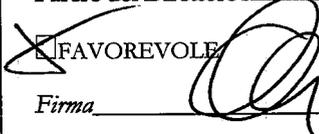
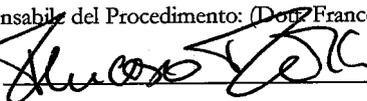
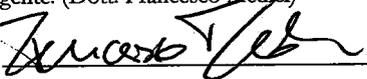




DELIBERAZIONE N. 0096 DEL 14 GEN. 2021

Struttura proponente: UOSD Organizzazione Sanitarie e Reti centro di costo S0DS20JD1S	
Codice settore proponente: OSDG 01/2021	del 11 /01/2021
Oggetto: Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale "Diverticolite Acuta". <b>"Il Provvedimento non comporta oneri di spesa"</b>	
Estensore (Dott. Francesco Medici) 	<b>IL DIRETTORE GENERALE</b> Dott. Fabrizio d'Alba 
<b>Parere del Direttore Amministrativo: Dott.ssa Francesca Milito</b> <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Firma  _____ Data <u>13/1/2021</u>	
<b>Parere del Direttore Sanitario: Dott.ssa Daniela Orazi</b> <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Firma  _____ Data <u>13.01.2021</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 <u>14/1/2021</u>	
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. Francesco Medici) Firma  _____ Data <u>11/01/21</u>	
Il Dirigente: (Dott. Francesco Medici) Firma  _____ Data <u>11/01/21</u>	

**Preso visione**

**IL DIRETTORE U.O.S.D. ORGANIZZAZIONE SANITARIA E RETI**

- VISTA** - la deliberazione aziendale n. 801 del 29/05/2020 recante per oggetto <<Affidamento dell'incarico dirigenziale di direttore di struttura semplice dipartimentale "Organizzazione Sanitaria e Reti" all'interno dell'Area di Integrazione Percorsi Clinici Assistenziali al Dott. Francesco Medici>>
- VISTI** - la legge 23 dicembre 1978 n 833 e successive modificazioni ed integrazioni (s.m.i.)  
 - 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";  
 - il DL 229/99 recante per oggetto "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 Novembre 1998, n 419";
- VISTO** - il DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i., con il quale sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA);
- VISTO** - l'Atto di rettifica dell'Atto Repertorio n. 98/CSR del 5 Agosto 2014 "Intesa sullo schema di decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto legge 6 luglio 2012, n.95 convertito, con modificazioni della legge 7 Agosto 2102, n 135. Repertorio Atti n. 198/CSR del 13/01/2015;
- VISTO** l'accordo Conferenza Stato Regioni, ai sensi del punto 8.1 dell'allegato 1 al decreto ministeriale 2 Aprile 2015, n 70, sul documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti Tempo dipendenti" del 24 gennaio 2018;
- VISTA** - la DGR n. 420/07, recante, nell'ambito della ridefinizione della rete e dell'offerta dei servizi ospedalieri, le linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità e di emergenza;  
 - la DGR n. 169/08, con la quale sono state definite le linee attuative per la costituzione e lo sviluppo delle reti assistenziali di alta specialità e di emergenza;
- VISTI** - il Decreto del presidente in qualità di commissario ad Acta, n 73/2010 recante oggetto "La rete dell'emergenza"  
 - il Decreto del presidente in qualità di commissario ad Acta n 412/2014 recante oggetto "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della regione Lazio (Decreti del commissario ad acta n U00247/2014)  
 - il Decreto del Commissario ad Acta 5 luglio 2017, n. U00257 "Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052/2017. Adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015".

- 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 alla luce del quadro normativo e assistenziale vigente, si rende necessario individuare alcuni obiettivi strategici per migliorare le attività di diagnosi e cura, favorire percorsi che garantiscono al paziente uniformità di risposte e delineare le strategie generali e specifiche per la realizzazione di ciascun obiettivo;
- che tra gli obiettivi della UOSD Organizzazione sanitaria e Reti rientra la definizione e la condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e l'attivazione di sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi di diagnosi e cura orientati alla qualità e alla sicurezza dei pazienti;
- DATO ATTO** che l'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità delle cure attraverso un continuum dell'assistenza che consideri tutte le tappe del processo di cura, permettendo il superamento del concetto di singole prestazioni, migliorando gli outcome clinici "risk-adjusted", aumentando la soddisfazione dell'utenza e garantendo anche una corretta allocazione delle risorse;
- RITENUTO** necessario delineare nel contesto dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale mirato alla gestione della Diverticolite 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 Diverticolite 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 della Diverticolite 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 Diverticolite 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 ORGANIZZAZIONE SANITARIA E RETI**

*(Dott. Francesco Medici)*

**UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti**  
Il Direttore  
*Dr. Francesco Medici*

## 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;
- VISTI** i Decreti del Presidente della Regione Lazio n. T00202 del 7 ottobre 2016 di "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini" e n. T00243 del 3 Ottobre 2019 di "Prosecuzione incarico di Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini e di contestuale differimento del termine di scadenza contrattuale".
- VISTE** l' Ordinanza n. 1242 del 10 ottobre 2016 e la Delibera n. 1390 del 18 ottobre 2019;
- LETTA** la proposta di delibera, "Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Diverticolite Acuta " presentata dal Direttore UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti
- 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 Diverticolite 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. 66 pagine di cui n. 59 pagine di allegati nei termini indicati.

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

**IL DIRETTORE GENERALE**  
(Dott. Fabrizio d'Alba)





Percorso diagnostico Terapeutico  
 assistenziale PDTA

Cod. Doc.:901/PDТА/20/10

**Diverticolite Acuta**

Rev. 00 del 17/12/20

Pag. 1 di 59

Gruppo di lavoro Aziendale		Funzione	FIRMA	DATA
<b>REDAZIONE</b>	<b>Tutors:</b>			
	Francesco Medici	Medico - Organizzazione Sanitaria e Reti		2/01/2021
	Marco Mastrucci	CPSI - Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management-		11/01/2021
	<b>Coordinatore:</b>			
	Stefano Manfroni	Medico - Chirurgo		2/1/2021
	<b>Componenti:</b>			
	Paolo Agresti	Medico - Radiologo Interventista		08/01/2021
	Ada Aloisi	CPSI - Centro Stomizzati		3-1-2021
	Grazia Maria Attinà	Medico - Chirurgo		3.1.2021
	Laura Patrizia Bucci	Medico - Anestesista Rianimatore		4.1.2021
	Laura Callari	Medico - Dietologo		4/1/2021
	Ritanna De Milito	Medico - Pronto soccorso		7/1/2021
	Carla De Simone	CPSI - GIPSE		7/1/21
	Walter Elisei	Medico - Gastroenterologo		07.01.2021
Stefano Giannecchini	Medico - Radiologo DEA		07.01.2021	
Angela Lavalle	CPSI - Pronto Soccorso		08/01/2021	
Maria Cristina Macciomei	Medico - Anatomo Patologo		8/01/21	



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE  
LAZIO

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA	<b>Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20
Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10		Pag. 3 di 59

<b>VERIFICA</b>	<b>Dott. Antonio Silvestri</b> Responsabile Aziendale per la Qualità (RAQ)	12/01/2021	
<b>APPROVAZIONE</b>	<b>Dott.ssa Lucia Mitello</b> Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie	11-01-2021	
	<b>Dott.ssa Daniela Orazi</b> Direttore Sanitario Aziendale		
<b>VALIDAZIONE</b>	<b>Dott. Fabrizio d'Alba</b> Direttore Generale		

TRASMESSO IL : 17/12/2020	CODIFICATO IL : 17/12/2020	DISTRIBUITO IL :
---------------------------	----------------------------	------------------

Rev.	Data	Causale della redazione e delle modifiche	Codifica
0.0	17/12/2020	<b>Prima stesura o aggiornamento</b>	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.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE  
LAZIO

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA	<b>Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20
Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10		Pag. 2 di 59

Hanno contribuito alla stesura del PDTA, verificato la aderenza alla linee guida nazionali ed internazionali, il rispetto delle delibere regionali ed analizzato gli indicatori, i direttori di UOC e di Dipartimento coinvolti nel "Diverticolite acuta"

	DIRETTORE	Disciplina	Data	Firma
<b>Contributi e revisione</b>	Roberto Cianni	Area Diagnostica Per Immagini UOC Radiologia Interventistica	11/1/21	
	Emiliano Cingolani	UOSD Shock e Trauma	05/01/21	
	Livia Di Bernardo	UOSD SIO	11/1/21	
	Roberto Faggiani	UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Diagnostica ed Operativa	3-1-2021 7/1/21	
	Michele Galluzzo	UOSD Diagnostica per immagini Urgenza - Emergenza	3-1-2021	
	Lucia Rosalba Grillo	UOC Anatomia ed Istologia Patologica	05/01/21	
	Emanuele Guglielmelli	UOC Medicina d'Urgenza - Pronto Soccorso - Osservazione Breve	8/1/2021	
	Pierluigi Marini	Dipartimento Emergenza Accettazione e Area Clinica UOC Chirurgia Generale d'Urgenza e delle nuove tecnologie	5-1-21	
	Luigi Tritapepe	UOC Anestesia E Rianimazione	11/01/21	

**INDICE**

<b>1. PREMESSA</b> .....	Pag. 6
<b>2. SCOPO</b> .....	Pag. 12
<b>3. CAMPO DI APPLICAZIONE</b> .....	Pag. 13
<b>4. CRITERI D'ACCESSO</b> .....	Pag. 14
<b>5. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI</b> .....	Pag. 15
<b>6. DIAGRAMMI DI FLUSSO</b> .....	Pag. 16
6.1 Diagramma di Flusso Iter Diagnostico .....	Pag. 16
6.2 Diagramma di Flusso Iter Terapeutico .....	Pag. 17
6.2.1 Diagramma di Flusso Iter Terapeutico Diverticolite acuta non complicata .....	Pag. 17
6.2.2 Diagramma di Flusso Iter Terapeutico Diverticolite acuta complicata .....	Pag. 18
<b>7. RESPONSABILITA'</b> .....	Pag. 19
7.1 Fase Diagnostica .....	Pag. 19
7.2 Fase Terapeutica Diverticolite Acuta non complicata .....	Pag. 20
7.3 Fase Terapeutica Diverticolite Acuta Complicata .....	Pag. 21
<b>8. AZIONI</b> .....	Pag. 22
8.1 Fase Diagnostica .....	Pag. 22
8.1.1 Tabella descrittiva Fase Diagnostica e relative tempistiche .....	Pag. 23
8.1.2 Triage .....	Pag. 24
8.1.3 Visita Medico d'Urgenza .....	Pag. 25
8.1.4 Indagini Radiologiche .....	Pag. 26
8.1.5 Consulenza Chirurgica .....	Pag. 28
8.1.6 Consulenza Gastroenterologica .....	Pag. 29
8.1.7 Valutazione Anestesiologica .....	Pag. 29

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 5 di 59
---	----------------------------	--

8.2	Fase Terapeutica .....	Pag. 32
8.2.1	Tabella descrittiva Fase Terapeutica e relative tempistiche .....	Pag. 32
8.2.2	Diverticolite Acuta Non Complicata .....	Pag. 34
8.2.3	Diverticolite Acuta Complicata .....	Pag. 36
8.2.4	Drenaggio Percutaneo .....	Pag. 38
8.2.5	Consulenza Dietologica .....	Pag. 38
8.2.6	Consulenza Stomoterapista .....	Pag. 39
8.2.7	Anatomia Patologica .....	Pag. 40
<b>9</b>	<b>SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI .....</b>	<b>Pag. 41</b>
<b>10</b>	<b>VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA .....</b>	<b>Pag. 42</b>
<b>11</b>	<b>EMISSIONE, DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE .....</b>	<b>Pag. 42</b>
<b>12</b>	<b>REVISIONE E AGGIORNAMENTO .....</b>	<b>Pag. 43</b>
<b>13</b>	<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....</b>	<b>Pag. 43</b>
<b>14</b>	<b>ALLEGATI .....</b>	<b>Pag. 44</b>

Percorso diagnostico Terapeutico  
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

## Diverticolite Acuta

Rev. 00 del 17/12/20

Pag. 6 di 59

### 1. PREMESSA

I diverticoli sono estroflessioni mucose-sottomucose sacciformi dei visceri cavi che attraversano la tonaca sottomucosa e la muscolare propria. Nel colon si formano dove le arterie penetranti forano la tonaca muscolare, sul versante mesenterico ai lati delle taeniae coli.

La presenza di multipli diverticoli è definita diverticolosi e le conseguenze cliniche conducono alla malattia diverticolare.

I fattori coinvolti nello sviluppo dei diverticoli nel colon sono: 1) la pressione intraluminale più alta di quella addominale, 2) i punti di debolezza parietale attraverso i quali la mucosa può erniare, 3) le modificazioni tissutali correlate all'età.

Le modificazioni della resistenza alla trazione del colon correlate all'età, causano contrazione ed accorciamento delle taeniae coli e pliche mucose ridondanti che restringono il lume colico.

Coinvolti nella patogenesi della diverticolosi sono anche la dieta povera di fibre e ricca di carni e grassi animali, la mancanza di attività fisica, la preesistente costipazione, la predisposizione genetica.

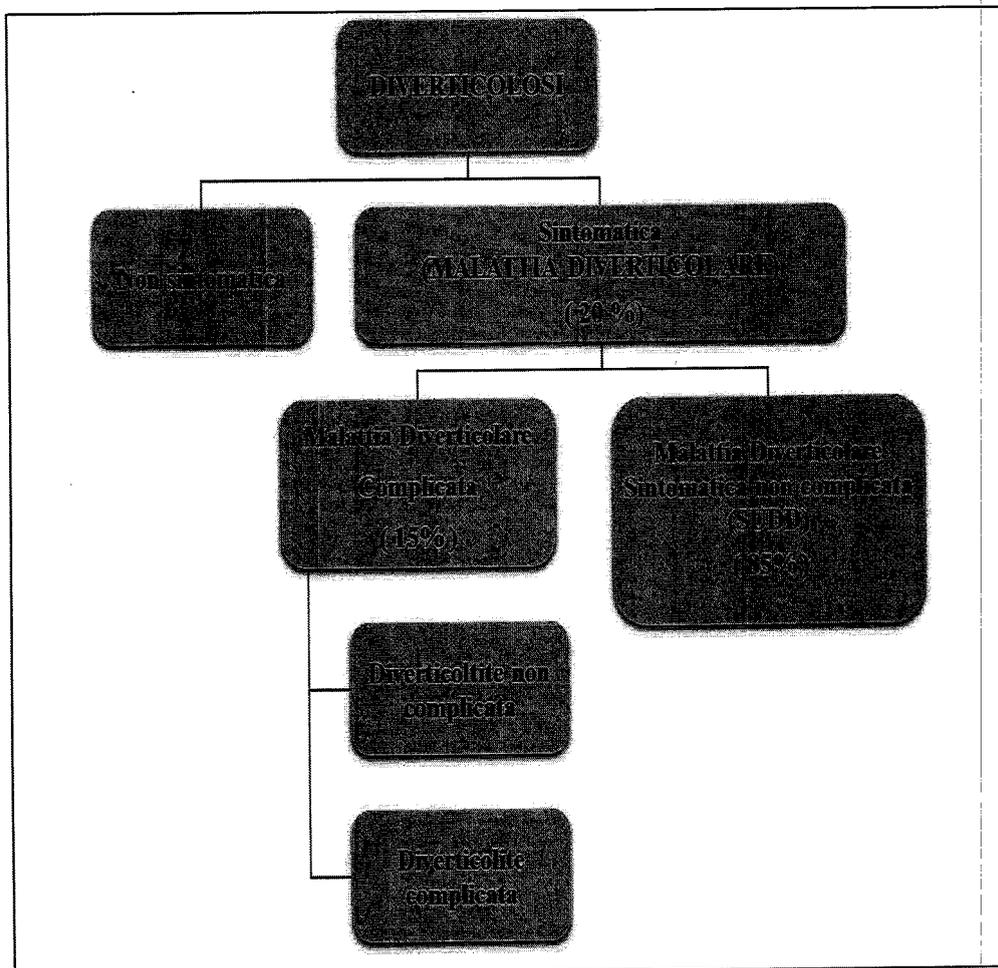
La diverticolosi del colon è una patologia molto diffusa nella popolazione adulta dei paesi sviluppati leggermente più frequentemente negli Stati Uniti che in Europa, mentre è una condizione rara in Africa. La prevalenza della malattia diverticolare aumenta con l'età, da meno del 10% nelle persone di età inferiore ai 40 anni a 50-60% negli ottuagenari, con una frequenza simile negli uomini e nelle donne. Tuttavia la prevalenza della diverticolosi sta aumentando in tutto il mondo, probabilmente a causa di cambiamenti nello stile di vita.

La patogenesi della malattia diverticolare è multifattoriale, con cause ambientali e genetiche che si rendono responsabili della formazione di sporgenze "sacciformi" (diverticoli), dovute alla erniazione della mucosa colica attraverso difetti dello strato muscolare della parete del colon. La dieta sembra svolgere un ruolo significativo. Le diete a basso contenuto di fibre e ad alto contenuto di grassi e di carne rossa, possono aumentare il rischio di sviluppo di diverticolosi e diverticolite. È noto che l'obesità e il fumo aumentano il potenziale rischio sia per la diverticolite che per il sanguinamento diverticolare. Infine, è associato a diverticolite l'uso di alcuni farmaci tra cui farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), steroidi e oppiacei. Nonostante una credenza popolare comune noci, semi e popcorn non aumentano il rischio di diverticolosi, diverticolite o sanguinamento diverticolare.

Anche se la maggior parte delle persone con diverticolosi del colon rimarrà asintomatica per tutta la vita, circa il 20% dei soggetti portatori di diverticoli del colon svilupperanno una malattia diverticolare sintomatica (DAS); il 15% di questi andrà incontro ad un processo infiammatorio sviluppando una diverticolite acuta (DA).

La DA è dunque un processo infiammatorio a carico dei diverticoli (DAnC), con possibili complicanze acute o croniche correlate (DAC). Si definisce "non complicata" quando il processo infiammatorio si mantiene limitato alla parete del colon e/o il grasso pericolico, mentre è "complicata" quando si ha la comparsa di ascessi, perforazione, ostruzione, fistole o emorragia. Di

tutti i pazienti (Pts) con diverticolite il 75% manifesterà solo una malattia acuta lieve e solo il restante 25% svilupperà una malattia complicata.



Percorso diagnostico Terapeutico  
 assistenziale PDTA

**Diverticolite Acuta**

Rev. 00 del 17/12/20

Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

Pag. 8 di 59

Nel mondo occidentale la presentazione clinica classica della DA comprende il dolore nel quadrante inferiore sinistro dell'addome, febbre e leucocitosi. Tuttavia, le caratteristiche cliniche possono essere variabili, per esempio la leucocitosi può essere presente solo nel 45-65% dei pazienti, la febbre è presente solo nel 21% dei casi. Per una diagnosi di certezza è di solito necessario ricorrere ad una metodica di imaging radiologico. Dal 1 Gennaio 2015 al 31 Dicembre 2019 sono stati osservati e trattati presso il PS dell'AO San Camillo Forlanini 579 Pts con diagnosi di diverticolite, 275 uomini (47.5%) e 304 donne (52.5%). Di questi 341 (59%) aveva un'età uguale o superiore a 60 anni, 202 (35%) un'età compresa tra 41 e 59 anni, e solo 36 (6%) un'età uguale o inferiore a 40 anni. Ai Pts è stato assegnato in Triage un codice colore in ordine di priorità, e cioè ROSSO, GIALLO, VERDE.

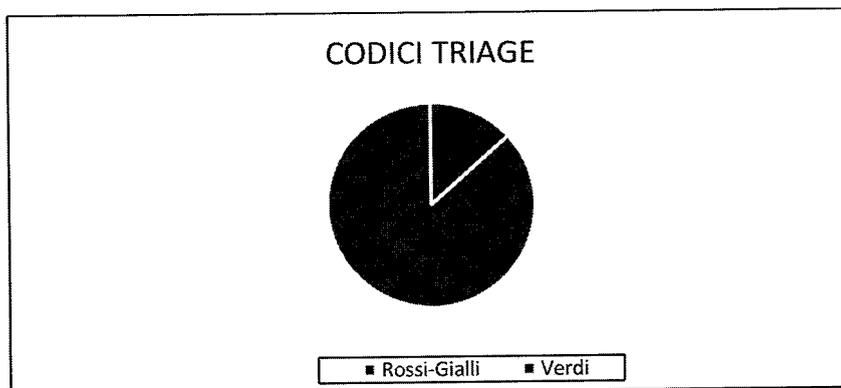
Da ottobre 2019 il codice colore è stato sostituito anche presso il nostro Pronto Soccorso da nuovi codici numerici di priorità, da 1 a 5. I Pts esaminati nel periodo antecedente all'introduzione dei nuovi codici di priorità numerici, se non negli ultimi due mesi del periodo di osservazione, sono classificati secondo il vecchio Codice Colore:

**CODICE ROSSO** molto critico, pericolo di vita, accesso immediato alle cure: 2 pazienti (0,34%)

**CODICE GIALLO** mediamente critico, presenza di rischio evolutivo: 75 pazienti (12.9%), di cui 2 visti negli ultimi due mesi e classificati come codice numerico 3 (codice colore BLU)

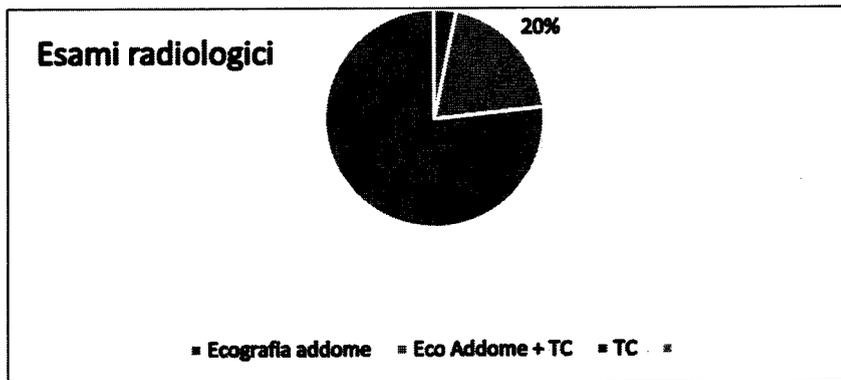
**CODICE VERDE** poco critico, prestazioni differibili: 497 pazienti (85.8%)

**CODICE BIANCO** non critico, nessun paziente

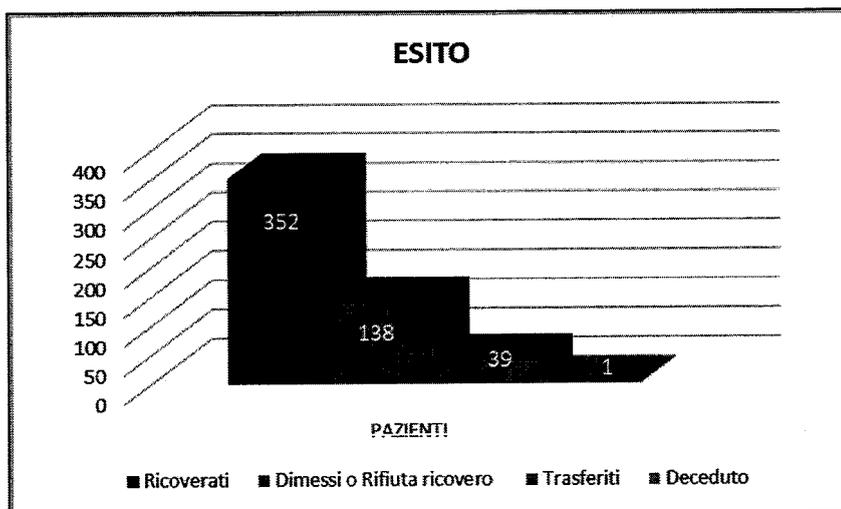


Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<h2>Diverticolite Acuta</h2>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 9 di 59
---	------------------------------	--

Di questi Pts, 122 sono stati sottoposti ad esame ecografico, di cui 109 ad Ecografia Addominale (EA) e 13, con una sintomatologia che poteva essere confusa con una colica renale, ad Ecografia dell'Apparato Urinario. In 105 di questi Pts l'ecografia ha posto l'indicazione ad un approfondimento diagnostico con una TC addome con mezzo di contrasto endovenoso (TCmdc). Sono state eseguite in tutto 517 TCmdc su 507 pazienti. In 10 casi i Pts sono stati sottoposti, nel periodo di permanenza nei locali del PS, ad una seconda TCmdc di controllo.



L'esito dei 579 Pts osservati è stato:

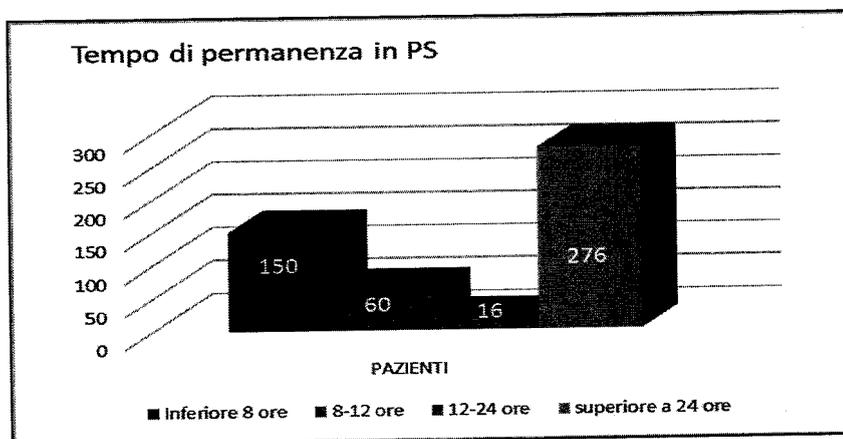


Percorso diagnostico Terapeutico  
 assistenziale PDTA  
 Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

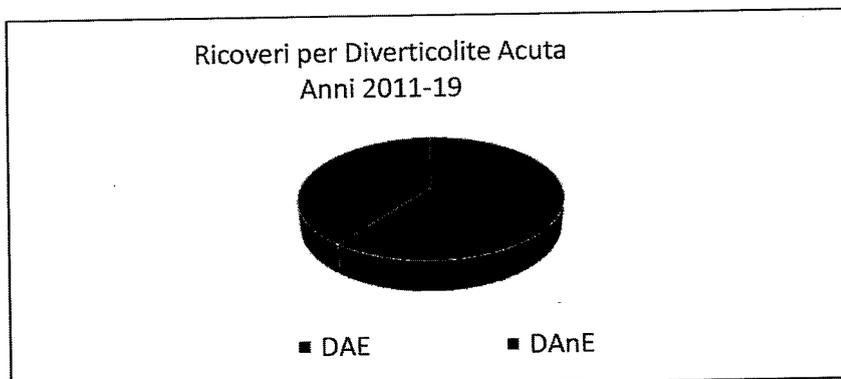
**Diverticolite Acuta**

Rev. 00 del 17/12/20  
 Pag. 10 di 59

Dei 579 Pts, 150 (26%) sono rimasti nei locali del PS per un periodo inferiore alle 8 ore, mentre 60 (10.3%) sono stati osservati per un periodo variabile tra le 8 e le 12 ore. Quasi la metà, e cioè 276 (il 47.7%), sono rimasti in osservazione nei locali del PS per 24 ore o più di un giorno, e la percentuale sale al 63.7% se aggiungiamo i 93 Pts (16%) che hanno stazionato per un periodo compreso tra le 12 e le 24 ore.



I dati forniti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) riportano negli anni 2015- 2019 un totale di 507 pazienti ricoverati presso i reparti di degenza con diagnosi principale alla dimissione di diverticolite del colon; 307 pazienti con codice ICD-9CM 562.11 (Diverticolite Acuta senza menzione di emorragia) e 200 con cod. ICD-9CM 562.13 (Diverticolite Acuta con emorragia).



Percorso diagnostico Terapeutico  
 assistenziale PDTA

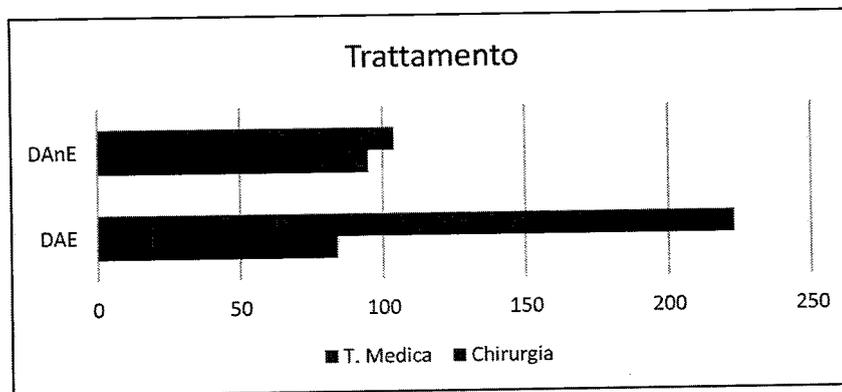
Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

## Diverticolite Acuta

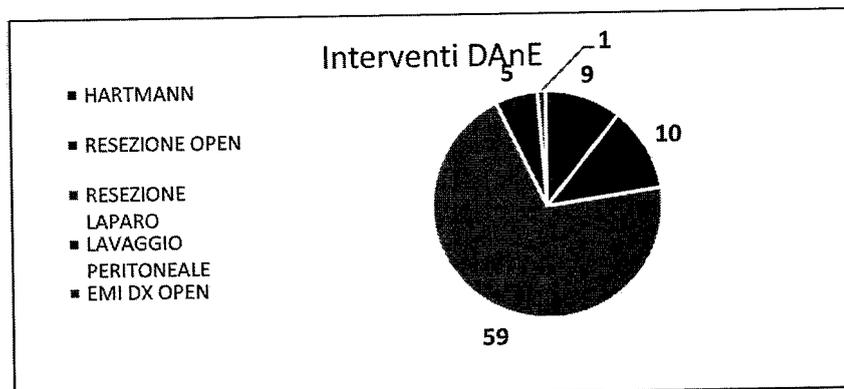
Rev. 00 del 17/12/20

Pag. 11 di 59

Dei 307 pazienti con Diverticolite Acuta non Emorragica (DAnE), 84 sono stati sottoposti a intervento chirurgico e 223 trattati con terapia medica. Dei 200 pazienti con Diverticolite Acuta Emorragica (DAE) 95 sono stati sottoposti a intervento chirurgico o embolizzazione e 105 trattati con terapia medica

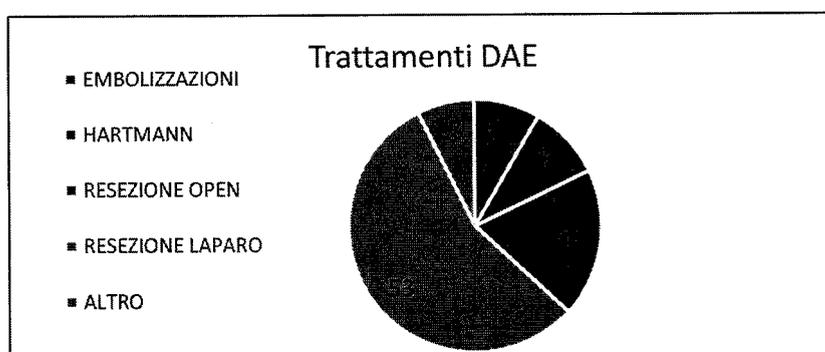


Nelle 84 DAnE sono state eseguite 59 resezioni laparoscopiche, 10 resezioni open, 9 interventi secondo Hartmann e 5 laparoscopie con lavaggio della cavità peritoneale



Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 12 di 59
---	----------------------------	---

Nelle 95 DAE sono state eseguite 53 resezioni laparoscopiche, 18 resezioni open, 9 resezioni secondo Hartmann e 8 arteriografie con embolizzazione.



## 2. SCOPO

La realizzazione di Percorsi Diagnostici-Terapeutici-Assistenziali (PDTA) 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. La DA rappresenta una delle principali cause di dolore addominale acuto, l'obiettivo di questo percorso è di uniformare le attività diagnostiche e terapeutiche al fine di:

- coordinare le attività svolte nell'area dell'emergenza con le UO specialistiche di ricovero;
- condividere le scelte terapeutiche in funzione della gravità del quadro clinico;
- standardizzare i tempi della risposta terapeutica;
- identificare degli indicatori di processo in grado di monitorare la qualità e l'efficacia dei risultati

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA	<b>Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20
Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10		Pag. 13 di 59

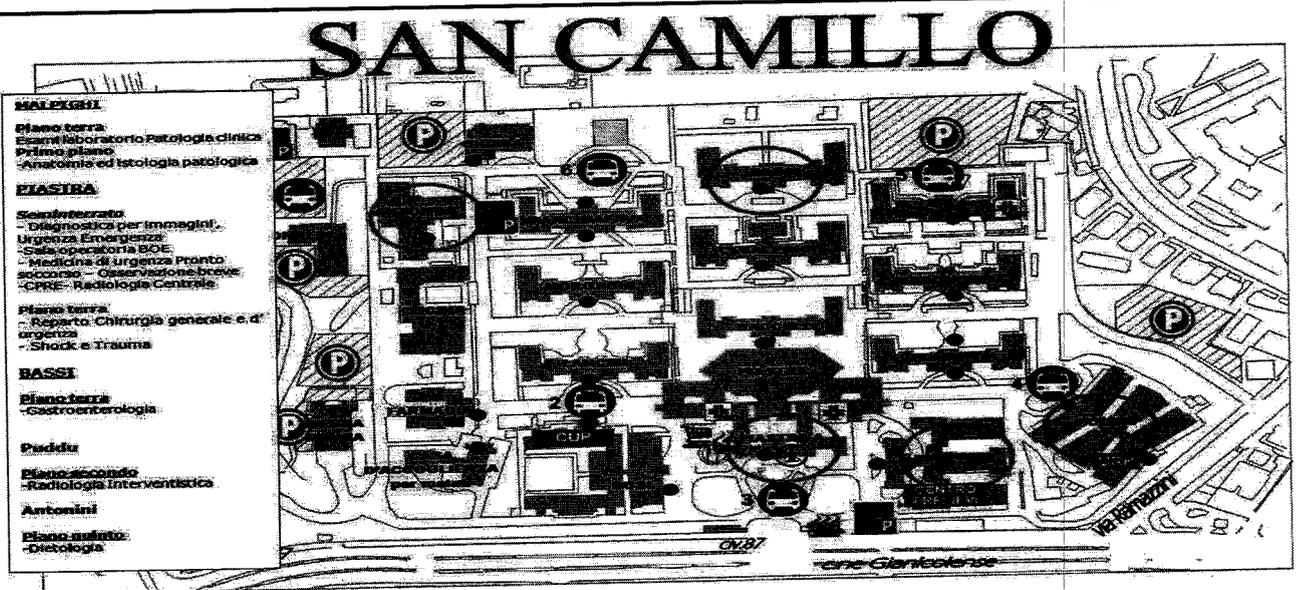
### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente PDTA è di tipo interdipartimentale coinvolgendo 3 Dipartimenti:

- Dipartimento Emergenza Accettazione e delle scienze Chirurgiche
- Dipartimento Oncologia e Medicine Specialistiche
- Dipartimento delle Diagnostiche

UU.OO.	SEDE	UU.OO.	SEDE
U.O.C. CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	PIASTRA PIANO TERRA	U.O.S.D. SHOCK E TRAUMA	PIASTRA PIANO TERRA
U.O.C. MEDICINA D'URGENZA- PRONTO SOCCORSO - OSSERVAZIONE BREVE	PIASTRA SEMINTERRATO	U.O.S.D. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI URGENZA EMERGENZA	PIASTRA SEMINTERRATO
U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	MALPIGHI PIANO PRIMO	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	MALPIGHI PIANO TERRA
U.O.C. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	PUDDU PIANO PRIMO	U.O.C. GASTROENTEROLOGIA ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIAGNOSTICA E OPERATIVA	BASSI PIANO SECONDO
AMBULATORIO CASID	BASSI PIANO PRIMO	U.O.S.D. DIETOLOGIA E NUTRIZIONE	ANTONINI PIANO QUINTO

Tutte le UU.OO. ove sia ricoverato un paziente che rientri nel PDTA



Percorso diagnostico Terapeutico  
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDPTA/20/10

**Diverticolite Acuta**

Rev. 00 del 17/12/20

Pag. 14 di 59

**4. CRITERI D'ACCESSO**

L'Accesso alle cure riguarda i pazienti che giungono al Pronto Soccorso o pazienti ricoverati in Azienda per altre patologie in cui insorge una sintomatologia di tipo addominale che soddisfa i seguenti codici ICD.9 CM e Procedure.

**Codici Patologie**

Codici ICD-9 CM	DESCRIZIONE
562.1	Diverticoli del colon
562.10	Diverticolosi del colon
562.11	Diverticolite del colon
567.2	Peritonite suppurativa
567.21	Peritonite acuta diffusa
567.22	Ascesso peritoneale
567.31	Ascesso muscolo psoas
567.38	Altro ascesso retroperitoneale
567.39	Altra infezione retroperitoneale
569.81	Fistola intestinale
789.03	Dolore addominale quadrante addominale sinistro
789.04	Dolore addominale quadrante addominale destro
789.05	Dolore addominale periombelicale
789.07	Dolore addominale generalizzato

**Codici Procedure**

Codici ICD- 9 CM	DESCRIZIONE
88.01	TC Addome
45.23	Colonscopia
45.22	Colonscopia da stoma
45.25	Colonscopia con biopsia
46.11	Colostomia temporanea
46.13	Colostomia permanente
45.79	Colectomia segmentaria
45.76	Sigmoidectomia
45.75	Colectomia sinistra, Hartmann
45.8	Colectomia totale
45.74	Colectomia trasversa

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 15 di 59
---	----------------------------	---

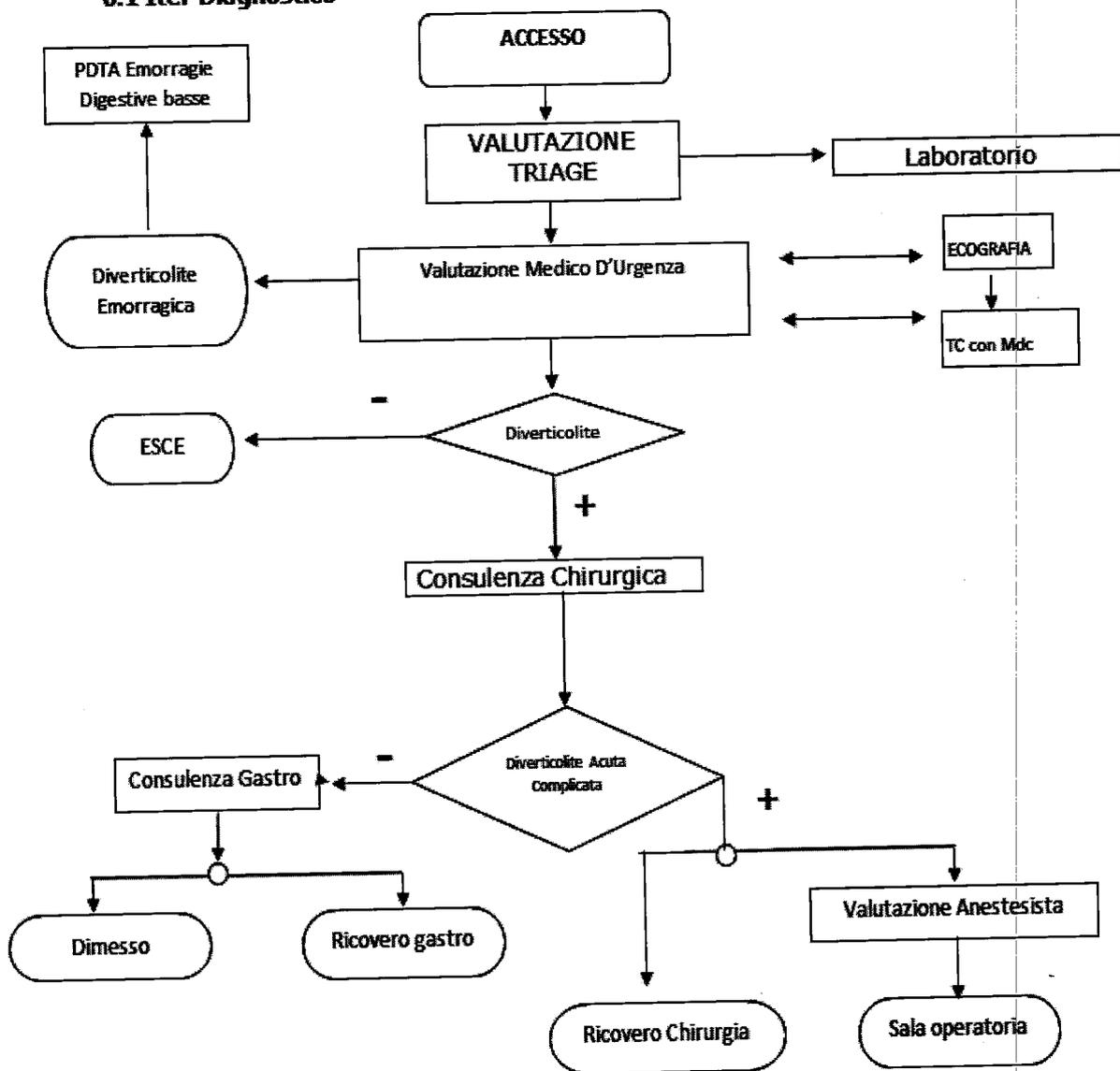
## 5. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

AOSCF	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
ACR	American College of Radiology
AP	Anatomia Patologica
CCI	Charlson Comorbidity Index
COC	Campione Operatorio Chirurgico
DA	Diverticolite Acuta
DAC	Diverticolite Acuta Complicata
DAnC	Diverticolite Acuta non Complicata
DAE	Diverticolite Acuta Emorragica
EA	Ecografia Addome
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
PREValE	Programma Regionale Valutazione Esiti
PAD	Pressione Arteriosa Diastolica
PAS	Pressione Arteriosa Sistolica
PCR	Proteina C Reattiva
PDTA	Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale
PS	Pronto Soccorso
Pts	Pazienti
RM	Risonanza Magnetica
RX	Radiologia Tradizionale
SpO2	Saturazione Pressione di Ossigeno
TCmdc	Tomografia Computerizzata con mezzo di contrasto
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità operativa semplice dipartimentale
US	Ecografia
VES	Velocità di Eritrosedimentazione

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDТА/20/10	<b>Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 16 di 59
---	----------------------------	---

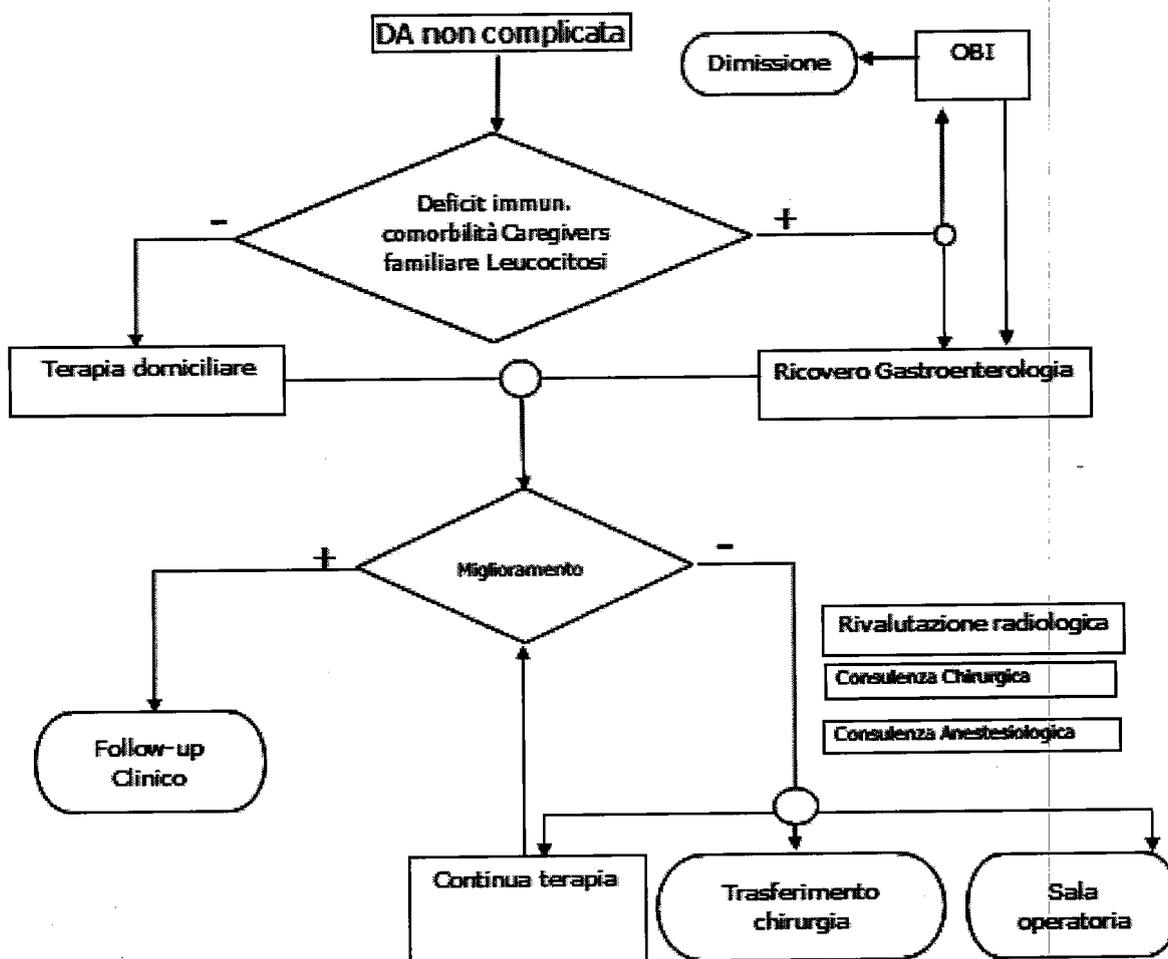
**6. DIAGRAMMI DI FLUSSO**

**6.1 Iter Diagnostico**

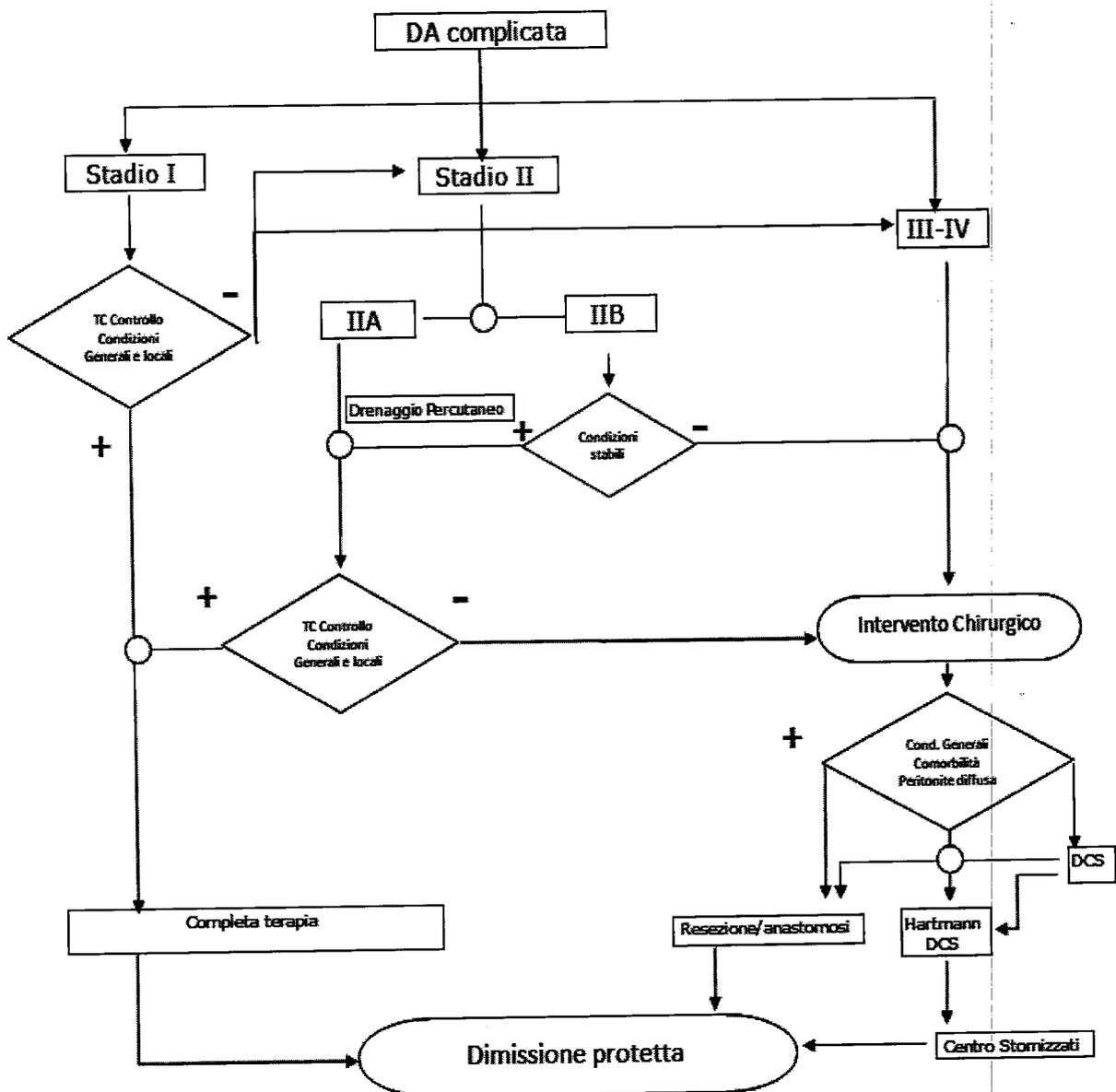


**6.2 Iter Terapeutico**

**6.2.1 Diverticolite Acuta non complicata**



**6.2.2 Diverticolite Acuta complicata**



Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA	<b>Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20
Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10		Pag. 19 di 59

## 7. RESPONSABILITA'

### 7.1 Matrice di responsabilità Fase Diagnostica

Attività diagnostica	Infermiere Triage	Medico Laboratorio	Infermiere P.S.	Medico D'Urgenza	Radiologo DEA	Chirurgo	Medico Gastroenterologo	Anestesista	Cardiologo PS
Triage	R			I					
Esami di Laboratorio	C	R	I	I					
Visita			C	R					
Terapia in PS			C	R					
Monitoraggio e terapia PS			C	R					
Ecografia addominale			I	C	R				
TC addome			I	C	R				
Esce PDTA			C	R					
Consulenza Chirurgica			C	C		R			
Consulenza Gastroenterologica			C			C	R		
Consulenza Anestesiologica				C		C	C	R	
RX Torace			I	C	R	C	C	C	
ECG			C	C				C	R
Ricovero Chir./Invio Sala Operatoria			C	C		R		C	
Ricovero Gastroenterologia			C	C		I	R		
Dimesso			C	C			R		

**R= RESPONSABILE C= COINVOLTO I= INFORMATO**

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 20 di 59
---	----------------------------	---

### 7.2 Matrice di responsabilità Fase Terapeutica DANc

Attività terapeutica	Medico PS	Gastroenterologo	Infermiere PS	Infermiere Rep Gastro	Chirurgo	Medico laboratorio	Radiologo Piastra	Anestesista di guardia	Infermiere Ambulatorio
Dimissione da PS	C	R	I						
Ricovero Gastroenterologia	C	R		C	I				
Videat Chirurgica		C		I	R				
Esami ematici di controllo		C		C		R			
Esami radiologici di controllo		C		I	C		R		
Consulenza Anestesiologica		C		I	C			R	
Follow-up clinico strumentale		R							C

**R= RESPONSABILE C= COINVOLTO I= INFORMATO**

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA	<b>Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20
Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10		Pag. 21 di 59

**7.3 Matrice di responsabilità Fase Terapeutica DAC**

Attività terapeutica	Medico PS	Gastroenterologo	Infermiere Gastroenterologia	Infermiere PS	Infermiere Reparto Chirurgia	Chirurgo	Infermiere Sala op.	Radiologo interventista	Radiologo Piastra	Medico laboratorio	Anestesista	Anatomopatologo	Infermiere Ambulatorio Stomizzati
Ricovero Chirurgia	C			I	C	R							
Drenaggio percutaneo		C			I	C		R					
Esami radiologici di controllo		C	I		I	C			R				
Esami ematici di controllo		C	C		C	C				R			
Valutazione anestesilogica		C	C		I	C					R		
Intervento					I	R	C						
Anestesia intervento						C	C				R		
Dimissione Protetta Gastro		R	C			I							
Dimiss. Protetta Chirurgia					C	R							
Ambulatorio Stomizzati					C	C							R
Anatomia Patologica						C					C	R	

**R= RESPONSABILE C= COINVOLTO I= INFORMATO**

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>PDTA Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 22 di 59
---	---------------------------------	--

## 8. AZIONI

Il gruppo di lavoro sulla base delle linee guida e EBM/EBN e del percorso ideale per i malati affetti da DA 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

La presentazione clinica della DA varia a seconda della gravità della malattia. I Pts presentano tipicamente febbre con dolore addominale nel quadrante inferiore sinistro costante o intermittente. Accompagnato da cambiamento delle abitudini intestinali, diarrea (35%) o costipazione (50%). Possono inoltre manifestare nausea e vomito, probabilmente secondari ad un'ostruzione intestinale. Disuria, frequenza e urgenza alla minzione possono verificarsi quando la flogosi coinvolge la parete vescicale. All'esame obiettivo, il dolore alla palpazione nell'area dell'infiammazione è quasi sempre presente, una massa può essere avvertita in circa il 20% dei casi. I test di laboratorio e radiologici svolgono un ruolo importante nella diagnosi. Possono mostrare una leucocitosi neutrofila e un aumento degli indici di flogosi: velocità di eritrosedimentazione (VES) e proteina C-reattiva (PCR). Un recente studio prospettico ha identificato tre fattori predittivi che ci aiutano nella diagnosi di DA e che sono l'assenza di vomito, il dolore localizzato al quadrante inferiore sinistro e una PCR elevata > 50 mg/L; queste tre caratteristiche erano presenti nel 25% di pazienti dello studio con un valore predittivo positivo (PPV) del 97%. Tuttavia diversi altri studi ci dicono che se valutiamo solo questi parametri l'errore diagnostico è del 40-60% e per tale motivo la parte diagnostica deve essere integrata con una metodica radiologica. Il test radiologico di scelta per la diverticolite acuta è la TCmdc. Anche l'EA è in grado di diagnosticare accuratamente la DA, tuttavia i risultati degli ultrasuoni dipendono fortemente dall'operatore e l'uso è limitato nonostante i dati incoraggianti, i costi più bassi e la facile disponibilità. L'endoscopia in urgenza deve essere evitata nel sospetto di una DA a causa di un aumentato rischio di perforazione.

Percorso diagnostico Terapeutico  
 assistenziale PDTA

**PDTA Diverticolite Acuta**

Rev. 00 del  
 17/12/20

Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

Pag. 23 di 59

**8.1.1 Tabella Descrizione sintetica Fase Diagnostica e relative tempistiche**

CONDIZIONE	PROCEDURE	MODALITA' DI ACCESSO	TEMPI PREVISTI
<b>DOLORE ADDOMINALE</b>	TRIAGE Raccolta dati Parametri vitali Assegnazione Codice Prelievo	Infermiere Piastra Seminterrato-AREA TRIAGE U.O.C. Medicina D'Urgenza Pronto Soccorso - Osservazione Tel. 06.5870.3102 - 3668	Dall'arrivo in P.S. 15 minuti dolore acuto o codice arancione 60 minuti a2 ore codice blu-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
	Visita medica	Medico D'urgenza Piastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO AREA VISITA U.O.C. Medicina D'Urgenza Pronto Soccorso Osservazione Tel. 06 5870.4910	15 minuti codice arancione 60 minuti codice blu-verde
<b>Sospetta Diverticolite Acuta</b>	Ecografia addome	Radiologia U.O.C. Diagnostica per Immagini Urgenza Emergenza Piastra Seminterrato Tel. 06.5870.3022 -3009	Codice arancione entro 30 minuti da richiesta Codice blu-verde entro 2 ore da richiesta
	TC Addome	Radiologia U.O.C. Diagnostica per Immagini Urgenza Emergenza Piastra Seminterrato Tel. 06.5870.3022 -3009	Codice arancione entro 30 minuti da richiesta Codice blu-verde entro 2 ore da richiesta
<b>Diverticolite Acuta</b>	Consulenza Chirurgica	Chirurgo di guardia Piastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO Area Visita UOC Chirurgia Generale e D'Urgenza Centralino Aziendale	Codice arancione entro 30 minuti da chiamata Codice blu-verde entro 60 minuti da chiamata
	Consulenza Gastroenterologica	Gastroenterologo di guardia Piastra Seminterrato Pronto Soccorso Area Visita UOC Gastroenterologia Centralino Aziendale	60 minuti da chiamata

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDТА/20/10	<b>PDTA Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 24 di 59
---	---------------------------------	--

<b>DA con Addome Acuto</b>	ECG preoperatorio	Infermiere PS Cardiologo PS	Entro 30 minuti
	RX Torace	Radiologia U.O.C. Diagnostica per Immagini Urgenza Emergenza Piastra Seminterrato Tel. 06.5870.3022 -3009	Entro 30 minuti
	Consulenza Anestesiologica	Anestesista di guardia Sala Operatoria DEA UOSD Shock e Trauma Centralino Aziendale	Completati esami preoperatori

### 8.1.2 Triage

Il paziente accede in PS per dolore addominale per sua iniziativa o inviato dal medico di base. La prima cosa a cui sarà sottoposto è il Triage, un processo decisionale infermieristico, composto da una serie di azioni e valutazioni al termine delle quali verrà assegnato un codice di priorità alla visita.

L'infermiere di triage compila la scheda GIPSE con i dati anagrafici, ed esegue una valutazione soggettiva e oggettiva del paziente. L'anamnesi mirata viene effettuata attraverso un'intervista al paziente stesso o agli accompagnatori, per cercare di individuare il problema principale per il quale si è recato al Pronto Soccorso. In questa fase devono essere individuate eventuali comorbidità, allergie e farmaci assunti, attraverso lo studio della documentazione personale. La fase oggettiva invece consiste in un breve esame fisico, il grado di dolore e nella rilevazione dei parametri vitali: pressione arteriosa sistolica e diastolica, frequenza cardiaca, saturazione e frequenza respiratoria, temperatura corporea, GCS. Il codice di priorità si attribuisce sulla base dei parametri vitali (allegato 1) e dell'intensità del dolore (allegato2).

Il paziente con DA solitamente presenta febbre e dolore addominale ai quadranti inferiori, maggiormente localizzato in fossa iliaca sinistra, leucocitosi neutrofila e aumento degli indici di flogosi (VES, PCR). Il dolore può essere viscerale o somatico, di tipo crampiforme, con sintomatologia dolorosa intervallata da momenti di assenza, o continuo. Possono comparire segni neurovegetativi riflessi quali vomito, nausea e sudorazione algida. E' importante raccogliere informazioni sullo stato dell'alvo e sul tipo di canalizzazione. In casi DC non raramente può comparire rettorragia o sanguinamento dal tratto inferiore intestinale. Durante la fase di valutazione è importante identificare se il problema principale è l'emorragia non traumatica ossia il sanguinamento gastrointestinale o la sintomatologia dolorosa. Per emorragia digestiva si intende qualsiasi sanguinamento prossimale o distale al legamento di Treitz e può essere acuta o cronica, manifesta o occulta. Di fronte al paziente emorragico si devono veicolare le azioni successive per la fase di triage al PDТА sulle emorragie digestive inferiori, considerando nell'attribuzione del codice colore anche lo shock index. La valutazione dei segni e sintomi termina con l'assegnazione del codice di priorità alla visita con il medico d'urgenza.

Percorso diagnostico Terapeutico  
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

## PDTA Diverticolite Acuta

Rev. 00 del  
17/12/20

Pag. 25 di 59

Codice 1: Dolore addomino-pelvico acuto, intenso e progressivo con segni di shock.

Codice 2: Dolore addomino-pelvico acuto, intenso e progressivo, con o senza segni di difesa (addome a tavola). Sono presenti sintomi associati quali decubito obbligato, vomito persistente, diarrea o stato di agitazione.

Codice 3: Dolore localizzato acuto recente o persistente da alcune ore. E' presente vomito/diarrea. Alvo chiuso a feci e a gas. Addome teso.

Codice 4: Dolore localizzato non evolutivo.

Codice 5: Dolore addominale regredito da 24h.

L'infermiere di triage provvede inoltre ad inserire un ago cannula periferico, da cui effettua il prelievo ematico per gli esami che verranno immediatamente inviati al laboratorio clinico. Vengono richiesti direttamente dall'infermiere di triage l'emocromo, la coagulazione, gli elettroliti, la funzionalità renale ed epatica, gli enzimi pancreatici (amilasi e lipasi), gli enzimi epatici di stasi (fosfatasi alcalina), la bilirubinemia totale e indiretta, e la troponina se il dolore è localizzato ai quadranti superiori. A questi si aggiunge la Beta-hcg nelle donne in età fertile.

### 8.1.3 Visita Medico d'Urgenza

Il paziente con dolore addominale proveniente dal Triage con un codice colore-numerico (2 Arancione, 3 Blu, 4 Verde) ha già ago-cannula inserita e prelievi ematici eseguiti ed inviati in laboratorio. Gli esami richiesti sono nel cosiddetto Profilo Dolore Addominale, che oltre agli esami di routine, che comprendono emocromo, coagulazione, elettroliti, funzionalità renale, epatica, comprendono anche gli enzimi pancreatici e la PCR. I Pts si presentano con un'anamnesi positiva per dolore addominale, generalmente nei quadranti di sinistra, accompagnato da febbre, alterazioni dell'alvo, raramente da vomito, e con un esame obiettivo che mostra dolorabilità addominale, più marcata nei quadranti inferiori ed in particolare in fianco e fossa iliaca sinistra; alcuni pazienti possono riferire pregressi episodi di DA, di infezioni urinarie o si possono presentare con un quadro clinico di "addome acuto". In tutti questi Pts si richiede direttamente la TCmdc. La richiesta viene fatta sempre dopo aver verificato l'assenza di allergie al mdc, di insufficienza renale e nelle donne in età fertile il risultato delle Beta-hcg. Preferiamo eseguire una EA come primo step diagnostico, anche se ha una minore sensibilità rispetto alla TCmdc, nei Pts giovani soprattutto se donne, per escludere patologie di natura ginecologica. Nel caso l'esame ecografico non evidenzia altre patologie o se sono presenti patterns patognomici di diverticolite acuta, si completeranno le indagini con una TCmdc. Nella fase clinica iniziale i Pts che presentano come sintomo principale rettorraggia, vengono avviati al percorso diagnostico-terapeutico delle emorragie digestive inferiori. Nell'attesa degli esami strumentali e del risultato degli esami ematici viene iniziata la terapia con infusione di Soluzione Reidratante o Glucosalina e terapia antidolorifica e antinfiammatoria con somministrazione di 1 G di Paracetamolo e.v.



Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>PDTA Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 26 di 59
---	---------------------------------	--

I Pts con esami strumentali ed esami ematici negativi per patologia acuta addominale e con regressione della sintomatologia dopo un periodo di osservazione clinica nei locali del PS con digiuno e fluidoterapia, vengono dimessi con consigli dietetici e una terapia medica e inviati all'osservazione del medico curante.

I Pts con un quadro di diverticolite alla TC mdc accompagnata da leucocitosi o innalzamento dei valori della PCR, saranno sottoposti a consulenza Chirurgica che in base all'esame clinico, allo stadio della malattia, deciderà per il ricovero nel reparto di Chirurgia o richiederà una consulenza Gastroenterologica, che verrà effettuata sempre in PS.

Dopo la valutazione specialistica del Gastroenterologo i pazienti che non avranno indicazione a ricovero d'urgenza in reparto saranno inseriti nel percorso dell'OBI. Saranno sottoposti alla terapia antibiotica prescritta dal Gastroenterologo e dopo un periodo di osservazione di 48-72 ore, a seguito di una rivalutazione specialistica saranno ricoverati o avviati ad un percorso protetto con presa in carico ambulatoriale. L'appuntamento per la visita di controllo verrà preso direttamente dal medico di Pronto Soccorso al momento della dimissione, mediante agenda GIPSE.

#### 8.1.4 Indagini Radiologiche

Nella valutazione del Paziente con sospetto clinico-laboratoristico di DA del colon sinistro, le metodiche d'indagine radiologiche usate in un contesto d'urgenza/ emergenza sono la Tomografia Computerizzata (TC) e l'Ecografia.

L'indicazione alla TC c'è per tutti i pazienti con il sospetto di DA. È infatti una metodica caratterizzata da elevata sensibilità (circa il 95%) e da altrettanto alta specificità (circa 96%) che, oltre a permettere una diagnosi accurata, è in grado di determinare la severità del quadro, fornendo al clinico gli elementi sui quali impostare la strategia terapeutica.

In urgenza la DA è di frequente riscontro e comprende una varietà di condizioni che vanno dalla flogosi diverticolare localizzata, alla perforazione, fino a quadri di peritonite stercoracea.

Negli ultimi anni, l'avvento di nuove e migliori tecniche di imaging radiologico, ha fortemente cambiato la gestione della DA e la TC è diventata la metodica di scelta nella diagnosi e nello staging. I rilievi di un'indagine TC vanno dalla diverticolosi con diffuso ispessimento parietale, alla disomogeneità del cellulare adiposo periviscerale, al flemmone, alla presenza di nuclei gassosi extraluminali, con l'evidenza di ascessi e di versamento libero endoaddominale.

#### Esame TC

La TC è l'indagine Gold Standard nella valutazione del dolore in fossa iliaca sinistra FIS nel sospetto di DA.

In particolare la TC:

- conferma la diagnosi di DA
- esclude altre patologie causa di dolore in FIS
- permette di valutare la severità e l'estensione della flogosi

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>PDTA Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 27 di 59
---	---------------------------------	--

- consente di pianificare il trattamento di eventuali complicanze
- Sebbene la somministrazione di mezzo di contrasto endovena non sia indispensabile alla diagnosi, il mezzo di contrasto I.V., salvo controindicazioni, viene sempre somministrato: un'indagine TC ottenuta mediante infusione I.V. di mdc facilita infatti l'identificazione degli ascessi, dimostra l'iperemia della parete del colon e diventa assolutamente necessaria quando si sospetti un'estensione extra-colica della flogosi.
- Come diretta conseguenza del numero sempre crescente d'informazioni fornite dalla TC, sono state inoltre nel tempo introdotte varie modifiche alla classificazione di Hinchey, la più comunemente usata negli ultimi trent'anni.
- Nel 2015 la World Society of Emergency Surgery (WSES) ha proposto una classificazione basata sui reperti TC che divide la diverticolite acuta in 2 gruppi:  
 NON COMPLICATA e COMPLICATA: nelle DANc la flogosi non si estende al peritoneo, mentre nelle diverticoliti complicate, il processo infiammatorio è sconfinato al di là del colon.

#### **Classificazione Hinchey modificata WSES**

<b>NON COMPLICATA</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Stadio 0	Presenza di diverticoli, ispessimento dello spessore del viscere e aumentata intensità del grasso periviscerale
<b>COMPLICATA</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Stadio 1a	Nuclei gassosi o modesto versamento liquido entro 5 cm dal viscere senza evidenti raccolte ascessuali
Stadio 1b	Presenza di ascesso di dimensione uguali o inferiore a 4 centimetri
Stadio 2a	Presenza di ascesso di dimensioni superiori a 4 centimetri
Stadio 2b	Nuclei gassosi localizzati a una distanza superiore a 5 cm dal viscere
Stadio 3	Versamento libero diffuso senza evidenza di aria libera
Stadio 4	Versamento libero diffuso e numerosi nuclei gassosi distanti (perforazione parietale)

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>PDTA Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 28 di 59
---	---------------------------------	--

### **Ecografia e Risonanza Magnetica**

Di fronte all'eventualità di:

- pazienti difficilmente mobilizzabili;
- donne giovani e/o in gravidanza;
- pazienti allergici;

l'ecografia può essere una valida alternativa alla TC. Graduando adeguatamente la pressione della sonda per eliminare reperti generati dalle anse sovrapposte, se eseguita da un operatore esperto, questa indagine è dotata di sensibilità (84-94%) e specificità (80-93%) elevate.

I possibili reperti sono:

- ispessimento parietale dell'ansa;
- flogosi del cellulare adiposo periviscerale;
- ascessi.

Tuttavia, anche in considerazione dei limiti nel valutare pazienti obesi e della difficoltà nell'individuare aria libera, anche dopo un reperto ecografico negativo, per completezza diagnostica si rende necessario eseguire una TCmdc.

La RISONANZA MAGNETICA, pur dotata di una maggiore sensibilità e specificità rispetto all'ecografia con cui condivide il vantaggio dell'assenza di radioesposizione, non è attualmente disponibile in ambiente di Pronto Soccorso.

### **8.1.5 Consulenza Chirurgica**

La consulenza chirurgica viene effettuata dal team chirurgico di guardia raggiunto telefonicamente dal centralino, entro 30 minuti per i codici arancioni e 60 minuti per i codici blu-verdi, presso i locali del Pronto Soccorso. La valutazione del paziente si basa sull'esame clinico, sui risultati degli esami di laboratorio e soprattutto sulla classificazione della DA che si ottiene con le immagini TC. Come abbiamo visto precedentemente per i reperti TC utilizziamo la classificazione di Hinchey modificata dal WSES. Essa suddivide la DA in due gruppi: DAC e DANc, e in cinque stadi. Nelle DANc non vi è indicazione a gesti o terapie di tipo chirurgico pertanto i pazienti vengono affidati, per una terapia medica al collega gastroenterologo. Nella DAC all'esame obiettivo è presente una dolorabilità a partenza dalla fossa iliaca sinistra esacerbata dalla palpazione, con segni di peritonismo localizzato o diffuso, a volte si apprezza una massa patologica. Negli esami di laboratorio sono significativi l'aumento della Proteina C Reattiva (PCR) >5 e dei Globuli Bianchi >10.000. Nella valutazione del paziente è necessario tenere conto dell'età e dello stato settico su cui incidono comorbidità quali diabete, insufficienza renale cronica o terapie in corso con immunosoppressori o corticosteroidi. I pazienti con DAC, completati gli esami preoperatori vengono ricoverati nel reparto di chirurgia e sottoposti a antibiotico terapia, digiuno e fluidoterapia. In presenza di un quadro di peritonite diffusa con segni di addome acuto o con condizioni emodinamiche instabili, effettuata la consulenza anestesologica, in accordo con l'anestesista si dispone per un trattamento chirurgico urgente.

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>PDTA Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 29 di 59
---	---------------------------------	--

### 8.1.6 Consulenza Gastroenterologica

Un recente studio prospettico ha identificato tre fattori predittivi che ci aiutano nella diagnosi di DA (assenza di vomito, dolore localizzato al quadrante inferiore sinistro e una Proteina C Reattiva (PCR) elevata > 50 mg / L); queste tre caratteristiche erano presenti nel 25% di pazienti dello studio ed il valore predittivo positivo (PPV) era del 97%. Tuttavia diversi altri studi ci dicono che se valutiamo solo parametri clinici l'errore diagnostico è del 40-60%.

Alla luce di questa premessa, la consulenza gastroenterologica viene effettuata dal team gastroenterologico di guardia dopo la consulenza chirurgica presso i locali del Pronto Soccorso, solo dopo che il paziente ha completato l'iter diagnostico biochimico-strumentale e sia stata esclusa l'urgenza chirurgica o la necessità di ricoverare il paziente in ambiente chirurgico. La gestione della DA dipende dalla gravità della condizione (come DANC o DAC da ascesso, perforazione o peritonite) e sulla presenza di comorbidità. La maggior parte dei pazienti affetti da diverticolite acuta risponde al trattamento conservativo, sebbene alla fine il 10-20% dei pazienti richiederà un trattamento chirurgico. La TC con mezzo di contrasto, e quindi la classificazione di Hinchey che ne scaturisce, è fondamentale nella stratificazione dei pazienti in forme di DAC e DANc. Le forme "**complicate**" devono essere ricoverate in ambiente protetto per valutarne l'evoluitività ed il rischio potenziale per intervento chirurgico.

Le forme "**non complicate**" che all'esordio presentano un quadro clinico suggestivo, associato a modesto incremento della PCR in assenza di febbre e leucocitosi e quindi con un basso rischio di evoluzione in forme più severe o per lo sviluppo di complicanze, possono essere gestite ambulatorialmente invitando il paziente a seguire una sola dieta idrica associata a riposo a letto, senza la necessità di assumere antibiotici se non coesistono comorbidità importanti o stato di immunosoppressione. Diverse metanalisi dimostrano che in questa tipologia di pazienti, l'omissione della terapia antibiotica non influenza la recidiva di malattia, la comparsa di complicanze, o la necessità di ricorrere ad intervento. Tuttavia, anche i pazienti classificati come non complicati possono richiedere ricovero in ospedale se presentano delle comorbidità importanti, quali immunosoppressione, dolore addominale persistente, intolleranza all'assunzione orale dei farmaci ma soprattutto se presentano leucocitosi, PCR elevata e febbre ed in questi pazienti è fortemente consigliato l'utilizzo di terapia antibiotica e.v.

### 8.1.7 Valutazione Anestesiologica

La visita preoperatoria anestesiologica verrà effettuata in PS nei pazienti con instabilità emodinamica e/o con classificazione di Hinchey 3 o 4, mentre verrà eseguita in reparto per i pazienti con stabilità emodinamica e con classificazione di Hinchey 1 o 2.

La visita prevede la valutazione e comunicazione del rischio perioperatorio con l'utilizzo della scala ASA (fig.1) e la stratificazione di rischi specifici. L'anestesista deve distinguere tra le condizioni preoperatorie che richiedono una immediata correzione come la disidratazione, ipovolemia, anemia, ipossia, disordini elettrolitici ed aritmie, e quelle più difficilmente

Percorso diagnostico Terapeutico  
 assistenziale PDTA

**PDTA Diverticolite Acuta**

Rev. 00 del  
 17/12/20

Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

Pag. 30 di 59

correggibili che possono incidere gravemente sul periodo postoperatorio del paziente, come nel caso di cardiopatia cronica, insufficienza respiratoria, disfunzione renale o disturbi cognitivi. In funzione del comportamento clinico del paziente durante l'intervento, della complessità dell'atto chirurgico e della stratificazione dei rischi operatorio e specifici, l'anestesista dovrà decidere quale sarà il luogo più idoneo nel quale il paziente dovrà essere ricoverato all'uscita dalla sala operatoria.

La valutazione preoperatoria in pazienti con addome acuto richiede una visione multidisciplinare con valutazione del rischio:

- Allergico;
- Cardiovascolare;
- di intubazione difficile e la ricerca di apnee ostruttive nel sonno;
- di nausea e vomito postoperatorio;
- emorragico-trasfusionale;
- renale

Al termine della valutazione dei rischi occorre definire la classe funzionale ASA (Fig.1).

La Scala ASA (che prende il nome dalla società scientifica statunitense American Society of Anesthesiologists) prevede una valutazione dello stato di salute complessivo del paziente, in base alle sue comorbidità, con conseguente classificazione in 6 stadi:

ASA 1	Nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica
ASA 2	Malattia sistemica lieve correlata o no alla ragione dell'intervento
ASA 3	Patologia sistemica severa ma non invalidante correlata o no alla ragione dell'intervento
ASA 4	Malattia sistemica grave con prognosi severa che pregiudica la sopravvivenza indipendentemente dall'intervento
ASA 5	Paziente moribondo che non sopravvivrà alle prossime 24 ore successive, che viene sottoposto a intervento come ultima possibilità
ASA 6	Paziente dichiarato deceduto cerebralmente i quali organi sono destinati a espianto
ASA E	Intervento chirurgico non dilazionabile e che non permette una completa valutazione del paziente e la correzione di ogni anomalia

Fig.1. Scala ASA (American Society of Anaesthesiologists) relativa al rischio anestesilogico relativamente allo stato di salute del paziente.

L'esecuzione preoperatoria di indagini diagnostiche e laboratoristiche ridondanti, che non hanno un ruolo nell'ambito della chirurgia di urgenza, possono incidere in maniera negativa sulla precocità di intervento. Per permettere l'avvio rapido all'intervento chirurgico l'elettrocardiogramma (ECG), gli esami ematochimici e la determinazione del gruppo sanguigno vanno sempre eseguiti in urgenza all'accesso in Pronto Soccorso (PS). La valutazione

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDТА/20/10	<b>PDТА Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 31 di 59
---	---------------------------------	--

preoperatoria della funzionalità polmonare secondo l'American College of Physicians, prevede oltre all'anamnesi l'esame obiettivo toracico e la misurazione della saturazione di O<sub>2</sub> (SpO<sub>2</sub>).  
 Il rischio Allergico, nei pazienti con descritta reazione anafilattica durante una precedente anestesia, viene ridotto evitando l'utilizzo di prodotti che liberano istamina e privilegiando l'utilizzo di alogenati, propofol o oppioidi.  
 Il rischio cardiologico, secondo Le linee guida ESC/ESA del 2018 per interventi non cardiocirurgici in urgenza, viene stratificato basandosi sulla capacità funzionale del paziente (MET>4) e tramite il revised cardiac index score (RCRI- Fig.2).

CRITERI	PUNTEGGIO
Chirurgia ad alto rischio	1
Coronaropatia in anamnesi	1
Insufficienza cardiaca congestizia in anemnesi	1
Patologia cerebrovascolare in anamnesi	1
Diabete mellito insulino richiedente	1
Creatinina sierica > 2mg/dl	1
	Punteggio totale pari a sommatoria

PUNTEGGIO RCRI	RISCHIO DI INFARTO, O MORTE ENTRO 30 GG DOPO CHIRURGIA
0	3.9%
1	6.0%
2	10.1%
3 o >3	15%

Fig.2 revised cardiac risk index (RCRI) per la stratificazione del rischio di complicanze cardiache nei primi 30 giorni del postoperatorio.

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDТА/20/10	<b>PDТА Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 32 di 59
---	---------------------------------	--

Il rischio d'intubazione difficile e la ricerca di apnee notturne viene effettuato tramite valutazione clinica, anamnestica e l'utilizzo dello score STOP-BANG.

Il rischio di PONV (nausea e vomito postoperatorio) viene valutato tramite lo score di Apfel in base alla presenza dei seguenti fattori di rischio (sesso femminile, pregresso ponv, paziente fumatore, uso di oppioidi) e nei pazienti con almeno un fattore di rischio si effettua premedicazione con farmaci specifici.

Il rischio emorragico viene stratificato e gestito secondo quanto previsto dal pdta del PBM (Patient Blood Management) di questa Azienda Ospedaliera.

La valutazione del rischio renale è sicuramente legata a diversi fattori quali età, procedure chirurgiche d'emergenza, obesità, fumo, abuso di alcool, diabete mellito, ipertensione; parametri che devono essere considerati preoperatoriamente nella valutazione del paziente. I pazienti con insufficienza renale devono essere attentamente valutati anche perché più a rischio di infezioni postoperatorie (ferita chirurgica, tratto urinario, polmonite), soprattutto se anche diabetici. Il paziente diabetico ed insufficiente renale presenta anche un inevitabile rischio cardiovascolare.

Per quanto riguarda il digiuno preoperatorio questo dovrebbe essere di almeno 6 ore per i solidi e di 2 ore per i liquidi chiari. In regime di urgenza non sempre è possibile rispettare questi tempi, in tal caso è necessario effettuare una profilassi farmacologica ed induzione dell'anestesia generale con sequenza rapida.

## 8.2 FASE TERAPEUTICA

### 8.2.1 Tabella Descrizione sintetica dell'iter Terapeutico e relative tempistiche

CONDIZIONE	PROCEDURA	MODALITA' DI ACCESSO	TEMPI PREVISTI
<b>DA non complicata</b>	Dimissione e controllo ambulatoriale	Medico di PS Medico Gastroenterologo Piastra Seminterrato Pronto Soccorso	Entro 6 ore dal ingresso
	Ricovero OBI	Consulenza Gastro	Entro 72 ore
	Ricovero gastroenterologia	Medico Gastroenterologo UOC Gastroenterologia Padiglione Bassi II Piano Endoscopia Tel.06.5870.3402/3168	Sulla base della disponibilità del posto letto

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>PDTA Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 33 di 59
---	---------------------------------	--

	Controlli Radiologici	Medico Radiologo UOC Radiologia Radiologia Piastra Tel. 06.5870	Seconda prescrizione gastroenterologo
	Dimissione dal PS	Medico d'Urgenza	Seconda prescrizione clinica
	Dimissione gastro	gastroenterologo	Seconda prescrizione clinica
	Consulenza Chirurgica	Chirurgo di guardia Centralino Aziendale	Entro 12 ore dalla richiesta
	Ricovero Chirurgia	Chirurgo Reparto Infermieri reparto UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza Piastra Piano Terra Tel. 06.5870.3025	Sulla base della disponibilità del posto letto
<b>DA Complicata</b>	Consulenza Anestesiologica	Anestesista DEA UOSD Shock e Trauma Piastra Piano Terra Tel. 065870 3146-3147	Immediata
	Drenaggio percutaneo	UOC Radiologia Interventistica Padiglione PUDDU Primo Piano Tel. 06.5870.3220	Entro 12 ore dalla richiesta
	Intervento Chirurgico	Chirurgo Anestesista CR1 Blocco operatorio DEA Seminterrato Piastra UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza Tel. 065870.3026	Seconda prescrizione clinica
	Terapia Intensiva	UOSD Shock e Trauma Piastra Piano Terra Tel. 06.5870.3146	Immediato se necessario
	Consulenza dietologica	U.O.S.D. Dietologia e Nutrizione Antonini Piano Quinto Tel.06 58704383 - 4308	Entro 24 ore dalla richiesta

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>PDTA Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 34 di 59
---	---------------------------------	--

Visita Centro Stomizzati	Ambulatorio CASID Padiglione BASSI 1 Piano Stanza 6 Tel 0658705488	Il giorno della dimissione
Follow Up Chirurgico	Chirurgo Poliambulatorio Piastra I Piano UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza Tel.06.5870.3061	Secondo decorso clinico
Esame Istologico	Istologia UOC Anatomia e Istologia Patologica Malpighi 1 piano tel. 065870.4822-4823	Entro 30 giorni dal intervento

### 8.2.2 DA non Complicata

#### 1. Non complicata a domicilio senza antibioticoterapia

Prevede la dimissione precoce del paziente che presenta un quadro clinico non complicato con valori di PCR normali o lievemente alterati, senza febbre e con lieve aumento dei Globuli Bianchi. In questo caso la dimissione domiciliare prevede una rivalutazione ambulatoriale a 48-96 ore, salvo modificazioni del quadro clinico, con la successiva presa in carico del paziente fino alla risoluzione del quadro clinico e la programmazione della colonscopia (se non eseguita nei tre anni precedenti). Sulla base delle evidenze scaturite da due Trials europei, riportate anche nel contesto di linee guida nazionali ed internazionali, in questa specifica condizione clinica se il paziente non presenta comorbidità la terapia antibiotica a domicilio potrebbe essere omessa rimandando ogni decisione terapeutica sulla base di una valutazione "caso per caso".

#### 2. Non complicate a domicilio con antibioticoterapia

Nei pazienti che all'esordio presentano un quadro di DA non complicata (Stadio 0-1 a/1b) più o meno associata a febbre, valori di PCR non eccessivamente alterati (< 15 mg/L), leucitosi non spiccata, comorbidità non significative ed un buon caregiver familiare, si può optare per una dimissione a domicilio con terapia antibiotica domiciliare. Quando necessario il trattamento con antibiotici di solito consiste in 7-10 giorni di terapia. La terapia per os più utilizzata nelle forme non complicate "a basso rischio" è rappresentata dalla combinazione di un chinolonico (in genere la ciprofloxacina) associato a metronidazolo, ma anche altri regimi sono efficaci. (Fig.3). Anche in questo caso si prevede una rivalutazione ambulatoriale a 48-96

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>PDTA Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 35 di 59
---	---------------------------------	--

ore salvo modificazioni del quadro clinico, con la successiva presa in carico del paziente fino alla risoluzione del quadro clinico e la programmazione della colonscopia (se non eseguita nei tre anni precedenti).

### 3. Non complicate ospedalizzate

Nelle forme di diverticolite acuta non complicata ad "alto rischio", ovvero i pazienti con elevati valori di PCR, leucocitosi, comorbidità e sintomatologia protratta necessitano di ospedalizzazione con terapie reidratanti associate ad antibiotici ev (Metronidazolo + chinolonico o  $\beta$ -lattamici con inibitore della beta lattamasi o associazione tra metronidazolo e cefalosporina di terza generazione) (Fig.3). Una recensione di Cochrane ha evidenziato una non inferiorità di efficacia tra diversi regimi antibiotici (cefalosporina di III generazione contro la combinazione gentamicina-clindamicina) e durata del trattamento (24-48 ore del trattamento antibiotico per via endovenosa rispetto a trattamenti più lunghi).

Tutti i pazienti affetti da diverticolite acuta non complicata ospedalizzati, in particolare nei casi di persistenza dei sintomi, devono essere costantemente monitorati per scongiurare l'instaurarsi di una complicanza o la presenza di una patologia alternativa che deve essere esclusa.

Una volta dimesso il paziente eseguirà delle visite di controllo (Dimissione protetta o controllo ambulatoriale) con una gestione "mirata" sulle caratteristiche cliniche del paziente.

TERAPIA ANTIBIOTICA NELLA DIVERTICOLITE ACUTA NON COMPLICATA	
Somministrazione per OS	Dose
Amoxicillina + Acido Clavulanico	Am. + Ac. Clav.: 875 mg + 125 mg ogni 12 ore
Metronidazolo e Chinolonico (Ciprofloxacina)	Metronidazolo: 500 mg ogni 6-8 ore Ciprofloxacina: 500 mg omi 12 ore
Metronidazolo e Trimetoprim-sulfametossazolo	Metronidazolo: 500 mg ogni 6-8 ore Trim. + Sulf.: 160 mg + 800 mg ogni 12 ore
Somministrazione per EV	Dose
Metronidazolo e Chinolonico (ciprofloxacina)	Metronidazolo: 500 mg ogni 6-8 ore Ciprofloxacina: 500 mg omi 12 ore
Metronidazolo e Cefalosporina di III generazione (ad es. ceftriaxone)	Metronidazolo: 500 mg ogni 6-8 ore Ceftriaxone: 1-2 gr omi 24 ore
Beta-lattamico con un inibitore della beta-lattamasi	Ampicillina-sulbactam: 3 gr ogni 6 ore

**Fig.3**

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDТА/20/10	<b>PDТА Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 36 di 59
---	---------------------------------	--

### 8.2.3 Diverticolite acuta complicata

Le linee guida nazionali ed internazionali e le Consensus Conference hanno fornito consigli terapeutici per pazienti con malattia diverticolare spesso in conflitto tra loro. La terapia può essere di tipo medico conservativo, strumentale oppure chirurgica in relazione alla gravità del quadro clinico e al tipo di complicanza.

Nelle forme di **diverticolite acuta severa e complicata è raccomandata** da tutte le linee guida europee ed americane l'ospedalizzazione, il digiuno, la reidratazione con liquidi EV e una terapia antibiotica sistemica. In particolare, come già esposto in precedenza, dopo aver completato l'iter diagnostico in presenza di un quadro clinico stabile senza segni di addome acuto, il paziente viene ricoverato presso l'unità operativa di chirurgia mentre in presenza di una peritonite diffusa o condizioni instabili si dispone per un intervento chirurgico d'urgenza con successivo ricovero in chirurgia o in terapia intensiva post-operatoria. Vi sono principalmente 2 fattori da tenere in considerazione: reperto TC e condizioni cliniche del paziente incluse le copatologie di cui è portatore.

1. Pazienti con TC dimostrante aria libera senza versamento libero diffuso (versamento in 2 o + quadranti addominali) possono essere trattati con approccio conservativo in casi selezionati. C'è un rischio di fallimento terapeutico e pertanto è consigliato un monitoraggio clinico radiologico per valutarne il decorso.
2. Se il trattamento conservativo fallisce in pazienti con reperto TC di aria libera senza versamento libero diffuso, il trattamento chirurgico di resezione-anastomosi con o senza ileostomia di protezione o resezione sec. Hartmann è suggerito in accordo con le condizioni del paziente e le comorbidità.
3. Nelle **malattia diverticolare complicata** la scelta della strategia chirurgica si basa sulla classificazione di Hinchey:

Nell'**Hinchey 1** (1a: presenza di nuclei gassosi o modesto versamento liquido entro 5 cm dal viscere senza evidenti raccolte ascessuali; 1b: presenza di ascesso di dimensioni uguali o inferiori a 4 cm) deve essere prima trattato il processo infiammatorio associato o meno all'ascesso. In caso di ascessi diverticolari di piccole dimensioni (< 4 cm) e localizzati, la prima linea terapeutica è la terapia antibiotica per os o ev.

Nell'**Hinchey 2** dove l'ascesso è di dimensioni > 4 cm o sono presenti nuclei gassosi a distanza > 5 cm dal viscere, esistono opzioni di trattamento:

- Trattamento conservativo con digiuno, fluidoterapia, antibiotico terapia mirata associata o meno a drenaggio percutaneo.
- Drenaggio percutaneo, il cui vantaggio è quello di ristabilizzare le condizioni generali del paziente al fine di procedere in un secondo momento all'intervento chirurgico in elezione. Se l'ascesso è multiloculato o comunque non è suscettibile di drenaggio percutaneo TC guidato, oppure se, nonostante il drenaggio persistono segni e sintomi di sepsi, è indicato procedere con l'intervento chirurgico di resezione.

L'**Hinchey 3** (peritonite purulenta) richiede generalmente un intervento chirurgico in regime d'urgenza. Non esiste accordo sul trattamento chirurgico migliore. Le opzioni terapeutiche sono:

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDТА/20/10	<b>PDТА Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 37 di 59
---	---------------------------------	--

resezione colica con anastomosi associata o meno ad ileostomia di protezione oppure resezione colica sec. Hartmann.

Il trattamento conservativo in questi pazienti può essere solo attuato in presenza di stabilità emodinamica.

La presenza di una perforazione documentata radiologicamente, con una grande quantità di aria intraperitoneale anche in assenza di peritonite clinica generalizzata è stata associata ad un alto tasso di fallimento (57-60%) della terapia conservativa. In questi casi l'intervento chirurgico in urgenza è mandatorio e prevede la resezione chirurgica del tratto colico interessato dal processo flogistico.

La procedura sec. Hartmann dovrebbe essere considerata la procedura di scelta in questi pazienti se emodinamica instabile o in pazienti con copatologie. Tuttavia la stabilità emodinamica e l'assenza di copatologie possono indirizzare il chirurgo ad eseguire una resezione-anastomosi con o senza ileostomia (*raccomandazione 1 B, forte con evidenze di ottima qualità*).

**L'Hinchey 4** (peritonite fecale) dovrebbe essere trattata sempre con la resezione sec. Hartmann dopo un trattamento intensivo preoperatorio.

L'Hartmann rimane la procedura di scelta per pazienti con Hinchey 4 (peritonite fecale) in pazienti con instabilità emodinamica, con fattori di rischio (immunodepressione, insufficienza renale cronica, cirrosi, pregressi trapianti, cardiopatie ecc) (*raccomandazione 1 A fortissima*).

La tecnica laparoscopica mininvasiva è utilizzata prevalentemente negli interventi differiti che si svolgono in elezione. Si può comunque prendere in considerazione nel caso di pazienti stabili, anche con un quadro di peritonite diffusa, in presenza di un'equipe di guardia con consolidata esperienza laparoscopica.

Nei pazienti instabili o con un quadro di peritonite fecale generalizzato una ulteriore opzione, proposta in questi ultimi anni è rappresentata da una strategia di Damage Control Surgery. Essa prevede una resezione colica limitata al tratto patologico, un lavaggio accurato della cavità addominale e il confezionamento di una laparostomia a pressione negativa. Dopo questo primo tempo chirurgico, il paziente viene ricoverato in rianimazione (CR1) per la stabilizzazione del quadro clinico e ricondotto in sala operatoria per un second-Look entro 48 ore. In questo secondo intervento, tenendo conto delle condizioni cliniche e del grado di contaminazione addominale, si potrà confezionare una colostomia temporanea (Hartmann) o un'anastomosi dei monconi colici precedentemente affondati con o senza ileostomia di protezione. Nei casi in cui persista una significativa contaminazione della cavità addominale, si può effettuare un ulteriore lavaggio della cavità con riconfezionamento di laparostomia, affidando così il trattamento chirurgico definitivo ad ulteriore tempo chirurgico.

### **Chirurgia elettiva**

Non vi è alcuna indicazione alla chirurgia profilattica in elezione dopo uno o più episodi di diverticolite acuta ma deve essere considerata caso per caso vista la buona risposta alla terapia medica e il basso rischio di riacutizzazione. La chirurgia resettiva in elezione non è generalmente indicata nei quadri di malattia diverticolare non complicata (Hinchey 1/2), ma si ritaglia uno spazio maggiore nei casi di malattia diverticolare complicata da fistole e stenosi.

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDТА/20/10	<b>PDТА Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 38 di 59
---	---------------------------------	--

L'intervento chirurgico in elezione, ormai eseguito con tecnica mininvasiva, prevede l'asportazione del tratto colico interessato dalla malattia con la creazione di un'anastomosi con o senza stomia di protezione o una procedura resettiva del sigma secondo Hartmann.

Nel momento in cui si decide di programmare un intervento resettivo in elezione è necessario aspettare un intervallo di tempo adeguato tra l'ultimo episodio di diverticolite acuta non complicata e l'intervento chirurgico, tale per cui vi sia remissione del processo infiammatorio che potrebbe compromettere la buona riuscita dell'intervento con la non tenuta delle anastomosi, la formazione di ascessi nella parete addominale e il rischio di conversione laparotomica dell'intervento.

### Controllo post-operatorio

I pazienti sottoposti ad interventi chirurgici in regime d'urgenza possono andare incontro a degenze post-operatorie di durata variabile a seconda della comparsa o meno di complicanze post-operatorie (es. suppurazioni ferita chirurgica, complicanze mediche ecc). Tali pazienti verranno dimessi a domicilio o trasferiti presso altri reparti (es. Medicina interna) o strutture di lungo degenza per percorsi di riabilitazione. Pertanto i controlli (medicazione ferite chirurgiche, controllo stomie, valutazione esami ematochimici e strumentali) presso l'ambulatorio di chirurgia generale sono rivolti principalmente a pazienti dimessi in regime di dimissione protetta (cod. 5) a domicilio, sottoposti ad interventi chirurgici in regime elettivo e d'urgenza. Per gli altri pazienti, i controlli verranno eseguiti dal personale chirurgico presso i reparti di destinazione.

### 8.2.4 Drenaggio percutaneo

In un certo numero di pazienti, la peridiverticolite si complica a sua volta con raccolte ascessuali in sede pericolica. La scelta del tipo di trattamento è condizionata soprattutto dalle dimensioni dell'ascesso. Nei casi di piccole raccolte ascessuali, che non superano i 5 cm, la terapia medica conservativa, eseguita con le modalità prima descritte può essere efficace. Al contrario per ascessi di dimensioni maggiori vi sono altre opzioni. Mentre in passato si ricorreva subito all'intervento chirurgico, oggi sempre più spesso si fa ricorso al drenaggio percutaneo TC-guidato. Questo approccio ha il vantaggio immediato di ottenere un rapido controllo del quadro settico e la stabilizzazione del paziente, risultati che consentono di programmare un successivo intervento chirurgico in elezione. Il materiale prelevato con il drenaggio viene sottoposto a esame colturale per permettere un'antibioticoterapia mirata.

### 8.2.5 Consulenza Dietologica

La valutazione nutrizionale dei pazienti con diverticolite acuta complicata deve essere inserita, in caso di pz non sottoposti a intervento chirurgico di urgenza, nei primi giorni di ricovero nel reparto di chirurgia generale per la fase di osservazione, in caso di intervento di urgenza nell'immediato postoperatorio.

**I pazienti malnutriti o ad alto rischio di malnutrizione** dovranno essere trattati tempestivamente con una *nutrizione parenterale* periferica o centrale, mentre per i **normonutriti** sarà sufficiente fluidoterapia e.v. e successiva rivalutazione in base all'andamento del quadro clinico.

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>PDTA Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 39 di 59
---	---------------------------------	--

**La rialimentazione** dei pazienti **non sottoposti** ad intervento chirurgico deve prevedere:

1. dieta idrica;
2. dieta idrica integrata liquidi chiari e fette biscottate);
3. dieta semiliquida a incremento energetico e proteico progressivo, priva di lattosio e a basso tenore di fibra insolubile per 7 - 15 giorni;
4. dieta morbida frazionata in piccoli pasti con abbondante assunzione di liquidi, raccomandando un'accurata masticazione degli alimenti, con graduale reinserimento del lattosio secondo tolleranza, a basso tenore di fibra insolubile;
5. dieta solida (mantenendo l'attenzione alla masticazione e all'assunzione di liquidi durante i pasti) con graduale reinserimento della fibra insolubile iniziando con passati di verdure ed alimenti molto morbidi, eliminando i semi e le parti più fibrose degli alimenti.

I pz **sottoposti a resezione colica e portatori di ileo o colostomia** verranno trattati con regimi nutrizionali di rialimentazione e di mantenimento specifici fino all'intervento di ricanalizzazione

#### **Diverticolite acuta non complicata a domicilio**

Per il paziente dimesso precocemente dal Pronto Soccorso e seguito in ambulatorio chirurgico, si consiglia dieta idrica integrata fino alla prima visita di controllo (48 - 96 ore dalla dimissione), se la sintomatologia migliora si potrà passare a dieta semiliquida senza lattosio e a basso tenore di fibra insolubile. Con il miglioramento della sintomatologia si potrà passare agli step successivi: dieta morbida frazionata in piccoli pasti con abbondante assunzione di liquidi (raccomandando un'accurata masticazione degli alimenti), con graduale reinserimento del lattosio secondo tolleranza, a basso tenore di fibra insolubile. Successivamente dieta solida (mantenendo l'attenzione alla masticazione e all'assunzione di liquidi durante i pasti) con graduale reinserimento della fibra insolubile iniziando con passati di verdure ed alimenti molto morbidi, eliminando i semi e le parti più fibrose.

#### **8.2.6 Consulenza Stomoterapista**

Si effettua previo appuntamento che verrà concordato telefonicamente con il reparto una volta ricevuta la richiesta di consulenza tramite FAX al numero 0658704329. A seconda delle condizioni del paziente la consulenza può essere eseguita in reparto o presso il CASID ( Centro Assistenza Stomizzati e Invalidità Digestive) alla presenza dei familiari o di chi è deputato alle cure del paziente al domicilio.

Il giorno della dimissione il paziente si recherà sempre accompagnato dai familiari presso l'ambulatorio stomizzati munito di Lettera di Dimissione, Atto Operatorio, RAD e ultimi esami ematochimici.

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>PDTA Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 40 di 59
---	---------------------------------	--

In tale occasione gli verranno forniti presidi protesici di campionatura e verrà istruito sulla gestione della stomia. Qualora fosse necessario verranno forniti ulteriori appuntamenti in dimissione protetta per il controllo della stomia. Superati i 30 giorni il paziente passerà al regime ambulatoriale.

#### **Controllo Centro Stomizzati (CASID)**

I pazienti vengono sottoposti a visita di controllo nel centro stomizzati contestualmente al controllo nell'ambulatorio chirurgico. Presso il CASID il paziente e i suoi familiari ricevono istruzioni sulla gestione della stomia, sul trattamento delle complicanze, sull'acquisizione di nuovi stili di vita e vengono informati sulle disposizioni regionali riguardanti l'approvvigionamento protesico. Il CASID ha funzione di Case Manager fino a 30 giorni dalla dimissione e si pone come interfaccia nei rapporti tra ospedale e servizi territoriali.

#### **8.2.7 Anatomia Patologica**

La diverticolite acuta ha vari gradi di severità, dovuti alla virulenza batterica e alle difese dell'ospite, e può avere un andamento ricorrente.

Le complicanze della malattia diverticolare includono: sanguinamento, perforazione, formazione di fistola, ascessi peridiverticolari, ascessi intramurali e pericolici, peritonite, peritonite stercoracea, stenosi ed ostruzione intestinale.

Esiti di fibrosi post-infiammatoria simulano neoplasie oppure malattia infiammatoria cronica intestinale.

Il sanguinamento si verifica nei diverticoli non infiammati ed in genere non di facile identificazione macroscopica perché le arteriole coinvolte sono di dimensioni inferiori ad 1 mm.

#### **Aspetti macroscopici:**

Il colon può apparire distorto ed accorciato, caratterizzato da aumento dello spessore parietale dovuto all'ipertrofia muscolare. Le taeniae coli sono spesse e di consistenza cartilaginea. Lo strato muscolare circolare è ispessito ed assume un aspetto corrugato. I diverticoli appaiono come due colonne parallele di estroflessioni tondeggianti tra i muscoli longitudinali del diametro in media di circa cm 1 che può arrivare a cm 25 raramente. Le pliche mucose possono apparire ridondanti e pseudopolipoidi ed il lume intestinale ristretto, stenotico. La mucosa del tratto colico prevalentemente a ridosso degli orifici diverticolari può divenire granulare e friabile per fenomeni di infiammazione (colite associata a malattia diverticolare = SCAD).

La sierosa peritoneale è spessa ed opaca in caso di peritonite oppure di aderenze con altri organi. Il sezionamento evidenzia le cavità diverticolari contenenti materiale fecale, coproliti, oppure materiale puriforme se ascessualizzati. Cavità ascessuali neoformate possono essere individuate nel tessuto adiposo mesocolico.

Percorso diagnostico Terapeutico  
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDТА/20/10

## **PDТА Diverticolite Acuta**

Rev. 00 del  
17/12/20

Pag. 41 di 59

### **Aspetti microscopici:**

La diverticolosi è caratterizzata da ipertrofia della tonaca muscolare e da diverticoli costituiti da mucosa, muscularis mucosae e sottomucosa osservabili oltre la parete colica. Nella diverticolite acuta granulociti neutrofili infiltrano i diverticoli associandosi successivamente a plasmacellule, linfociti e granulociti eosinofili. Se l'infiammazione si estende, la mucosa diverticolare è sostituita da tessuto di granulazione infiammatorio perché si ulcera e raccolte di granulociti neutrofili formano cavità ascessuali oppure tramite fistolosi con altri organi e visceri adiacenti.

Le pliche mucose ridondanti appaiono come pseudopolipi con distorsione delle cripte, edema e congestione vascolare, emorragia e formazione di trombi, erosioni, ulcerazioni e fibrosi. I caratteri morfologici sono simili a quelli visti nel prolasso mucoso.

Nel caso di colite associata a malattia diverticolare (SCAD), le malattie infiammatorie croniche intestinali (Malattia di Crohn e Colite Ulcerosa) entrano in diagnosi differenziale.

### **9. SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI**

I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere il PDТА, 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 PDТА 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 PDТА. 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/PDТА/20/10	<b>PDТА Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 42 di 59
---	---------------------------------	--

### 10. VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDТА

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

INDICATORE	VALORE ATTESO	RESPONSABILE
Documentazione correttamente distribuita	100%	Responsabili UOC coinvolti
Corso formazione	100%	Coordinatore gruppo
DAnC non ricoverate dimesse da PS o OBI	60%	UOC Medicina d'Urgenza e Acc. UOC Gastroenterologia
DAnC Ricoverate	90% gastro 10% Chir.	UOC Gastroenterologia UOC Chirurgia
DAC Tempi di permanenza PS <12 ore	90%	UOC Medicina D'Urgenza e Acc UOC Gastroenterologia UOC Chirurgia
Interventi laparoscopici DAC	>70%	UOC Chirurgia generale e d'Urgenza
Interventi Sec. Hartmann	<10%	UOC Chirurgia generale e d'Urgenza
Interventi DCS	10%	UOC Chirurgia generale e d'Urgenza
Giorni di Degenza Pazienti operati	< 9 gg	UOC Chirurgia generale e d'Urgenza
Giorni di Degenza pazienti non operati	< 7 gg	UOC Gastroenterologia

### 11. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE

- Il PDТА deve essere disponibile in forma cartacea presso la Direzione Sanitaria e presso la UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management e la UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti;
- In formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Qualità e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- Presso tutte le UU.OO. / strutture coinvolte nel PDТА.

Percorso diagnostico Terapeutico  
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

## **PDTA Diverticolite Acuta**

Rev. 00 del  
17/12/20

Pag. 43 di 59

### **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. NICE Guideline Diverticular disease: Diagnosis and management
2. WSES Guideline for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting Sartelli et al WJES 2016; 11:37
3. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting Sartelli et al WJES 2020;15:32
4. Practice Parameters for the treatment of sigmoid Diverticulitis  
Dis Colon Rectum 2014;57:284-294
5. Meta-analyses of Current Strategies to treat uncomplicated diverticulitis  
Disease Colon Rectum 2019;62:371-379
6. Guideline ASCRS
7. Mona Rezapour et al "Diverticular disease: an update on pathogenesis and management"  
Gut and liver 2018, 12; 125 - 132 Swanson S.M., Strate LL. "Acute colonic diverticulitis"  
Ann. Intern Med 2018, may 1, 168
8. Dahl C., et al. "Evidence for dietary fibre modification in recovery and prevention of reoccurrence of acute, uncomplicated diverticulitis: a systematic review" Nutrients 2018  
Jan 27, 137
9. American Gastroenterological Association Institute Guidelines on the management of Acute diverticulitis 2015
10. European society of coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon - July 2020

Percorso diagnostico Terapeutico  
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

## PDTA Diverticolite Acuta

Rev. 00 del  
17/12/20

Pag. 44 di 59

### 14. ALLEGATI

Allegato 1	Parametri vitali
Allegato 2	Intensità Dolore
Allegato 3	Consenso TC
Allegato 4	Richiesta RM
Allegato 5	Consenso RM
Allegato 6	Consenso specifico intervento
Allegato 7	Cartella anestesologica
Allegato 8	Consenso anestesia
Allegato 9	Richiesta esame istologico
Allegato 10	Foglio dimissione
Allegato 11	Consenso radiologia vascolare
Allegato 12	Carta internazionale dei diritti dello "Stomizzato"

Percorso diagnostico Terapeutico  
 assistenziale PDTA

**PDTA Diverticolite Acuta**

Rev. 00 del  
 17/12/20

Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

Pag. 45 di 59

**Allegato 1 Parametri vitali**

VALUTAZIONE		1	2	3	4	5
A	periclite	periclite	periclite	periclite	periclite	periclite
B		<90%	86-90%	>90-95%	>95%	>95%
		<10	>30	17-30	17-21	12-16
C		<40 ≥160	>40 - <50, ≥110 - <160, ≥90 <110 + aritmia*	>50 - <60 ≥90 <130 60-90+aritmia*	≥60 <90 non aritmia	≥60 <90 non aritmia
		<75 oppia resistenza assenti ≥250	≤90 Indice di shock ≥1 >200 - <250	>90 ≤185 Indice di shock <1 >170	≤170	<140
		≥130	≥120 - <130	≥100 - <120	<100	70-90
D		≤11	12-13	14	15	15
E		<35	35°-35,5° >39,5°	38,0° - 38,5° C	<38,0° C	Febbre alta
Dolore			8-10	4-7	1-3	Dolore non alto
Glicemia		<40	40-60	60-90	>80	>80
			High o >300+sintomi*	>300 no sintomi*	<300	
FLU				>75		

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>PDTA Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 46 di 59
---	---------------------------------	--

### Allegato 2 Intensità Dolore

DOLORE ADDOMINALE					
CODICE TRIAGE					5
Definizione (1)	Definizione	Da codice 2	Da codice 1	Da codice 1	Normali
<b>Caratteristiche del Dolore</b>		Dolore diffuso/irradiato posteriormente, acuto, improvviso/ progressivo Dolore addomino-pelvico intenso con o senza segni di difesa (addome a tavola). Dolore addominale associato a massa pulsante e/o a storia di aneurisma aorta addominale (o aneurisma aorta addominale anamnestico) con parametri vitali normali	Dolore localizzato acuto recente/persistente da alcune ore Dolore addominale in paziente con storia di recente intervento chirurgico addominale	Localizzato non evolutivo/intermittente indipendentemente dal tempo di insorgenza	Regredito da 24 h
<b>Segni/Segni Associati</b>	Segni di Shock	Deidratazione Vomito persistente Diarrea profusa Stato di agitazione	Nausea/diarrea Aldo chiuso a tace e oss. Addome Globoso, teso presenza di massa palpabile non pulsante	Segni di shock Anorico	Segni vitali da ore 24 h
<b>Score Specifici</b>		Shock Index $\geq 1$	Shock Index $< 1$		
<b>Scala del Dolore</b>		5/10	4/5	0/3	





SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINI**



**REGIONE  
LAZIO**

Percorso diagnostico Terapeutico  
assistenziale PDTA

**PDTA Diverticolite Acuta**

Rev. 00 del  
17/12/20

Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

Pag. 48 di 59

**Allegato 4 Richiesta RM**



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINI**



**REGIONE  
LAZIO**

**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  
 Distrattori 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:.....  
 .....

*vedi pag.*

*segue*


 Percorso diagnostico Terapeutico  
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

**PDTA Diverticolite Acuta**

 Rev. 00 del  
17/12/20

Pag. 49 di 59

**Allegato 5 Consenso 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) **Eseguire esame di laboratorio : CREATININEMIA**
- 2) **Mantenere digiuno per almeno quattro ore**
- 3) **Per esame RM del cuore evitare caffè e thé**

Percorso diagnostico Terapeutico  
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

## **PDTA Diverticolite Acuta**

Rev. 00 del  
17/12/20

Pag. 50 di 59

### **Allegato 6 CONSENSO SPECIFICO INTERVENTO**

**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 **DIVERTICOLITE ACUTA COMPLICATA** per la quale è  
indicata l'intervento chirurgico di **RESEZIONE DEL TRATTO DI COLON COINVOLTO NEL PROCESSO  
INFIAMMATORIO**. Nel corso dell'intervento potrebbe rendersi necessario, per le condizioni  
generali e la diffusa contaminazione della cavità addominale il confezionamento di una  
**COLOSTOMIA**.

Ho appreso che l'intervento chirurgico di **RESEZIONE COLICA**, può venire eseguito per via  
**LAPAROSCOPICA**  o **LAPAROTOMICA**  convertendo l'intervento iniziato per via  
laparoscopica in un intervento tradizionale (laparotomico) quando si incontrino condizioni tali da  
non consentire la prosecuzione dell'intervento con un sufficiente margine di sicurezza..

Sono stata/o anche informata/o che potrebbe rendersi necessario modificare l'intervento  
chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, associando eventualmente resezioni di  
altri organi (come il colon ascendente, l'ovaio od il piccolo intestino) in caso di loro  
interessamento da parte della malattia. Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati  
gli obiettivi, i benefici e gli eventuali rischi prevedibili. Sono stato/a informata/o che questo  
intervento può comportare a distanza variabile di tempo dall'intervento complicanze immediate  
e/o tardive, quali:

- **Emorragie e/o ematomi**, che possono richiedere un re-intervento chirurgico a scopo emostatico, ed emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico.
- **Occlusioni intestinali** dovute alla creazione di quadri aderenziali.
- **Infezioni della ferita** precoci e/o tardive che si presentano generalmente in forma lieve; esse richiedono raramente la revisione chirurgica e possono talora comportare esiti estetici non felici.
- **Ascessi endoaddominali** che non sempre possono essere trattati con la sola terapia antibiotica

Percorso diagnostico Terapeutico  
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

## PDTA Diverticolite Acuta

Rev. 00 del  
17/12/20

Pag. 51 di 59

e che richiedono in alcuni casi un reintervento o il posizionamento di un drenaggio percutaneo.

- **Perforazione intestinale**, che si presenta con dolore addominale importante e febbre che può richiedere un reintervento.

- **Laparoceli**: sono ernie addominali tardive che si possono formare in corrispondenza della ferita chirurgica e che possono necessitare di un intervento ricostruttivo della parete. Ciò si verifica specialmente in caso di ascesso appendicolare con infezione della ferita.

In caso di accesso laparoscopico sono stato/a informata della possibilità che possano verificarsi complicanze legate a questo particolare tipo di procedura quali:

- **Lesioni di grossi vasi**, al momento della introduzione delle sonde;

- **Diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o in torace** (enfisema sottocutaneo o mediastinico);

- **Embolia polmonare gassosa**, causata dall'ingresso di gas nei grossi vasi, o **ipercapnia**, che consiste nell'eccessivo assorbimento di anidride carbonica nel sangue;

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da: \_\_\_\_\_

Sono stato/a altresì informato/a che l'intervento verrà eseguito in anestesia generale e che in ogni caso residueranno una o più cicatrici a livello addominale. 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 propositami, 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 propositomi, che verrà praticato dall'equipe di questa Unità.**

**AUTORIZZO**  **NON AUTORIZZO**  , **inoltre i sanitari curanti, ove durante l'intervento chirurgico**



Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>PDTA Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 52 di 59
---	---------------------------------	--

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/20/10

**PDTA Diverticolite Acuta**

Rev. 00 del  
 17/12/20  
 Pag. 54 di 59

ANONIZZAZIONI		Ora:			
NO <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	%	%	%	%	
Air, balneario					
Ipocrite					
Morfologici					
Morfologici					
Altri					
Citobatteri					
Coliformi					
Enterobatteri					
Antibiotico n°					
Legenda					
PS	Polistirene "Schottman"	220			
SF	HCl 0,9%	200			
RL	Alger Lantio	180			
B	Znargel	160			
F	Protulio 5%	140			
G	Cicocloro 5%	120			
S	Sagap	100			
PL	Piccola	80			
PF	Piccola	60			
+	Milco Asesola	40			
□	Pipe Asesola	20			
■	Lido Intervento				
▼	Pipe Intervento				
▲	P.A.S. mlHg				
•	P.A.D. mlHg				
•	EC. bpm				
	SAO <sub>2</sub> %				
	ETCO <sub>2</sub> mmHg				
	PVC cmH <sub>2</sub> O				
	Temp. °C				
	DIURESI mL				
	PERDITE mL				

Medilife Business Service

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10	<b>PDTA Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 55 di 59
---	---------------------------------	--

## Allegato 8 Consenso Anestesia

SISTEMA SANITARIO REGIONALE  
**AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINI**

***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 anestesologico 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 anestesologica 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 e/o di altri emoderivati.

In ogni caso, dal punto di vista medico, la decisione di procedere a trasfusione intraoperatoria di sangue omologo e/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 anestesologico 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 e/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/20/10

**PDTA Diverticolite Acuta**Rev. 00 del  
17/12/20

Pag. 56 di 59

**Allegato 9 Richiesta Esame Istologico**

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

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 .....

N° CENTRO DI COSTO

Tel. .... Fax ..... N° Cartella .....

 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 DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

Percorso diagnostico Terapeutico  
assistenziale PDTA

Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

## PDTA Diverticolite Acuta

Rev. 00 del  
17/12/20

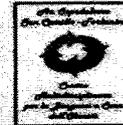
Pag. 57 di 59

### Allegato 10 Foglio 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 con-  
troindicazioni 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 pro-  
tetta (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 de-  
legata, 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.

Percorso diagnostico Terapeutico  
assistenziale PDTA

**PDTA Diverticolite Acuta**

Rev. 00 del  
17/12/20

Cod. Doc.: 901/PDTA/20/10

Pag. 58 di 59

**Allegato 11 Consenso Radiologia vascolare**

**AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINI**

**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. Marucci Maurizio  
Dott. Pizzi Stefano  
Dott. Pampena Enrico  
Dott.ssa Rita Pascale Robert

**CONSENSO INFORMATO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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.**



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE  
LAZIO

Percorso diagnostico Terapeutico assistenziale PDTA  Cod. Doc.: 901/PDТА/20/10	<b>PDТА Diverticolite Acuta</b>	Rev. 00 del 17/12/20  Pag. 59 di 59
---	---------------------------------	--

## **Allegato 12 CARTA INTERNAZIONALE DEI DIRITTI DELLO STOMIZZATO"**

Prima stesura: Bay Front Medical Centre Ostomy Fair - Florida - 1976  
Ultima revisione: Seminario European Ostomy Association - Frankfurt - 03/05/2003  
Essa recita che ogni portatore di stomia ha il diritto di:

- art.1. Ricevere preoperatoriamente informazioni circa i benefici derivanti all'intervento chirurgico, nonché notizie adeguate sulla possibilità di vivere con una stomia. Questo primo articolo, in parole semplici, riprende ciò che la legge definisce "consenso informato". E' evidente, oltretutto, come sia definito importante il colloquio tra paziente ed operatori sanitari, affinché si stabilisca un rapporto di reciproca stima, base fondamentale per il futuro dello stomizzato.
- art.2. Avere una stomia ben confezionata e situata in una posizione appropriata in modo che possa essere adeguatamente gestita. In questo punto si definisce quanto sia importante l'esperienza professionale di chirurghi e stomaterapisti che cooperano per il bene del paziente. Si pone l'accento sia sulla tecnica chirurgica sia sull'approccio stomaterapico del disegno preoperatorio.
- art.3. Avere il supporto di esperti professionisti medici e stomaterapisti nel periodo pre- e post-operatorio sia in ospedale che nella comunità di appartenenza. Non solo qui si ribadisce il fondamento che gli operatori sanitari, che assistono il portatore di stomia, siano competenti in materia, ma anche che tale competenza è da ricercarsi sia all'interno degli ospedali che presso le strutture sanitarie esterne.
- art.4. Ricevere una informazione completa ed imparziale sui prodotti per stomia disponibili nel proprio paese. In questo articolo è resa fondamentale l'imparzialità degli operatori sanitari che devono fornire indicazioni sui presidi, liberi da eventuali effetti di opportunità.
- art.5. Avere l'opportunità di scegliere il prodotto maggiormente soddisfacente fra quelli disponibili, senza pregiudizi o costrizioni di sorta. Garantire al portatore di stomia la libera scelta dei presidi fra quelli ritenuti idonei.
- art.6. Avere informazioni sulla propria associazione nazionale degli stomizzati e sui servizi ed aiuti che possono essere forniti.
- art.7. Aiutare ed informare le famiglie, gli amici e le persone di supporto per migliorare la qualità di vita degli stomizzati. In riferimento alla discussione sul segreto professionale, è obbligo degli operatori sanitari, che sanno quanto sia importante per lo stomizzato il supporto familiare, chiedere al paziente il consenso alla partecipazione attiva dei famigliari e, in caso di diniego, spiegare e far capire che la famiglia è il pilastro sul quale lo stomizzato può ricostruire il proprio futuro.