso

Ho compreso il contenuto della scheda informativa, ho compreso gli obiettivi dello studio FIM-E e ho avuto la possibilità di discutere eventuali dubbi.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Accordo di partecipare allo studio "FIM-E".	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Accordo all'utilizzo a scopo di ricerca dei miei dati personali, diagnostico/clinici e di approfondimento. Sono informato che nell'ambito dello studio non saranno analizzati i miei dati genetici.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Accordo all'utilizzo dei campioni biologici raccolti per le finalità di ricerca dello studio.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sono consapevole che l'adesione allo studio è volontaria e che può essere ritirata in qualunque momento senza alcuna penalità o perdita dei benefici cui ho diritto.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Accordo alla possibilità che i miei campioni e le relative informazioni possano essere conservati per attività di ricerca future sulla patologia da cui sono affetto/o su patologie correlate, solo se il futuro progetto sarà approvato dal Comitato Etico competente, senza bisogno di un mio ulteriore consenso.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Accordo ad essere sottoposto ad una intervista da parte del personale sanitario se dovessero essere necessarie informazioni aggiuntive non reperibili dai dati registrati.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desidero essere informato se dalle analisi sperimentali dovesse emergere la presenza di agenti infettivi non rilevati dai test richiesti dal medico e da me effettuati.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nel caso la risposta al punto precedente sia Sì, desidero che l'informazione venga fornita direttamente a me o ad un familiare o al Medico curante (specificare indicando il recapito): _____ _____		
Firma _____ Data _____		

Percorso Diagnostico
 Terapeutico Assistenziale PDTA
 Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02

**PDТА DELLA CEFАLEА NON
 TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO**

Rev. 00 del
 20/05/2019
 Pag. 47 di 51

14.2 SCHEMA RACHICENTESI

Allegato n° (puntura lombare)

INDAGINI NEUROLOGICHE / 365

Livello della cresta iliaca

Spazio L3-4

Posizione in decubito laterale per la rachicentesi

Nella grande maggioranza dei casi la puntura lombare viene eseguita in decubito laterale nello spazio intersomatico compreso tra L3 ed L4 che si individua tracciando una linea immaginaria passante per le creste iliache posteriori. Vengono riportate sinteticamente le indicazioni e controindicazioni all'esecuzione della puntura lombare diagnostica.

INDICAZIONI:

- diagnosi di meningite e altre patologie infiammatorie del SNC
- patologie neurologiche disimmuni
- emorragia subaracnoidea
- meningopatie neoplastiche o paraneoplastiche
- sospette anomalie della pressione intracranica

CONTROINDICAZIONI:

- condizioni che causano ipertensione endocranica quali: sospetta massa intracranica (tumori, ematomi) soprattutto se localizzati in fossa cranica posteriore
- sospetta massa midollare
- coagulopatie: trombocitopenia, assunzione di TAO o NAO
- infezione locale



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02	PDТА DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 48 di 51
---	---	--

14.3 CONSENSO INFORMATO RACHICENTESI

Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlani

DR. Neurologia

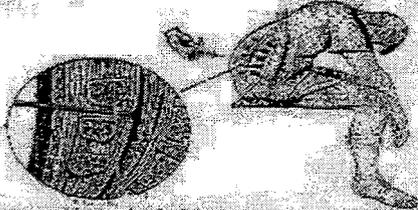


CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE DELLA RACHICENTESI DIAGNOSTICA

INDICAZIONI:

La puntura lombare rappresenta un accertamento diagnostico utile e spesso indispensabile per la diagnosi corretta di alcune malattie che colpiscono il Sistema Nervoso.

La puntura lombare consiste in un prelievo di liquor cerebrospinale (liquido che circola all'interno delle cavità cerebrali), attraverso una puntura percutanea, effettuata mediante un ago sottile, che consente di penetrare all'interno del canale vertebrale (canale contenuto nella colonna vertebrale), in sede lombare.



L'analisi del liquor cerebrospinale è indicato per la diagnosi di:

- o Infezioni del Sistema Nervoso Centrale (meningiti, encefaliti) e Periferico (poliradiculonevriti)
- o Emorragie cerebrali negli spazi meningei
- o Vasculiti del Sistema Nervoso Centrale
- o Malattie demielinizzanti
- o Poliradiculoneuropatie

Tale analisi può essere inoltre utile in altre malattie o condizioni patologiche (ricerca di cellule neoplastiche, introduzione di farmaci, monitoraggio della pressione del liquor, ecc.).

CONTROINDICAZIONI:

- o Infezioni della cute nella sede del prelievo
- o Difetti della coagulazione (eritulia, trombocitopenia, terapia anti-coagulante ed anti-aggregante)
- o Sindrome da ipertensione endocranica persistente



Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale PDTA
Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02

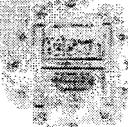
**PDTA DELLA CEFALEA NON
TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO**

Rev. 00 del
20/05/2019
Pag. 49 di 51

Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlani



U.O. Neurologia



COMPLICAZIONI POSSIBILI DELLA PUNTA LOMBARE

- a) Dolore locale
- b) Sintomi neurologici (dolore) riferibili irradiati agli arti inferiori
- c) Deficit di forza localizzato ad un distretto muscolare
- d) Cefalea
- e) L'ipodinia
- f) Reazioni meningee

Complicanze rare sono rappresentate da ematomi intracraniali e trombosi venose cerebrali

La cefalea post-lombare:

- * deriva da una ridotta pressione del liquor, dopo aspirazione della quantità prelevata
- * è frequente (occorre nel 25% dei pazienti)
- * solitamente dura 2-8 giorni
- * si può associare a dolori al collo e/o alla schiena, nausea, vomito, sudore
- * è accentuata dalla posizione eretta, tosse, starnuti
- * è attenuata dal riposo in posizione supina

A volte la cefalea diviene prelungata per lo stabilizzarsi di una sindrome da ipertensione liquorale

Il paziente che viene sottoposto a puntura lombare:

- * rimarrà in digiuno precauzionale per 6-8 ore
- * osserverà un periodo di riposo a letto, in posizione orizzontale, seguito da una cauta mobilizzazione
- * sarà adeguatamente idratato
- * si gioverà di semplici analgesici, al bisogno.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto _____ dichiara di aver compreso la necessità della effettuazione dell'esame diagnostico in questione, di accettarne i rischi e le eventuali complicazioni e di autorizzare l'esecuzione da parte dei Medici della Neurologia.

Firma del medico che rileva il consenso:

Firma del paziente o di chi ne fa le veci

Roma,



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/02	PDTA DELLA CEFALEA NON TRAUMATICA IN PRONTO SOCCORSO	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 50 di 51
---	--	--

14.4 CONSENSO INFORMATO PER RM

Consenso Informato RM

Gentile signora/e prima di sottoporsi all'esame di Risonanza Magnetica La invitiamo a leggere attentamente le seguenti note che La aiuteranno ad eseguire con maggiore severità e sicurezza questa indagine.

L'esame di Risonanza Magnetica utilizza un campo magnetico intenso ed onde elettromagnetiche a radiofrequenza. L'elevata intensità del campo magnetico esercita, come una potente calamita, attrazione su materiali ferromagnetici di cui Lei può essere portatore (come ad esempio schegge metalliche, punti di sutura, dispositivi sanitari, etc.), con conseguente possibilità di effetti indesiderati. L'attenta compilazione del questionario che ha ricevuto, garantisce la prevenzione di tali possibili evenienze.

E' prudente escludere dall'indagine le gestanti, in particolare nel primo trimestre di gravidanza, anche se non sono stati mostrati effetti nocivi.

L'esame dura circa 30 minuti: durante tale periodo, sarà udibile un rumore ritmico proprio dell'apparecchiatura. Per rendere l'esame efficace e breve il paziente deve rimanere tranquillo ed immobile sul lettino. Gli operatori osserveranno in continuazione il paziente, comunicando attraverso l'interfono per fornire istruzioni necessarie e rispondere ad eventuali chiamate.

L'esame può richiedere la somministrazione in vena di mezzo di contrasto che, in rari casi, come ogni farmaco, può dare reazioni imprevedibili.

La presenza di tatuaggi con pigmenti metallici provoca irritazioni cutanee.

Prima di entrare nella sezione di Risonanza Magnetica occorre rimuovere lenti a contatto, apparecchi per udito, dentiere, corone temporanee mobili, cinta sanitaria, fermagli per capelli, cosmetici, occhiali, orecchini, orologi.

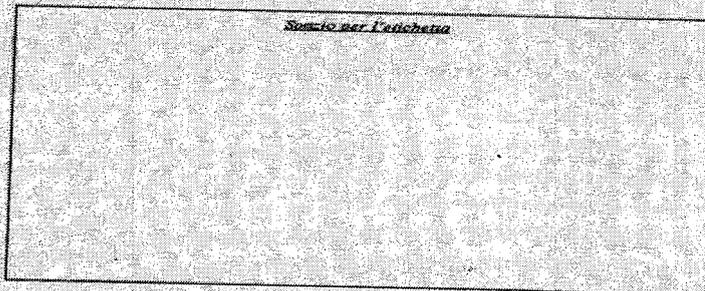
Se portatore di dispositivi interni, produrre certificazione di compatibilità con l'esame di Risonanza Magnetica.

La firma del paziente attesta il suo consenso libero ed informato all'esecuzione dell'esame.

Data,.....

Firma del paziente

Firma del medico



Per effettuare l'esame di RM con mdc è necessario :

- 1) Eseguire esame di laboratorio : CREATININEMIA
- 2) Mantenere digiuno per almeno quattro ore
- 3) Per esame RM del cuore evitare caffè e the



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE
LAZIO

Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale PDTA
Cod. Doc.: 901/PDТА/19/02

**PDТА DELLA CEFАLEА NON
TRAUMАTICA IN PRONTO SOCCORSO**

Rev. 00 del
20/05/2019
Pag. 51 di 51

14.5 Foglio di accesso in reparto

AZIENDA OSPEDALIERA S. CAMILLO-FORLANINI
UOC NEUROLOGIA E NEUROFISIOPATOLOGIA
DIARIO CLINICO INGRESSO IN REPARTO

COGNOME E NOME _____ ETÀ _____

DATA _____ LETTO _____

PARAMETRI	orario	8	10	12	16	18	20	22	24	2	4	6
Pressione arteriosa												
Temperatura												
Frequenza cardiaca												
Chloresim												
SO2												
O2 terapia												
Diuresi												
HGT	H		H		H		H		H		H	
VES=					INR=							

MOTIVO del
RICOVERO : _____

PAATOLOGIE in ANAMNESI:

TERAPIA domiciliare :

ESAMI eseguiti:

EXX:

ESAMI RICHIESTI : TAC - RMN - Angio-RMN - Angiografia - EEG - EMG - Ecodoppler TSA - ECG - Rx Torace
(segnare gli esami richiesti)
Ecocardiio TT e TE - TAC TB - (altri) _____

NOTE :

