

ASLBA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1293
Del 03 LUG. 2017

Oggetto: *COLLEGIO DI DIREZIONE ASL BARI*. Approvazione della “Procedura per l’attivazione della sala operatoria in emergenza/urgenza”.

IL DIRETTORE GENERALE

con l’assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria e della proposta formulata dal Funzionario Amministrativo di Direzione Generale - Direzione Sanitaria Aziendale Avv. Gianpaolo Parisi e dal Presidente del Collegio di Direzione Dott. Antonio Del Vecchio che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue.

PREMESSO :

- che, come rubricato nell’allegato schema che costituisce parte integrante del provvedimento deliberativo *de quo*, l’Emergenza/Urgenza chirurgica (E/U) è un evento imprevedibile dove fondamentale è la tempestività nell’attivazione del Personale Sanitario e l’allestimento rapido della Sala Operatoria;
- che la definizione di una procedura può contribuire a migliorare la qualità e la sicurezza delle cure erogate sia per i pazienti che per gli Operatori Sanitari coinvolti nel processo;
- che occorre essenzialmente considerare, che il fattore più determinante per il successo nelle attività di gestione del rischio clinico è che tutti gli Operatori Sanitari interessati credano realmente nell’utilità delle procedure definite per la realizzazione di un ambiente di lavoro più sicuro per se stessi e per i pazienti;

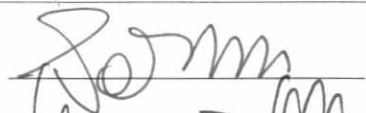
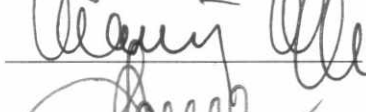

- che la presente procedura operativa ha lo scopo di definire il percorso dell'E/U ovvero le modalità di accesso e di utilizzazione delle sale operatorie in regime di Emergenza/Urgenza ed il ruolo degli Operatori Sanitari,
- che essa è valida ed applicabile in tutte le Sale Operatorie della ASL Bari, a tutela del paziente e degli operatori sanitari stessi;

CONSIDERATO :

- che l'intera procedura è stato redatta da un gruppo di lavoro costituito dal dr. Vincenzo Defilippis U.O.C. Rischio Clinico e Qualità – Medicina Legale ASL Bari, dalla Dott. ssa Crescenza Abbinante Dirigente anestesista U.O.C. Rischio Clinico e Qualità ASL Bari, dal Dr. Domenico Milella Direttore UOC Anestesista-Rianimatore P.O. "Perinei" Altamura ASL Bari, dal Dr. Enrico Lauta Dirigente anestesista rianimatore U.O. Fragilità e Complessità ASL Bari, dal Dott. Francesco Germini Dirigente U.O.S. Direzione delle Professioni Sanitarie ASL Bari e che hanno collaborato il Dott. Mauro Altomare Direttore U.O.C. Urologia P.O. Molfetta, il Dott. Egidio Dalena Dirigente medico U.O.S.D. Otorinolaringoiatria P.O. Monopoli, il Dott. Domenico Petrone Direttore U.O.C. Otorinolaringoiatria P.O. Di Venere;
- il bisogno di recepire la succitata procedura per la definizione di un percorso uniforme ed omogeneo su tutto il territorio aziendale, tale da concorrere all'incremento della qualità delle cure erogate ai pazienti e della sicurezza degli Operatori Sanitari coinvolti nel processo;

VISTO :

- che si è riunito in data 06.06.2017 presso il Palazzo Direzionale - Sala Sindacale della ASL BARI - giusta convocazione prot. n. 11/CDD/17 del 01.06.2017 - il Collegio di Direzione della ASL BARI e che all'unanimità ha approvato la "Procedura per l'attivazione della sala operatoria in emergenza / urgenza";

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE	AVV. GIANPAOLO PARISI	
IL DIRETTORE U.O.C. RISCHIO CLINICO	DOTT. VINCENZO DEFILIPPIS	
IL PRESIDENTE DEL COLLEGIO DI DIREZIONE	DOTT. ANTONIO DEL VECCHIO	

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

Assunto quanto in premessa.

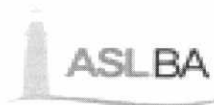
Per le motivazioni esposte in premessa, che qui si intendono completamente acquisite e che formano parte essenziale e fondamentale del presente atto dispositivo.

DELIBERA

- di prendere atto che la narrativa sopra riportata è ritenuta parte costitutiva e basilare della presente disposizione deliberativa;
- di approvare la “Procedura per l’attivazione della sala operatoria in emergenza/urgenza”;
- di trasmettere copia del presente provvedimento alle Direzioni Mediche e Amministrative dei Presidi Ospedalieri, alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari ed alle Direzioni di Area di Gestione della ASL BARI per la predisposizione degli adempimenti da determinarsi con successivi atti posti in essere a cura delle Direzioni di Area interessate, che provvederanno per quanto di competenza.

Il Dirigente Responsabile del Procedimento sulla base della propria istruttoria e proposta ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità; nel sottoscrivere il presente atto, evidenzia che lo stesso non comporta alcun onere, ovvero alcun costo a carico della ASL BARI.

[Digitare il testo]



REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

U.O.C Rischio Clinico e Qualità
Direttore: Dr. Vincenzo Defilippis

**PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA
OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA**



ASL - BA
U.O.C. Rischio Clinico e Qualità
MEDICINA LEGALE
Dr. Vincenzo DEFILIPPIS
DIRETTORE



[Digitare il testo]

INDICE

PREMESSA	3
OBIETTIVO	3
SCOPO DELLA PROCEDURA	3
DEFINIZIONE DEI LIVELLI DI EMERGENZA/URGENZA	3
MODALITÀ OPERATIVE	3
PERCORSO DELL'EMERGENZA/URGENZA CHIRURGICA	4
SITUAZIONI SPECIFICHE	5
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	6
INDICATORI DI MONITORAGGIO	6
BIBLIOGRAFIA	7
ALLEGATI 1	8
ALLEGATO 2	11
DIAGRAMMI DI FLUSSO	15

ASL - BA
U.O.C. Rischio Clinico e Qualità
MEDICINA LEGALE
Dr. Vincenzo DEFILIPPIS
DIRETTORE

PREMESSA

L'Emergenza/Urgenza chirurgica (E/U) è un evento imprevedibile dove fondamentale è la tempestività nell'attivazione del Personale Sanitario e l'allestimento rapido della Sala Operatoria.

La definizione di una procedura può contribuire a migliorare la qualità e la sicurezza delle cure erogate sia per i pazienti che per gli Operatori Sanitari coinvolti nel processo.

Va d'altra parte ricordato che il fattore più determinante per il successo nelle attività di gestione del rischio clinico è che tutti gli Operatori Sanitari interessati credano realmente nell'utilità delle procedure definite per la realizzazione di un ambiente di lavoro più sicuro per se stessi e per i pazienti.

OBIETTIVO

La presente procedura operativa ha lo scopo di definire:

- il percorso dell'E/U ovvero le modalità di accesso e di utilizzazione delle sale operatorie in regime di Emergenza/Urgenza
- il ruolo degli Operatori Sanitari.

Essa è valida ed applicabile in tutte le Sale Operatorie della ASL Bari, a tutela del paziente e degli operatori sanitari stessi.

SCOPO DELLA PROCEDURA

Definire le modalità di accesso e di utilizzazione delle sale operatorie in regime di Emergenza/Urgenza

DEFINIZIONE DEI LIVELLI DI EMERGENZA/URGENZA

- **CODICE 3** *Emergenze da espletare nell'arco di minuti*: si tratta di interventi salva-vita o salva-organo o salva-arto ovvero di situazioni critiche nelle quali l'intervento chirurgico è simultaneo alle manovre di rianimazione;
- **CODICE 2** *Urgenze da espletare nell'arco di ore*: si tratta di situazioni ad insorgenza acuta ovvero di deterioramento clinico o di situazioni potenzialmente rischiose per la sopravvivenza della persona, di un organo o di un arto o di condizioni che richiedano interventi chirurgici per la fissazione di fratture, per il sollievo dal dolore o da altri sintomi stressogeni
- **CODICE 1** *Urgenze differibili da effettuare appena possibile in genere nell'arco di un paio di giorni*: si tratta di situazioni nelle quali le condizioni cliniche sono tali da richiedere un trattamento precoce, ma che non comportano un immediato pericolo per la sopravvivenza della persona o di un organo o di un arto.

MODALITA' OPERATIVE

- 1) L'attività chirurgica d'urgenza di norma viene espletata in apposita sala dedicata, distinta dalla/e sala/e per l'attività di elezione, ciò al fine di garantire una regolare prosecuzione dell'attività in elezione.
- 2) L'indicazione e la sequenza di priorità degli interventi in emergenza/urgenza devono essere condivisi da parte di tutti i componenti delle équipes coinvolte, secondo parametri di appropriatezza.
- 3) I criteri di appropriatezza saranno espressi dai tre codici individuati a cui sono collegate patologie o condizioni cliniche per ciascuna chirurgia, elencate nell'allegato 2.



[Digitare il testo]

- 4) La sala dell'emergenza/urgenza non dovrà mai essere utilizzata per interventi in elezione e, solo in specifiche limitate situazioni, per il codice 1 di attribuzione. Le urgenze differibili con codice 1 saranno effettuate nella sala di elezione, integrando le note operatorie previste ovvero interrompendo le sedute ordinarie per dare priorità al caso urgente.
- 5) In nessun caso gli infermieri e l'anestesista dedicati all'urgenza potranno essere coinvolti in interventi non urgenti.
- 6) Durante i giorni festivi e le ore notturne la sala operatoria d'urgenza dovrà essere a disposizione prioritariamente per l'emergenza (codice 3) e per l'urgenza (codice2); l'urgenza con codice 1 dovrà preferibilmente essere gestita in sala di elezione quando procrastinabile.
- 7) Ciascuna variazione alla procedura deve essere documentata e argomentata dal chirurgo e sottoscritta dall'anestesista e dagli infermieri dedicati alla sala operatoria d'urgenza su apposito modulo, di cui all'allegato 1.
- 8) In caso di due o più urgenze contemporanee, sarà il Responsabile del Blocco Operatorio (anestesista) in collaborazione con i Chirurghi interessati, a stabilire la migliore sequenza possibile per il grado di urgenza degli interventi proposti.
- 9) È fatto obbligo per ciascuna U.O., prima di avviare le sedute di elezione, verificare in reparto che non ci siano urgenze. Nel caso in cui ci siano interventi con Codice 1 sarà iniziato subito questo intervento prima della seduta di elezione. La seduta operatoria di elezione sarà continuata a seguire, sempre rispettando i tempi e l'organizzazione previste per quella sala operatoria; all'atto della sottoscrizione del consenso informato all'intervento chirurgico ed all'atto della visita anestesiológica pre-operatoria è obbligo dei Medici (Chirurghi ed Anestesisti) di informare i pazienti della possibilità di un rinvio dell'intervento programmato a causa di eventuali urgenze.

PERCORSO DELL'EMERGENZA/URGENZA CHIRURGICA

Il Chirurgo che pone l'indicazione ad un intervento di Emergenza/Urgenza:

- allerta l'anestesista;
- allerta l'infermiere della S.O. di E/U chiedendo la disponibilità della Sala e comunicando Patologia e Codice di gravità;
- compila il modulo (allegato1) in cui devono essere precisate la diagnosi, l'intervento d'emergenza/urgenza proposto ed il codice attribuito; sarà inoltre riportata una breve descrizione delle condizioni clinico-patologiche che determinano il codice di gravità assegnato. In particolare il chirurgo deve definire le condizioni di emergenza o urgenza ed i tempi di procrastinabilità;
- appena il paziente è inviato in Sala Operatoria per l'esecuzione dell'intervento chirurgico, informa il Medico di Guardia del locale Pronto Soccorso (il quale ne dà informazione immediata e tracciata alla Centrale Operativa del 118) dell'indisponibilità immediata della sala operatoria per altre Emergenze Codice 3 e ne riporta specifica annotazione sul modulo, di cui all'Allegato 1;
- al termine dell'intervento chirurgico, appena nuovamente disponibile la Sala Operatoria di Urgenza, informa il Medico di Guardia del locale Pronto Soccorso (il quale provvede a dare informazione immediata e tracciata alla Centrale Operativa del 118) della ripresa della disponibilità immediata della sala operatoria per altre Emergenze Codice 3 e ne riporta specifica annotazione sul modulo, di cui all'Allegato 1.

L'Anestesista:

- assume il ruolo di Leader del processo;
- effettua la valutazione anestesiológica;
- valuta l'appropriatezza del codice di gravità, segnalando l'eventuale parere di non conformità in apposito modulo (allegato 1);
- concorda con il chirurgo e l'infermiere strumentista la tempistica dell'intervento;

[Digitare il testo]

- nel caso di urgenze simultanee, favorisce l'accordo tra i Colleghi Chirurghi nello stabilire l'ordine di esecuzione degli interventi ovvero stabilisce autonomamente le priorità di accesso in sala operatoria tra pazienti con uguale codice di gravità attribuito, tenendo conto anche di eventuali variazioni dei quadri clinici intervenuti.

L'Infermiere:

- compila il modulo di cui all'allegato 1;
- attiva il personale dedicato alla sala E/U;
- procede all'attivazione della Sala Operatoria E/U;
- annota l'orario dell'allerta telefonica emanata dal Chirurgo, l'orario di ingresso del paziente e dell'équipe operatoria in Sala Operatoria sul modulo (allegato1);
- allega una copia del modulo in cartella clinica ed una copia è allegata ad apposito "registro dei moduli di cui all'allegato 1", che resta custodito in Sala Operatoria con gli altri registri dell'attività operatoria.

SITUAZIONI SPECIFICHE

Procedura in caso di EMERGENZA CODICE 3:

L'intervento sarà effettuato nella sala Operatoria d'Urgenza.

Se la SALA OPERATORIA D'URGENZA È GIÀ OCCUPATA: l'intervento dovrà effettuarsi in una qualsiasi sala operatoria attiva o attivabile, tenuto conto delle esigenze di personale; se sono attive sale operatorie per interventi di elezione, deve essere utilizzata la sala operatoria (ed il personale ad essa dedicato) che per prima termini l'intervento programmato in corso; pertanto la seduta operatoria in elezione verrà sospesa; essa potrà continuare al termine dell'intervento di urgenza compatibilmente con i turni previsti del personale e con l'organizzazione già prevista per quella Sala Operatoria.

In ogni caso, al fine di procedere all'esecuzione dell'intervento di urgenza sopravvenuto, fintantoché il personale sanitario dedicato all'urgenza non si renda disponibile per l'emergenza simultaneamente emersa, il personale in servizio nelle sale operatorie di elezione, anche a termine del turno di servizio, deve essere trattenuto in servizio per l'esecuzione dell'intervento di emergenza. Prima unità a dover essere impiegata per l'emergenza, in ogni caso, è il/la Coordinatore/trice infermieristico/a qualora presente in servizio.

Nel caso in cui l'unica sala operatoria disponibile fosse la sala operatoria d'urgenza, in assenza di personale sanitario quantitativamente sufficiente per l'eventuale attivazione di un'ulteriore sala operatoria, deve essere valutata dal Chirurgo l'opportunità del rapido trasferimento presso altro Presidio Ospedaliero, ove poter effettuare l'intervento in emergenza ovvero l'attesa della disponibilità della sala operatoria, assicurando tutte le cure di emergenza necessarie durante il trasporto o l'attesa.

Procedura in caso di URGENZA CODICE 2:

L'intervento sarà effettuato nella sala Operatoria d'Urgenza.

Se la SALA OPERATORIA D'URGENZA È GIÀ OCCUPATA: l'intervento dovrà effettuarsi in sala operatoria per le Urgenze non appena essa sia disponibile e inizierà non appena la sala operatoria ed il personale sanitario necessario si rendessero disponibili.

Nel caso in cui si dovesse presentare un caso di EMERGENZA CODICE 3 questa ha la precedenza su interventi classificati con CODICE 2 o 1. In tal caso si attiva la procedura innanzi descritta per i casi di EMERGENZA CODICE 3.

Procedura in caso di URGENZA CODICE 1: si tratta di **urgenze differibili.**

L'intervento dovrà essere effettuato nella sala operatoria di elezione della medesima chirurgia, rimodulando la seduta operatoria eventualmente già predisposta.



[Digitare il testo]

L'intervento classificato CODICE 1 potrà essere effettuato nella sala operatoria d'urgenza solo nei casi in cui i tempi necessari al suo effettuarsi, per ragioni oggettive, si dilatino al punto da inficiare la sicurezza per il paziente. Se ad esempio un CODICE 1 ha accesso all'U.O. di Chirurgia durante turni notturni/festivi e se COESISTONO le condizioni:

- che la successiva seduta operatoria in elezione è prevista dopo più di un paio di giorni;
- che il periodo di attesa mette in pericolo la sopravvivenza del paziente, o di un organo o di un arto;

può essere richiesto dal Chirurgo l'accesso alla sala d'urgenza e giustificato.

L'utilizzazione della sala operatoria per Urgenze CODICE 1 vanno giustificate compilando l'apposita sezione del modello di cui all'Allegato 1.

Se l'intervento CODICE 1 deve effettuarsi nella sala operatoria d'urgenza, **nel caso in cui si dovessero presentare casi di EMERGENZA CODICE 3 o CODICE 2 queste hanno la precedenza su interventi classificati con CODICE 1.** In tal caso si attiva la procedura innanzi descritta per i casi di EMERGENZA CODICE 3 o CODICE 2.

Procedura in caso di URGENZE CONTEMPORANEE e Sala Operatoria per le Urgenze LIBERA: QUALE URGENZA SI FA PER PRIMA?

La decisione su quale tra le urgenze contemporanee abbia la priorità e debba essere effettuata per prima sarà presa in base al codice di gravità delle urgenze.

A parità di codici di gravità nel caso di urgenze simultanee, l'Anestesista, che è il team leader dell'emergenza/urgenza, favorisce l'accordo tra i Colleghi Chirurghi nello stabilire l'ordine di esecuzione degli interventi ovvero stabilisce autonomamente le priorità di accesso in sala operatoria, tenendo conto anche di eventuali variazioni dei quadri clinici intervenuti.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

RESPONSABILITA'/ATTIVITA'	Chirurgo	Anestesista	Infermiere S.O.
Allertamento S.O. E/U	R		C
Allertamento Anestesista	R		C
Compilazione scheda di attivazione	R	R	R
Attivazione personale di S.O. dedicato E/U	C		R
Valutazione codice gravità	R	R	R
Definizione tempistica intervento	R	R	C

R= Responsabile C= Coinvolto

CONSERVAZIONE MODULI RICHIESTA INTERVENTI EMERGENZA/URGENZA

A cura dell'Infermiere di sala Operatoria: una copia del modulo deve essere allegata in cartella clinica ed una copia è allegata ad apposito "registro dei moduli di cui all'allegato 1" che resta custodito in Sala Operatoria con gli altri registri dell'attività operatoria.

INDICATORE MONITORAGGIO

È prevista un'attività di monitoraggio delle attività chirurgiche in regime di Emergenza/Urgenza a cura dell'U.O.C. Rischio Clinico e Qualità.

A tale scopo saranno analizzate i moduli di cui all'Allegato 1.



[Digitare il testo]

Indicatori di monitoraggio saranno:

- Corretta compilazione modulo richiesta E-U/Totale richieste
- Corretta attribuzione codice di priorità E-U/Totale richieste

BIBLIOGRAFIA/ SITOGRAFIA

<http://www.ncepod.org.uk/reports.htm>
The NCEPOD Classification of interventi



[Digitare il testo]

Allegato 1

MODULO DI ACCESSO SALA OPERATORIA EMERGENZA/URGENZA

DATA ____/____/____

A cura del chirurgo: È OBBLIGATORIA LA COMPILAZIONE DI TUTTI I CAMPI

U.O. PROPONENTE _____

Chirurgo (Nome e Cognome) che effettua la richiesta: _____

Diagnosi: _____

Intervento: _____

CODICE DI ATTRIBUZIONE:

- CODICE 3 Emergenze da espletare nell'arco di minuti**
- CODICE 2 Urgenze da espletare nell'arco di ore**
- CODICE 1 Urgenze differibili da effettuare appena possibile**

Breve descrizione delle caratteristiche clinico/patologiche che giustificano il codice di attribuzione: _____

Informazione al PRONTO SOCCORSO:

1. INFORMAZIONE DELL'INDISPONIBILITÀ IMMEDIATA DELLA SALA OPERATORIA PER ALTRE EMERGENZE CODICE 3

ore:min ____:____

Nome e Cognome del Medico del Pronto Soccorso informato: _____

2. INFORMAZIONE DELLA RIPRESA DELLA DISPONIBILITÀ DELLA SALA OPERATORIA PER EMERGENZE CODICE 3

ore:min ____:____

Nome e Cognome del Medico del Pronto Soccorso informato dell'indisponibilità immediata della sala operatoria per altre Emergenze Codice 3: _____

Firma del Chirurgo _____

A cura dell'Anestesista: È OBBLIGATORIA LA COMPILAZIONE DI TUTTI I CAMPI

Anestesista dell'Emergenza Urgenza (Nome e Cognome): _____

Orario di chiamata del Chirurgo (ore:minuti): ____:____

Valutazione dell'appropriatezza del codice di gravità:

- CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI URGENZA ATTRIBUITO.**
- NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI URGENZA ATTRIBUITO:**

(breve esposizione delle ragioni che giustificano il parere di non conformità):

Firma dell'Anestesista _____



[Digitare il testo]

A cura dell'Infermiere di Sala Operatoria: È OBBLIGATORIA LA COMPILAZIONE DI TUTTI I CAMPI

Orario di chiamata del Chirurgo (ore:minuti): _____:_____

Orario di ingresso del pz in Sala Operatoria (ore:minuti): _____:_____

Orario arrivo equipe chirurgica (ore:minuti): _____:_____

Orario arrivo anestesista (ore:minuti): _____:_____

Orario inizio intervento (ore:minuti): _____:_____

Orario fine intervento (ore:minuti): _____:_____

Orario uscita del pz dalla Sala Operatoria (ore:minuti): _____:_____

Valutazione dell'appropriatezza del codice di gravità:

Infermiere A (Nome e Cognome): _____

CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI URGENZA ATTRIBUITO.

NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI URGENZA ATTRIBUITO:

(breve esposizione delle ragioni che giustificano il parere di non conformità):

Firma dell'Infermiere A _____

Valutazione dell'appropriatezza del codice di gravità:

Infermiere B (Nome e Cognome): _____

CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI URGENZA ATTRIBUITO.

NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI URGENZA ATTRIBUITO:

(breve esposizione delle ragioni che giustificano il parere di non conformità):

Firma dell'Infermiere B _____

Valutazione dell'appropriatezza del codice di gravità:

Infermiere C (Nome e Cognome): _____

CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI URGENZA ATTRIBUITO.

NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI URGENZA ATTRIBUITO:

(breve esposizione delle ragioni che giustificano il parere di non conformità):

Firma dell'Infermiere C _____



[Digitare il testo]

UTILIZZAZIONE SALA URGENZA PER CODICE 1

a cura del Chirurgo:

ora chiamata (ore:min): ____:____ ora di ammissione del paziente in reparto (ore:min): ____:____

Breve descrizione delle circostanze che hanno portato alla richiesta di utilizzazione della sala operatoria d'urgenza per intervento di CODICE 1:

Firma del Chirurgo _____

a cura dell'Anestesista:

ora chiamata (ore:min): ____:____

- CONFORMITÀ DELLA RICHIESTA DI UTILIZZAZIONE DELLA S. OP. D'URGENZA
 NON CONFORMITÀ DELLA RICHIESTA DI UTILIZZAZIONE DELLA S. OP. D'URGENZA
(breve esposizione delle ragioni che giustificano il parere di non conformità):

Firma dell'Anestesista _____

a cura dell'Infermiere A:

ora chiamata (ore:min): ____:____

- CONFORMITÀ DELLA RICHIESTA DI UTILIZZAZIONE DELLA S. OP. D'URGENZA
 NON CONFORMITÀ DELLA RICHIESTA DI UTILIZZAZIONE DELLA S. OP. D'URGENZA
(breve esposizione delle ragioni che giustificano il parere di non conformità):

Firma dell'Infermiere A _____

a cura dell'Infermiere B:

ora chiamata (ore:min): ____:____

- CONFORMITÀ DELLA RICHIESTA DI UTILIZZAZIONE DELLA S. OP. D'URGENZA
 NON CONFORMITÀ DELLA RICHIESTA DI UTILIZZAZIONE DELLA S. OP. D'URGENZA
(breve esposizione delle ragioni che giustificano il parere di non conformità):

Firma dell'Infermiere B _____

a cura dell'Infermiere C:

ora chiamata (ore:min): ____:____

- CONFORMITÀ DELLA RICHIESTA DI UTILIZZAZIONE DELLA S. OP. D'URGENZA
 NON CONFORMITÀ DELLA RICHIESTA DI UTILIZZAZIONE DELLA S. OP. D'URGENZA
(breve esposizione delle ragioni che giustificano il parere di non conformità):

Firma dell'Infermiere C _____



Per ciascuna specialità chirurgica sono di seguito indicati i principali quadri clinici ascrivibili alle tre tipologie di codici dell'emergenza /urgenza:

- CODICE 3 = EMERGENZA (intervento da eseguire entro pochi minuti);
- CODICE 2 = URGENZA (intervento da eseguire entro poche ore);
- CODICE 1 = URGENZA differibile (intervento da eseguire entro un paio di giorni).

A. Ostetricia

Codice 3:

- distacco di placenta;
- sanguinamento vaginale imponente;
- prolasso di funicolo;
- mancato espletamento del parto con o senza parto di prova, e distress fetale;
- bradicardia protratta fetale nel parto di prova;
- emoperitoneo;
- sofferenza fetale acuta;
- gestosi eclamptica;
- rottura dell'utero;
- torsione cisti ovariche.

Codice 2:

- decelerazioni ripetitive variabili o tardive del feto;
- tachicardia fetale protratta;
- mancato espletamento del parto dopo parto di prova senza sofferenza fetale;
- gestosi;
- presentazione podalica in primipara.

Codice 1:

- presentazioni anomale;
- distocia dinamica o meccanica
- pregresso cesareo. placenta previa
- aborto in atto
- sproporzioni o viziature pelviche.

B. Chirurgia Generale

Codice 3:

- eventi emorragici acuti post-chirurgici con segni di compromissione d'organo o instabilità emodinamica;
- emoperitoneo con segni di instabilità emodinamica;
- sanguinamento da organo cavo (colon, stomaco, duodeno) non controllato o controllabile con terapia endoscopica e/o angiografica;
- ferite d'arma da fuoco e ferite penetranti con segni di instabilità emodinamica;
- occlusione intestinale e/o perforazione di organo cavo con i segni clinici dello shock settico e/o evidenza radiologica di necrosi ischemica intestinale;
- infarto intestinale;
- patologie traumatiche di organi cavi o parenchimatosi con evidenza clinica di shock settico e/o segni clinici di instabilità emodinamica.

Codice 2:

- ernia inguinale complicata (strozzamento, strangolamento);
- occlusione intestinale;
- patologie traumatiche di organi cavi o parenchimatosi senza segni di instabilità emodinamica.

Codice 1:

[Digitare il testo]

- appendicite acuta senza segni di peritonite;
- colecistite acuta senza segni di perforazione;
- diverticolite acuta del colon con evidenza di perforazione coperta e/o ascesso pericolic.

C. Neurochirurgia

Codice 3

- Empiema sub/epidurale con GCS <9/15 ernia subfalciale/uncale (coma e sindrome piramidale omo/controlaterale); anisocoria, triade di Cushing (tachicardia/bradicardia ipertensione refrattaria irregolarità respiratorie,
- Ascesso intracerebrale, con GCS <9/15, ernia subfalciale/uncale (coma e sindrome piramidale omo/controlaterale); anisocoria, triade di Cushing
- Emorragia /ischemia cerebrale/cerebellare (aneurisma, MAV, ICH spontanea/post-trombosi, con GCS <9/15, ernia subfalciale/uncale/tonsillare (coma e sindrome piramidale omo/controlaterale); anisocoria, triade di Cushing
- Trombosi dei grandi seni venosi dura madre con GCS <9/15, edema cerebrale massivo mono/bilaterale, idrocefalo acuto comunicante, triade di Cushing
- Neoplasia intra extra assiale con GCS <9/15 ernia subfalciale/uncale/tonsillare (coma e sindrome piramidale omo/controlaterale); anisocoria, triade di Cushing apoplezia ipofisaria (cefalea, vomito, deficit visus e/o oculomozione, meningismo)
- Ematoma subdurale iperacuto/epidurale con GCS <9/15 ernia subfalciale/uncale/tonsillare (coma e sindrome piramidale omo/controlaterale); anisocoria, triade di Cushing
- Corpo estraneo bulbo- midollare (es. arma da fuoco/bianca) con shock bulbo-midollare (instabilità emodinamica e respiratoria con ipotensione, bradicardia, bradipnea, arresto cardiorespiratorio improvviso)
- Idrocefalo acuto non comunicante con GCS <9/15 ,anisocoria, triade di Cushing

Codice 2

- Empiema sub/epidurale con GCS < 13/15 o rapido calo (2 pts in 1 h del GCS); stato di male epilettico;
- ipertermia maligna; insorgenza o peggioramento di deficit focali; ipertensione endocranica
- Ascesso intracerebrale con GCS < 13/15 o rapido calo; insorgenza o peggioramento di deficit focali;
- stato di male epilettico; ipertermia maligna ipertensione endocranica
- Spondilodiscite infettiva/ascesso epidurale spinale con vescica neurogena; paraparesi o paraplegia, mono/poliradicolopatia acuta
- Emorragia/Ischemia cerebrale/cerebellare con GCS < 13/15 o rapido calo Insorgenza o peggioramento di deficit focali Marshall/Rotterdam Criteria > III (Volume > 30 mL o incremento volumetrico in 3 h, cisterne basali compresse, midline shift > 5 mm, sangue intraventricolare)
- Neoplasie intra/extra-assiali encefaliche o vertebro-midollari con stato di male epilettico; idrocefalo acuto non comunicante; edema cerebrale con midline shift; ipertensione endocranica (vomito, papilledema; segno di Parinaud); compressione midollare acuta/sdr. cauda equina (deficit sensitivo-motorio completo/incompleto, vescica neurogena; ileo paralitico, shock midollare); emorragia intratumorale;
- apoplezia ipofisaria (panipopituitarismo, insufficienza surrenalica acuta, diabete insipido)
- Ematoma subdurale acuto/cronico/epidurale/focolai lacero-contusivi cerebrali con GCS < 13/15 o rapido calo; insorgenza o peggioramento di deficit focali; ipertensione endocranica (vomito, papilledema, Parinaud) stato di male epilettico; Marshall/Rotterdam criteria;
- Frattura cranica aperta/growing skull fracture pediatrica con focolaio lacero-contusivo associato; fistola meningo-durale; ritenzione di corpo estraneo intradurale; growing skull fracture con tumefazione molle sottocutanea pulsante
- Frattura vertebrale mielica/SCIWORET con deficit sensitivo-motorio del tronco/arti, viscerale (es vescica neurogena, ileo paralitico), vegetativo (vasodilatazione e shock ipotensivo)
- Ernia del disco dorsale/lombare; mielopatia dorso-lombare Sindrome della Cauda Equina; paraparesi/paraplegia; vescica neurogena/ileo paralitico; Paralisi radicolare acuta (SPE, SPI)
- Disfunzionamento di Derivazione Ventricolare Esterna/Shunt ventricolo/cisto/lombo-peritoneale/atriale
- Difetto pervietà TVS con GCS < 13/15 o rapido calo; ipertensione endocranica e segno del sole calante;
- dilatazione ventricolare ed edema transependimale; tumefazioni fluttuanti/arrossamenti lungo il decorso del catetere; ferite a scalpo con esposizione del corpo valvolare o di segmento di catetere

Codice 1

[Digitare il testo]

- Ascesso intracerebrale con GCS > 13/15; clinica neurologica non rapidamente evolutiva; crisi convulsive controllate; PIC < 20 mmHg
- Spondilodiscite infettiva/ascesso paravertebrale con clinica neurologica non rapidamente evolutiva;
- biomeccanica del rachide conservata
- Emorragia intracerebrale/cerebellare con volume < 25 mm³; sede profonda (non raggiunge la sostanza bianca subcorticale); studio angio negativo per anomalie del circolo di Willis
- ESA sine materia con clinica neurologica non evolutiva (WFNS 1-2); no idrocefalo; no vasospasmo
- Neoplasie intra/extraassiali encefaliche o vertebro-midollari con GCS > 13/15; clinica neurologica non rapidamente evolutiva; no idrocefalo; PIC < 20 mmHg; crisi convulsive controllate, biomeccanica del rachide conservata.
- Ematoma subdurale cronico con GCS > 13/15; clinica neurologica non rapidamente evolutiva;
- Ernie del disco dorsale/lombare; mielopatia dorso-lombare con paralisi radicolare inveterata (>48 h)
- Idrocefalo normoteso con GCS > 13/15; triade di Hakim (magnetismo della deambulazione, incontinenza sfinterica, decadimento cognitivo – dd demenze vascolari, prioniche e degenerative) Tap-Test o DSP positivo (PIC > 18 mmHg)

D. Ortopedia

Codice 3:

- fratture anello pelvico in pz instabile emodinamicamente; embolia gassosa

Codice 2:

- distacchi epifisari;
- fratture esposte;
- lussazioni articolari;
- sublussazioni articolari;
- due o più fratture di ossa lunghe nello stesso paziente;
- fratture vertebrali mieliche;
- sindrome compartimentale;
- fratture con deficit nervosi (es frattura omero con deficit radiale) e/o vascolari.

Codice 1:

- tutte le fratture, comprese le fratture di collo di femore, che devono essere operate entro le 48 ore

E. Otorinolaringoiatria

Codice 3

- insufficienza inspiratoria acuta da patologia vie aeree superiori (neoformazioni ipofaringolarinee, edemi, corpi estranei, accessi parafaringei e sottoioidei, etc.) da trattare con tracheotomia;
- fasciti se associate a dispnea e/o interessamento mediastinico;
- sinusopatie complicate con amaurosi.

Codice2

- accessi faringolaringei e del collo senza apparente interessamento delle vie aeree;
- otite media con complicanze (endotemporali e/o endocraniche);
- sinusopatie con complicanze (orbitarie e/o endocraniche);
- corpi estranei ipofaringolaringei;
- paralisi del vii n.c. di recente insorgenza (post – traumatica, infettiva);
- fasciti associate a interessamento della regione del collo.

Codice1

- frattura ossa nasali;
- corpi estranei in sedi ORL;
- perforazioni traumatiche della membrana timpanica.

F. Chirurgia Vascolare

Codice 3:

[Digitare il testo]

- lesioni vascolari acute, arteriose e venose (comprese quelle traumatiche), in qualsiasi distretto corporeo, che determinino gravi emorragie e/o alterazioni ischemico-trombotiche che mettano in pericolo la immediata sopravvivenza della persona, di un arto o di un organo, ad es.:
 - rottura aneurisma aorta addominale,
 - lesione penetrante di un'arteria/lesione non penetrante di un'arteria,
 - lesione da schiacciamento con ischemia.

Codice 2:

- lesioni vascolari acute, arteriose e venose (comprese quelle traumatiche), in qualsiasi distretto corporeo, che determinino emorragie e/o alterazioni ischemico-trombotiche che NON determinino altresì un immediato pericolo per la sopravvivenza della persona, di un arto o di un organo ad es.:
 - ischemia acuta dell'arto per un embolo;
 - ostruzione di graft;
 - ascesso del piede o del polpaccio con sepsi sistemica;
 - qualsiasi infezione diabetica con insufficienza renale acuta e/o cronica;
 - rottura di aneurisma in paziente ricoverato;
 - lesione iatrogena durante altre procedure;
 - emorragia venosa.

Codice 1:

- Trombolisi venosa nelle condizioni, quali embolia polmonare o trombosi venosa profonda, non ricomprese nei codici 3 e 2, ad es.:
 - arto ischemico da ulcere;
 - piede diabetico con sepsi non sistemica.

G.Urologia

Codice 3 :

- traumi renali che comportino rottura completa o pluriframmentaria del rene e/o distacco del peduncolo vascolare

Codice 2 :

- traumi renali non compresi nel codice 3 e che necessitino comunque di intervento immediato;
- traumi ureterali anche iatrogeni;
- traumi vescicali;
- traumi uretrali;
- traumi penieni e priapismo;
- traumi del testicolo, scroto acuto, gangrena di Fournier, torsione del funicolo;
- situazioni settiche urinarie su base ostruttiva ad evoluzione verso DIC;
- IRA su base ostruttiva ad insorgenza acuta associate ad iperkaliemia e IRC ostruttive associate ad iperkaliemia;
- ematurie gravi con importante anemizzazione con segni e sintomi cardio-respiratori correlati all'anemia;
- tamponamenti vescicali;
- emorragie importanti post operatorie;
- parafimosi;
- colica renale resistente alle comuni terapie analgesiche;

Codice 1:

- ematurie che non comportino pericoli di vita del paziente;
- calcolosi urinaria ostruente ma senza segni di urosepsi e asintomatica;
- insufficienza renale cronica ostruttiva ma stabilizzata;
- stenosi uretrali con mitto urinario conservato.



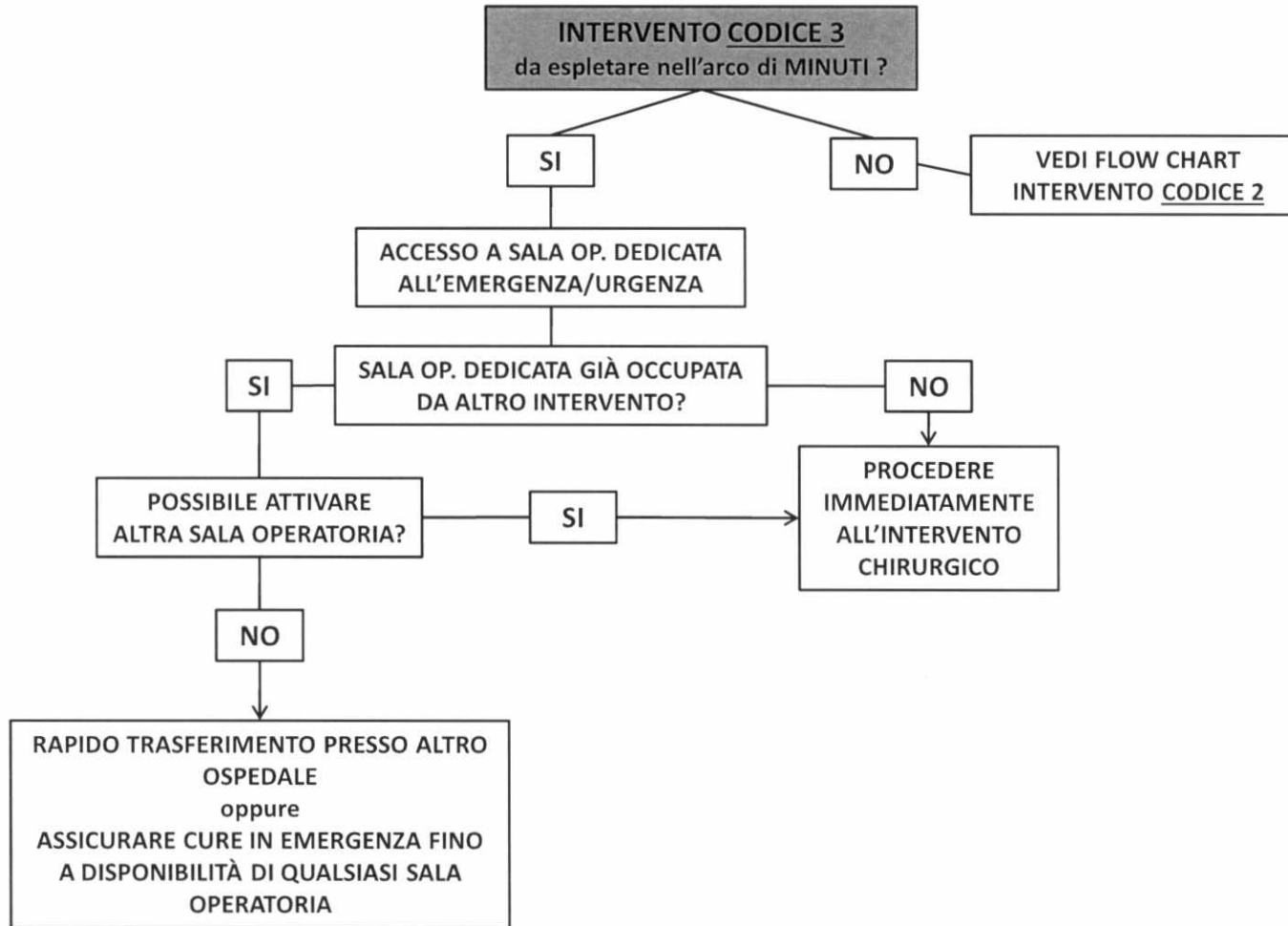
[Digitare il testo]

MODALITÀ DI ACCESSO ED UTILIZZAZIONE DELLE SALE OPERATORIE IN REGIME DI EMERGENZA/URGENZA

FLOW CHARTS - DIAGRAMMI DI FLUSSO

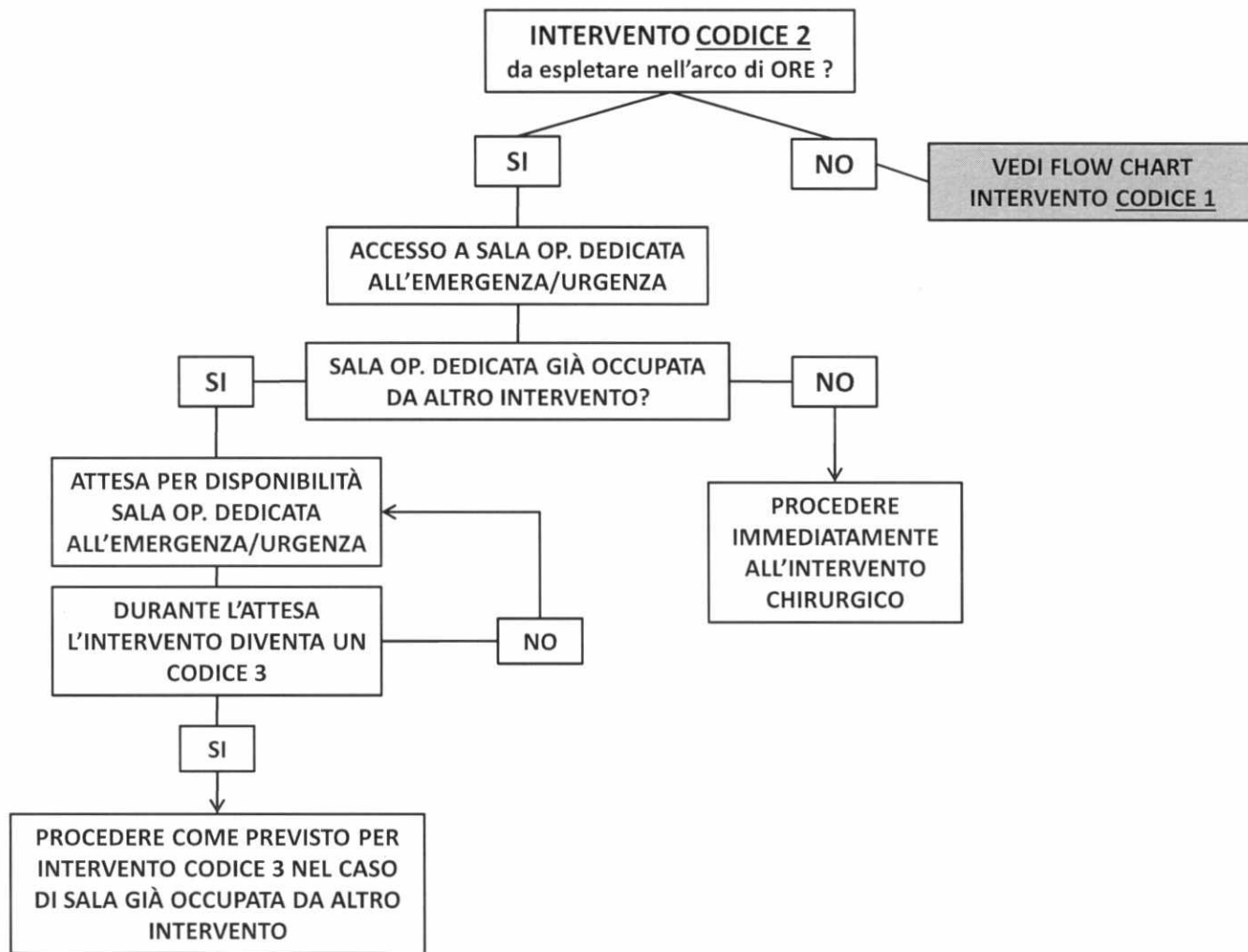
U.O.C. Rischio Clinico e Qualità
ASL - BA
MEDICINA LEGALE
Dr. Vincenzo PEFILIPPIS
DIRETTORE

FLOW CHART CODICE 3 (INTERVENTI DA ESPLETARE NELL'ARCO DI MINUTI)



U.O.C. Rischio Clinico e Qualità
ASL - BA
MEDICINA LEGALE
Dr. Vincenzo DE FILIPPIS
DIRETTORE

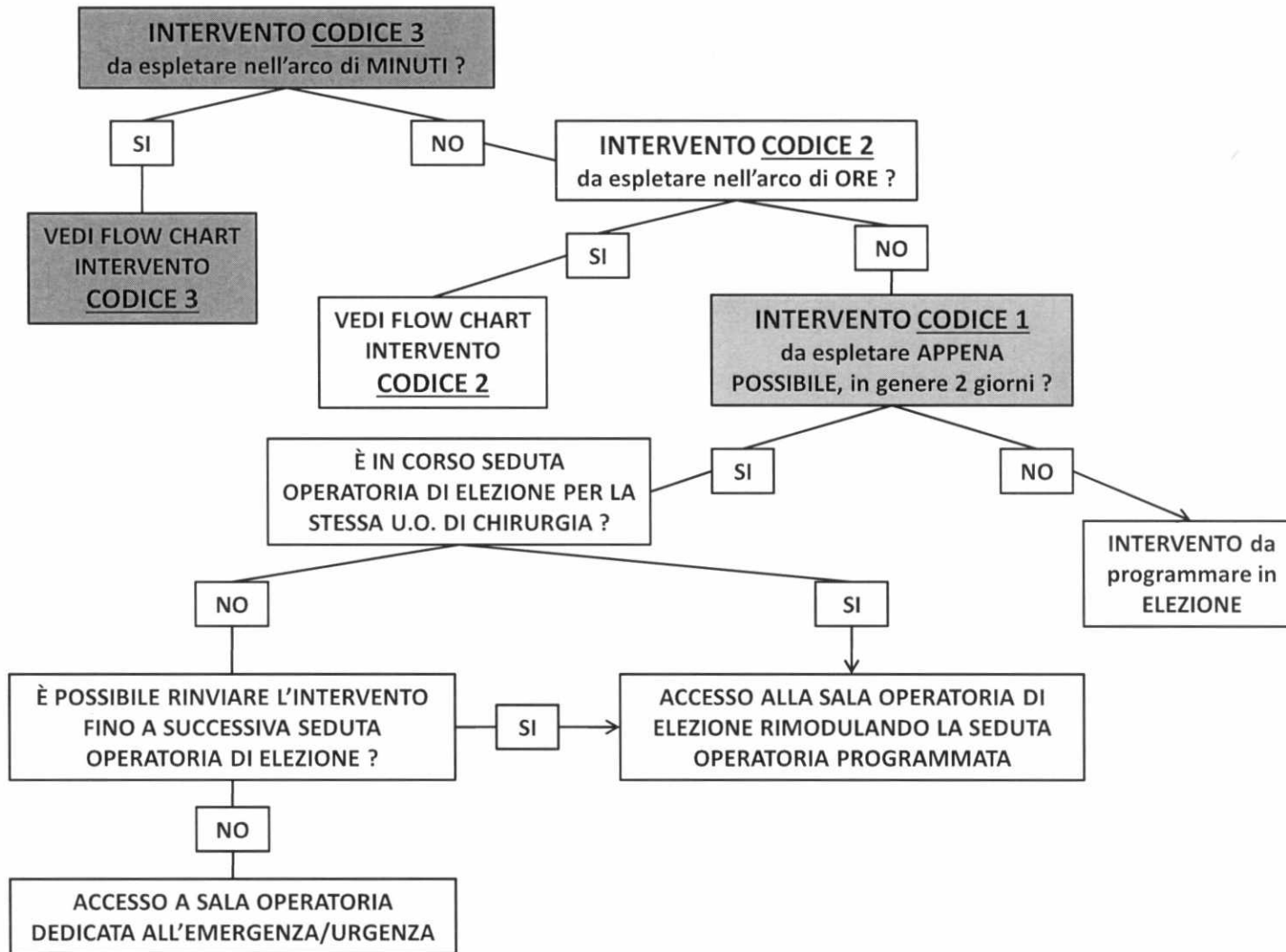
FLOW CHART CODICE 2 (INTERVENTI DA ESPLETARE NELL'ARCO DI ORE)



U.O.C. MEDICINA INTERNA
Dr. Vincenzo De Felice
DIRETTORE
Qualità

[Digitare il testo]

FLOW CHART CODICE 1 (INTERVENTI DA ESPLETARE APPENA POSSIBILE in genere nell'arco di UN PAIO DI GIORNI)



U.O.C. Rischio Clinico e Qualità
Dr. Vincenzo DEFILIPPIS
DIRETTORE
ASL - BA
MEDICINA LEGALE
DEFILIPPIS

Parere del Direttore Amministrativo Giuliana Capochiani	Parere del Direttore Sanitario Silvana Fornelli
--	--

Il Segretario
Giuseppe Colella

Il Direttore Generale
Vito Montanaro

**Area Gestione Risorse Finanziarie
Esercizio 2017**

La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

(rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)

Il Funzionario

Il Dirigente dell' Area

SERVIZIO ALBO PRETORIO

Pubblicazione n. 76

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL BA in data

05 LUG 2017

Bari: 05 LUG 2017

L'Addetto all' Albo Pretorio on line

Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione – con nota n. _____ del _____ è stata/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di competenza.