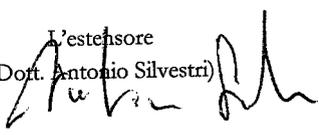
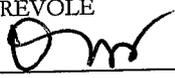
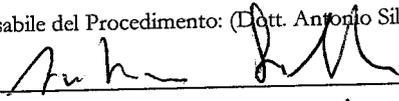
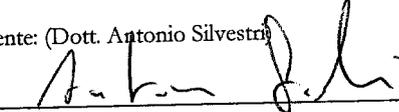


DELIBERAZIONE N. **0917** DEL **26 GIU. 2019**

Struttura proponente: UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management Centro di Costo: G0DG43JD1S Codice settore proponente: RMDG 13/2019 del 17/06/2019	
Oggetto: Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della Colecistite Acuta "Il Provvedimento non comporta oneri di spesa"	
L'estensore (Dott. Antonio Silvestri) 	IL DIRETTORE GENERALE <i>Dott. Fabrizio d'Alba</i> 
Parere del Direttore Amministrativo: Dott.ssa Francesca Milito <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Firma  _____ Data <u>24/6/2019</u>	
Parere del Direttore Sanitario: Dott.ssa Daniela Orazi <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Firma  _____ Data <u>24/6/2019</u>	
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 <u>17/6/19</u> Il Dirigente: (Dott. Antonio Silvestri) Firma  _____ Data <u>17/6/19</u>	

**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

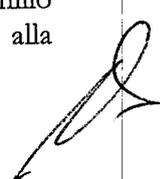
che tra gli obiettivi della UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure - Risk Management rientra la definizione e la condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e l'attivazione di sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi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



- 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 Colecistite Acuta, 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 Colecistite Acuta";
- 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 Colecistite Acuta 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 Colecistite Acuta" 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 Colecistite Acuta 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. 60 pagine di cui n. 54 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)





PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 1 di 54
--	---	---

Gruppo di lavoro Aziendale	Funzione	FIRMA	DATA	
REDAZIONE	Tutors: Francesco Medici Cinzia Toccaceli	Medico - Risk Management Infermiera Risk Management	18/5/18 19/6/19	
	Coordinatore: Stefano Manfroni	Medico - Chirurgo	16/5/19	
	Componenti: Sara Sangermano Margherita Trinci Roberta Servi Ritanna De Milito Grazia Attinà Maria Cristina Macciomei Carla De Simone Marzia Marrollo Patrizia Meddi Camilla Munafò Paolo Agresti	Infermiere - Pronto Soccorso Medico - Radiologia DEA Medico - Pronto soccorso Medico - Pronto soccorso Medico - Chirurgia Medico - Anatomia Patologica Infermiera GIPSE Medico - Gastroenterologia Medico - Gastroenterologia Medico - Anestesista Medico - Radiologia Vascolare	19/06/2019 26/05/18 10/6/18 27-5 19/06/2019 30-04-2019 30/04/19	
	VERIFICA	Dott. Antonio Silvestri Responsabile Aziendale per la Qualità (RAQ)	18/6/19	19/06/2019
	APPROVAZIONE	Dott.ssa Lucia Mitello Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie	23-05-19	19/06/2019
		Dott.ssa Daniela Orazi Direttore Sanitario Aziendale	24/6/19	19/06/2019
	VALIDAZIONE	Dott. Fabrizio d'Alba Direttore Generale		



PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 2 di 54
--	--	---

TRASMESSO IL : .. /.. /2019	CODIFICATO IL : .. /.. /2019	DISTRIBUITO IL : .. /.. /2019
-----------------------------	------------------------------	-------------------------------

Rev.	Data	Causale della redazione e delle modifiche	Codifica
0.0	20/05/2019	Prima stesura	a cura del RAQ

Lista di distribuzione (I livello)	
✓ Direttore Sanitario	✓ Direttore Amministrativo
✓ Direttori di Dipartimento	✓ Direttori di U.O.C.
✓ Direttori di U.O.S.D	✓ Responsabili di U.O.S.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 3 di 54
--	--	---

INDICE

1. PREMESSA	Pag. 5
2. SCOPO	Pag. 9
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	Pag. 10
4. CRITERI D'ACCESSO	Pag. 11
4.1 Codici ICD9 CM	Pag. 11
4.2 Codici Procedure	Pag. 12
5 TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	Pag. 13
6. DIAGRAMMI DI FLUSSO	Pag. 14
6.1 Diagramma di Flusso Iter Diagnostico	Pag. 14
6.2.1 Diagramma di Flusso Iter Terapeutico: Colecistite I II Grado	Pag. 15
6.2.2 Diagramma di flusso Iter Terapeutico Colecistite III grado	Pag. 16
7. RESPONSABILITA'	Pag. 17
7.1 Fase Diagnostica	Pag. 17
7.2 Fase Terapeutica	Pag. 18
8. Azioni	Pag. 19
8.1 Fase Diagnostica Tabella fase Diagnostica	Pag. 19
8.1.1 Triage	Pag. 20
8.1.2 Visita Medico d'Urgenza	Pag. 21
8.1.3 Indagini Radiologiche	Pag. 22
8.1.3.1 Esame Ecografico	Pag. 22
8.1.3.2 Tomografia Computerizzata (TC), Colangiopancreatografia-RM (RMCP)	Pag. 23
8.1.4 Consulenza Chirurgica	Pag. 25
8.1.5 Consulenza Gastroenterologica	Pag. 26
8.1.6 Ecoendoscopia	Pag. 27
8.1.7 Consulenza Anestesiologica	Pag. 27
8.2 Fase Terapeutica Tabella Fase Terapeutica	Pag. 29
8.2.1 Colecistite Acuta semplice	Pag. 31
8.2.2 Colecistite acuta alitiasica	Pag. 32
8.2.3 Colecistite acuta complicata da litiasi coledocica	Pag. 33
8.2.4 Drenaggio Percutaneo	Pag. 34
8.2.5 Dimissione Protetta e follow up	Pag. 35

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 4 di 54
--	---	---

8.2.6 Anatomia Patologica	Pag. 35
9 SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI	Pag. 37
10 VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA	Pag. 37
11 EMISSIONE, DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE	Pag. 39
12 REVISIONE E AGGIORNAMENTO	Pag. 39
13 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	Pag. 39
14 Allegati	Pag. 40

PDTA

Cod. Doc.:
901/PDPA/19/04

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA**

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 5 di 54

1. PREMESSA

La colecistite acuta è un'infezione acuta della colecisti che nei paesi industrializzati colpisce il 10-15 % della popolazione.

È associata a colelitiasi nel 95% dei casi. La patogenesi della colecistite acuta litiasica è probabilmente chimica o ischemica ed è quasi sempre correlata all'ostruzione del dotto cistico, dovuta ad incuneamento di un calcolo, ovvero alla congestione dei vasi venosi periduttali. La dilatazione della colecisti determina edema (idropo) ed una parziale ischemia della mucosa che risulta maggiormente esposta all'azione detergente dei sali biliari. La distensione della parete genera la perdita di bile con contestuale peritonite biliare. La sovrainfezione batterica è un evento secondario che può complicare la colecistite acuta litiasica nel 25-50% circa dei casi.

Lo studio Italiano MICOL del 2008 ha stimato l'incidenza della litiasi biliare in Italia pari a 0.67% ogni anno con un valore più elevato nel sesso femminile (0,81). La colecistite acuta a volte si presenta associata ad una litiasi della VBP. La coledocolitiasi è presente nel 4% della popolazione. Approssimativamente la prevalenza della coledocolitiasi è del 10-20% nei pazienti con calcolosi sintomatica della colecisti, nel 50% circa dei pazienti è asintomatica, ma temibili sono le sue complicanze: la colangite e la pancreatite acuta.

Nel restante 5% dei casi la colecistite acuta è alitiasica. Si sviluppa soprattutto nei pazienti in condizioni critiche spesso a digiuno da lungo tempo o in terapia parenterale totale, ricoverati nei reparti di terapia intensiva in seguito a politraumi, sepsi, chirurgia maggiore o gravi alterazioni metaboliche.

Il grafico 1 mostra i tassi di ospedalizzazione per calcolosi della colecisti nella regione Lazio

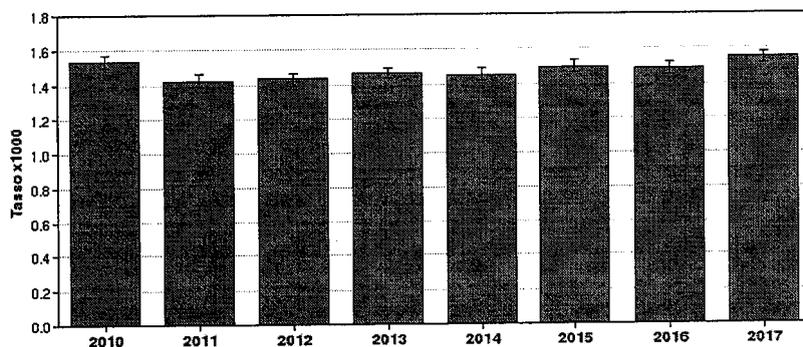
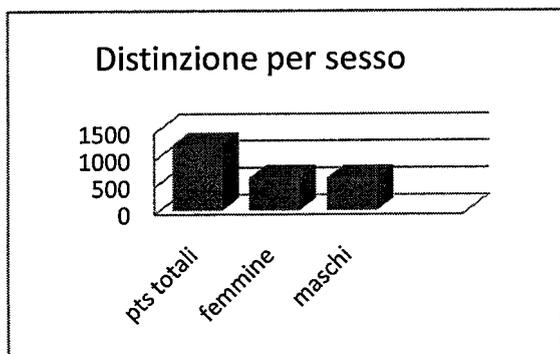


Grafico 1 Dati P.Re.Val.E: Lazio

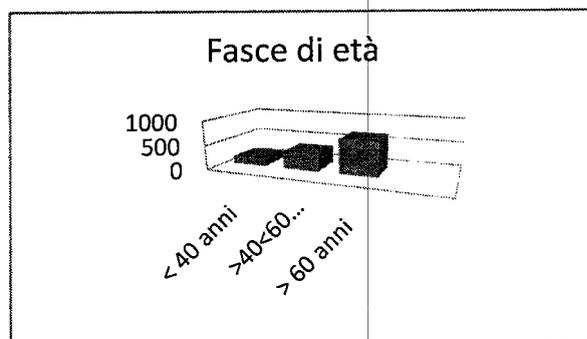
PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 6 di 54
--	--	---

Dal gennaio 2010 al 31 Dicembre 2017, presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini è stata fatta diagnosi di Colecistite Acuta (CA) in 1217 pazienti adulti (pts), con equa distribuzione tra i due sessi: 611 (50.2%) donne e 606 (49.8%) uomini ($p < 0.5$) Graf. 2.

Di questi, 160 (13%) pazienti avevano un'età <40 anni, 358 (29,5%) un'età tra 40 e 60 anni e 699 (57,5%) superiore a 60 anni. La differenza per età è risultata statisticamente significativa con una maggioranza di età > 60 anni ($p < 0.05$) graf.3.

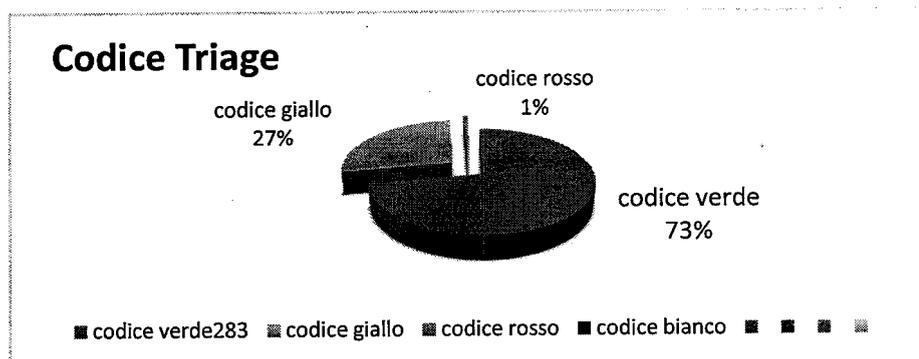


Graf 2



Graf 3

Il codice triage ad essi assegnato è stato Verde in 881 pts (73.3%), Giallo in 328 pts (26.1%), Rosso in 7 pts (0.5%) e Bianco in 1 paziente (0.08%) graf 4.



Graf 4

Su un totale di 1140 esami strumentali sono state eseguite 124 (11%) Rx diretta addome, 665 (58,3%) Ecografie addominali, 347 (31%) angioTc Addome e 4 RMN addome (0,4%). In 52 casi sono stati associati Rx diretta addome + Ecografia addome; in 120 casi Ecografia addome e Tc Addome; in 3 casi Tc addome + RMN;

PDTA

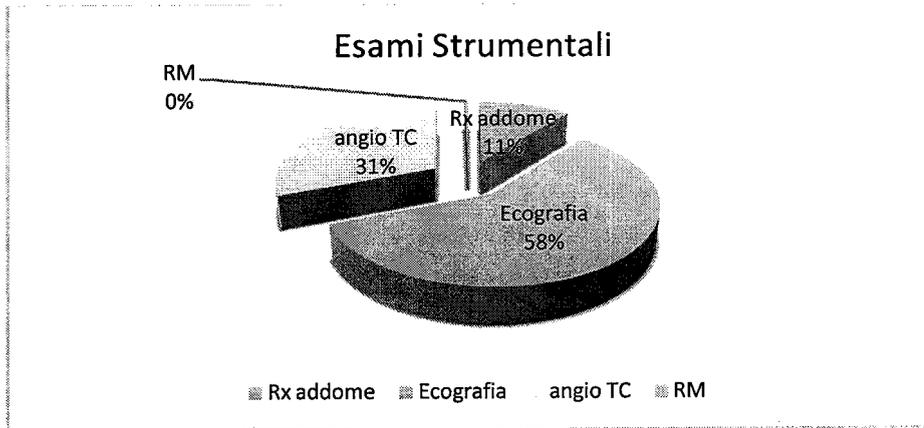
 Cod. Doc.:
 901/PDPTA/19/04

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
 ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA**

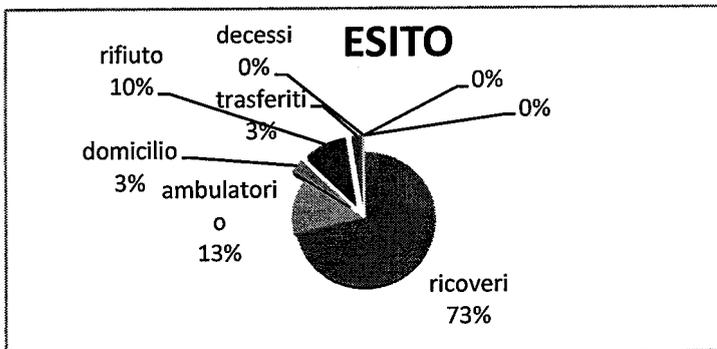
Rev. 00 del
 20/05/2019

 Pag. 7 di 54

in 1 caso Ecografia Addome + RMN; in 43 casi sono stati effettuati dopo l’Rx diretta addome sia l’ecografia che la TC addome. (Graf.5)



Graf 5



Graf. 6

Graf. 7

PDTA

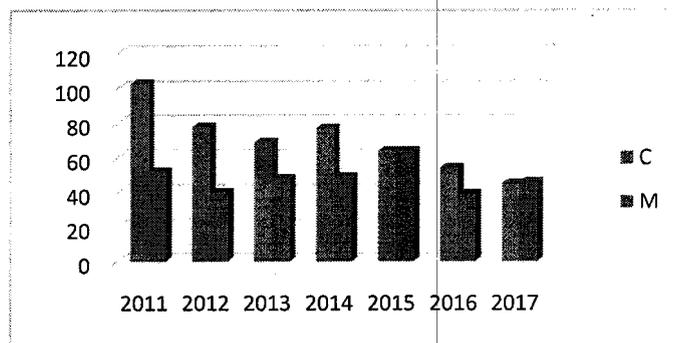
Cod. Doc.:
 901/PDPTA/19/04

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
 ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA**

Rev. 00 del
 20/05/2019

Pag. 8 di 54

La prevalenza dei ricoveri è risultata statisticamente significativa ($p < 0.05$) calcolata su un totale di 1095



diagnosi certe effettive escludendo dal totale 122 pazienti con diagnosi di chiusura cartella di PS "rifiuto ricovero" e/o "si allontana"). Da una valutazione retrospettiva delle cartelle cliniche di Pronto Soccorso dei 40 pazienti domiciliati, è risultato che in 35 (78.8%) di questi il timing di permanenza in Pronto soccorso è stato maggiore di 48 ore, in tutti è stata prescritta terapia antibiotica, con un miglioramento del quadro clinico e degli esami di laboratorio, in particolare la leucocitosi, al momento della dimissione. In soli 5 casi la valutazione della cartella di Pronto Soccorso non ha consentito di evincere la motivazione della dimissione. Graf.6

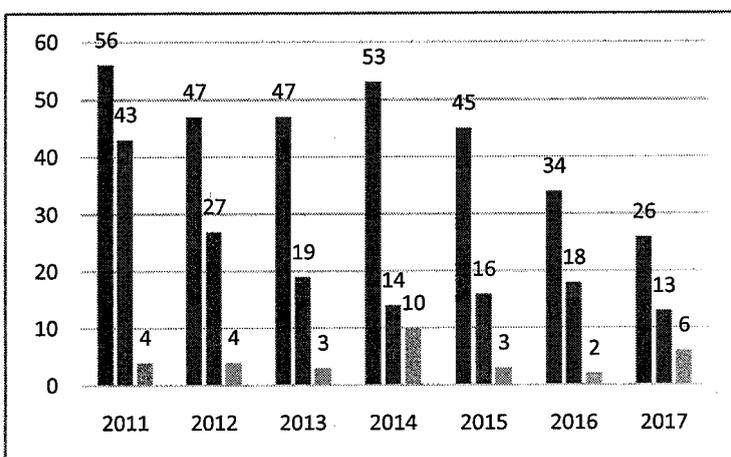
Secondo i dati SIO tra il 2011 e il 2017 sono stati ricoverati 828 pazienti con DRG di Colecistite semplice o complicata, di questi 490 nel reparto di chirurgia e 338 nei reparti di medicina (Grafico 7, tabella 1).

Il grafico 8 mostra che dei 490 ricoverati nel reparto di Chirurgia 308 sono stati sottoposti a intervento di colecistectomia laparoscopica, 150 a colecistectomia open e 32 sono stati trattati conservativamente.

ANNO	Chirurgia	Medicina	Totale
2011	103	52	155
2012	78	40	118
2013	69	48	117
2014	77	49	126
2015	64	64	128
2016	54	39	93
2017	45	46	91
Totale	490	338	828

Tab 1

Graf-8



PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 9 di 54
--	---	---

2. SCOPO

La realizzazione di Percorsi Diagnostici-Terapeutici-Assistenziali (PDТА) per il dolore addominale acuto nasce dalla necessità di standardizzare criteri condivisi per la diagnosi, la terapia e l'assistenza dei pazienti afferenti all'Area Accettazione con tale quadro sintomatologico.

Per la CA ciò è possibile grazie all'individuazione al Triage e nel corso della valutazione clinico-diagnostica degli aspetti paradigmatici che caratterizzano tale patologia.

Ciò al fine di:

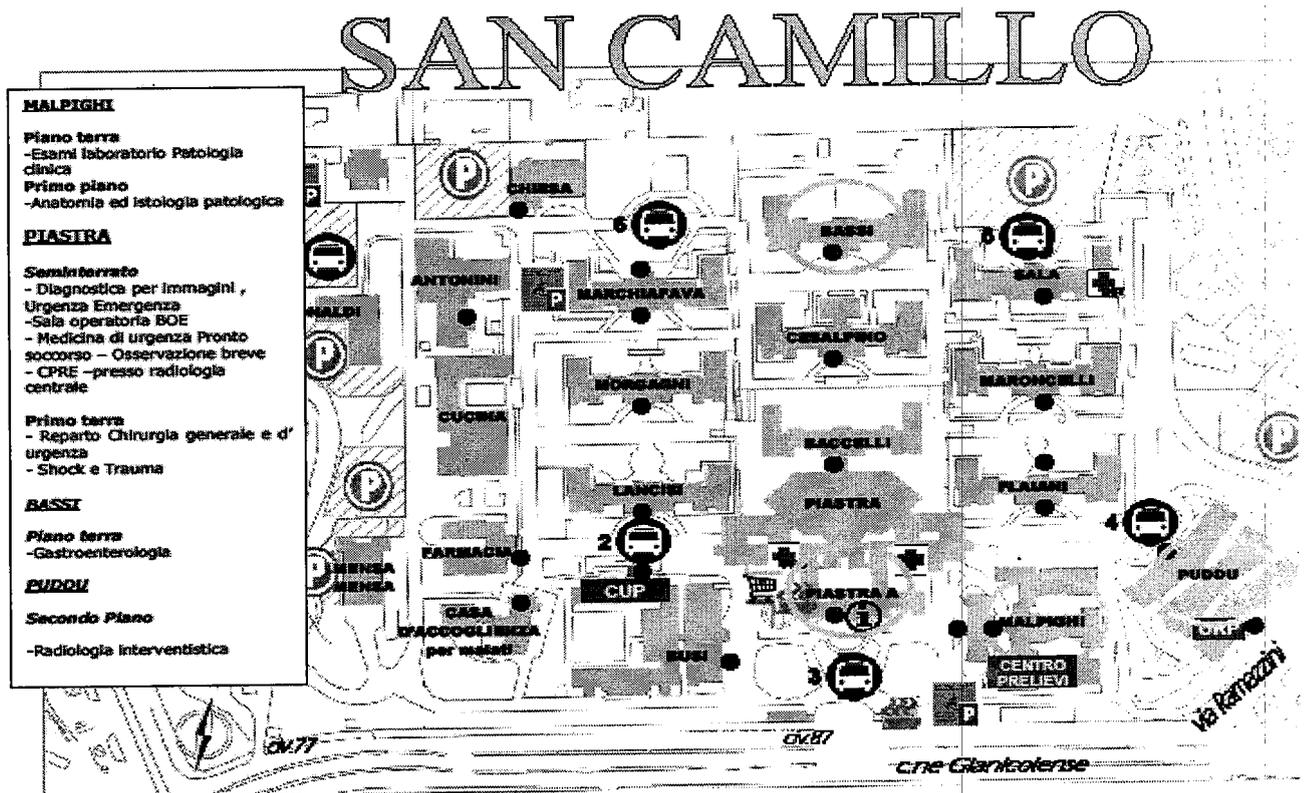
- Diminuire il tempo trascorso dai pazienti nell'area di Pronto Soccorso;
- Ottimizzare l'utilizzo della diagnostica radiologica riducendo i costi e l'esposizione dei pazienti ai raggi X;
- Introdurre in casi selezionati l'uso anche in urgenza della Risonanza Magnetica e dell'ecoendoscopia
- Offrire ai pazienti ricoverati una rapida ed efficace risposta terapeutica commisurata alla gravità del quadro clinico.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

<p>PDTA</p> <p>Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA</p>	<p>Rev. 00 del 20/05/2019</p> <p>Pag. 10 di 54</p>
--	---	--

Il presente PDТА è di tipo interdipartimentale coinvolgendo 3 Dipartimenti e le seguenti UUOO e strutture:

- UOC Anatomia Patologica e Istologia Patologica
- UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza
- UOC Medicina d'Urgenza- Pronto Soccorso- Osservazione Breve
- UOC Patologia Clinica
- UOC Gastroenterologia
- UOC Diagnostica per Immagini Urgenza Emergenza
- UOC Radiologia interventistica
- UOSD Shock e trauma



4. CRITERI D'ACCESSO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 11 di 54
--	--	--

Pazienti che si presentano in Pronto Soccorso o che sono ricoverati presso i reparti di degenza dell'ospedale in cui insorge una sintomatologia addominale acuta provocata da una patologia colecisticoledocica acuta.

4.1 Codici ICD.9 CM

Codice ICD-9 CM	Descrizione
574	Colelitiasi
574.00	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta
574.01	Calcolosi della colecisti con ostruzione
574.1	Calcolosi della colecisti con altra colecistite
574.10	Calcolosi della colecisti con altra colecistite senza menzione di ostruzione
574.11	Calcolosi della colecisti con altra colecistite, con ostruzione
574.3	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta
574.30	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta, senza menzione di ostruzione
574.31	Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta, con ostruzione
574.4	Calcolosi del dotto biliare con altra colecistite
574.40	Calcolosi del dotto biliare con altra colecistite, senza menzione di ostruzione
574.41	Calcolosi del dotto biliare con altra colecistite, con ostruzione
574.6	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta
574.60	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
574.61	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta con ostruzione
574.8	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e cronica
574.80	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e cronica senza ostruzione
574.81	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e cronica con ostruzione
575.0	Colecistite acuta senza menzione di calcoli
575.1	Altra colecistite senza menzione di calcoli
575.10	Colecistite non specificata
575.12	Colecistite acuta e cronica
575.3	Idrope della colecisti
575.4	Perforazione della colecisti
575.5	Fistola della colecisti

4.2 CODICI PROCEDURE

PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 12 di 54
--	--	--

Codice Procedure	Descrizione
45.16	EGDS con biopsie
51.04	Colecistostomia
51.10	CPRE Diagnostica
51.11	Colangiografia retrograda endoscopica
51.21	Colecistectomia parziale
51.22	Colecistectomia
51.23	Colecistectomia laparoscopica
51.24	Colecistectomia laparoscopica parziale
51.85	CPRE con Sfinterotomia
51.87	CPRE con posizionamento di endoprotesi
51.88	CPRE con rimozione calcoli
87.51	Colangiografia Epatica percutanea
87.53	Colangiografia Intraoperatoria
8801	TC con mdc
88.74.1	Ecografia addome superiore
88.97	Colangio RM
96.71	Ventilazione assistita per meno di 96 ore
96.72	Ventilazione assistita per più di 96 ore

Relativamente all'Eco-Endoscopia non essendo codificata con un proprio codice, si utilizza il codice di Ecografia Addome Superiore + EGDS con biopsia e Visita Anestesiologica.

5 TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

AOSCF	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
-------	---

PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 13 di 54
--	--	--

ACR	American College of Radiology
AP	Anatomia Patologica
CA	Colecistite acuta
CCL	Charlson Comorbidity Index
COC	Campione Operatorio Chirurgico
CPRE	Colangio Pancreatografia Retrograda Endoscopica
EUS	Eco Endoscopia
EV	Terapia Endovena
FC	Frequenza Cardiaca
FIS	Fossa Iliaca Sinistra
FR	Frequenza Respiratoria
GCS	Glasgow Coma Scale
Mdc	Mezzo di Contrasto
MdU	Medico d'Urgenza
MICOL	Multicenter Italian Study of Cholelithiasis
P.Re.Val. E.	Programma Regionale Valutazione Esiti
P.re.val.e.	Programma regionale valutazione esiti
PAD	Pressione Arteriosa Diastolica
PAS	Pressione Arteriosa Sistolica
PCR	Proteina C Reattiva
PDТА	Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale
PS	Pronto Soccorso
PS	Pronto Soccorso
Pts	Pazienti
RM	Risonanza Magnetica
RX	Radiologia Tradizionale
SpO2	Saturazione Pressione di Ossigeno
TC	Tomografia Computerizzata
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità operativa semplice dipartimentale
US	Ecografia
VBP	Via Biliare Principale

6. DIAGRAMMI DI FLUSSO

6.1 Diagramma di flusso Iter Diagnostico





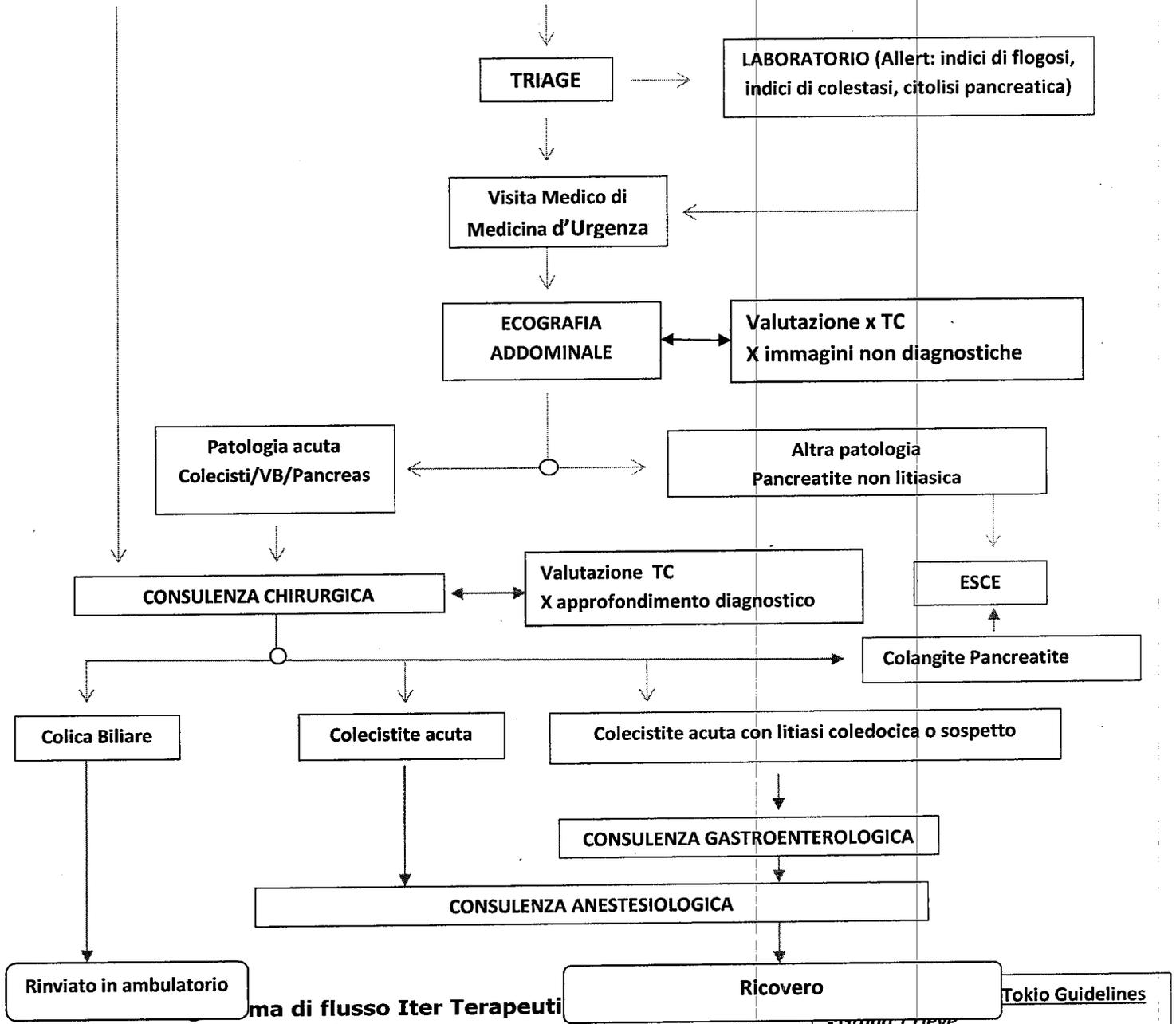
PDTA

Cod. Doc.:
901/PDPTA/19/04

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA**

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 14 di 54



ma di flusso Iter Terapeuti
Colecistite I- II Grado

Tokio Guidelines

- Grado 1 Lieve
- Grado 2 Moderato
- Grado 3 Severo

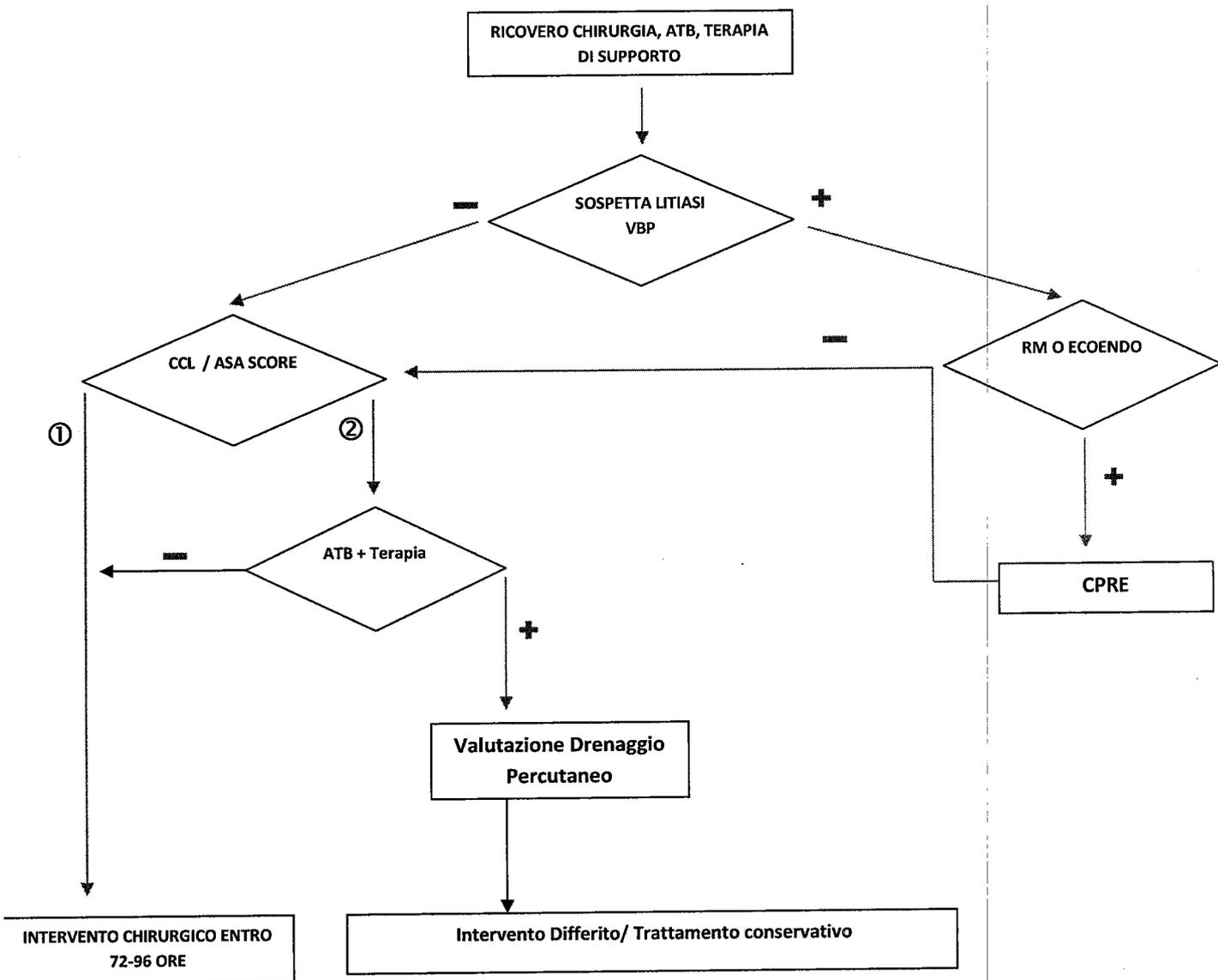
COLECISTITE ACUTA I- II GRADO

- Charlson Comorbidity Index (CCI)
- ASA score

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

- ① CCI ≤ 5 e/o ASA score ≤ 2
- ② CCI ≥ 6 e/o ASA score ≥ 3

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 15 di 54
--	--	--



**6.2.2 Diagramma di flusso Iter Terapeutico
 Colecistite III grado**

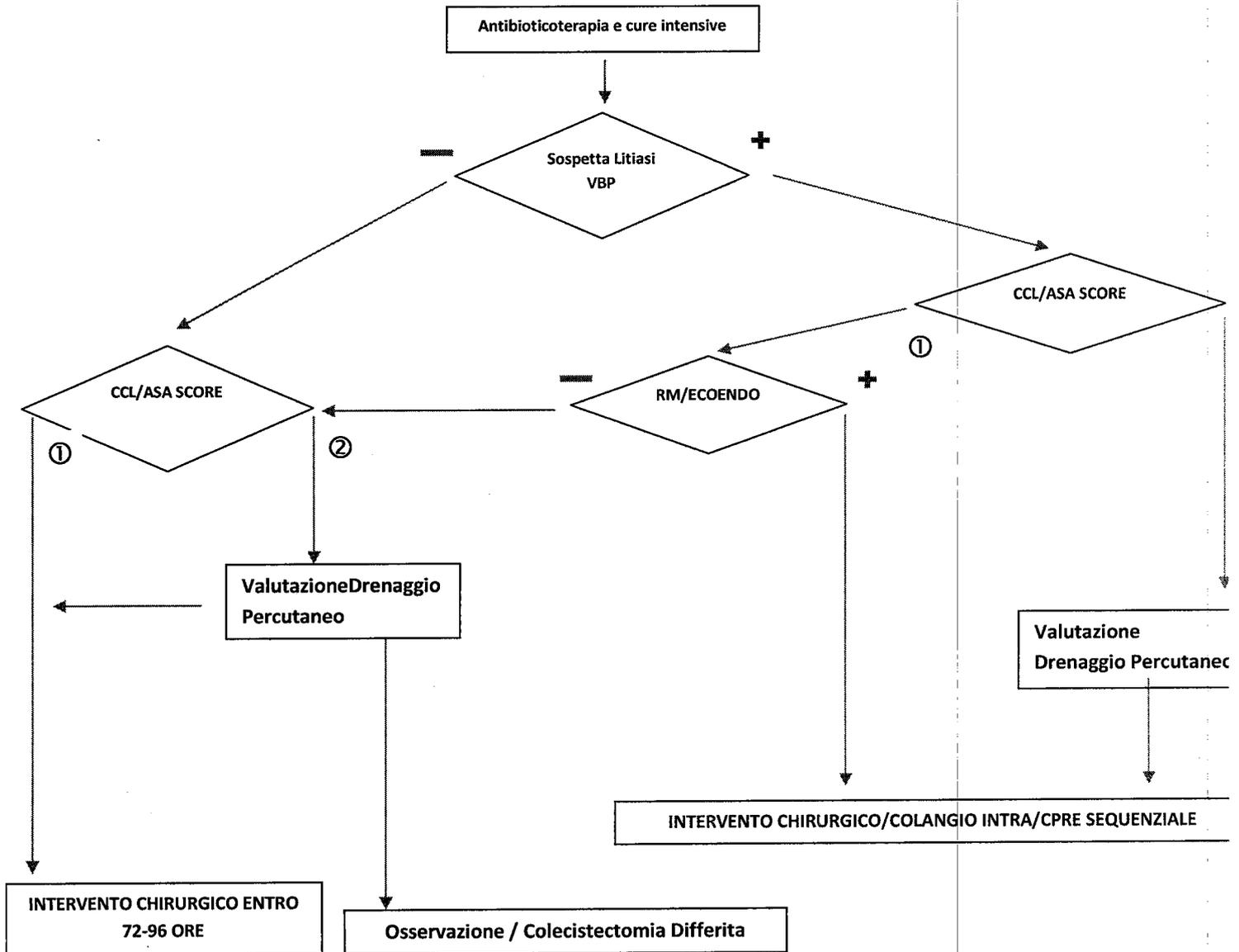
COLECISTITE ACUTA III GRADO

- **Classificazione Tokio Guidelines**
 - Grado 1 Lieve
 - Grado 2 Moderato
 - Grado 3 Severo
 - **Charlson Comorbidity Index (CCI)**
 - **ASA score**
- ① **CCI ≤ 5 e/o ASA score ≤ 2**
 ② **CCI ≥ 6 e/o ASA score ≥ 3**

PDTA
 Cod. Doc.:
 901/PDТА/19/04

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
 ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA**

Rev. 00 del
 20/05/2019
 Pag. 16 di 54



PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 17 di 54
--	--	--

7 RESPONSABILITA'

7.1 Fase Diagnostica

Attività diagnostica	Infermiere Triage	Medico Laboratorio	Infermiere P.S.	Medico D'Urgenza	Radiologo DEA	Medico Chirurgo	Medico Gastroenterologo	Anestesista
Triage	R			I				
Esami di Laboratorio	C	R	I	I				
Visita			C	R				
Prescrizione Terapia in PS			C	R				
Monitoraggio e somministrazione terapia PS			R	C				
Ecografia addominale			I	C	R			
TC addome			I	C	R			
Consulenza Chirurgica			C	C		R		
RX Torace			I	C	R	C		
Consulenza Gastroenterologica			I	C		C	R	
Consulenza Anestesiologica			I	C		C	C	R
Invio in ambulatorio			C	R		I	I	

R= RESPONSABILE C= COINVOLTO I= INFORMATO

PDTA

Cod. Doc.:
 901/PDPTA/19/04

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
 ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA**

Rev. 00 del
 20/05/2019

Pag. 18 di 54

7.2 Fase Terapeutica

Attività terapeutica	Medico PS	Chirurgo	Infermiere reparto chirurgia	Anestesista	Infermiere Rianimazione	Personale Sala Operatoria	Radiologo interventista	Personale radiologia interventistica	Radiologo Piastra	Radiologia Piastra	Gastroenterologo	Infermiere reparto gastroenterologia	Chirurgo Ambulatorio	Infermiere Ambulatorio	Anatomopatologo
Accoglienza Reparto Chirurgia	C	R	C												
Osservazione Reparto Chirurgia		R	C								C				
Terapia Reparto Chirurgia		R	C								C				
Accoglienza Rianimazione				R	C										
Osservazione Rianimazione		C		R	C						C				
Terapia Rianimazione		C		R	C						C				
Check List															
Consenso Atto Chirurgico		R	I	C	I	I									
Consenso Anestesia		C		R	I	I									
Allestimento Sala Operatoria		C		C		R									
Intervento		R		C		C									
Anestesia		C		R		C									
Drenaggio percutaneo		I					R	C							
Consenso Drenaggio percutaneo		C					R	C							
RM		I							R	C					
Consenso RM									R						
Eco Endoscopia		I									R	C			
Consenso Eco endoscopia		I									R	C			
Accoglienza Reparto Gastro		I									R	C			
Visita Reparto Gastro		C									R	C			
Terapia Reparto Gastro		C									R	C			
CPRE		I							C	C	R				
Consenso CPRE								I	C		R				
Dimissione Protetta		R											C	I	
Visita Ambulatoriale													R	C	
Anatomia Patologica		C				C									R

PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA COLECISTITE ACUTA	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 19 di 54
--	--	--

8 AZIONI.

Il gruppo di lavoro sulla base delle linee guida e EBM/EBN e del percorso ideale per i malati affetti da colecistite acuta ha proposto la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere in base alle risorse esistenti in Ospedale. Sono state individuate le responsabilità delle figure professionali coinvolte e dei relativi compiti per ogni fase di trattamento senza possibilità di incertezza su chi fa cosa, come e quando.

Per ogni singola attività sul paziente, è stata definita la successione temporo-spaziale delle azioni necessarie e realizzabili; le azioni ritenute non necessarie o ridondanti sono state eliminate in accordo con l'obiettivo di ottenere il miglior risultato (efficacia), di utilizzare la miglior pratica clinica (appropriatezza) e di ottimizzare risorse e tempi (efficienza).

8.1 Fase Diagnostica

Tabella Fase Diagnostica

CONDIZIONE	PROCEDURE	MODALITA' DI ACCESSO	TEMPI PREVISTI
DOLORE ADDOMINALE	TRIAGE Raccolta dati Parametri vitali Assegnazione Codice Prelievo	Infermiere Piastra Seminterrato - AREA TRIAGE U.O.C. Medicina D'Urgenza Pronto Soccorso - Osservazione Telefono 06.5870.3102 - 3668	Dall'arrivo in P.S. 10 minuti dolore acuto o codice giallo 30 minuti a 2 ore codice verde
	Analisi Laboratorio	Medico di Laboratorio U.O.C. Patologia Clinica Malpighi Piano terra Tel. 06 5870.4429	Invio immediato dopo triage 1.5 ora per lettura
SOSPETTA COLECISTITE ACUTA	Visita medica	Medico D'urgenza Piastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO AREA VISITA U.O.C. Medicina D'Urgenza Pronto Soccorso - Osservazione Tel 06 5870.4910	10 minuti dolore acuto o codice giallo 30 minuti a 2 ore codice verde
	Ecografia	Radiologia U.O.C. Diagnostica per Immagini Urgenza Emergenza Piastra Seminterrato Tel. 06.5870.3022 -3009	Codice giallo entro 30 minuti da richiesta Codice verde entro 2 ore da richiesta
	Consulenza chirurgica	Chirurgo D'Urgenza Piastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO AREA VISITA UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza Centralino aziendale	Codice Giallo Entro 15 minuti da chiamata Codice Verde Entro 30 minuti da chiamata da cellulare

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04	PDТА Colecistite Acuta	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 20 di 54
---	-------------------------------	--

	TC ADDOME	Radiologia U.O.C. Diagnostica per Immagini Urgenza Emergenza Piastra Seminterrato Tel. 06.5870.3022 -3009	Codice giallo entro 30 minuti da richiesta Codice verde entro 2 ore da richiesta
COLICA BILIARE	Dimissione e Controllo ambulatoriale	Medico Chirurgo AMBULATORIO CHIRURGICO Poliambulatorio Primo piano Piastra Stanza 24 Impegnativa redatta da medico PS UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza Tel. 5870.3503	Tempi secondo clinica
SOSPETTA COLECISTITE ACUTA + CALCOLOSI VBP	Consulenza Gastroenterologica	Medico Gastroenterologo Piastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO AREA VISITA UOC Gastroenterologia Centralino aziendale	Codice Giallo Entro 60 minuti da chiamata Codice Verde Entro 120 minuti da chiamata da cellulare
VALUTAZIONE PREOPERATORIA	RX TORACE	Radiologia DEA Piastra Seminterrato U.O.C. Diagnostica per Immagini Urgenza Emergenza Tel. 065870.3009	Entro 20 minuti dalla richiesta
	ECG	Cardiologo DEA U.O.C. Cardiologia 1 Piastra Seminterrato stanza cardiologo Tel. 065870.6054	Entro 20 minuti dalla richiesta
	Consulenza Anestesiologica	Anestesista DEA Piastra Seminterrato UOSD Shock e Trauma Centralino Aziendale	Entro 20 minuti dalla chiamata se codice verde Entro 10 minuti nei codici giallo -rossi

8.1.1 Triage

Il paziente accede in PS per dolore addominale per sua iniziativa o inviato dal medico di base.

L'infermiere di triage compila la scheda GIPSE con i dati anagrafici, l'anamnesi remota, la descrizione della sintomatologia che ha determinato l'accesso al Pronto Soccorso, la terapia assunta e le eventuali allergie. I dati anamnestici sono rappresentati dalla presenza di dolore a tipo colica localizzato in epigastrio e ipocondrio destro che si irradia al dorso, accompagnato da nausea, vomito e rialzo febbrile. Se è presente ittero, ci troviamo di fronte a una colecistite complicata.

Al termine vengono presi i parametri vitali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione d'ossigeno e temperatura corporea.

L'infermiere di Triage assegna un codice al paziente che sarà:

Verde con sofferenza verde se il dolore è presente da oltre sei ore e non è intenso

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04	PDТА Colecistite Acuta	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 21 di 54
---	-------------------------------	--

Ad un codice verde può essere assegnata un livello di sofferenza gialla se il paziente è molto sofferente. Il codice verde prevede un tempo d'attesa per la visita del MdU che va da trenta minuti a due ore.

Giallo se l'addome è teso e estremamente dolente. Il codice Giallo ha un tempo d'attesa di circa 10 minuti. Se il livello di sofferenza è giallo il paziente ha la priorità rispetto agli ai codici verdi in attesa.

	CODICE VERDE		CODICE GIALLO		CODICE ROSSO	
PAS	90 - 180		>180	<250	<90	>250
PAD	<120		>120	<130	>130	
FC	60-110		40-50	110-160	<40	>160
FR	10-24		25-33		<10	>34
SpO2	>90	<99	86-90		<86	
TC	>35.5	< 39.5	35-35.5	>39.5	<35	
GCS	15		12-14		<12	
Scala dolore	0-3		>3			

L'infermiere di triage provvede ad applicare al paziente l'ago-cannula ed eseguire i prelievi ematici; oltre agli esami di routine, emocromo, coagulazione, elettroliti, funzionalità renale ed epatica, vengono richiesti la PCR, gli enzimi pancreatici (amilasi e lipasi), gli enzimi epatici di stasi (fosfatasi alcalina), e la bilirubinemia totale e diretta.

8.1.2 Visita Medico d'Urgenza

Il paziente si presenta con un'anamnesi positiva per nausea vomito e dolore addominale a tipo colica localizzato in epigastrio e ipocondrio destro irradiato al dorso irradiazione posteriore. All'esame obiettivo se si ha dolorabilità in ipocondrio destro con manovra di Murphy anche lievemente positiva, viene richiesta un'Ecografia Addominale. Nell'attesa degli esami strumentali e del risultato degli esami ematici viene iniziata una fluidoterapia con infusione di 500 cc di Soluzione Reidratante e terapia antidolorifica e antinfiammatoria con somministrazione di 1g di Paracetamolo e.v.

I pazienti con Ecografia ed esami ematochimici negativi e con regressione della sintomatologia, dopo un periodo di osservazione clinica con digiuno e fluidoterapia, vengono dimessi con una dieta e una terapia medica, farmaci antispastici e/o antinfiammatori, e inviati all'osservazione del medico curante. Se invece, regredita la sintomatologia, l'Ecografia mostra la presenza di calcoli nella colecisti, in assenza di dati ematochimici di flogosi e alterazioni della funzionalità epatica, prescritta la terapia domiciliare, i pazienti vengono prenotati per una visita specialistica presso l'ambulatorio chirurgico. L'appuntamento viene preso direttamente dal medico di Pronto Soccorso al momento della dimissione, mediante agenda GIPSE, con tempi medi di attesa inferiori ad una settimana.

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

PDTA Colecistite AcutaRev. 00 del
20/05/2019

Pag. 22 di 54

AI pazienti con diagnosi Ecografica di Colecistite Acuta associata o meno a calcolosi coledocica e/o pancreatite acuta biliare, viene richiesta una Consulenza Chirurgica.

8.1.3 Indagini Radiologiche

L'esame ecografico per le sue potenzialità diagnostiche in assenza di radiazioni ionizzanti, per l'elevata disponibilità, la rapidità di esecuzione, la non invasività, la ripetibilità ed il basso costo, è solitamente la metodica di imaging di prima istanza nella valutazione del paziente con sospetto clinico-laboratoristico di colecistite acuta. L'esame ecografico ha un'alta sensibilità (circa il 94% e specificità (circa il 99%) nel rilievo dei calcoli.

Il riscontro di calcoli biliari è frequente nella popolazione sia come reperto occasionale che in pazienti con colecistite acuta di diverso grado. Il riscontro di calcoli nel lume della colecisti unito ad altri rilievi come l'ispessimento di parete superiore ai 3cm, la distensione del viscere e la presenza di fluido pericolecistico sono considerati segni diagnostici suggestivi per colecistite acuta.

L'esame ecografico risulta particolarmente appropriato nelle giovani donne in età fertile, nelle pazienti in gravidanza, nel giovane uomo e nel paziente longilineo. La possibilità di valutare la regione anatomica di interesse con scansioni intercostali, ne aumenta le potenzialità diagnostiche anche nel paziente pletorico o che non sia in grado di trattenere il respiro adeguatamente durante le fasi dell'esame.

8.1.3.1 Esame Ecografico

- Sonda convex
- Scansione: sottocostale obliqua ascendente; scansione intercostale
- Decubito supino: decubito sul fianco sinistro
- Cercare di visualizzare: la colecisti, le vie biliari intraepatiche, la via biliare principale

Reperti ecografici possibili:

1 Colecisti normale

- non sovradistesa: -diametro trasverso non superiore ai 4 cm
-diametro longitudinale dai 7cm ai 9 cm massimo
- parete regolare: -struttura monostratificata a digiuno
-struttura tristratificata in fase post prandiale
-spessore compreso tra 2 e 4 mm (media 3mm) a digiuno
-spessore compreso tra i 4- 6 mm in fase post-prandiale
- contenuto anecogeno in assenza di echi biliari tipo fango o calcoli, assenza di lesioni di parete (adenomiomatosi ecc.)
- coledoco: 6-15 cm dl; diametro trasversale max circa 6mm

2 Colecistite Acuta

- sovradistesa: -diametro trasverso superiore ai 4 cm
-diametro longitudinale superiore ai 9cm (dai 10 cm si parla di idrope)

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04

PDТА Colecistite Acuta

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 23 di 54

- parete: -spessore superiore 4mm
 - diffusamente ipoecogena per edema
 - disomogenea con perdita della stratificazione di parete
- valutazione colorimetrica: -segnali di iperemia
 - priva di segnale colore per una condizione di sofferenza vascolare come nelle forme gangrenose
- contenuto: -completamente iperecogeno per presenza di abbondante fango biliare
 - presenza di echi biliari ispessiti per fango biliare
 - presenza di calcolo /i strutturati polidimensionali con o senza fango biliare
- presenza/ assenza di iperecogenità sfumata del parenchima epatico limitrofo al letto della colecisti.
- presenza/ assenza di falda di versamento pericolecistico e/o libero in addome-pelvi.

3 **Colecistite cronica**

- Dimensioni normali
- parete iperecogena con spessore ai limiti della norma (compreso nei 3mm)
- non aumento dei segnali vascolari di parete alla valutazione colorimetrica
- non iperemia del parenchima epatico limitrofo al letto della colecisti
- non versamento pericolecistico o a distanza
- presenza di fango e/o calcoli endoluminali

4 **Colecisti scleroatrofica**

- Colecisti contratta, mal visualizzabile, con aspetto calcifico
- Non dilatate le vie biliari intraepatiche e la via biliare principale.

5 **Vie Biliari**

- Dilatazione delle vie biliari intraepatiche e della via biliare principale
- presenza/ assenza di litiasi nella via biliare principale

Nel caso in cui alla presenza di colecistite acuta si unisca il riscontro dei fattori prognostici negativi ed il rilievo di un ingrandimento e disomogeneità della ghiandola pancreatica, una eventuale ectasia del Wirsung ed un ispessimento parietale del tratto della "C" duodenale il quadro ecografico deve far supporre di essere in presenza di colecistite acuta complicata con possibile pancreatite biliare.

8.1.3.2 Tomografia Computerizzata (TC) Risonanza Magnetica colangiopancreatografia (RMCP)

In caso di esame ecografico non dirimente dovuto:

- alla costituzione del paziente ed alla sua difficile esplorabilità,

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04	PDТА Colecistite Acuta	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 24 di 54
---	-------------------------------	--

- al riscontro di reperti ecografici non conclusivi
- ad una discordanza tra reperti ecografici e/o visita chirurgica/ esami ematochimici
- ad un quadro ecografico complesso che possa far supporre la presenza di interessamento pancreatico, migrazione di calcoli nella via biliare principale, colangite, diagnosi differenziale con il tumore della colecisti o di tumore della via biliare ecc.

può essere opportuno un proseguimento diagnostico con esame TC o, se disponibile, nel sospetto di coledocolitiasi colangioRM. La RM è metodica superiore alla TC nello studio della patologia della via biliare, oltre ad essere più adatta alle giovani donne in età fertile in quanto non espone i pazienti a radiazioni ionizzanti.

L'acquisizione TC di base, mostra la presenza di fango biliare e calcoli nella colecisti o nella via biliare principale.

L'acquisizione contrastografica rimane necessaria per dimostrare il tipo di interessamento parietale ed extraparietale, potendo così differenziare la colecistite acuta da quella cronica e valutare la presenza di altre patologie e di fattori prognostici negativi.

Segni TC di colecistite acuta:

- ispessimento delle pareti della colecisti
- aumento della densità del parenchima epatico pericolecistico
- distensione del lume della colecisti
- fluido pericolecistico
- edema di parete sottosieroso
- materiale denso nel lume della colecisti più evidente nelle scansioni di base

Questi segni riscontrati singolarmente non sono diagnostici di colecistite acuta, anche per questo motivo l'esposizione alle radiazioni ionizzanti ed al mdc ev, non sono giustificate in caso di ecografia dirimente.

Nonostante la possibilità di effettuare un'integrazione diagnostica in assenza di radiazioni ionizzanti, la minor disponibilità delle apparecchiature di RM, la durata dell'esame e l'elevato costo fanno sì che la valutazione con RM in caso di colecistite acuta non sia routinaria.

Lo studio con RM è raccomandato soprattutto nel caso di sospetto di patologia della via biliare; rimangono come indicazioni i casi dubbi alle valutazioni precedenti, le giovani donne in età fertile e le donne in gravidanza.

Nello specifico le linee guida del 2016 della World Society of Emergency Surgery (WSES) indicano come candidati ad MRCP in urgenza i pazienti con rischio moderato di litiasi coledocica (bilirubina sierica totale > 4 mg/dl, o riscontro ecografico di aumento dimensionale del dotto biliare comune unito alla presenza di livelli di bilirubina compresi tra 1.8 to 4 mg/dl) per evitare i rischi procedurali che possono accadere in corso di un ERCP peraltro non necessaria.

Lo studio RM se eseguito per la valutazione della patologia colecistica o della via biliare può giovare dalle acquisizioni dinamiche post-contrastografiche. Se mirato alla valutazione della via biliare in caso di litiasi coledocica non necessita di fase contrastografica, risultano esaurienti acquisizioni T1 e T2 pesate secondo i piani assiali e coronali.

Tutti i pazienti che vengono sottoposti ad esame TC o ad esame di RM, anche in caso di acquisizioni senza mdc, devono essere informati sull'esame a cui si stanno per sottoporre, ai rischi dovuti alla radioesposizione ed a quelli relativi all'eventuale somministrazione di mdc. I

Percorso diagnostico Terapeutico
 assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDPA/19/04

PDPA Colecistite Acuta

Rev. 00 del
 20/05/2019

Pag. 25 di 54

pazienti che verranno sottoposti ad RM, inoltre dovranno compilare un apposito modulo per verificare se possono essere esposti a campi magnetici in sicurezza.

In caso il paziente rifiuti di sottoporsi agli esami prescritti il paziente dovrà esplicitare il proprio diniego sul modulo del consenso e firmarlo. Il consenso espresso dal paziente può essere ritirato in ogni momento fino all'espletamento dell'indagine.

Si allega copia dei moduli in uso per l'esame TC e per l'esame RM (Allegati 2,3).

8.1.4 Consulenza Chirurgica

La consulenza chirurgica viene effettuata dai chirurghi di guardia presso i locali del Pronto Soccorso entro 30 minuti dalla richiesta per i codici verdi e 15 minuti per codici gialli. Il paziente viene valutato sulla scorta dei dati di laboratorio e dell'esame ecografico dell'addome. Nella colecistite acuta risultano alterati i valori di laboratori caratteristici degli stati infiammatori: Globuli bianchi > 10.000 con neutrofilia e PCR > 3 mg/dl.

All'esame clinico è presente una dolorabilità in ipocondrio destro con resistenza e positività del segno di Murphy (interruzione del respiro per il dolore durante la palpazione dell'ipocondrio destro).

I criteri diagnostici con cui porre diagnosi di CA sono stati definiti dalle Tokyo Guidelines 2013 con una Sensibilità del 91,2 e Specificità del 96,9:

A SEGNI LOCALI	B SEGNI SISTEMICI	C RADIOLOGIA
Murphy	Febbre	US + per CA
Massa Palpabile	➤ PCR	
Dolorabilità Ipocondrio DX	➤ Globuli Bianchi	

Il sospetto diagnostico si ha con almeno un segno locale e un segno sistemico. La conferma diagnostica si ha con le alterazioni che si evidenziano all'esame ecografico

Sospetto Diagnostico	1 segno Colonna A + 1 segno Colonna B
Diagnosi Certa	1 segno Colonna A + 1 segno Colonna B + C

Nei casi in cui, come già descritto in precedenza, l'esame ecografico non fosse conclusivo a causa delle caratteristiche somatiche del paziente, della discrepanza tra questo i segni clinici, e laboratoristici o in presenza di un quadro complesso in cui è necessaria una diagnostica più approfondita, si richiede una TC Addome con mezzo di contrasto.

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04	PDТА Colecistite Acuta	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 26 di 54
---	-------------------------------	--

Al termine delle indagini eseguite in Pronto Soccorso possiamo trovarci di fronte a differenti quadri clinici: colica biliare semplice, Colecistite Acuta, Colecistite Acuta con litiasi coledocica o sospetto di litiasi coledocica, altre patologie (colangite, Pancreatite). Per quanto attiene al presente PDТА:

I pazienti con colica biliare regredita con terapia medica verranno dimessi e inviati al controllo in ambulatorio chirurgico dove potranno essere inseriti nella lista d'attesa per il trattamento chirurgico in elezione.

I pazienti con colecistite acuta non complicata dopo valutazione anestesiológica verranno indirizzati verso l'iter terapeutico secondo le modalità successivamente descritte.

I pazienti con colecistite acuta con litiasi o con sospetto di litiasi coledocica, eseguita la valutazione gastroenterologica verranno anch'essi avviati alla fase terapeutica.

8.1.5 Consulenza Gastroenterologica

Il ruolo del gastroenterologo nel contesto della colecistite acuta è quello di valutare il rischio di coledocolitiasi associata. Tale rischio, proposto dall'ASGE, è dedotto da: sintomi clinici, test di funzionalità epatica e indagini radiologiche.

In base a tali parametri si possono individuare tre categorie di rischio.

Predittori di rischio di coledocolitiasi:

Molto Forti	Forti	Moderati
ECO positiva per Calcoli VBP	ECO positiva per VBP > 6mm	Alterazioni transaminasi e bilirubina
Colangite	ECO positiva per VBP > 8 mm in colecistectomizzati	Età > 55 aa
Bilirubina > 4mg	Bilirubina 1.8-4 mg/dl	Pancreatite metabiliare

Categorie di rischio di colelitiasi:

Rischio Alto (>50%): presenza di uno dei predittori di rischio molto forti, presenza dei due predittori di rischio forti

Rischio Basso (<10%): assenza dei predittori

Rischio intermedio (10-50%): tutti gli altri pazienti

Nei pazienti a basso rischio di coledocolitiasi, candidati alla colecistectomia non è necessaria un'ulteriore valutazione.

Nei pazienti a rischio intermedio di coledocolitiasi è opportuno effettuare una colangio-RM o un'ecoendoscopia.

I pazienti ad alto rischio sono candidati a CPRE preoperatoria.

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

PDTA Colecistite Acuta

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 27 di 54

Sarà giustificato il ricovero in gastroenterologia in tutti i casi di colecistite acuta di grado lieve-moderato in cui si sospetti una coledocolitiasi o in cui sia stata già diagnosticata e ci sia una chiara indicazione a CPRE.

8.1.6 ECOENDOSCOPIA

L'ecoendoscopia è una metodica che permette una valutazione ecografica mediante un esame endoscopico. Nello studio delle vie biliari e della litiasi va considerata come indagini di II livello, rispetto alla colangio-RMN che è al momento la più accurata metodica non invasiva per il rilievo di coledocolitiasi, con una sensibilità dell'85-92% ed una specificità del 93-97%. L'ecoendoscopia e la RMN hanno sensibilità e specificità sovrapponibili, anche se l'ecoendoscopia è gravata da una maggiore invasività rispetto alla RMN ed è condizionata dall'esperienza dell'operatore.

L'RMN è una metodica non invasiva che fornisce una risoluzione spaziale maggiore rispetto all'ecoendoscopia ma è meno sensibile nell'individuare calcoli di diametro < a 4-6 mm.

L'ecoendoscopia pertanto, nella diagnostica della patologia biliare ed in particolare nella litiasi coledocica è da considerare come indagine strumentale in tutte quelle condizioni in cui sia impossibile eseguire una colangio-RM, vale a dire nelle condizioni di:

- grave obesità,
- claustrofobia,
- presenza di corpi estranei metallici o di protesi
- presenza di PMK.

E' inoltre fortemente raccomandato effettuare un'ecoendoscopia in caso di RMN negativa ma con alto sospetto clinico e laboratoristico di litiasi. I pazienti dopo prima di essere sottoposti all'esame informati sulle modalità di esecuzione firmano il consenso informato (all....).

8.1.7 Consulenza Anestesiologica

A seconda del TG 13 Severity Grading Acute Cholecystis la consulenza anestesiologica potrà essere effettuata:

- Per i gradi I e II in cui non vi sia una compromissione dello stato generale direttamente in sala operatoria dall'anestesista di guardia in sala DEA.
- Per il grado III nei locali di pronto soccorso.

L'anestesista di guardia valuta lo stato generale del paziente mediante l'anamnesi mirata, l'esame clinico e il controllo degli esami preoperatori, con l'intento ove possibile, di evidenziare correggere e stabilizzare eventuali condizioni di rischio in previsione di un eventuale procedura

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04	PDТА Colecistite Acuta	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 28 di 54
---	-------------------------------	--

terapeutica. La valutazione dello stato generale si effettua utilizzando il Charlson Comorbidity Index (CCI) e l'American Society Anesthesiologists Physical Status (ASA-PS) classificazione.

Classificazione ASA-PS

ASA I	SOGGETTO IN SALUTE
ASA II	SOGGETTO CON MALATTIA SISTEMICA MODERATA
ASA III	SOGGETTO CON MALATTIA SISTEMICA SEVERA
ASA IV	SOGGETTO CON MALATTIA SISTEMICA SEVERA IN COSTANTE PERICOLO DI VITA

Charlson Comorbidity Index

Peso per Patologia	Patologia
1	Infarto del miocardio Cardiopatia congestizia Vasculopatia periferica Patologia cerebrovascolare Demenza Malattie polmonari croniche Malattie del connettivo Patologia peptica Epatopatia lieve Diabete mellito non complicato
2	Emiplegia Malattia renale cronica moderata-severa Diabete mellito complicato Malattia neoplastica Leucemia Linfoma
3	Epatopatia moderata-severa
6	Neoplasia metastatica AIDS

Quindi definisce insieme ai colleghi coinvolti i rischi e la prognosi di tale procedura informando insieme a questi il paziente ed i parenti.

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

PDTA Colecistite Acuta

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 29 di 54

8.2 FASE TERAPEUTICA

L'iter terapeutico applicato ai casi di colecistite acuta si basa sulle raccomandazioni formulate dalle Tokio Guidelines 2018.

La valutazione dei pazienti si effettua utilizzando il TG18/13 SGAC (Severity Grading Acute Cholecystitis)

TG13 Severity Grading Acute Cholecystitis

Grado I (lieve): flogosi lieve e limitata alla colecisti senza compromissione di altri organi.

Grado II (moderato): marcati segni di flogosi della colecisti (colecisti gangrenosa, ascesso pericolecistico, ascesso epatico, peritonite biliare.

Globuli bianchi > 18.000. Massa palpabile in ipocondrio destro con segni di peritonismo. Durata dei sintomi è superiore a 72 ore.

Grado III: ai marcati segni di flogosi della colecisti si associa una compromissione delle funzioni vitali caratterizzate:

- 1) Cardiovascolare: ipotensione che necessita dosi di Dopamina > 5...../minuto o noradrenalina
- 2) Neurologiche: ridotto livello di coscienza
- 3) Respiratorie: $PAO_2/Fi < 300$
- 4) Renali: oliguria, Creatinina > 2mg/dl
- 5) Epatiche: INR > 1.5
- 6) Ematologiche: Piastrine < 100.000

Questo va integrato con la valutazione anestesiológica descritta in precedenza (CCI Score Charlson Comorbidity index, l'ASA-PF Score) e per quel che attiene alla tecnica il cui Gold Standard è rappresentato dalla tecnica laparoscopica, con le controindicazioni anestesiológicas ad essa rappresentate da:

- Assolute: Aumento della pressione intratoracica (tumori, idrocefalo)

Ipovolemie Severe

Shunt ventricolo peritoneali, ventricolo giugulari non clampati

- Relative: Pazienti cardiopatici con frazione di eiezione < 30% all'Ecocardiogramma

Le controindicazioni assolute all'anestesia per chirurgia laparoscopica sono rare. Lo pneumoperitoneo e' da evitare in pazienti con incrementi della pressione intracranica (tumori, idrocefalo, trauma cranico), ipovolemie severe, shunt ventricolo peritoneali, e shunt ventricolo giugulari. In quest'ultimo caso lo pneumoperitoneo puo' essere comunque effettuato in sicurezza se lo shunt viene clampato prima dell'insufflazione peritoneale.

In pazienti cardiopatici la funzione cardiaca deve essere valutata alla luce delle alterazioni emodinamiche prodotte dallo pneumoperitoneo e dalla posizione del paziente. I pazienti con scompenso cardiaco congestizio e con valvulopatie severe sono quelli a maggior rischio di complicanze intra e post operatorie, i pazienti con cardiopatia ischemica possono invece

Percorso diagnostico Terapeutico
 assistenziale PDTA

PDTA Colecistite Acuta

Rev. 00 del
 20/05/2019

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

Pag. 30 di 54

affrontare la laparoscopia senza aggravio di rischio rispetto alla chirurgia "open. Nel cardiopatico sono controindicazioni relative alla induzione del pneumoperitoneo le frazioni di eiezione ventricolare < 30% all'ecocardiogramma

La valutazione preoperatoria del paziente con cardiopatia non puo' prescindere dalla valutazione ecocardiografica. Se la frazione di eiezione e' superiore al 30% la laparoscopia e' affrontabile, se la frazione di eiezione e' invece inferiore al 30% la laparoscopia deve essere evitata o affrontata con opportune precauzioni:

- potenziamento del monitoraggio (ecocardiografia transesofagea, linea arteriosa invasiva, catetere di Swan Ganz, analisi continua del tratto ST) - precauzioni nella tecnica chirurgica (insufflazione del pneumo lenta, limitazione della pressione intraddominale, evitare posizioni estreme, riduzione dei tempi chirurgici)
- adattamenti nella tecnica anestesiológica (ottimizzare la volemia prima dello pneumoperitoneo, uso intraoperatorio di vasodilatatori, risveglio lento e sotto controllo pressorio).

8.2.1 Tabella Fase Terapeutica

CONDIZIONE	PROCEDURA	MODALITA' D'ACCESSO	TEMPI PREVISTI
RICOVERO	Degenza	Chirurgo Reparto Infermieri reparto UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza Piastra Piano Terra Tel. 06.5870.3025	Entro 36 dall'ingresso in PS
	Terapia Intensiva	Anestesista CR1 UOSD Shock e Trauma Piastra Piano Terra Tel.06.5870.3146	Immediato se necessario
	Cofangio-RM	Medico Radiologo UOC Radiologia Tel. 06.5870.3206	Entro 48 dalla richiesta
	ECO Endoscopia	Medico Gastroenterologo UOC Gastroenterologia Padiglione Bassi Il Piano Endoscopia Tel.06.5870.3402/3168	Entro 48 ore dalla richiesta
	CPRE	Medico Gastroenterologo UOC Radiologia UOC Gastroenterologia Radiologia Piastra Sala Telecomandati FAX 06.5870.5210	Entro 48 ore dalla richiesta
	Drenaggio	Radiologia Interventistica I piano	Entro 48 ore dalla richiesta

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA	PDTA Colecistite Acuta	Rev. 00 del 20/05/2019
Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04		Pag. 31 di 54

	Percutaneo	Padiglione PUDDU Primo Piano UOC Radiologia Interventistica Tel. 06.5870.3220	
INTERVENTO CHIRURGICO	Atto Chirurgico	Chirurgo Blocco operatorio DEA Seminterrato Piastra UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza Tel 065870.3026	Entro 72 ore dalla diagnosi
	Anestesia	Anestesista DEA UOSD Shock e Trauma Piastra Piano Terra tel. 065870 3146-3147	Idem
	Colangiografia Intraoperatoria	Tecnico Radiologia Medico Radiologo UOC Radiologia Tel.06.5870.3095/3097	Intraoperatoria se richiesta
	Esame Istologico	Istologia UOC Anatomia e Istologia Patologica Malpighi 1 piano tel. 065870.4822-4823	Entro 30 giorni dall'intervento
POSTOPERATORIO	Degenza	Chirurgo Reparto Infermieri reparto UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza Piastra Piano Terra Tel. 06.5870.3025	Entro 7 giorni escluse complicanze
	Visita Ambulatoriale	Chirurgo Poliambulatorio Piastra I Piano UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza Tel.06.5870.3061	Entro 7 giorni dalla dimissione
	Esami di controllo	Idem	Secondo clinica

8.2.2 Colecistite Acuta Semplice

I-II Grado

Il paziente affetto da colecistite acuta di I-II Grado non complicata da calcolosi della VBP, in cui non si ritengono necessari ulteriori approfondimenti diagnostici, viene sottoposto alle indagini preoperatorie e preso in carico dall'UOC di Chirurgia Generale. Al paziente mantenuto a digiuno verranno somministrati liquidi EV antibiotici e analgesici. Nei pazienti non ad alto rischio (CCI \leq 5 e/o ASA) score utilizziamo come antibiotico di I scelta la cefazolina. In quelli con colecistite di II grado o rischio elevato si preferisce eseguire una antibiotico terapia con piperacillina-Tazobactam.

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

PDTA Colecistite Acuta

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 32 di 54

L'intervento di colecistectomia si esegue con tecnica laparoscopica da eseguirsi entro 72-96 ore dal ricovero.

Prima di essere sottoposti ad intervento chirurgico al paziente viene fatto firmare il consenso all'intervento e all'anestesia (All.5-7)

Se il rischio operatorio rimane elevato si può optare per un trattamento conservativo con eventuale colecistectomia differita, se viceversa il quadro di colecistite acuta non regredisce con la terapia antibiotica si può ricorrere al drenaggio per via percutanea.

III grado

In questi pazienti i due parametri che devono essere considerati sono i fattori predittivi indicanti un possibile rapido deterioramento dello stato generale e la presenza di segni e sintomi di shock già al momento della valutazione preoperatoria. Dopo infusione di liquidi ed antibioticoterapia, la valutazione di questi parametri associata al CCI e all'ASA score stabiliscono la sequenza terapeutica:

1. in assenza di segni predittivi negativi e di shock è possibile intraprendere un intervento chirurgico laparoscopico, se l'ASA score non è accettabile si può precedere con un drenaggio percutaneo e proseguire con un trattamento conservativo.
2. In presenza di fattori predittivi e di shock, è necessario sostenere il quadro generale facendo ricorso anche al drenaggio percutaneo precoce e attuare un intervento differito/elettivo solo se ASA score accettabile. I pazienti che rientrano in questa categoria per la severità del quadro clinico e le condizioni generali, dopo l'intervento chirurgico spesso richiedono un supporto rianimatorio e pertanto, necessitano di un'osservazione postchirurgica in terapia intensiva. In assenza di controindicazioni di carattere anestesilogico, il successivo decorso post-operatorio avviene presso il reparto di chirurgia generale. I pazienti degenti presso altre unità operative, in accordo con il quadro clinico e le condizioni generali, possono, dopo una procedura di carattere interventistico (drenaggio percutaneo) proseguire il successivo iter diagnostico-terapeutico presso il reparto di appartenenza.

8.2.3 Colecistite acuta alitiasica

Può svilupparsi in assenza di calcoli dopo interventi di chirurgia maggiore soprattutto di tipo cardiovascolare o in pazienti critici. Diabete mellito, pazienti settici, neoplasie maligne, vasculiti, shock ipovolemico e/o cardiogeno, arresto cardiaco, sono i fattori che possono associarsi alla CAA. I pazienti con diagnosi di CAA di grado lieve non necessitano di trattamento chirurgico e possono beneficiare di un trattamento conservativo basato su l'antibioticoterapia. I gradi con severità maggiore si evidenziano nei pazienti degenti presso terapie intensive specialmente dopo interventi chirurgici cardio-vascolari. La complessità di tali pazienti e la severità del quadro clinico, impongono in una percentuale elevatissima di casi di

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04	PDTA Colecistite Acuta	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 33 di 54
---	-------------------------------	--

dover ricorrere ad un intervento chirurgico in urgenza di colecistectomia laparotomica. L'approccio tradizionale è dettato dall'elevato ASA score e dal CCI>5 che contraddistingue tali pazienti. Solo in pochi casi è possibile attuare un trattamento conservativo (antibioticoterapia/drenaggio percutaneo), in quanto il quadro flogistico è sostenuto dall'insufficienza cardiaca e la lenta o mancata risoluzione del quadro addominale peggiora gli outcome di tali pazienti

CLASSIFICAZIONE ASST COLECISTITE ACUTA

AAST Grade	Descrizione	Criteri clinici	Imaging Criteria (CT/US)	Criteri Intraoperatori	Criteri anatomopatologici
I	Colecistite Acuta	Dolore ipocondrio dx/epigastrio Murphy + Leucocitosi	Ispessimento pareti Distensione Sabbia o calcoli Fluido pericolecistico	Alterazioni flogistiche colecisti; Ispessimento pareti Distensione Calcoli o sabbia	Flogosi acuta della colecisti senza necrosi o pus
II	Empiema della colecisti o colecisti gangrenosa	Dolore ipocondrio dx/epigastrio Murphy + Leucocitosi	Presenza di aria nel lume della colecisti, pareti o albero biliare. Difetto focale della mucosa senza perforazione	Precedenti + Distensione della colecisti con idropica o purulenta necrosi o gangrene della parete senza perforazione.	Precedenti + Pus nella colecisti, necrosi della parete, ascessi intramurali senza perforazione
III	Colecistite perforata	Segni di peritonite localizzata ipocondrio destro	Versamento pericolecistico e difetto della parete	Colecisti perforata con versamento biliare limitato all'ipocondrio destro	Necrosi della parete con perforazione della colecisti
IV	Colecistite perforata con ascesso pericolecistico o fistola enterica	Peritonite localizzata, distensione addominale con ostruzione intestinale	Ascesso IPDX, fistola bilio-enterica, ileo biliare	Ascesso pericolecistico, fistola bilio-enterica, ileo-biliare	Necrosi della parete con perforazione della colecisti
V	Colecistite Acuta perforate con peritonite generalizzata	Precedenti + peritonite generalizzata	Versamento biliare libero	Precedenti + peritonite generalizzata	Necrosi della parete con perforazione della colecisti

8.2.4 Colecistite Acuta Complicata da litiasi coledocica

La Colangio Pancreatografia Retrograda Endoscopica (CPRE) con sfinterotomia è in grado di raggiungere la bonifica dei calcoli della via biliare nell'87%-100% dei casi con morbilità del 5% circa. La tollerabilità e le percentuali di successo della procedura sono più alte se la procedura è eseguita in sedazione (propofol) o in anestesia generale.

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

PDTA Colecistite Acuta

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 34 di 54

Il timing ottimale per effettuare una CPRE terapeutica nella gestione dei pazienti con coledocolitiasi dipende dallo scenario clinico. Le attuali linee guida raccomandano in tutti i pazienti con coledocolitiasi, sintomatici e asintomatici, di eseguire una clearance endoscopica del coledoco ed una colecistectomia laparoscopica

Nell'approccio sequenziale classico (prima CPRE poi colecistectomia laparoscopica), la colecistectomia dovrebbe essere effettuata entro due settimane o oltre le sei settimane.

Pazienti con segni di shock settico o che presentano peggioramento del quadro clinico nonostante terapia antibiotica appropriata necessitano di decompressione urgente (entro le 24 h dalla presentazione). L'estrazione endoscopica e/o lo stenting biliare sono raccomandate. Nei casi in cui la CPRE fallisca, la forma alternativa di trattamento è il drenaggio percutaneo.

Nei pazienti con colecistite acuta le linee guida suggeriscono di eseguire una colecistectomia precoce, possibilmente entro una settimana dalla diagnosi e rimuovere i calcoli tramite CPRE prima o durante la colecistectomia laparoscopica.

8.2.5 Drenaggio percutaneo

La colecistostomia percutanea (PC) è una procedura interventistica, mini-invasiva, finalizzata a decomprimere la colecisti in pazienti critici, sintomatici, con condizioni cliniche e laboratoristiche gravemente compromesse, i quali soffrono di colecistite acuta (calcolotica o acalcolotica) o di colangite e non possano essere sottoposti ad intervento chirurgico.

Il suo intento è migliorare le condizioni cliniche del paziente, ridurre la risposta infiammatoria sistemica e scongiurare il rischio di insorgenza di complicazioni: empiema, gangrena, perforazione o peritonite.

Può essere utilizzata come misura temporanea (terapia ponte) mentre si attende la risoluzione della sepsi o come terapia definitiva in pazienti ad alto rischio, non idonei alla chirurgia.

Controindicazioni Assolute: interposizione di anse intestinali o severo sanguinamento .

Controindicazioni Relative: 1) alterazione della coagulazione (piastrine < 50.000/mm³, INR >1,5) e conseguenti rischi di sanguinamento 2) Neoplasia della colecisti, con probabilità di disseminazione 3) Colecisti completamente occupata da calcoli.

Il paziente deve essere sottoposto ad una terapia antibiotica ad ampio spettro, preferibilmente 12-24 h prima della procedura interventistica.

Prima della PC viene effettuata anestesia sottocutanea nel punto di accesso percutaneo e, se necessario, eseguita sedazione del paziente.

La procedura di PC consiste nel posizionamento di un ago o di un catetere di drenaggio nella colecisti, per rimuovere la bile infetta.

E' indicata nei pazienti ad alto rischio chirurgico, con colecistite moderata o severa, calcolotica o alitiasica, che non abbiano beneficiato della terapia medica (massimo 72 h).

Percorso diagnostico Terapeutico
 assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

PDTA Colecistite Acuta

Rev. 00 del
 20/05/2019

Pag. 35 di 54

La procedura viene, abitualmente, eseguita sotto guida ecografica e radiologica, raramente sotto guida TC. Il successo tecnico rasenta il 100%.

Opportuno disporre del consenso informato, letto e firmato dal paziente (All. 10).

Non vi sono trial randomizzati che stabiliscono il timing chirurgico dopo l'esecuzione di un drenaggio percutaneo. Questa metodica interventistica viene proposta in pazienti con comorbidità o quadri generali compromessi in cui l'intervento chirurgico non è raccomandato. Diversi studi hanno dimostrato che l'intervento chirurgico differito, eseguito a breve distanza dall'esecuzione di un drenaggio percutaneo, in pazienti con ASA score e CCI accettabile dopo l'evento acuto, risulta tecnicamente più difficile. In alcuni studi viene raccomandato un timing di 4-6 settimane dopo l'esecuzione di una colecistostomia percutanea ottenendo risultati migliori in termini di sanguinamento intraoperatorio, tempo operatorio, tasso di conversione e complicanze intra e post-operatorie.

8.2.6 Dimissione Protetta e follow up

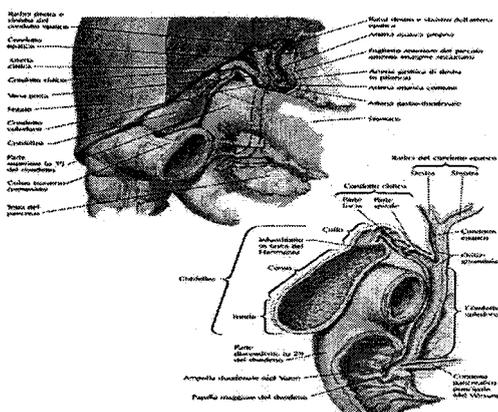
Il paziente concluso l'iter terapeutico viene inviato in dimissione protetta (Cod.5) presso l'ambulatorio chirurgico al fine di garantire un percorso assistenziale dopo la dimissione della durata massima di trenta giorni. In esso vengono effettuate le medicazioni postoperatorie e gli eventuali esami di controllo con cadenza stabilita al momento della dimissione e successivamente dal chirurgo dell'ambulatorio.

Anche i pazienti che non sottoposti ad intervento chirurgico vengono presi incarico da questo ambulatorio, in cui si valuterà l'indicazione e l'eventuale timing di un intervento chirurgico differito.

8.2.7 Anatomia Patologica

Anatomia normale della colecisti

La colecisti (o cistifellea) è il serbatoio in cui la bile viene accumulata e concentrata, grazie alle proprietà assorbenti della sua mucosa. La colecisti ha una lunghezza di 8-10 cm, una larghezza di



nell'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/19/04

PDTA Colecistite Acuta

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 36 di 54

3-4 cm e può contenere, in condizioni di media replezione, 50-60 cm³ di bile.

Quadri Anatomico-Patologici:

Colecistite acuta: Si presenta di solito dilatata, tesa, con parete ispessita ricoperta da una sierosa di colorito rosso-brunastro. Nelle forme gangrenose la superficie della sierosa è verde-nerastra con ulcerazioni di varia ampiezza. Il lume oltre ai calcoli presenti nell'80% dei casi è occupato da bile torbida mista a sangue o pus.

Colelitiasi: I calcoli variano considerevolmente nella composizione chimica i cui costituenti in soli o in combinazione sono il colesterolo, calcio bilibirunato e carbonato di calcio.

- - puri (10% circa) sono costituiti da colesterolo (sono singoli, sferoidali, giallastri, associati a gravidanza) oppure da sali calcici di bilirubina non coniugata (multipli, nerastri, piccoli, associati con cirrosi o malattie emolitiche).
- - misti (80% circa dei casi) consistono di una varia combinazione di colesterolo, calcio carbonato e sali calcini di bilirubina (variano in numero e dimensioni, sono multipli e sfaccettati, determinano colecistite cronica).
- - combinati (10% circa) sono caratteristicamente grandi e singoli e determinano colecistite cronica.

Invio del campione operatorio chirurgico (COC)

L'invio del COC al laboratorio di Anatomia Patologica (AP) deve essere tempestivo. L'invio può avvenire: a) in assenza di liquido fissativo (sotto vuoto e a bassa temperatura entro 12 ore; a fresco entro 3 ore); b) immerso in soluzione al 10% di formalina tamponata. I brevi tempi di ischemia preservano le caratteristiche morfologiche del campione chirurgico.

L'orientamento del COC e la identificazione di aree di particolare interesse sono facilitati da repere/marcatori (i protocolli di marcatura sono da condividere in sede locale).

Il COC è accompagnato da richiesta di esame istologico (digitale o cartacea). La richiesta deve includere: a) dati anagrafici; b) informazioni cliniche di interesse patologico; c) identificazione di ciascuno dei campioni inviati; d) procedura chirurgica attuata.

Esame macroscopico e campionamento del campione operatorio chirurgico (COC)

L'esame macroscopico (diagnosi macroscopica) del COC è parte essenziale della diagnosi ed include:

Modalità di invio del campione (a fresco, sotto vuoto, fissato; campione giunto sezionato o non sezionato).

Procedura chirurgica adottata.

Identificazione dei subsiti anatomici presenti.

Misurazione del campione.

Descrizione e misurazione delle lesioni macroscopicamente visibili.

Valutazione della superficie sierosa.

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDPA/19/04

PDPA Colecistite Acuta

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 37 di 54

Campionamento:

1. dotto cistico (margine di exeresi chirurgica), collo e linfonodo
2. corpo
3. fondo

Diagnosi Istologica

La diagnosi istologica riassume l'insieme delle alterazioni microscopiche osservate nei preparati istologici allestiti durante il campionamento:

- colecistite acuta (litiasica/ acalcolotica)
- colecistite acuta con peritonite consensuale
- colecistite cronica litiasica riacutizzata

Il riscontro di neoplasie maligne modifica la diagnosi istologica suddescritta che è completata dalla stadiazione secondo UICC2017 (8^a edizione).

Il referto anatomico-patologico in tal caso è comunicato al chirurgo entro tempi brevi (entro 15 giorni).

Le principali diagnosi istologiche descrivono la normalità del viscere ovvero i vari stadi evolutivi patogenetici

9. SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI

I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere il PDPA, rispettano le indicazioni della legislazione e normativa vigente nazionali e regionali senza scostamenti od eccezioni.

Gli unici limiti che possono essere immaginati nella corretta applicazione del PDPA sono limiti strutturali, sala operatoria impegnata per altro intervento, mancanza posto letto in reparto.

Non sono viceversa ipotizzabili limiti organizzativi visto che non vi sono contrasti tra i professionisti che devono concorrere al perfetto funzionamento del PDPA.

E' Altresì possibile che i tempi previsti per effettuare gli esami diagnostici e le consulenze possano subire dei ritardi nei casi in cui le sezioni radiologiche o i consulenti siano impegnati in urgenze indifferibili.

Percorso diagnostico Terapeutico
 assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDPA/19/04

PDPA Colecistite Acuta

Rev. 00 del
 20/05/2019

Pag. 38 di 54

10. VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDPA

Modalità previste per la valutazione dell'applicabilità del PDPA sia dal punto di vista clinico - organizzativo sia per quanto riguarda la valutazione dell'efficacia.

INDICATORE	VALORE ATTESO	RESPONSABILE
Documentazione correttamente distribuita	100%	Coordinatore infermieristico
Corso formazione	100%	Coordinatore gruppo
Esami di laboratorio dal triage	90%	Infermiere di Triage
% tecnica laparoscopica vs Laparotomia	60%	UOC Chirurgia generale e d'Urgenza
% TC diagnostiche per la valutazione della patologia colecistocolodocica acuta	90%	UOSD Radiologia d'Urgenza
% Ecografie diagnostiche per la valutazione della patologia colecistocolodocica acuta	80%	UOSD Radiologia d'Urgenza
Tempi permanenza PS per diagnostica < 6 ore	80%	UOC Medicina d'Urgenza e Accettazione
Tempi di permanenza in PS in attesa di ricovero < 24 ore	80%	UOC Chirurgia generale e d'Urgenza
% rifiuto ricovero <	< 10%	UOC Chirurgia generale e d'Urgenza
n. Pazienti ricoverati con DRG Colecistite e non operati	< 30%	
Giorni di Degenza colecistiti acute senza litiasi VBP < 6gg	80%	UOC Chirurgia generale e d'Urgenza
Giorni di Degenza colecistiti acute con litiasi VBP < 8gg	80%	UOC Chirurgia generale e d'Urgenza
Intervento entro le 72 dalla diagnosi o 96 dalla sintomatologia	80%	UOC Chirurgia generale e d'Urgenza

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

PDTA Colecistite AcutaRev. 00 del
20/05/2019

Pag. 39 di 54

11. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE

Il PDTA della Calcolosi colecisto-coledocica acuta deve essere disponibile in forma cartacea nei reparti di degenza, negli ambulatori e presso la Direzione Sanitaria.

In formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Risk Management e nella sezione dei Dipartimenti coinvolti.

12. REVISIONE E AGGIORNAMENTO

Il presente PDTA sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- 1) Ansaloni et al. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis
World Journal of Emergency Surgery (2016) 11:25 DOI 10.1186/s13017-016-0082-5
- 2) Fumihiko Miura et al. TG13: Updated Tokyo Guidelines for acute cholangitis and acute cholecystitis J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013) 20:47-54. DOI 10.1007/s00534-012-0563-1
- 3) Seiki Kiriya et al. TG13: Updated Tokyo Guidelines for acute cholangitis and acute cholecystitis J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013) 20:24-34. DOI 10.1007/s00534-012-0561-3
- 4) Kohji Okamoto et al. Tokio Guidelines 2018: flowchart for the management of acute Cholecystitis J Hepatobiliary Pancreat Sci 2018 25:55-72
- 5) Masamichi Yokoe et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis J Hepatobiliary Pancreat Sci 2018 25:41-54
- 6) Dynamed Plus Acute Cholecystitis
- 7) Massimo Tonolini et al Urgent MRI with MR cholangiopancreatography (MRCP) of acute cholecystitis and related complications: diagnostic role and spectrum of imaging findings Emergency Radiology August 2012, Volume 19, Issue 4, pp 341-34
- 8) Jordy J. S. Kiewiet et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Diagnostic Performance of Imaging in Acute Cholecystitis1 *Radiology*: Volume 264: Number 3—September 2012
- 9) Williams EJ., et. al. Updated guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut 2017;66:765-782 doi:10.1136/gutjnl-2016-312317.
- 10) Maple JT., Ben-Menachem T., Anderson, M. A., et al. ASGE guidelines: The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis. Gastrointestinal Endoscopy 2010;71(1), 1-9. doi:10.1016/j.gie.2009.09.041
- 11) National Institute for Health and Care Excellence. Gallstone disease. Diagnosis and management (Clinical Guideline 188) October 2014. Disponibile a:www.nice.org.uk/CG188. Ultimo accesso 31 agosto 2018
- 12) Maple JT., Ikenberry SO., Anderson MA., et al. ASGE Guideline: The role of endoscopy in the

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04	PDTA Colecistite Acuta	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 40 di 54
---	-------------------------------	--

management of choledocholithiasis. Gastrointest Endosc 2011;54:731-744

13)Huiquin He, Chenfei Tan, Jiaguo Wu, et al. Accuracy of ASGE high-risk criteria in evaluation of patients with suspected common bile duct stones. Gastrointest Endosc 2017;86:525-532

14)Rosai and Ackerman's Surgical Pathology (11[^] Edizione)

15)Anatomia Umana – Edi Ermes

14. ALLEGATI

- 1 Consenso Informato TC
- 2 Modulo Richiesta Colangio-RM
- 3 Consenso Informato Colangio-RM
- 4 Consenso informato Ecoendoscopia
- 5 Consenso Informato Atto Chirurgico
- 6 Cartella Anestesiologica
- 7 Consenso Informato Anestesia
- 8 Modulo richiesta esame Istologico
- 9 Consenso Informato CPRE
- 10 Consenso Informato Drenaggio Percutaneo
- 11 Foglio di Dimissione



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE
LAZIO

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDPA/19/04

PDPA Colecistite Acuta

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 41 di 54

Allegato 1: Consenso Informato TC

Consenso Informato

IO SOTTOSCRITTO _____ Sesso M F

DO IL CONSENSO A ESEGUIRE SULLA MIA PERSONA O SU PERSONA DA ME RAPPRESENTATA
LA PROCEDURA DIAGNOSTICA _____

DICHIARO DI AVER BEN COMPRESO LA NATURA, LO SCOPO, I RISCHI E LE POSSIBILI
CONSEGUENZE CONNESSE ALLA PROCEDURA SUDETTA E LE EVENTUALI ALTERNATIVE.

QUANTO SOPRA MI E' STATO BEN ILLUSTRATO DAL DOTT. _____

ED AVENDO AVUTO IL TEMPO PER EFFETTUARE LE OPPORTUNE VALUTAZIONI DICHIARO DI
ACCETTARE OGNI EVENTUALE RISCHIO E LE RELATIVE CONSEGUENZE.

ROMA _____

FIRMA LEGGIBILE DEL TITOLARE DEL CONSENSO _____

FIRMA LEGGIBILE DEL MEDICO _____

(PER LE DONNE IN ETA' FERTILE)

DICHIARO DI NON ESSERE / NON AVERE IL SOSPETTO DI ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA

FIRMA LEGGIBILE _____

AVVISO IMPORTANTE

L'ORARIO DELLA PRENOTAZIONE E' INDICATIVO E PER MOTIVI TECNICI O ESIGENZE CLINICHE
POTREBBE NON ESSERE RISPETTATO

L'UTENTE POTRA' ESSERE CONTATTATO TELEFONICAMENTE AL NUMERO FORNITO
PRECEDENTEMENTE PER EVENTUALI COMUNICAZIONI

DI PREGA DI COMUNICARE L'EVENTUALE DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE

PRIMA DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME DOVRA' ESSERE CORRISPOSTO IL TICKET PRESSO LA
CASSA DEL CUP

ORARIO CASSA CUP : dal lunedì al venerdì ore 8,00 - 18,00
Sabato : ore 8,00 - 12,45

PORTARE LA FOTOCOPIA DEL TESSERINO DELL'ESENZIONE

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

PDTA Colecistite AcutaRev. 00 del
20/05/2019

Pag. 42 di 54

Allegato 2: Modulo Richiesta Colangio-RM**Modulo richiesta esame di Risonanza Magnetica****Attenzione :**

1. Sarà respinta ogni richiesta incompleta delle informazioni sotto elencate;
2. insieme all'utente dovrà essere inviata la cartella clinica comprensiva delle risposte agli esami diagnostici già effettuati

Ospedale.....Div./Sez.....

Cognome.....Nome.....Data di nascita.....Peso.....

Altezza.....

Diagnosi.....Tipo di esame

richiesto.....

Quesito diagnostico.....

Esami diagnostici già effettuati e sintetico esito:

1.

2.

Firma medico richiedente.....

Questionario Anamnestico

E' affetto da insufficienza renale?..... SI NO

HA avuto reazioni allergiche a mezzo di contrasto RM?..... SI NO

Soffre di claustrofobia?..... SI NO

Hai mai lavorato come saldatore , tornitore o carrozziere?..... SI NO

Hai mai subito infortuni stradali, da caccia o esplosioni ?..... SI NO

Hai avuto interventi chirurgici (data)?..... SI NO

Se si specificare :

Clips su vasi sanguigni o stents intravascolari ?..... SI NO

E' in stato di gravidanza ?..... SI NO

E' allergico ai metalli ?..... SI NO

E' portatore di:

PACE-MAKER cardiaco o defibrillatori o altri tipi di cateteri cardiaci ?..... SI NO

Valvole cardiache ?..... SI NO

Neurostimolatori , elettrodi impiantati sul Sistema Nervoso ?..... SI NO

Derivazioni spinali o ventricolari ?..... SI NO

Distraitori della colonna vertebrale ?..... SI NO

Protesi metalliche ,viti, chiodi, filo, etc. ?..... SI NO

Corpi metallici nelle orecchie o impianti dell'udito ?..... SI NO

Protesi del cristallino ?..... SI NO

Protesi dentarie mobili o fisse ? (sottolineare)..... SI NO

Schegge metalliche? (Se SI specificare)..... SI NO

Pompe da insulina e altri farmaci ?..... SI NO

Contraccettivi uterini ?..... SI NO

E' portatore di piercing (localizzazione)..... SI NO

Presenta tatuaggi ? (localizzazione)..... SI NO

Sta' utilizzando cerotti medicali ?..... SI NO

E' affetto da anemia falciforme ?..... SI NO

Altro da segnalare, soprattutto in relazione a situazioni eccezionali che abbiano reso impossibile una completa

documentazione delle condizioni oggettive di rischio che possono costituire controindicazioni alla

RM:.....

*med. life**segue*

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

PDTA Colecistite AcutaRev. 00 del
20/05/2019

Pag. 43 di 54

Allegato 3 : Consenso Informato Colangio-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

Spazio per l'etichetta

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

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

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

PDTA Colecistite AcutaRev. 00 del
20/05/2019

Pag. 44 di 54

Allegato 4 : Consenso informato Ecoendoscopia

tel. 06/58703670 - fax 06/58705210

**SCHEDA INFORMATIVA PER IL CONSENSO INFORMATO ALLA
ECOENDOSCOPIA(EUS)**

Gentile Sig./ra, questa scheda informativa è stata formulata per illustrarle la metodica a cui verrà sottoposto. L'eco-endoscopia (EUS) è un esame che permette di studiare la struttura di organi cavi del tratto digestivo superiore (esofago, stomaco, duodeno), inferiore (canale anale e retto) o solidi localizzati vicino ai precedenti (vie biliari e pancreas, linfonodi, prostata), mediante uno strumento chiamato ECO-Endoscopia; esso è costituito da un tubo di circa 1 cm di diametro provvisto di fibre ottiche o di una minitelecamera posta all'apice associata a una mini sonda ecografica. Questo strumento permette di esaminare in dettaglio, con visione diretta, tutta la superficie interna di questi organi, ma soprattutto permette di studiare la parete del tratto digestivo e gli organi ad essa adiacenti con una precisione che raggiunge il 98% dei casi. Questa metodologia risulta pertanto superiore al semplice esame endoscopico, ecografico e radiologico, perché offre una visione sia di là delle alterazioni superficiali rilevate all'esame endoscopico ed una elevata definizione di alcuni organi come il pancreas e le vie biliari.

Inoltre con l'esame Eco-endoscopico (EUS) si possono effettuare biopsie sia della parete che extraparietali (es. masse pancreatiche, cisti, ascessi etc.)

PREPARAZIONE ALL'ESAME

E' necessario praticare un digiuno minimo di 6/8 ore per evitare che possano sorgere riflessi del vomito e che residui di cibo ostacolino la visione. Se l'esame è previsto per il pomeriggio è permessa una leggera colazione la mattina presto. Eventuali farmaci per terapie antiepilettiche, antipertensive, cardiologiche, polmonari o antibiotiche vanno regolarmente assunti, anche la mattina dell'esame. Non debbono essere assunti farmaci con residui colorati (carbone vegetale o ferro) o comunque liquidi colorati nel periodo di digiuno preparatorio (caffè, tè, succhi di frutta). E' ammessa l'assunzione di modiche quantità di acqua.

Prima dell'inizio dell'esame comunicare al medico eventuali allergie a farmaci ed al lattice della gomma.

La terapia con farmaci antiaggreganti o aspirina dovrà essere sospesa nei sette giorni precedenti l'esame endoscopico, in caso di richiesta di biopsie o polipectomie, e comunque il paziente in terapia anticoagulante (protesi cardiache o vascolari) dovrà rivolgersi al centro presso cui al seguito, segnalando le procedure che dovrà eseguire, in modo da adeguare la terapia anticoagulante, onde evitare complicanze emorragiche. E' inoltre opportuno richiedere sempre allo stesso centro l'eventuale necessità di terapie antibiotiche profilattiche.

ESECUZIONE DELL'ESAME

L'esame avviene in posizione sdraiata sul fianco sinistro. Correntemente viene praticata un'anestesia della gola e della lingua con uno spray. Quindi sarà posizionato fra i denti un boccaglio di plastica morbida che ha lo scopo di impedire movimenti che possano danneggiare lo strumento.

Nel caso particolari di ansia o paura di eventuale dolore, potrà essere somministrato per via endovenosa un sedativo e eventualmente un antispastico il cui effetto seppure attenuato può prolungarsi per alcune ore ritardando riflessi e attenzioni. In questi casi pertanto e' proibito guidare autoveicoli o esercitare attività a rischio per le 12 ore successive.

L'esame di per sé non è doloroso, ma fastidioso soprattutto per l'aria che viene insufflata, necessaria per avere un campo visivo più ampio; per migliorare la sopportazione della tecnica, vi saranno date dagli operatori delle istruzioni nel corso dell'esame. In caso di comparsa di dolori e' sufficiente avvertire il medico o l'infermiere per che modifichino l'esecuzione della procedura.

Nei soggetti esenti da altre patologie non esistono praticamente complicazioni. I casi di perforazione o di emorragia indotta dalla biopsia sono estremamente rari (0.05% nella letteratura più recente). Complicanze cardiopolmonari possono comparire nello 0.05% soprattutto in persone già affette da tale patologia. E' quindi importante segnalare eventuali patologie cardiache e respiratorie perché l'operatore possa predisporre o attuare misure preventive idonee.

Nei casi in cui sia stato somministrato un sedativo vi sarà chiesto di soggiornare nei locali del reparto per un tempo indicato dal medico, per controllarne gli effetti.

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04

PDТА Colecistite Acuta

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 45 di 54

Allegato 5: Consenso Informato Atto Chirurgico

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO- FORLANINI
UOC CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA
Direttore Prof. Pierluigi Marini

Dichiarazione di avvenuta informazione e di espressione del consenso all'atto medico

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ dichiaro di essere stata informata/o, sia durante la prima visita che
durante il ricovero, in modo chiaro ed a me comprensibile dal Prof/Dr. _____

che dall'esame clinico e dalle indagini preoperatorie eseguiti mi è stata riscontrata una sospetta
Colecistite Acuta per la quale è indicata l'intervento chirurgico di **Colecistectomia** (che sarà eseguito in
anestesia generale). **Può venire eseguito per via LAPAROSCOPICA o LAPAROTOMICA e consiste
nell'asportazione della colecisti malata con il posizionamento di un drenaggio, per consentire la
fuoriuscita del materiale infetto.**

Sono stata/o anche informata/o che potrebbe rendersi necessario modificare l'intervento chirurgico, in
rapporto alla valutazione intraoperatoria, per la presenza di anomalie anatomiche e/ altre patologie
misconosciute o per impedimenti di carattere tecnico e che queste situazioni potrebbero richiedere,
qualora l'intervento sia iniziato per via laparoscopica, anche la conversione nella via tradizionale,
laparotomica, per poterlo terminare in tutta sicurezza.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici e gli eventuali rischi e/o
menomazioni prevedibili e comunque mi è stato detto che residueranno una o più cicatrici.

Sono anche stato/a informata/o delle possibili complicanze legate alla metodica chirurgica, quali:

- **Lesioni della via biliare extraepatica**, che possono comportare perdita di bile più o meno importante.
Tali lesioni richiedono spesso procedure aggiuntive quali la colangio-pancreatografia retrograda o il
drenaggio biliare transepatico e talvolta la necessità di reinterventi.
- **Lesioni vascolari** di rami arteriosi dell'arteria epatica, che possono verificarsi per la presenza di
aderenze che coinvolgono l'albero biliare e/o le strutture vascolari.
- **Emorragie** che, quando si verificano nel periodo postoperatorio, possono richiedere un reintervento;
- **Lesioni di visceri cavi** il più delle volte dovute alla lisi delle aderenze presenti
- **Pancreatite acuta** la cui evoluzione verso forme severe non è prevedibile. Rappresenta una complicanza
temibile e possibile degli interventi nel distretto bilio-pancreatico;
- **Calcolosi residua** della via biliare principale, che potrebbe richiedere metodiche aggiuntive per la risoluzione
del problema.

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04

PDТА Colecistite Acuta

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 46 di 54

- **Lesioni cicatriziali tardive** di rami della via biliare extraepatica
- **Second look** ovvero un reintervento di completamento in funzione del referto istologico della colecisti
- **Complicanze generiche** a carico di cuore, polmoni, fegato, reni e cervello possono verificarsi in soggetti particolarmente anziani con importanti malattie d'organo o sistemiche così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da: _____

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico, con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario, anche modificando il programma terapeutico. Ciò premesso,

Dichiaro di essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente.

Dichiaro, altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti.

- **Quindi, consapevolmente ACCONSENTO NON ACCONSENTO al trattamento chirurgico propostomi, che verrà praticato dall'equipe di questa Unità.**
- **AUTORIZZO NON AUTORIZZO , inoltre i sanitari curanti, ove durante l'intervento chirurgico venissero evidenziate altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, al loro trattamento, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato.**
- **Inoltre, ACCONSENTO NON ACCONSENTO che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo riserbo della mia privacy.**

Data _____

Firma del Medico

Firma del Paziente

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

PDTA Colecistite AcutaRev. 00 del
20/05/2019

Pag. 47 di 54

Allegato 6: Cartella Anestesiologica**Cartella Anestesiologica**

Valutazione preoperatoria (...../...../.....)

Paziente: (M F età peso altezza Gruppo Rh.....)

Diagnosi / Intervento previsto:

• ALLERGIE - INTOLLERANZE: Farmaci: no si Allergeni ambientali: no si Alimenti: no si• FUMO DI TABACCO: Farmaci: no si Altre sostanze psicotrope: no si:• PRECEDENTI ANESTESIOLOGICI: A. GENER.: no si A. PERIF.: no si A. LOCOREG.: no si A. LOCALE: no siComplicanze riferite: no si:

• PATOLOGIE RIFERITE PREGRESSE o ATTUALI:

Precedenti ricoveri per cause mediche: no si:App. Resp.: no si:App. Cardiovasc.: no si:Sist. Nerv. Centr. e Perif.: no si:Altro: no si:

• ANAMNESI FARMACOLOGICA ATTUALE:

• ALTERAZIONI RISCOINTRABILI ALL'ESAME OBIETTIVO:

App. Resp.: no si:App. Cardiovasc.: no si:Sist. Nerv. Centr. e Perif.: no si:Altro: no si:Mobilità rachide cervic.: completa (< 35° rispetto al piano coronale) limitata (< 35°) nulla Distanza mento-tiroidea: > 6 cm < 6 cmRetrognazia: assente moderata graveApertura della bocca: distanza interincisiva: >=5 cm < 5 cmDentatura: propria (alterazioni: no si: Protetica: sup. e/o inf.Indice di Mallampati: Classe 1 Classe 2 Classe 3 Classe 4

• ALTERAZIONI EMATOCHIMICHE e STRUMENTALI:

ES. LABORATORIO: no si:(Sieropositività per: HBV: non noto no SI HCV: non noto no SI HIV: non noto no SD)E.C.G.: no si:RX TORACE: no si:ALTRO: no si:IL PAZIENTE, PROPOSTO PER INTERVENTO CHIRURGICO: di ELEZIONE di URGENZA di URGENZA INDIFFERIBILE
RIENTRA ATTUALMENTE NELLA CLASSE "A.S.A.": I II III IV DI RISCHIO ANESTESILOGICO• PRESCRIZIONI PREOPERATORIE: nessuna, "nulla osta" all'intervento. Sangue autologo: Disponibili n°..... un. / Non disponibile; Recupero intraoperatorio perdite ematiche: Predisposto / Non predisposto. Non sono stati richiesti emoderivati. Richieste / Disponibili: Emazie conc., n°..... un. / Plasma, n°..... un. / Piastrine, n°..... un.

• PREMEDICAZIONE:

Dot.

Firma:

Ora:

NO O ₂ aria	%	%	%
An. Inalatorio			
Ipnotico			
Miorilassanti			
Morfineici			
Altri			
Cristalloidi			
Colloidi			
Emoderivati			
Annozzione n°			

Legenda	240																			
PS Polialina "Reitranic"	220																			
SF NaCl 0,9%	200																			
RL Ringier Lattaco	180																			
E Emagel	160																			
F Fruttosio 5%	140																			
G Glucosio 5%	120																			
S Sangue	100																			
Pl. Plasma	80																			
PP Plastico	60																			
↓ Inizio Anestesia	40																			
↑ Fine Anestesia	20																			
□ Inizio Intervento	0																			
■ Fine Intervento																				
v P.A.S. mmHg																				
A P.A.D. mmHg																				
• R.C. b.p.m.																				

ETCO ₂ mmHg																				
PVC cmH ₂ O																				
Temp. °C																				
DIURESI ml																				
PERDITE ml																				

ANNOTAZIONI

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

PDTA Colecistite AcutaRev. 00 del
20/05/2019

Pag. 49 di 54

Allegato 7: Consenso Informato Anestesia***Modulo di informazione e Consenso all'Anestesia e alla eventuale Trasfusione di Emoderivati***
(da leggere con attenzione)

Gentile Signore / Signora

L'intervento chirurgico che per Lei è stato programmato richiede un trattamento anestesilogico finalizzato a consentire le manovre chirurgiche in assenza di dolore.

Dalla valutazione del Suo stato generale di salute, in rapporto allo specifico intervento previsto, è emerso che la procedura anestesilogica più indicata per Lei è una:

 anestesia generale anestesia periferica anestesia locoregionale anestesia locale sedazione

La informiamo tuttavia che, per motivi di ordine clinico, nel corso dell'intervento potrebbe essere necessario modificare la tecnica di anestesia concordata.

Prima dell'intervento chirurgico Le potranno essere somministrati farmaci (preanestesia) per ridurre il livello di ansia e facilitare l'induzione anestetica.

Durante l'anestesia i Suoi parametri vitali (attività cardiaca, attività respiratoria, ecc.) saranno tenuti sotto controllo clinico, utilizzando anche apposite apparecchiature elettroniche.

Tale controllo, adeguato alle Sue condizioni e all'intervento chirurgico in atto, verrà proseguito nell'immediato periodo postoperatorio fino alla stabilizzazione dei parametri vitali.

L'anestesia moderna è sicura, tuttavia - come accade per tutte le discipline mediche - non è esente da complicanze anche gravi pur se attuata con perizia, diligenza e prudenza.

La informiamo inoltre che le Sue attuali condizioni patologiche:

potrebbero esporLa a complicanze aggiuntive:

Tenendo conto del tipo di intervento chirurgico che per Lei è stato programmato e delle Sue attuali condizioni generali, durante l'anestesia: è prevedibile non dovrebbe risultare necessaria la trasfusione di sangue omologo c/o di altri emoderivati.

In ogni caso, dal punto di vista medico, la decisione di procedere a trasfusione intraoperatoria di sangue omologo c/o di altri emoderivati spetta in ultima analisi all'anestesista, che terrà naturalmente conto dei rischi connessi alla trasfusione stessa, effettuandola solo in caso di effettiva necessità clinica.

Dichiaro che il medico Dr. mi ha fornito esaurienti informazioni sul trattamento anestesilogico che mi è stato proposto, sulle possibili tecniche alternative e sui sistemi di monitoraggio delle funzioni vitali che saranno utilizzati durante l'intervento.

Dichiaro di aver ottenuto risposte soddisfacenti a tutte le domande da me poste e di aver compreso le informazioni contenute nel presente modulo.

Accetto pertanto di sottopormi di consentire che la persona posta sotto mia tutela venga sottoposta alle procedure necessarie.Dichiaro inoltre di avere dato il consenso di non avere dato il consenso all'eventuale trasfusione con sangue omologo c/o emoderivati e di essere consapevole dei rischi connessi a tali trasfusioni.

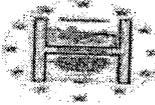
Data

Firma del medico anestesista

Firma del paziente o della persona che ne ha la tutela

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04	PDTA Colecistite Acuta	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 50 di 54
---	-------------------------------	--

Allegato 8: Modulo richiesta esame Istologico

	AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI DIPARTIMENTO DEI SERVIZI U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA Mod. 27 Richiesta di Esame Istologico	MOD 27 PS-AP-01
---	---	-----------------

Servizio di Anatomia e Istologia Patologica
 Osp. San Camillo
 Centro di costo n° SN0301L01P
 Direttore: Dott.ssa L. Grillo
 Tel 06/58704822-4823- fax 06/58705433-5432

Data

Richiesta di esame istologico

Paziente Degente
 P.O.
 Ambulatoriale
 D.H.
 ALPA
 ALTRO
 Cognome Nome Nato/a il M F

Reparto
 Tel. Fax N° Cartella
N° CENTRO DIAGNOSI

RESEZIONE
 BIOPSIA
 BIOPSIA INTRAOPERATORIA
 REVISIONE VETRINI
 materiale inviato 1)
 2) 3)
 4) 5)
 6) 7)

fissativo impiegato * * per i pezzi anatomici fissare esclusivamente in formalina al 10%

Notizie anamnestiche e reperti clinici pertinenti:

Reperto endoscopico e da diagnosi per immagini (ecografia, Rx, TAC, RMN, Scintigrafia)

Altri esami

Terapia progressa in atto

Diagnosi intra-operatoria comunicata a

ESAMI ISTOLOGICI PRECEDENTI NO SI N°:

Firma leggibile e timbro del Medico richiedente

N.B. SI PREGA DESCRIVERE IN STAMPATELLO

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

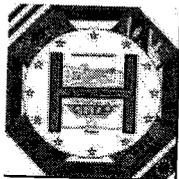
Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

PDTA Colecistite Acuta

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 51 di 54

Allegato 9 Consenso Informato CPRE



Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini
Dipartimento Scienze medicina specialistica
U.O.C. Gastroenterologia
Responsabile : Dott. R. Faggiani
Tel. 06 / 58703670 – fax 06/58705210

CONSENSO INFORMATO

PER LA COLANGIOPANCREATOGRADIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (C.P.R.E.) MODULO D'INFORMAZIONE PER LA COLANGIOPANCREATOGRADIA RETROGRADA ENDOSCOPICA DIAGNOSTICA / OPERATIVA (C.P.R.E.)

Cara / o paziente, con questo modulo intendiamo spiegarle in che cosa consiste l'esame richiesto dal medico del reparto cui lei appartiene, quali sono gli scopi, quali i benefici che si possono ottenere dai risultati ed infine quali i rischi.

La C.P.R.E. consente di :

- 1) studiare con radiografie le vie, attraverso cui, la bile ed il succo pancreatico passano nell'intestino per consentire la digestione.
- 2) Eliminare eventuali ostacoli allo scarico di queste secrezioni.

Prima di iniziare l'esame vengono somministrati, per via endovena, dei farmaci sedativi e/o analgesici. Un endoscopio verrà introdotto attraverso la bocca fino a raggiungere il duodeno, ove si trova la papilla di Vater, che costituisce lo sbocco nell'intestino sia della bile, che proviene dal fegato, sia del succo pancreatico, che deriva dal pancreas. Attraverso l'orifizio della papilla s'introduce una piccola sonda e s'inietta un liquido (**mezzo di contrasto**) con il quale vengono riempite le vie biliari e / o pancreatiche. L'apparecchio a Raggi x sul quale lei sarà disteso durante tutto l'esame, consentirà allora di vedere, anche con radiografie, se vi sono ostacoli o restringimenti. A questa fase diagnostica può seguire immediatamente un'altra fase operatoria che ha lo scopo di eliminare o comunque di risolvere l'impedimento al passaggio della bile / succo pancreatico. La fase operatoria consiste in un piccolo taglio (**sfinterotomia**) per allargare l'orifizio della papilla e poi procedere eventualmente all'estrazione di eventuali calcoli o, se vi sono restringimenti dei dotti, si provvede a dilatarli e posizionare all'interno una sonda (**protesi**) in modo di consentire ai succhi bilio-pancreatici di scaricarsi in duodeno, oppure lasciare un sondino che porta temporaneamente la bile all'esterno (**sondino naso - biliare**), questo taglio non provoca dolore. La riuscita dell'esame è nel 80 - 90 % dei casi. Tale operazione

prima veniva eseguita solamente mediante un taglio dell'addome, in anestesia generale e con maggiori rischi.

La C.P.R.E. essendo una tecnica invasiva comporta anch'essa purtroppo alcuni rischi, sebbene minori rispetto alla chirurgia. Complicanze generiche, comuni a tutte le procedure endoscopiche sono :

a) Reazioni da farmaci b) Reazioni allergiche al mezzo di contrasto c) Complicanze cardio-respiratorie

Queste si verificano globalmente in circa lo 0,7 % dei casi. Dopo C.P.R.E. diagnostica e soprattutto operatoria possono insorgere

alcune complicanze specifiche quali :

a) Emorragie 3% b) pancreatite acuta 1 - 2 % c) perforazione duodenale o delle vie biliari 0,5 - 1 %

d) infezione delle vie biliari 1 - 3 %. Queste complicanze quasi sempre si risolvono con cure mediche (riposo a letto, antibiotici, digiuno, talora trasfusione di sangue). Può però talora rendersi necessario un intervento chirurgico d'urgenza o differito e rarissimamente comportano una mortalità (0,2 - 0,3 %)
Per ogni eventuale ulteriore chiarimento rivolgersi al gastroenterologo che effettuerà l'intervento.

Io sottoscritto / o

Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDPA/19/04

PDPA Colecistite AcutaRev. 00 del
20/05/2019

Pag. 52 di 54

Dichiaro che quanto letto nel modulo informativo e' risultato chiaro ed a me comprensibile. Pertanto esprimo con la firma di sottopormi o no all'intervento propostomi ed alle eventuali misure terapeutiche necessarie in caso di complicanze immediate e future.

ACCONSENTO**NON ACCONSENTO**

Firma del paziente _____

Firma del parente _____
prossimo esercente la patria potesta'

Firma del tutore legale _____

Firma del testimone _____

Firma del Medico _____

DATA _____



Percorso diagnostico Terapeutico
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/19/04

PDTA Colecistite Acuta

Rev. 00 del
20/05/2019

Pag. 53 di 54

Allegato 10: Consenso Drenaggio Percutaneo

**DIPARTIMENTO DELLE DIAGNOSTICHE
U.O.C. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA**
Direttore Dott. R. Cianni
Coordinatore T.S.R.M. Dott. M. Pierobon

Equipe
Dott. Agresti Paolo
Dott. Fabiano Sebastiano
Dott.ssa Giuliani Maria silvia
Dott. Morucci Maurizio
Dott. Pieri Stefano
Dott. Pampana Enrico
Dott.ssa Riva Pascale Robert

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto _____

nato il _____

a _____

da il proprio consenso ad eseguire sulla propria persona la seguente procedura

Quanto sopra mi è stato illustrato dal Dott. _____

Dichiaro quindi di accettare ogni rischio e relative conseguenze dell'intervento

Data _____

Firma del paziente _____

Firma dei genitori (se minore) _____

Firma del tutore legale _____

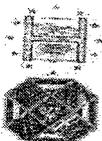
Firma del medico _____

NB : Il presente documento è allegato alla cartella clinica del paziente



Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA Cod. Doc.: 901/PDТА/19/04	PDТА Colecistite Acuta	Rev. 00 del 20/05/2019 Pag. 54 di 54
---	-------------------------------	--

Allegato 11: Foglio di Dimissione



AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO – FORLANINI
Sede legale Circonvallazione Gianicolense 87 – 00152 Roma

UOC CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA
Direttore Prof. Pierluigi Marini



Roma, _____

Al Medico Curante
del Signor _____

Gentile Collega,

dimettiamo in data odierna il Suo Paziente, ricoverato presso la nostra UOC in data _____ con diagnosi di _____.
Sono stati effettuati i seguenti accertamenti preoperatori: esami ematochimici, ECG, radiografia del torace, visita anestesiológica.
Sulla base della sintomatologia clinica e dei reperti delle indagini strumentali, non sussistendo controindicazioni di natura anestesiológica, in data _____ il Paziente è stato sottoposto al seguente intervento chirurgico: _____ (operatore Dr _____).

Il decorso postoperatorio è stato regolare e il Paziente viene dimesso in regime di dimissione protetta (codice 5) in _____ giornata postoperatoria.

La diagnosi di uscita è la seguente: _____.
Siamo in attesa della risposta dell'esame istologico. Sarà cura del Paziente, o di persona da Lui delegata, di informarsi dell'esito dell'esame istologico presso il Reparto.

Si consiglia la seguente terapia:

• _____
Si consigliano giorni _____ di riposo.

Visita di controllo in data _____ presso il nostro ambulatorio divisionale codice 5.
Si prega di portare questa lettera di dimissione ad ogni visita di controllo.

Cordiali saluti

Il Chirurgo di Reparto

L'ambulatorio codice 5 della Chirurgia Generale e d'Urgenza si trova alla stanza 7 del Poliambulatorio, Padiglione Piastra piano 1, aperto tutti i giorni feriali con orario 8.30 – 12.00, con l'eccezione del martedì e sabato. Gli esami istologici, trascorsi almeno 20 giorni dall'intervento, possono essere ritirati presso il suddetto Ambulatorio, dal lunedì al venerdì con orario 12.00 – 13.00, previa telefonata di conferma ai numeri 0658703503/3414.
Siamo a disposizione per ogni ulteriore chiarimento ai seguenti numeri: reparto 0658703005/3025 – ambulatorio 0658703503.

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