



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 0668
Del 10 APR. 2019

OGGETTO:	Oggetto: Aggiornamento della "Procedura per l'attivazione della sala operatoria in emergenza/urgenza".
----------	--

IL DIRETTORE GENERALE

vista la deliberazione n. 1492/DG del 05/09/2018, con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria e della proposta formulata, dal Dirigente Dr. Vincenzo Defilippis, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue.

PREMESSO CHE

- l'Emergenza/Urgenza chirurgica (E/U) e un evento imprevedibile dove fondamentale e la tempestività nell'attivazione del Personale Sanitario e l'allestimento rapido della Sala Operatoria;
- la definizione di una procedura contribuisce a migliorare la qualità e la sicurezza delle cure erogate sia per i pazienti che per gli Operatori Sanitari coinvolti nel processo;
- 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;

- la legge sulla responsabilità professionale n. 24 del 17 marzo 2017 all'art.5 sancisce il ruolo fondamentale delle linee guida per l'esercizio della pratica medica;
- la Corte di Cassazione Sezione IV penale, sentenza n 50078/2017 ha evidenziato che "L'unica ipotesi di permanente rilevanza penale della imperizia sanitaria può essere individuata nell'asseveramento di linee guida che siano inadeguate alla peculiarità del caso concreto; mentre non vi sono dubbi sulla non punibilità del medico, che seguendo linee guida adeguate e pertinenti pur tuttavia sia incorso in una "imperita" applicazione di queste (con l'ovvia precisazione che tale imperizia non deve essersi verificata nel momento della scelta della linea guida - giacché non potrebbe dirsi in tal caso di essersi in presenza della linea guida adeguata al caso di specie, bensì nella fase "esecutiva" dell'applicazione)".
- le procedure devono periodicamente essere aggiornate in relazione alle nuove evidenze scientifiche ed a criticità rilevate durante l'applicazione in real life delle stesse;
- in audit tenutisi con gli operatori sanitari in presidi ospedalieri della ASL sono emerse alcune criticità interpretative della procedura iniziale sulla gestione delle emergenze/urgenze, meritevoli di chiarimenti in sede di revisione;
- 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;
- essa è valida ed applicabile in tutte le Sale Operatorie della ASL Bari, a tutela dei pazienti e degli operatori Sanitari stessi.

VISTA

- la L.R. n. 23 del 19 settembre 2008, con cui la Regione Puglia ha approvato il Piano Regionale di Salute 2008 – 2010, che impone di sviluppare il rapporto con le Società Scientifiche per l'individuazione, l'adozione e la diffusione di Linee Guida e Protocolli Diagnostico Terapeutici, in relazione alle prestazioni più rilevanti per gravità, frequenza e costi ed in considerazione della necessità di proporre al sistema ed ai professionisti, strumenti di "Clinical Governance" per garantire appropriatezza nella scelta dei percorsi di diagnosi e cura.

CONSIDERATO CHE

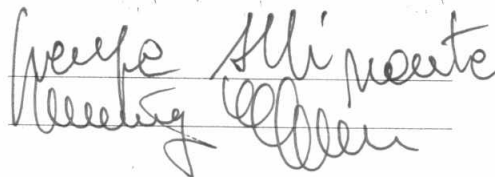
- l'intera procedura è stata aggiornata da un gruppo di lavoro supervisionato dal dr. Vincenzo Defilippis e dalla Dott.ssa Crescenza Abbinante dell'U.O.C. Rischio Clinico e Qualità - Medicina Legale della ASL Bari.

RITENUTO CHE

- il bisogno di recepire la succitata procedura per la definizione di un percorso uniforme ed omogeneo su tutto il territorio aziendale concorrere all'incremento della qualità delle cure erogate ai pazienti e alla sicurezza degli Operatori Sanitari coinvolti nel processo e che, pertanto, è opportuna l'adozione dell'allegata procedura di gestione dell'emergenza/urgenza.

Il Responsabile del Procedimento:

IL Direttore Responsabile



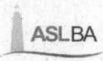
Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

Assunto quanto in premessa

DELIBERA

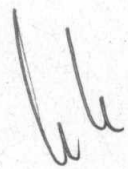
- di prendere atto che la narrativa sopra riportata è ritenuta parte costitutiva e basilare della presente disposizione deliberativa;
- di approvare l'allegata revisionata "Procedura per l'attivazione della Sala operatoria in emergenza/urgenza" con i relativi allegati;
- di trasmettere copia del presente provvedimento alle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri, alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari e dei Dipartimenti Ospedalieri della ASL BARI, e, per tramite delle rispettive Direzioni, a tutti i Direttori e Dirigenti Responsabili delle Unità Operative Ospedaliere, che provvederanno a formare l'intero personale sanitario che eroga prestazioni in ambienti operatori per una corretta osservanza ed applicazione della presente Procedura;
- di disporre che le Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri svolgano periodici monitoraggi trimestrali sulla corretta applicazione e la piena osservanza della procedura deliberata.


Il Direttore 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

 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 1 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura
		Revisione 01 Data:

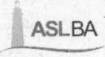
Redatto da	Verificato e ratificato da	Approvato da	Adottato da
Gruppo di lavoro Dr.ssa Accogli S. Dr.ssa Ancona A. Dr. Berardi P. Dr.ssa Cecere A. Dr. Curatoli F. Dr. Decarolis O. Dr. Murrone D. Dr. Paletta L. Dr. Spaccavento F. Sig. ra M. Marmo	G.L.A.R.P e U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Dott. Vincenzo Defilippis	Direttore Sanitario Aziendale Dr.ssa Silvana Fornelli	Direttore Generale Dott. Antonio Sanguedolce

Revisioni	Data	Pagine modificate	Tipo di modifica
	Aprile 2019		Revisione integrale di procedura e allegati



 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 2 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura Revisione 01 Data:

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO E OBIETTIVI	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. LISTA DI DISTRIBUZIONE	4
5. TERMINOLOGIE E ABBREVIAZIONI	4
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	5
6.1 CLASSIFICAZIONE DEI LIVELLI DI EMERGENZA/URGENZA	5
6.2 MODALITÀ DI COMUNICAZIONE TRA GLI OPERATORI E IL RUOLO DEGLI OPERATORI SANITARI	5
6.2.1 IL MEDICO CHIRURGO CHE PONE INDICAZIONE DI URGENZA/EMERGENZA	5
6.2.2 IL MEDICO ANESTESISTA DI GUARDIA	6
6.2.3. GLI INFERMIERI DELL'EQUIPE D'EMERGENZA/URGENZA.....	6
6.3 IL PERCORSO DELL'E/U: MODALITÀ DI ACCESSO E DI UTILIZZAZIONE DELLE SALE OPERATORIE IN REGIME DI EMERGENZA/URGENZA.....	8
6.3.1 PROCEDURA IN CASO DI EMERGENZA CODICE 3.....	9
6.3.2. PROCEDURA IN CASO DI URGENZA CODICE 2	11
6.3.3. PROCEDURA IN CASO DI URGENZA CODICE 1	13
6.3.4 PROCEDURA IN CASO DI EMERGENZE/URGENZE CONTEMPORANEE CON PARI GRADO DI GRAVITÀ E SALA OPERATORIA D'EMERGENZA/URGENZA DISPONIBILE	14
6.4. ARCHIVIAZIONE DEI MODULI DI RICHIESTA DI EMERGENZA/URGENZA	14
6.5 SEGNALAZIONE EVENTI LEGATI ALLA SICUREZZA DELLE CURE EROGATE	15
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	16
8. RIFERIMENTI ED ALLEGATI.....	18
9 INDICATORI DI MONITORAGGIO.....	19
10. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	20

 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 3 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura
		Revisione 01 Data:

1. 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.

La presente procedura viene elaborata in ottemperanza alle **RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI, al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n.70**: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", **all'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010-Conferenza Stato-Regioni**: "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", **all'Accordo del 24/01/2018 Conferenza Stato-Regioni**: "Linee guida sulla revisione delle reti cliniche- Le reti tempo dipendenti" ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n.70, nonché **all'art.1 della Legge 24/8 marzo 2017**, avente ad oggetto **la sicurezza delle cure in sanità**, con il fine di **promuovere e implementare nella ASL Bari** la realizzazione di condizioni strutturali, organizzative e comportamentali che possano prevenire e/o ridurre il rischio sanitario globale, grazie a **migliori standard assistenziali, e garantire i requisiti di sicurezza** stabiliti a livello centrale attraverso un'operazione di **riduzione delle criticità locali**, presenti nei Presidi Ospedalieri aziendali.

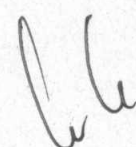
2. SCOPO E OBIETTIVI


Lo **scopo** del protocollo è quello di garantire nei presidi della ASL Bari la qualità, l'efficacia e la sicurezza delle prestazioni attraverso l'omogeneità dei comportamenti tra i membri delle équipe del medesimo presidio ospedaliero, nonché tra tutti i presidi della ASL Bari.

L'**obiettivo** del protocollo è definire:

- La classificazione dei livelli dell'emergenza/urgenza
- Le modalità di comunicazione tra gli operatori e il ruolo degli Operatori Sanitari
- Il percorso dell'E/U: modalità di accesso e di utilizzazione delle sale operatorie in regime di Emergenza/Urgenza
- La procedura di archiviazione dei moduli di richiesta di Emergenza/Urgenza
- La procedura di Segnalazione degli eventi legati alla sicurezza delle cure erogate

Essa è valida ed applicabile in tutti i Quartieri Operatori della ASL Bari, a tutela dei pazienti e degli operatori sanitari stessi.



 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 4 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura Revisione 01 Data:

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

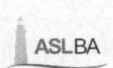
La procedura si applica in tutti i Presidi Ospedalieri della ASL Bari sede di Quartieri Operatori, nei giorni feriali e festivi, con copertura del servizio nelle 24 ore, senza interruzione.

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Direttore Sanitario ASL Bari;
- Direttori di Dipartimento delle aree coinvolte nel processo assistenziale;
- Direttori Medici dei PP. OO. ASL Bari;
- Direzione delle Professioni Sanitarie Ospedaliere;
- Direttori e Dirigenti Medici delle UU.OO. di Anestesia e Rianimazione;
- Direttori e Dirigenti Medici delle UU.OO. Chirurgiche;
- Direttori e Dirigenti Medici delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia;
- Direttori delle UU.OO. di Medicina e Chirurgia D'accettazione e D'urgenza;
- Servizio di Emergenza Territoriale 118;
- Coordinatori infermieristici dei Quartieri Operatori;
- Coordinatori Infermieristici e Ostetrici delle UU.OO. coinvolte nel processo assistenziale;
- Ostetriche e Infermieri delle UU.OO. coinvolte nel processo assistenziale;
- Tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale.

5. TERMINOLOGIE E ABBREVIAZIONI

PS	Pronto Soccorso Generale
PS-O	Pronto Soccorso Ostetrico
S.O.	Sala Operatoria
P.O.	Presidio Ospedaliero
U.O.	Unità Operativa
PP.OO.	Presidi Ospedalieri
UU.OO.	Unità Operative
PN	Punto Nascita
E/U	Emergenza/Urgenza
Equipe di E/U	Squadra composta da 1 medico Anestesista e 2/3 infermieri, in base agli orari diurni/notturni-festivi

 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 5 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura
		Revisione 01 Data:

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

6.1 CLASSIFICAZIONE DEI LIVELLI DI EMERGENZA/URGENZA

- **CODICE 3 Emergenze da espletare nell'arco di minuti**: condizione clinica con **imminente pericolo per la vita del paziente** che richiede immediato intervento chirurgico salva-vita, salva-organo, salva-arto, ovvero situazioni critiche nelle quali l'intervento chirurgico è simultaneo alle manovre di rianimazione;
- **CODICE 2 Urgenze da espletare nell'arco di ore**: patologia chirurgica con **compromissione acuta delle funzioni vitali senza imminente pericolo di vita**. 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**: patologia chirurgica con **compromissione acuta delle funzioni di organo senza compromissione delle funzioni vitali**. 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.


Per ciascuna chirurgia nell' **Allegato 2** sono indicati i principali quadri clinici ascrivibili alle tre tipologie di codici di Emergenza /Urgenza.

6.2 MODALITÀ DI COMUNICAZIONE TRA GLI OPERATORI E IL RUOLO DEGLI OPERATORI SANITARI

6.2.1 IL MEDICO CHIRURGO CHE PONE INDICAZIONE DI URGENZA/EMERGENZA:

- Contatta telefonicamente il medico anestesista di guardia, comunicando il codice di emergenza/urgenza.
- Allerta gli infermieri dell'equipe di E/U chiedendo la disponibilità della Sala e comunicando Patologia e Codice di gravità.
- Compila il modulo di richiesta di intervento chirurgico urgente (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
- Invia la richiesta di intervento chirurgico Emergente/Urgente al medico anestesista di guardia.
- Appena il paziente è inviato in Sala Operatoria per l'esecuzione dell'intervento chirurgico, informa il Medico di Guardia del locale Pronto Soccorso e alla Centrale Operativa del 118 dell'indisponibilità immediata della sala operatoria/equipe d'emergenza/urgenza per altre Emergenze/Urgenze Chirurgiche di 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/Equipe di Emergenza/Urgenza, informa il Medico di Guardia del locale Pronto Soccorso e la Centrale Operativa del 118 della ripresa della disponibilità immediata della sala operatoria/equipe d'emergenza/urgenza per altre Emergenze/Urgenze Codice 3 (*), e ne riporta specifica annotazione sul modulo, di cui all'Allegato

1

 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 6 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura
		Revisione 01 Data:

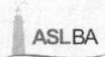
(*) la comunicazione al locale PS e alla centrale operativa del servizio 118 di indisponibilità della S.O./Equipe d'Emergenza/Urgenza va effettuata ogni qualvolta è in corso un intervento chirurgico in regime di emergenza/urgenza, di qualunque grado (C3-C2-C1).

6.2.2 IL MEDICO ANESTESISTA DI GUARDIA:

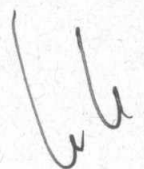
- Assume il ruolo di **Leader** del processo;
- Annota l'orario dell'allerta telefonica emanata dal Chirurgo su apposito registro delle Emergenze/Urgenze. Il registro deve riportare il nome del chirurgo che ha effettuato la comunicazione dell'Emergenza/Urgenza, l'orario della chiamata, il codice dell'Emergenza/Urgenza, la patologia per cui è stata posta indicazione di Emergenza/Urgenza, e l'orario di accesso del paziente nel quartiere operatorio.
- Effettua la valutazione anestesiológica in reparto nei casi di codici C2 e C1, ovvero nel quartiere operatorio nei casi di emergenza C3;
- Dopo aver visitato il paziente (e valutato di effettuare ulteriori indagini diagnostiche per gli interventi in regime di urgenza C2 e C1), definisce l'appropriatezza del codice di gravità, segnalando l'eventuale parere di non conformità nell'apposito modulo (di cui all'allegato 1);
- Concorda la tempistica dell'intervento con il chirurgo e gli infermieri dell'equipe d'urgenza;
- Nel caso di Emergenze/Urgenze simultanee, stabilisce autonomamente le priorità di accesso in sala operatoria tra pazienti con uguale codice di gravità attribuito, sulla base del codice di triage attribuito, del quadro clinico e della patologia specifica, tenendo conto dell'evolutivezza della stessa e delle eventuali variazioni intervenute.
- Favorisce l'accordo tra i Colleghi Chirurghi nello stabilire l'ordine di esecuzione degli interventi.


6.2.3. GLI INFERMIERI DELL'EQUIPE D'EMERGENZA/URGENZA:

- Nel caso in cui ricevono l'allerta telefonica emanata dal chirurgo, informano il medico Anestesista di guardia, favorendo il contatto tra chirurgo e anestesista, e annotano l'orario dell'allerta telefonica sul registro dell'Emergenza/Urgenza;
Il registro deve riportare il nome del chirurgo che ha effettuato la comunicazione dell'Emergenza/Urgenza, l'orario della chiamata, il codice dell'Emergenza/Urgenza, la patologia per cui è stata posta indicazione di Emergenza/Urgenza, e l'orario di accesso del paziente nel quartiere operatorio.
- Procedono all'attivazione della Sala Operatoria E/U;
- Compilano il modulo, di cui all'allegato 1, annotando:
 - Orario di chiamata del Chirurgo
 - Orario di ingresso del/della pz nel Quartiere Operatorio
 - Orario di arrivo equipe chirurgica
 - Orario di inizio delle procedure anestesiológicas
 - Orario di ingresso del/della pz dalla Sala Operatoria
 - Orario di inizio dell'intervento chirurgico
 - Orario di fine dell'intervento chirurgico
 - Orario di uscita del/della pz dalla Sala Operatoria

 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 7 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura
		Revisione 01 Data:

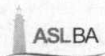
- Orario di uscita del/della pz dal Quartiere Operatorio
- Allegano l'originale del modulo (di cui all'allegato 1) in cartella clinica, ed una copia in apposito "*registro dei moduli (di cui all'allegato 1)*", che resta custodito in Sala Operatoria con gli altri registri dell'attività operatoria.



 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 8 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura
		Revisione 01 Data:

6.3 IL PERCORSO DELL'E/U: MODALITÀ DI ACCESSO E DI UTILIZZAZIONE DELLE SALE OPERATORIE IN REGIME DI EMERGENZA/URGENZA

- 1) L'attività chirurgica d'Emergenza/Urgenza 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.
- 4) La sala dell'Emergenza/Urgenza non dovrà mai essere utilizzata per interventi in elezione. Le urgenze differibili con Codice 1 saranno effettuate nella sala di elezione della chirurgia richiedente, 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'Emergenza/Urgenza potranno essere coinvolti in interventi non urgenti.
- 6) Durante i giorni festivi e l'orario notturno (20,00-8,00) la sala operatoria d'Emergenza/Urgenza dovrà essere a disposizione prioritariamente per l'emergenza di codice 3 e per l'urgenza di codice 2; l'urgenza con Codice 1 dovrà essere gestita in sala di elezione, quando procrastinabile fino alla successiva seduta d'elezione della branca chirurgica a cui afferisce l'urgenza.
- 7) Ciascuna variazione alla procedura deve essere documentata e argomentata dal chirurgo e sottoscritta dall'anestesista e dagli infermieri dedicati alla sala operatoria d'Emergenza/Urgenza su apposito modulo, di cui all'allegato 1.
- 8) In caso di due o più urgenze contemporanee, sarà il medico Anestesista, responsabile del Blocco Operatorio, in collaborazione con i Chirurghi interessati, a stabilire la migliore sequenza possibile per il grado di Emergenza/Urgenza degli interventi proposti.
- 9) È fatto obbligo per ciascuna U.O. chirurgica, prima di avviare le sedute di elezione, verificare che in reparto non siano accolte Emergenze/Urgenze in attesa di espletamento. Nel caso di presenza in reparto di interventi con Codice 1 e Codice C2, si procederà ad espletare tali urgenze prima dell'inizio dell'attività programmata in regime di elezione. La seduta operatoria di elezione sarà avviata in coda alle urgenze sopracitate, e si concluderà sempre nel rispetto dei tempi e dell'organizzazione previsti per quella sala operatoria; all'atto della sottoscrizione del consenso informato all'intervento chirurgico ed all'atto della visita anestesiológica pre-operatoria è fatto obbligo per i Medici (Chirurghi ed Anestesisti) informare anche per iscritto i pazienti della possibilità di un rinvio dell'intervento programmato a causa di eventuali Emergenze/Urgenze sopravvenute.

 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 9 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura
		Revisione 01 Data:

6.3.1 PROCEDURA IN CASO DI EMERGENZA CODICE 3:

Si tratta di Emergenze da espletare nell'arco di minuti

L'intervento sarà effettuato nella sala Operatoria d'Emergenza/Urgenza occupando l'equipe d'Emergenza/Urgenza. **Se la SALA OPERATORIA D'EMERGENZA/URGENZA È GIÀ OCCUPATA da un'Emergenza di codice C3/Urgenza C2-C1**, l'intervento dovrà effettuarsi in una qualsiasi sala operatoria attiva o attivabile:

- Se l'emergenza di codice C3 si verifica nell'arco temporale dell'attività programmata in regime di elezione, **negli orari diurni feriali**, si impone la sospensione dell'attività di una seduta operatoria di elezione per il reclutamento del personale infermieristico e anestesilogico da rendere disponibile per eventuali Emergenze di codice C3 contemporanee, applicando i seguenti criteri:

- **interventi conclusi o non iniziati**
- **interventi in fase di conclusione**
- **interventi di minore complessità**

Pertanto una seduta operatoria in elezione verrà sospesa; essa potrà continuare al termine dell'intervento di Emergenza compatibilmente con i turni del personale e con l'organizzazione già prevista per quella Sala Operatoria.

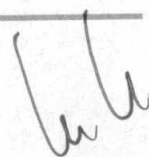
NB: La chirurgia richiedente provvederà a compensare quella penalizzata dall'interruzione dell'attività elettiva, destinando a quest'ultima l'orario sottratto dalla sospensione, nella successiva seduta di elezione in programma.


- Se l'emergenza di codice C3 si verifica **negli orari notturni e festivi**, si impone la convocazione dei professionisti medici e infermieri in regime di pronta disponibilità per il reclutamento del personale infermieristico e anestesilogico da rendere disponibile per eventuali Emergenze di codice C3 contemporanee. Nello specifico, ogni qualvolta l'equipe di Emergenza/Urgenza in servizio in regime di guardia attiva viene occupata in orario notturno e festivo, dovrà essere convocata contestualmente l'equipe d'Emergenza/Urgenza in regime di pronta disponibilità, che dovrà assicurare copertura in sede per eventuali emergenze contemporanee di Codice C3, fino a quando l'equipe in regime di guardia attiva si renda nuovamente disponibile.

NB: nei presidi ospedalieri aziendali sede di Punti Nascita nei quali è già attivo un servizio di doppia guardia anestesilogica, la convocazione del medico Anestesista in regime di pronta disponibilità notturna/festiva sarà disciplinata dal principio di indisponibilità contemporanea dei due medici anestesisti in regime di guardia attiva.

Nel caso di occupazione di due equipe medico-infermieristiche da parte di Emergenze di codice C3 contemporanee, negli orari diurni, il personale in servizio, anche a termine del turno di servizio, deve essere trattenuto in servizio per l'esecuzione degli interventi di emergenza, e in ogni caso fino a risoluzione della criticità organizzativa in atto. La prima unità a dover essere impiegata nei casi di emergenze contemporanee è sempre il/la Coordinatore/trice infermieristico/a, qualora presente in servizio.

Nel caso di emergenze di codice C3 contemporanee, sia in orario diurno, che in orario notturno/festivo, in assenza di personale sanitario quantitativamente sufficiente per l'eventuale attivazione di un'ulteriore sala operatoria, deve essere valutata dal Chirurgo, sulla base del quadro clinico del paziente già accolto in reparto, l'opportunità del rapido trasferimento presso altro Presidio Ospedaliero, ove poter effettuare l'intervento in emergenza, ovvero



 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 10 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura
		Revisione 01 Data:

l'attesa della disponibilità della sala operatoria, assicurando tutte le cure di emergenza necessarie durante il trasporto o l'attesa.

Ogni qualvolta il chirurgo riceva richiesta di disponibilità di posto letto per accoglienza di Emergenza/Urgenza da parte del locale PS, ovvero da altro P.O., è tenuto a contattare il medico anestesista di Guardia per verificare la disponibilità dell'/delle equipe/equipes di emergenza/urgenza, e la tempistica di previsione di occupazione delle medesime, prima di dare disponibilità al ricevimento del paziente.

Nel caso di indisponibilità delle équipes di Emergenza/Urgenza, il trasferimento del paziente già accolto dal PS verso altro P.O. per espletamento dell'Emergenza/Urgenza, è in carico ai dirigenti medici del medesimo PS. Nel caso invece di pazienti afferenti da altri PP.OO., per i quali sia stata richiesta disponibilità di posto letto, il chirurgo comunicherà l'indisponibilità al P.O. richiedente, che dovrà indirizzare il paziente verso altro presidio ospedaliero.

La corretta e tempestiva comunicazione tra tutti gli operatori, che disciplina gli accessi attraverso il servizio di Emergenza/Urgenza territoriale 118, dal locale PS e da altri PP.OO., riduce la possibilità di criticità di gestione di contemporanee Emergenze di codice C3 ai soli casi di accesso dei pazienti con mezzo proprio.

La comunicazione del chirurgo al locale PS e alla centrale operativa del servizio 118 di indisponibilità della S.O./Equipe d'Emergenza/Urgenza va effettuata ogni qualvolta è in corso un intervento chirurgico in regime di emergenza/urgenza, di qualunque grado (C3-C2-C1).

Nei presidi ospedalieri aziendali sede di punti nascita, l'equipe d'emergenza/urgenza di riserva per emergenze C3 contemporanee, in orario diurno e notturno/festivo, dovrà assicurare prioritariamente Emergenze/Urgenze ostetriche per le pazienti accolte nei quartieri travaglio-parto o afferenti al locale PS con mezzo proprio.

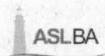
È fatto obbligo a tutti gli infermieri in servizio nei quartieri operatori possedere, come standard minimo addestrativo, le capacità tecniche e le competenze culturali per la gestione di Emergenze/Urgenze ostetriche in Sala Operatoria.

Per tale ragione, è fatto obbligo a tutti i coordinatori infermieristici dei quartieri operatori assicurare prioritariamente tale addestramento e competenze tecnico-culturali per la gestione dell'emergenza/urgenza ostetrica in Sala Operatoria, attraverso un piano formativo specifico di affiancamento rivolto a tutto il personale in servizio e al personale di nuova assunzione.

Allo stesso modo è fatto obbligo a tutte le ostetriche/ci in servizio nei quartieri travaglio-parto possedere, come standard minimo addestrativo, le capacità tecniche e le competenze culturali nella gestione delle Emergenze/Urgenze ostetriche in Sala Operatoria.

Pertanto, è fatto obbligo ai coordinatori ostetrici dei quartieri travaglio-parto assicurare il medesimo addestramento e competenze tecnico-culturali nella gestione dell'emergenza/urgenza ostetrica in Sala Operatoria, attraverso il medesimo piano formativo specifico di affiancamento, rivolto a tutto il personale in servizio e al personale di nuova assunzione.

Tali competenze tecnico-culturali devono essere patrimonio comune per tutti gli infermieri e le ostetriche/ci in servizio nei quartieri operatori e nei quartieri travaglio-parto.

 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 11 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura
		Revisione 01 Data:

6.3.2. PROCEDURA IN CASO DI URGENZA CODICE 2:

Si tratta di Urgenze da espletare nell'arco di ore

L'intervento sarà effettuato nella sala Operatoria d'Emergenza/Urgenza occupando l'equipe d'Emergenza/Urgenza.

Se la **SALA OPERATORIA D'EMERGENZA/URGENZA È GIÀ OCCUPATA** da un'emergenza di codice C3, ovvero da un'urgenza di codice C2-C1, l'intervento d'urgenza di codice C2 sarà effettuato in coda all'emergenza/urgenza in corso, non appena la sala operatoria e l'equipe medico-infermieristica d'emergenza/urgenza di guardia si rendano nuovamente disponibili.

- Se l'urgenza di codice C2 si verifica nell'arco temporale dell'attività programmata in regime di elezione, **negli orari diurni feriali**, si impone la sospensione dell'attività di una seduta operatoria di elezione per il reclutamento del personale infermieristico e anestesiologicalo da rendere disponibile per eventuali Emergenze di codice C3 contemporanee.

Nel caso di richiesta di urgenza di codice C2 afferente ad una delle branche chirurgiche attive in seduta di elezione, va sospesa prioritariamente la seduta di elezione della chirurgia richiedente. Nel caso l'intervento di elezione in corso della chirurgia richiedente abbia una previsione di durata incompatibile come tempi di attesa per l'intervento d'urgenza, ovvero nei casi in cui la chirurgia richiedente non abbia seduta operatoria di elezione in corso, per la sospensione dell'attività di una sala operatoria di elezione verranno applicati i seguenti criteri:

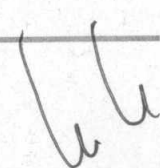
- **interventi conclusi o non iniziati**
- **interventi in fase di conclusione**
- **interventi di minore complessità**


Pertanto una 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.

NB: La chirurgia richiedente provvederà a compensare quella penalizzata dall'interruzione dell'attività elettiva, destinando a quest'ultima l'orario sottratto dalla sospensione, nella successiva seduta di elezione in programma.

- Se l'urgenza di codice C2 si verifica **negli orari notturni e festivi**, si impone la convocazione dei professionisti medici e infermieri in regime di pronta disponibilità per il reclutamento del personale infermieristico e anestesiologicalo da rendere disponibile per eventuali Emergenze di codice C3 contemporanee. Nello specifico, ogni qualvolta l'equipe di Emergenza/Urgenza in servizio in regime di guardia attiva viene occupata in orario notturno e festivo, dovrà essere convocata contestualmente l'equipe d'Emergenza/Urgenza in regime di pronta disponibilità, che dovrà assicurare copertura in sede per eventuali emergenze contemporanee di Codice C3, fino a quando l'equipe in regime di guardia attiva si renda nuovamente disponibile.

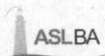
NB: nei presidi ospedalieri aziendali sede di Punti Nascita nei quali è già attiva un servizio di doppia guardia anestesiologicala, la convocazione del medico Anestesista in regime di pronta disponibilità notturna/festiva sarà disciplinato dal principio di indisponibilità contemporanea dei due medici anestesisti in regime di guardia attiva.



 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 12 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura Revisione 01 Data:

Nel caso di contemporanea richiesta di attivazione della sala operatoria e dell'equipe di Emergenza/Urgenza per codici di emergenza C3 e codici di urgenza C2-C1, l'EMERGENZA di CODICE 3 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 C3.

La comunicazione del chirurgo al locale PS e alla centrale operativa del servizio 118 di indisponibilità della S.O./Equipe d'Emergenza/Urgenza va effettuata ogni qualvolta è in corso un intervento chirurgico in regime di emergenza/urgenza, di qualunque grado (C3-C2-C1).

 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 13 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura
		Revisione 01 Data:

6.3.3. 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.

L'intervento potrà essere svolto nella sala operatoria di Emergenza/Urgenza solo nel caso in cui i tempi necessari al suo espletamento, per ragioni oggettive, si dilatino al punto da inficiare la sicurezza per il paziente nei termini definiti (sopravvivenza della persona, di un organo o di un arto). È questo il caso solo degli interventi in CODICE 1 che si palesassero durante gli orari notturni/festivi (es. ponti festivi ecc.)

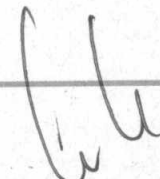
- Se l'urgenza di codice C1 si verifica **negli orari notturni e festivi** (es. intervento chirurgico entro le 48 ore per fratture collo femore nei pazienti con età > 65 anni, ecc.), si impone la convocazione dei professionisti medici e infermieri in regime di pronta disponibilità per il reclutamento del personale infermieristico e anestesiologicalo da rendere disponibile per eventuali Emergenze di codice C3 contemporanee. Nello specifico, ogni qualvolta l'equipe di Emergenza/Urgenza in servizio in regime di guardia attiva viene occupata in orario notturno e festivo, dovrà essere convocata contestualmente l'equipe d'Emergenza/Urgenza in regime di pronta disponibilità, che dovrà assicurare copertura in sede per eventuali emergenze contemporanee di Codice C3, fino a quando l'equipe in regime di guardia attiva si renda nuovamente disponibile.


NB: nei presidi ospedalieri aziendali sede di Punti Nascita nei quali è già attiva un servizio di doppia guardia anestesiologicala, la convocazione del medico Anestesista in regime di pronta disponibilità notturna/festiva sarà disciplinato dal principio di indisponibilità contemporanea dei due medici anestesisti in regime di guardia attiva.

L'occupazione della sala operatoria e dell'equipe di Emergenza/Urgenza per Urgenze di codice C1, in orari notturni/festivi, va motivata da parte del chirurgo proponente nel modulo di richiesta di disponibilità della Sala Operatoria/Equipe d'Emergenza/Urgenza (Allegato 1) e nella cartella clinica del/la paziente, facendo specifico riferimento ai **motivi che rendono improcrastinabile l'intervento chirurgico** fino alla successiva seduta operatoria di elezione della chirurgia proponente. (es: frattura collo femore in paziente con età > 65 anni da sottoporre a intervento chirurgico entro le 48 ore IN SCADENZA secondo PNE-Agenas, ecc.), con **piena ed esclusiva assunzione di responsabilità da parte dello specialista richiedente.**

Nel caso di richiesta di utilizzo della sala operatoria e dell'equipe di Emergenza/Urgenza per Urgenze di codice C1, e di contemporanea richiesta di disponibilità delle medesime per Emergenze di codice C3 ovvero Urgenze di codice C2, **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 C3 o l'URGENZA CODICE C2.

La comunicazione del chirurgo al locale PS e alla centrale operativa del servizio 118 di indisponibilità della S.O./Equipe d'Emergenza/Urgenza va effettuata ogni qualvolta è in corso un intervento chirurgico in regime di emergenza/urgenza, di qualunque grado (C3-C2-C1).



 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 14 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura
		Revisione 01 Data:

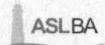
6.3.4 PROCEDURA IN CASO DI EMERGENZE/URGENZE CONTEMPORANEE CON PARI GRADO DI GRAVITÀ E SALA OPERATORIA D'EMERGENZA/URGENZA DISPONIBILE: QUALE INTERVENTO SI FA PER PRIMO?

La decisione su quale tra le Emergenze/Urgenze contemporanee con pari grado di gravità abbia la priorità e debba essere effettuata per prima sarà presa in base alle valutazioni cliniche del medico Anestesista.

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

6.4. ARCHIVIAZIONE DEI MODULI DI RICHIESTA DI EMERGENZA/URGENZA

L'archiviazione dei moduli di richiesta di emergenza urgenza compete agli infermieri dell'equipe di Emergenza/Urgenza, i quali aver compilato la parte di competenza, allegano l'originale del modulo (di cui all'allegato 1) in cartella clinica, ed una copia nell'apposito "*registro dei moduli di cui all'allegato 1*", che resta custodito in Sala Operatoria con gli altri registri dell'attività operatoria.

 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 15 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura
		Revisione 01 Data:

6.5 SEGNALAZIONE EVENTI LEGATI ALLA SICUREZZA DELLE CURE EROGATE

L' ASL BA favorisce la segnalazione di **tutti gli eventi potenzialmente dannosi ed eventi dannosi**, tramite specifiche procedure aziendali.

Qualora si verificassero eventi legati alla sicurezza delle cure erogate distinti come:

- **Near miss:** quasi eventi (eventi potenzialmente dannosi)
- **Incident:** eventi non produttivi di danno per le pazienti (eventi potenzialmente dannosi)
- **Accident:** eventi produttivi di danno per le pazienti (eventi dannosi)
- **Eventi sentinella:** eventi dannosi di particolare gravità, secondo quanto definito nell'elenco degli eventi Sentinella del ministero della Salute

Seguirà la segnalazione dell'evento all'U.O. Aziendale di Rischio Clinico e Qualità utilizzando la **SCHEDA DI INCIDENT REPORTING** disponibile sul portale aziendale.

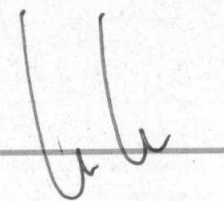
GLI EVENTI SENTINELLA sono sottoposti ad **obbligo di segnalazione** da parte degli operatori coinvolti nell'evento avverso ovvero degli operatori che ne siano venuti a conoscenza, secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute, all'U.O. Aziendale di Rischio Clinico e Qualità, utilizzando la medesima scheda di **INCIDENT REPORTING**, pubblicata sul portale aziendale.

Il Clinical Risk Manager, referente aziendale per la gestione del rischio clinico, secondo quanto previsto dalla procedura ministeriale per la segnalazione e trasmissione degli eventi sentinella, provvederà a compilare la **scheda A**, ed inviarla al Ministero, anche per il tramite della regione di appartenenza, attraverso il Sistema di Monitoraggio del Ministero della Salute (**SIMES**) entro 48 ore dal verificarsi dell'evento o dell'avvenuta conoscenza dello stesso. L'evento sarà oggetto di audit da parte dell'U.O. Rischio Clinico e Qualità per la pianificazione delle azioni di miglioramento.

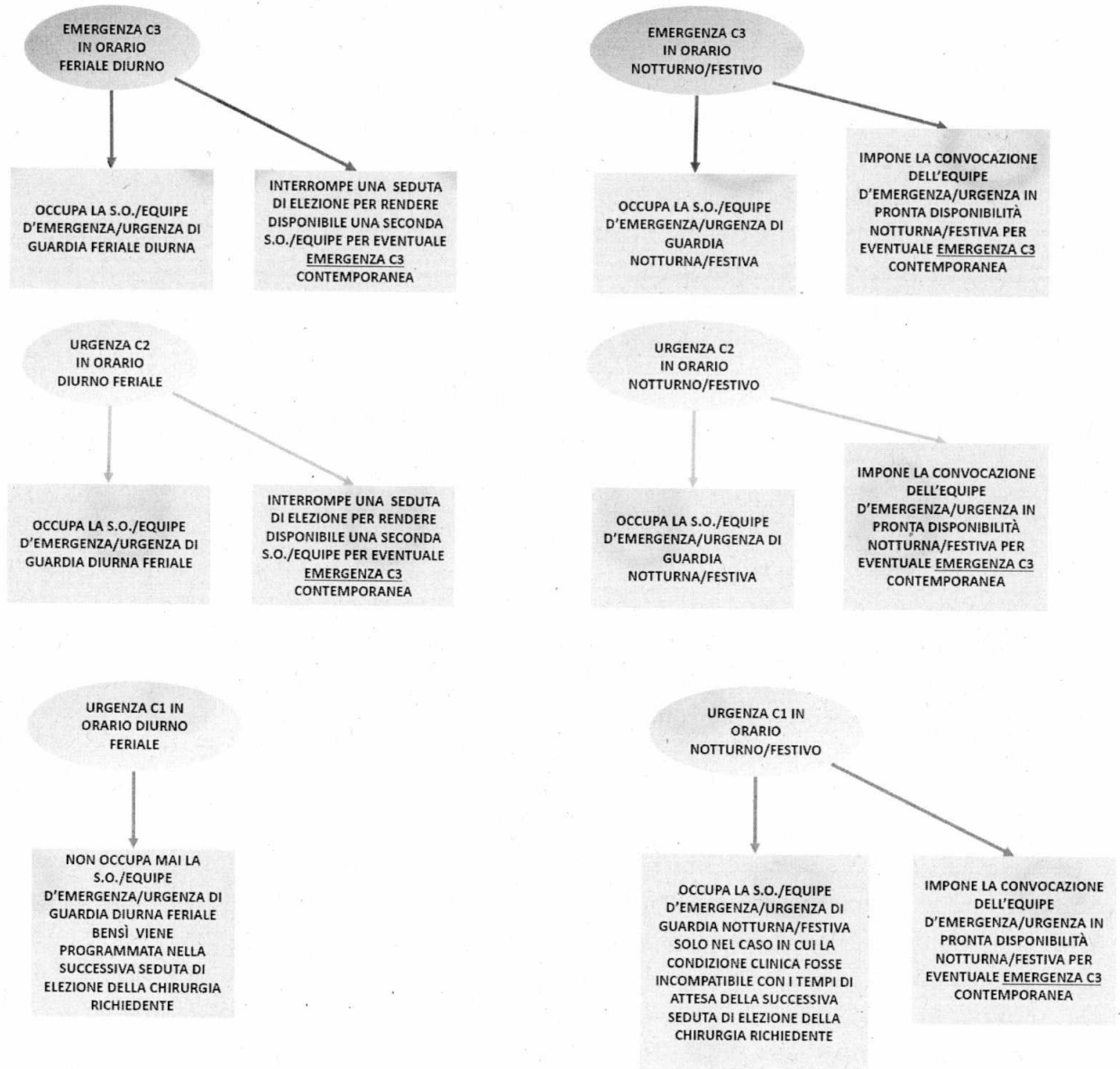
È responsabilità del Clinical Risk Manager trasmettere i risultati dell'analisi e le azioni correttive applicate, con la compilazione della **scheda B** e la trasmissione della medesima al Ministero, attraverso il SIMES, entro 45 giorni dalla segnalazione.


È **responsabilità** di tutti gli operatori segnalare attraverso la scheda di Incident Reporting Aziendale all'U.O. Rischio Clinico e Qualità, **anche in forma anonima**, tutti gli **eventi potenzialmente dannosi e gli eventi dannosi**, al fine di individuare e condividere appropriate azioni di miglioramento della sicurezza.

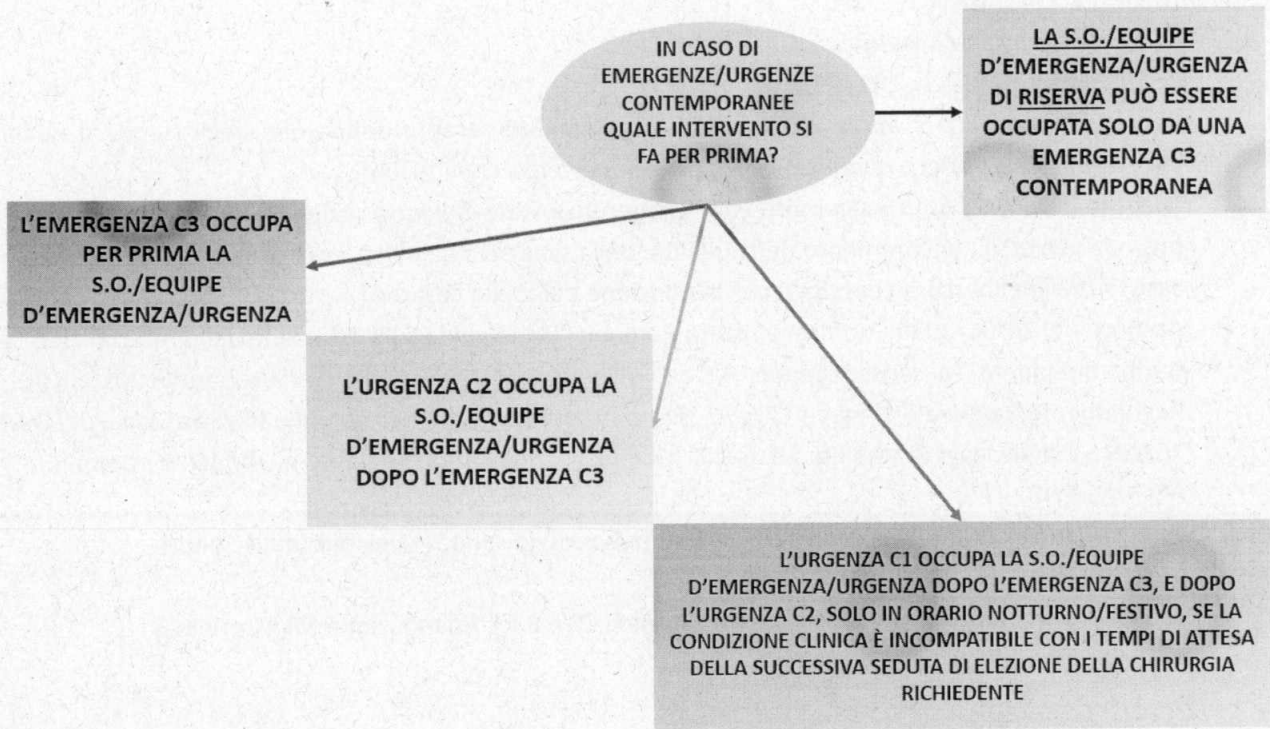
NB: l'articolo 16 della legge 8 marzo 2017, n.24 al comma 1 recita: «I VERBALI E GLI ATTI CONSEGUENTI ALL'ATTIVITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NON POSSONO ESSERE ACQUISITI O UTILIZZATI NELL'AMBITO DI PROCEDIMENTI GIUDIZIARI».




7. DIAGRAMMA DI FLUSSO



 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 17 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura
		Revisione 01 Data:

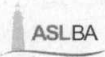


[Handwritten signature]

 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 18 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura
		Revisione 01 Data:

8. RIFERIMENTI ED ALLEGATI

- Raccomandazioni Ministeriali
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 art.1
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n.70: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".
- Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010-Conferenza Stato-Regioni: "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".
- Accordo del 24/01/2018 Conferenza Stato-Regioni: "Linee guida sulla revisione delle reti cliniche- Le reti tempo dipendenti" ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n.70.
- Regolamento Regionale 1 marzo 17, n. 7 "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016- 17. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/ 15" e ss.mm.ii.
- AGENAS-PNE
- Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità, Ministero della Salute
- SNLG-ISS
- Procedura ASL BA Raccomandazione Ministeriale 16 e Raccomandazione Ministeriale 6
- Procedura ASL BA Partoanalgesia

 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 19 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura Revisione 01 Data:

9 INDICATORI DI MONITORAGGIO

È prevista un'attività di monitoraggio delle attività chirurgiche in regime di Emergenza/Urgenza a cura delle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri. A tale scopo saranno analizzate i moduli di cui all'Allegato 1.

Gli Indicatori di monitoraggio saranno:


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

N.B. Sono sanzionabili i casi in cui si dimostrasse che la diagnosi di Emergenza/Urgenza e la relativa richiesta di disponibilità della S.O./Equipe d'Emergenza/Urgenza siano state deliberatamente rese note solo dopo l'avvio della seduta di elezione da parte della chirurgia richiedente, al fine di non interrompere, ovvero rimodulare la propria seduta di elezione prevista per la giornata, arrecando disservizio alle altre chirurgie attive in elezione.

Per le medesime finalità sarà sottoposta a verifica l'appropriatezza delle richieste di Emergenza/Urgenza pervenute sul finire dell'orario destinato all'attività di elezione della branca chirurgica richiedente, valutando l'orario di ingresso del paziente nel P.O., la documentazione clinica, la tempistica degli accertamenti diagnostici e strumentali e l'orario della consulenza chirurgica in cui è stata posta indicazione di Emergenza/Urgenza.

Infine sono sanzionabili i casi di richieste di Emergenza/Urgenza per interventi chirurgici in nota operatoria di elezione, avanzate per giustificare lo slittamento oltre l'orario destinato all'attività chirurgica programmata.



 ASL BARI U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 20 di 20
	PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	N° procedura Revisione 01 Data:

10.MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

RESPONSABILITA'/ATTIVITA'	Chirurgo	Anestesista	Infermiere S.O.
Allertamento S.O. E/U	R		
Allertamento Anestesista	R		C
Compilazione modulo d'Emergenza/Urgenza	R	R	R
Archiviazione modulo Emergenza/Urgenza			R
Attivazione personale di S.O. dedicato E/U	C	R	C
Assegnazione codice di Gravità	R		
Valutazione codice gravità		R	
Definizione dell tempistica di priorità di intervento	C	R	C

- **I DIRETTORI DELLE UU.OO.** coinvolte nel processo assistenziale sono **RESPONSABILI DELL' APPLICAZIONE** della presente procedura nelle rispettive unità operative.
- **LA DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE** e i **DIRETTORI MEDICI DI PP.OO.** e i **DIRETTORI DI DIPARTIMENTO** delle aree coinvolte nel processo assistenziale sono **RESPONSABILI DELLA SORVEGLIANZA DELL'APPLICAZIONE** della presente procedura nei presidi ospedalieri coinvolti nel processo assistenziale.

REVISIONE DELLA PROCEDURA

La presente procedura sarà aggiornata in base alle evidenze emerse, nuovi riferimenti legislativi, modifiche organizzative ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

RICHIESTA DI DISPONIBILITÀ DELLA S.O./EQUIPE D'EMERGENZA/URGENZA

DATA ____/____/____

A CURA DEL CHIRURGO: È OBBLIGATORIA LA COMPILAZIONE DI TUTTI I CAMPI

- ora di arrivo del/la paziente in PS-Generale (ore:min): ____:____
- ora di arrivo della paziente in PS-Ostetrico(ore:min): ____:____
- paziente giunto/a con mezzo proprio paziente giunto/a con 118 paziente trasferito/a da altro P.O.
- ora di ammissione in reparto chirurgico (ore:min): ____:____
- ora di ammissione in reparto medico (ore:min): ____:____
- paziente già presente nel medesimo P.O. presso U.O. chirurgica richiedente
- paziente già presente nel medesimo P.O. presso altra U.O. chirurgica
- paziente già presente nel medesimo P.O. presso U.O. medica
- ora della consulenza con indicazione all'intervento in regime di Emergenza/Urgenza(ore:min): ____:____
- Chirurgo di guardia/consulente che pone la diagnosi con indicazione all'intervento in regime di Emergenza/Urgenza (Nome e Cognome) _____

U.O. CHIRURGICA PROPONENTE: _____

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

Diagnosi: _____

Intervento: _____

- ora chiamata al quartiere operatorio per richiesta di utilizzazione SO/equipe d'Emergenza/Urgenza (ore:min): ____:____
- effettuata dal Dr/Dr.ssa (Nome e Cognome) _____

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**

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 Proponente _____

A CURA DELL'EQUIPE DI SALA OPERATORIA D'EMERGENZA/URGENZA:

È OBBLIGATORIA LA COMPILAZIONE DI TUTTI I CAMPI

A CURA DELL'ANESTESISTA:

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

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

Richiesta di disponibilità della SO/Equipe d'Emergenza/Urgenza per:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Emergenza codice C3 | <input type="checkbox"/> Orario diurno feriale | <input type="checkbox"/> Orario notturno/festivo |
| <input type="checkbox"/> Urgenza codice C2 | <input type="checkbox"/> Orario diurno feriale | <input type="checkbox"/> Orario notturno/festivo |
| <input type="checkbox"/> Urgenza codice C1 | | <input type="checkbox"/> Orario notturno/festivo |

Valutazione dell'appropriatezza del codice di gravità:

- CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI E/U ATTRIBUITO.**
 NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI E/U ATTRIBUITO:

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

È stato disposto, in orario diurno feriale, il blocco dell'attività di elezione di una sala operatoria a copertura di possibili contemporanee Emergenze C3?

- Si No

È stata convocata, in orario notturno/festivo, l'equipe d'Emergenza/Urgenza in pronta disponibilità, a copertura di possibili contemporanee Emergenze C3?

- Si No

Specificare il motivo (in caso di risposta **No** alle due domande precedenti): _____

Firma dell'Anestesista _____

A CURA DEGLI INFERMIERI:

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

Orario di ingresso del/della pz nel Quartiere Operatorio (ore:minuti): _____:_____

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

Orario di inizio delle procedure anestesilogiche (ore:minuti): _____:_____

Orario di ingresso del/della pz dalla Sala Operatoria (ore:minuti): _____:_____

Orario di inizio dell'intervento chirurgico (ore:minuti): _____:_____

Orario di fine dell'intervento chirurgico (ore:minuti): _____:_____

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

Orario di uscita del/della pz dal Quartiere Operatorio (ore:minuti): _____:_____

Infermiere A (Nome e Cognome): _____

Firma dell'Infermiere A _____

Infermiere B (Nome e Cognome): _____

Firma dell'Infermiere B _____

Infermiere C (Nome e Cognome): _____

Firma dell'Infermiere C _____

Allegato 2

Per ciascuna chirurgia sono di sotto indicati i principali quadri clinici ascrivibili alle tre tipologie di codici dell'Emergenza /Urgenza.

CLASSIFICAZIONE DEI LIVELLI DI EMERGENZA/URGENZA

- **CODICE 3 *Emergenze da espletare nell'arco di minuti*: condizione clinica con **imminente pericolo per la vita del paziente** che richiede immediato intervento chirurgico salva-vita, salva-organo, salva-arto, ovvero situazioni critiche nelle quali l'intervento chirurgico è simultaneo alle manovre di rianimazione;**
- **CODICE 2 *Urgenze da espletare nell'arco di ore*: patologia chirurgica con **compromissione acuta delle funzioni vitali senza imminente pericolo di vita**. 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*: patologia chirurgica con **compromissione acuta delle funzioni di organo senza compromissione delle funzioni vitali**. 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.**

A. Ostetricia e Ginecologia

Codice 3:

- Emorragia ante-partum: Rottura dell'utero, distacco di placenta, placenta previa, vasi previ
- Emorragia post-partum o post-aborto
- Prolasso di funicolo
- Mancato espletamento del parto, dopo parto operativo
- Emoperitoneo (gravidanza extra-uterina, corpo luteo emorragico ecc.)
- Sanguinamento vaginale imponente
- Bradicardia fetale persistente
- Tachicardia fetale grave (>180bpm) persistente
- Tutte le condizioni cliniche associate a sepsi/shock settico o emorragia/shock emorragico con instabilità emodinamica
- **Ogni altra condizione clinica ostetrica o ginecologica con imminente pericolo per la vita del paziente**

Codice 2:

- TC urgente in paziente eclamptica (solo dopo stabilizzazione delle condizioni cliniche materne), solo in presenza di CTG patologico
- TC ripetuto in gravidanza successiva alla prima con diagnosi di travaglio in atto
- TC per Diagnosi di arresto della dilatazione, in corso di travaglio
- TC per Diagnosi di mancato impegno della parte presentata
- Addome acuto (cisti ovarica torta, mioma peduncolato torto ecc.)
- Management delle lacerazioni di terzo e quarto grado
- Travaglio in atto nella presentazione podalica
- Travaglio in atto nelle gravidanze multiple con presentazione anomala
- Travaglio inarrestabile in gravidanza <30 sett. gestazionali
- Aborto in atto senza segni di instabilità emodinamica
- Tutte le condizioni cliniche associate a sepsi o emorragia senza segni di instabilità emodinamica



Allegato 2

- **Ogni altra condizione clinica ostetrica o ginecologica con compromissione acuta delle funzioni vitali senza imminente pericolo di vita.**

Codice 1:

- TC ripetuto in gravidanza con rottura prematura delle membrane amniocoriali (PROM) in assenza di travaglio in atto
- Presentazioni anomale in assenza di diagnosi di travaglio
- TC ripetuto in assenza di diagnosi di travaglio
- Placenta previa in assenza di diagnosi di travaglio
- **Ogni altra condizione clinica ostetrica o ginecologica con compromissione acuta delle funzioni di organo senza compromissione delle funzioni vitali**

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 parenchimosi con evidenza clinica di shock settico e/o segni clinici di instabilità emodinamica
- Tutte le condizioni cliniche di Addome Acuto associate a sepsi/shock settico e/o emorragia/shock emorragico con segni di instabilità emodinamica
- **Ogni altra condizione clinica chirurgica con imminente pericolo per la vita del paziente**

Codice 2:

- Ernia Inguinale Complicata (Strozzamento, Strangolamento),
- Occlusione intestinale e/o perforazione di organo cavo senza i segni clinici dello shock settico e/o evidenza radiologica di necrosi ischemica intestinale
- Patologie Traumatiche Di Organi Cavi O Parenchimosi Senza Segni Di Instabilità Emodinamica
- Tutte le condizioni cliniche di Addome Acuto, con o senza segni di peritonite in atto, associate a sepsi o emorragia senza segni di instabilità emodinamica
- **Ogni altra condizione clinica chirurgica con compromissione acuta delle funzioni vitali senza imminente pericolo di vita.**

Codice1:

- Tutte le condizioni cliniche di Addome acuto senza segni di peritonite in atto, in assenza di sepsi/shock settico e/o emorragia/shock emorragico
- Appendicite acuta senza segni di peritonite
- Colecistite acuta senza segni di perforazione
- Diverticolite acuta del colon con evidenza di perforazione coperta e/o ascesso pericolico.
- **Ogni altra condizione clinica chirurgica con compromissione acuta delle funzioni di organo senza compromissione delle funzioni vitali**

C. Neurochirurgia

Codice 3

- Empiema sub/epidurale con GCS <9/15 ernia subfalciale/uncaie e/o shift delle linea mediana > 5mm (coma e sindrome piramidale omo/controlaterale); anisocoria, triade di Cushing (tachicardia/bradicardia ipertensione refrattaria irregolarità respiratorie,
- Ascesso intracerebrale, con GCS <9/15, ernia subfalciale/uncaie e/o shift delle linea mediana > 5mm (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/uncaie/tonsillare e/o shift delle linea mediana > 5mm (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/uncaie/tonsillare e/o shift delle linea mediana > 5mm (coma e sindrome piramidale omo/controlaterale); anisocoria, triade di Cushing apoplezia ipofisaria (cefalea, vomito, deficit visus e/o oculomozione, meningismo)
- Ematoma subdurale acuto o cronico/epidurale/ focoloio lacero-contusivo con GCS <9/15 ernia subfalciale/uncaie/tonsillare e/o shift delle linea mediana > 5mm (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
- Deiscenza/infezione ferita chirurgica ovvero ogni altra infezione con compromissione meningea con segni di instabilità emodinamica
- **Ogni altra condizione clinica neurochirurgica con imminente pericolo per la vita del paziente**

Codice 2

- Empiema sub/epidurale con GCS 9-13/15 o rapido calo (2 pts in 1 h del GCS) con stato di male epilettico e/o ipertermia maligna e/o insorgenza o peggioramento di deficit focali e/o ipertensione endocranica
- Ascesso intracerebrale con GCS 9-13/15 o rapido calo (2 pts in 1 h del GCS) con insorgenza o peggioramento di deficit focali e/o stato di male epilettico e/o ipertermia maligna e/o ipertensione endocranica
- Emorragia/Ischemia cerebrale/cerebellare con GCS 9-13/15 o rapido calo (2 pts in 1 h del GCS) con Insorgenza e/o peggioramento di deficit focali e/o Marshall/Rotterdam Criteria > III (Volume > 30 mL o incremento volumetrico in 3 h, cisterne basali compresse, midline shift < 5 mm, sangue intraventricolare)
- Spondilodiscite infettiva/ascesso epidurale spinale con vescica neurogena; paraparesi o paraplegia, mono/poliradiculopatia acuta
- 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 subacuto/cronico/focolai lacero-contusivi cerebrali con GCS 9-13/15 o rapido calo, con ernia subfalciale/uncaie/tonsillare e/o shift delle linea mediana < 5mm e/o insorgenza o

Allegato 2

- peggioramento di deficit focali e/o ipertensione endocranica (vomito, papilledema, Parinaud) e/o stato di male epilettico;
- 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/lussazione vertebrale mielica/SCIWORET con deficit sensitivo-motorio del tronco/arti, viscerale (es vescica neurogena, ileo paralitico), vegetativo (vasodilatazione e shock ipotensivo)
- Ernia del disco cervicale/dorsale/lombare e/o mielopatia dorso-lombare con Sindrome della Cauda Equina parziale o totale (paraparesi/paraplegia e/o vescica neurogena/ileo paralitico e/o Paralisi radicolare acuta (SPE, SPI)).
- Disfunzionamento di Derivazione Ventricolare Esterna/Shunt ventricolo/cisto/lombo-peritoneale/atriale
- Difetto pervietà TVS con GCS 9-13/15 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
- Deiscenza/infezione ferita chirurgica ovvero ogni altra infezione con compromissione meningea senza segni di instabilità emodinamica
- **Ogni altra condizione clinica neurochirurgica con compromissione acuta delle funzioni vitali senza imminente pericolo di vita.**

Codice 1

- 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 (atassia nella deambulazione, incontinenza sfinterica, decadimento cognitivo – dd demenze vascolari, prioniche e degenerative) Tap-Test o DSP positivo (PIC > 18 mmHg)
- Deiscenza/infezione ferita chirurgica ovvero ogni altra infezione senza compromissione meningea e senza segni di instabilità emodinamica
- **Ogni altra condizione clinica neurochirurgica con compromissione acuta delle funzioni di organo senza compromissione delle funzioni vitali**

D. Traumatologia e Ortopedia

Codice 3:

- Fratture anello pelvico in pz instabile emodinamicamente;
- Embolia gassosa

Allegato 2

- Ogni altra condizione clinica traumatologica e ortopedica con imminente pericolo per la vita del paziente

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
- **Ogni altra condizione clinica traumatologica e ortopedica con compromissione acuta delle funzioni vitali senza imminente pericolo di vita.**

Codice 1:

- Tutte le fratture, comprese le fratture di collo di femore che impongono intervento chirurgico entro le 48 ore (AGENAS-PNE)
- **Ogni altra condizione clinica traumatologica e ortopedica con compromissione acuta delle funzioni di organo senza compromissione delle funzioni vitali**

E. Otorinolaringoiatria

Codice 3

- Insufficienza inspiratoria acuta da patologia vie aeree superiori (neoformazioni ipofaringolarinee, edemi, corpi estranei ipofaringei e laringei, ascessi parafaringei e sottoioidei, etc.), da trattare con tracheotomia
- Fasciti se associate a dispnea e/o interessamento mediastinico.
- Sinusopatie complicate con amaurosi e/o complicanze endocraniche e/o encefaliche
- Emorragie del collo postchirurgiche, ovvero emorragie del collo da ferite a diversa eziopatogenesi
- Emorragie nasali o delle vie aereo-digestive superiori con segni di shock e/o di insufficienza respiratoria per inalazione.
- **Ogni altra condizione clinica otorinolaringoiatrica con imminente pericolo per la vita del paziente**

Codice2

- Ascessi faringolaringei e del collo senza apparente interessamento delle vie aeree;
- Otite media con complicanze (endotemporali e/o endocraniche);
- Sinusopatie con complicanze orbitarie;
- Corpi estranei esofagei;
- Traumi maggiori del massiccio faciale
- Paralisi del VII n.c. di recente insorgenza (post – traumatica, infettiva).
- Fasciti associate a interessamento della regione del collo.
- **Ogni altra condizione clinica otorinolaringoiatrica con compromissione acuta delle funzioni vitali senza imminente pericolo di vita.**

Codice1

- Frattura non complicate delle ossa nasali;
- Corpi estranei in sedi ORL senza segni di insufficienza respiratoria ;

Allegato 2

- Perforazioni traumatiche della membrana timpanica.
- **Ogni altra condizione clinica otorinolaringoiatrica con compromissione acuta delle funzioni di organo senza compromissione delle funzioni vitali**

F. Chirurgia Vascolare

Codice 3:

- 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
- Tutte le condizioni cliniche di in presenza di emorragia/shock emorragico con segni di instabilità emodinamica
- **Ogni altra condizione clinica vascolare con imminente pericolo per la vita del paziente**

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
 - Emorragia arteriosa-rottura di aneurisma in paziente ricoverato
 - Lesione iatrogena durante altre procedure
 - Emorragia venosa
- **Ogni altra condizione clinica vascolare con compromissione acuta delle funzioni vitali senza imminente pericolo di vita.**

Codice 1:

- Trombolisi venosa nelle condizioni (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
- **Ogni altra condizione clinica vascolare con compromissione acuta delle funzioni di organo senza compromissione delle funzioni vitali.**

G. Urologia

Codice 3 :

- Traumi renali che comportino rottura completa o pluriframmentaria del rene e/o distacco del peduncolo vascolare
- Tutte le condizioni cliniche in presenza di sepsi/shock settico e/o emorragia/shock emorragico con segni di instabilità emodinamica
- **Ogni altra condizione clinica urologica con imminente pericolo per la vita del paziente**

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 con > k e irc ostruttive pure con > del k
- Ematurie gravi con importante anemizzazione
- Tamponamenti vescicali
- Emorragie importanti post operatorie
- Parafimosi
- Colica renale resistente alle comuni terapie analgesiche
- Tutte le condizioni cliniche associate a sepsi o emorragia senza segni di instabilità emodinamica
- **Ogni altra condizione clinica urologica con compromissione acuta delle funzioni vitali senza imminente pericolo di vita.**

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
- **Ogni altra condizione clinica urologica con compromissione acuta delle funzioni di organo senza compromissione delle funzioni vitali.**

H. OCULISTICA

Codice 3 :

- **Ogni condizione clinica oculistica con imminente pericolo per la vita del paziente**

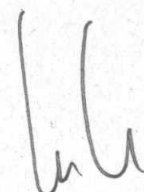
Codice 2 :

- **Ogni condizione clinica oculistica con compromissione acuta delle funzioni vitali senza imminente pericolo di vita.**

Codice 1:

Le urgenze oculistiche afferiscono quasi esclusivamente a questa tipologia di condizioni cliniche:

- **Tutte le condizioni oculistica con compromissione acuta delle funzioni di organo senza compromissione delle funzioni vitali.**



Parere del Direttore Amministrativo
Gianluca Capochiani

Parere del Direttore Sanitario
Silvana Fornelli

Il Segretario

IL DIRETTORE GENERALE
Antonio Sanguedolce

Area Gestione Risorse Finanziarie
Esercizio _____

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. **0042**.....

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL
BA in data **11 APR. 2019**

11 APR. 2019

Bari:

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.